OPENBARE LES

Hanneke Harmsen van der Vliet – Torij

Een goed begin is het halve werk

Verloskunde in de kern van preventie

Een goed begin is het halve werk

Verloskunde in de kern van preventie

Hogeschool Rotterdam Uitgeverij

Colofon

ISBN: 9789051799521
1e druk, 2017
© Hanneke Harmsen van der Vliet – Torij

Dit boek is een uitgave van Hogeschool Rotterdam Uitgeverij
Postbus 25035
3001 HA Rotterdam

Publicaties zijn te bestellen via
www.hr.nl/onderzoek/publicaties

De copyrights van de afbeeldingen (figuren en foto's) berusten bij Hogeschool Rotterdam en de makers tenzij anders vermeld.
Deze publicatie valt onder een Creative Commons Naamsvermelding-NietCommercieel-GelijkDelen 4.0 Internationaal-licentie.

Een goed begin is het halve werk

Verloskunde in de kern van preventie

Openbare Les

Hanneke Harmsen van der Vliet – Torij
Lector Verloskunde en Geboortezorg

Maart 2017

Voorwoord

Beste studenten, docenten, onderzoekers, geboortezorgprofessionals, samenwerkingspartners, familie en vrienden. Vol trots presenteer ik jullie de inhoud van mijn openbare les 'Een goed begin is het halve werk! *Verloskunde in de kern van preventie*.'

Het allereerste begin van mijn lectoraat gaat terug naar 2005. Ik werkte net een jaar in Rotterdam bij de verloskunde-opleiding als relatiebeheerder stagepraktijken en was bovendien net gestart met mijn Master Midwifery aan de Caledonian University in Glasgow. Ik merkte hoe weinig wetenschappelijke onderbouwing er was in de praktijk en in het onderwijs voor het verloskundige handelen. Onderzoek en statistiek vond ik echter behoorlijk saai tijdens mijn eigen verloskunde opleiding en bovendien van secundair belang. Immers, wanneer je een pasgeboren baby moet reanimeren of moet interveniëren bij een fluxus postpartum, denk je niet na over de beste evidentie voordat je gaat handelen. Dan moet je gewoon handelen, zo dacht ik. Ik wilde graag bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van de verloskundige zorg, aan de samenwerking tussen geboortezorgprofessionals én aan het 'leuk' maken van onderzoek. Daarom schreef ik een projectplan voor het opzetten van een bij- en nascholings- en onderzoekscentrum vanuit de toen nog geheten Stichting Rotterdamse Opleiding tot Verloskundige (SROV). Dit leidde tot het Kennis- en Onderzoekscentrum (KOC) SROV. Enkele jaren later – het KOC was inmiddels een succes – werd de verloskunde-opleiding betrokken bij het Rotterdamse programma 'Klaar voor een Kind', waardoor de samenwerking met het Erasmus MC ook op het gebied van onderzoek sterk en zichtbaar werd. Ik leerde mijn collega-lectoren kennen van wat nu Kenniscentrum Zorginnovatie is bij Hogeschool Rotterdam en ik leerde de (nog prille) wereld van onderzoek binnen hogescholen kennen. Weer een aantal jaren later ontwikkelden Hogeschool Rotterdam en het Erasmus MC een gezamenlijke academische werkplaats, waar ik in dit boekje ook aandacht aan besteed. Mijn lectoraat met al zijn projecten startte formeel op 1 januari 2013.

Onderzoek zag en zie ik als middel om kennis te genereren. Kennis die nodig is om de kwaliteit van de praktijk en van het onderwijs continu te blijven verbeteren. Kennis ook, die van essentieel belang is om producten en instrumenten te ontwikkelen voor die praktijk en voor dat onderwijs. Het is de kunst om deze kennisontwikkeling zo vorm te geven dat praktijkvragen worden

beantwoord, de praktijk altijd vanaf vóór het begin betrokken is en implementatie van ontwikkelde producten en kennis succesvol is.

Van essentieel belang daarbij is dat studenten en professionals plezier hebben in het doen van onderzoek. Dat zij leren wat het belang is van het je wel degelijk afvragen wat de beste evidentie is. Hierdoor leren zij te onderbouwen waarom ze handelen zoals ze handelen als integraal onderdeel van de zorgverlening, ook in acute situaties.
Het is hierbij van belang dat alle betrokkenen begrijpen dat goed onderzoek tijd kost. Dat je niet vandaag of morgen een antwoord hebt, zoals je gewend bent als zorgprofessional. En dat je je dus voor langere tijd aan onderzoek moet verbinden om het tot een succes te maken.

Het is tot slot van belang dat professionals nu en in de toekomst in staat zijn om ontwikkelde kennis in te bedden in hun praktijk én om in hun praktijk vraagstukken te herkennen die om innovatieve oplossingen vragen. Wij dienen studenten daartoe op te leiden. Met als doel dat we met elkaar de kwaliteit van de geboortezorg in Nederland – en de ervaring van de zwangeren en hun partners – steeds een beetje beter maken.

Ik wil hier met mijn lectoraat graag aan bijdragen!

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord **5**

Inhoudsopgave **7**

Inleiding **11**
Waarom een lectoraat Verloskunde en Geboortezorg 11
Verloskunde Academie Rotterdam 11
Kenniscentrum Zorginnovatie 13
Landelijke Ontwikkelingen in praktijkgericht onderzoek bij hogescholen op het gebied van gezondheid 14
Opbouw van dit boekje 15
Tot slot 16

Hoofdstuk 1 Verloskunde in de kern van preventie **17**
1.1 Organisatie van verloskundige zorg in Nederland 17
1.2 Preventie 20

Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen en uitdagingen in de geboortezorg **23**
2.1 Perinatale uitkomsten in Nederland 23
2.1.1 Perinatale sterfte 23
2.1.2 Perinatale morbiditeit 26
2.1.3 Politiek, onderzoek en beleid in relatie tot ongunstige perinatale uitkomsten 30
2.2 Kwetsbare zwangeren 32
2.2.1 Kwetsbaarheid en wijken 32
2.2.2 Kennis en vaardigheden van professionals over kwetsbaarheid 32
2.2.3 Kwetsbaarheid en organisatie van zorg 33
2.3 Organisatie van verloskundige zorg 34
2.3.1 Integrale zorg 34
2.3.2 Integrale bekostiging 35
2.4 Keuzevrijheid in de geboortezorg 36
2.5 Overige ontwikkelingen 37

Hoofdstuk 3 Beroepen in de geboortezorg: ontwikkelingen, uitdagingen en kansen **39**
3.1 Vroedvrouwen en vroedmeesters: ontwikkelingen in de afbakening van beroepsgroepen 39
3.2 Eerstelijns verloskundige 42
3.3 Klinisch verloskundige 44
3.4 Kraamverzorgende 47
3.5 Gynaecoloog 50
3.6 Samenwerken en samen opleiden! 51

Hoofdstuk 4 Focusgebieden van het lectoraat **53**
4.1 Hoofd- en subthema's van het onderzoek van het lectoraat 53
4.2 Verbinding met onderzoeks- en kennisagenda's in de verloskunde en geboortezorg 54
4.3 Ontwikkelingen in hoger onderwijs en praktijkgericht onderzoek en de verbinding met het lectoraat 55
4.3.1 Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen en het programma 'Nieuw in 010' 56
4.3.2 Zelfmanagement in de geboortezorg en het Lectorenplatform Zelfmanagement 57

Hoofdstuk 5 Onderzoeksprojecten binnen het lectoraat **59**
5.1 Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte Zuidwest Nederland 59
5.2 Project voor kwetsbare zwangeren 'Joining forces against joint risks' 61
5.3 Blauwdruk 'Psychosociale zorg & samenwerking Veilig Thuis' 68
5.4 Project 'De beste zorg voor de kwetsbare kraamvrouw en haar kind' 72
5.5 Project 'Arbeid en gezond zwanger: maak er werk van!' 74
5.6 Programma 'Nieuw in 010' 76
5.7 Programma 'Mama's Garden' 80
5.8 Zwangeren met een licht verstandelijke beperking 84
5.9 'Vroeg begonnen, veel gewonnen' 85
5.10 Academische Werkplaats 'Samen Transformeren – Rotterdamse Academische Werkplaats' 86
5.11 'Bright Up' en 'Stop or Go' 88
Tot slot 88

Hoofdstuk 6 Aanpak van het lectoraat **91**
6.1 Belang van de verbinding tussen onderwijs, onderzoek, praktijk en beleid 91
6.2 Studentenraad Onderzoek 93
6.2.1 Achtergrond 93
6.2.2 Verlos je Visie! 94
6.2.3 Abstracts en Her Royal Highness 96
6.2.4 Organisatie 98
6.3 Cliëntparticipatie 98
6.4 Academische Werkplaats Geboortezorg & Perinatale Gezondheid 99
6.5 Internationalisering 100
6.6 Samenwerking 101

Hoofdstuk 7 Onderwijs: lectoraten als kraamkamer van innovaties in het onderwijs **105**
7.1 Organisatorische verbinding tussen verloskunde-onderwijs en het lectoraat Verloskunde en Geboortezorg 105
7.2 COPE-thema's voor het curriculum van de bachelor verloskunde 107
7.3 Minoren 109
7.3.1 Minor echografie 109
7.3.2 Minor+ Beyond Borders 110
7.4 Doorlopende leerlijn mbo-hbo-universiteit en verder 111

Over de auteur **113**

Het lectoraat **114**

Dankwoord **116**

Referenties **121**

Eerdere uitgaven **130**

Inleiding

Waarom een lectoraat Verloskunde en Geboortezorg

Het antwoord op de vraag waarom er een lectoraat Verloskunde en Geboortezorg moest komen, is eigenlijk eenvoudig en al in het voorwoord gegeven: omdat een lectoraat praktijkgericht onderzoek kan doen dat gericht is op het ontwikkelen van kennis over – en oplossingen voor – relevante, actuele praktijkvraagstukken. Het ontwikkelen van dergelijke kennis en oplossingen draagt direct bij aan het verbeteren van de kwaliteit van de praktijk en van het onderwijs.

Het lectoraat Verloskunde en Geboortezorg heeft daarnaast een specifieke meerwaarde, omdat het onderzoeksdomein van het lectoraat de start van het leven omvat. We weten dat juist hier – door gezonde en veilige omstandigheden en keuzes – alle kansen voor een gezonde toekomst kunnen worden benut. Deze meerwaarde komt tot zijn recht door de aansluiting bij de Verloskunde Academie Rotterdam en door de inbedding in Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam, dat zich specifiek richt op praktijkgericht onderzoek rondom zorginnovaties. De meerwaarde komt bovendien tot zijn recht door de aansluiting van het lectoraat bij landelijke ontwikkelingen op het gebied van praktijkgericht onderzoek en onderwijs.

De titel van mijn lectorale rede slaat daarom niet uitsluitend op het onderzoeksdomein van verloskunde en geboortezorg en op het belang van preventie hierbij. De titel slaat ook op de ontwikkeling van praktijkgericht onderzoek door hogescholen en alle kansen die hier in de toekomst liggen én de wat mij betreft ook in dit verband onmisbare rol van het onderzoeksdomein gericht op een gezonde start van het leven: *Een goed begin is het halve werk! Verloskunde in de kern van preventie*.

Verloskunde Academie Rotterdam

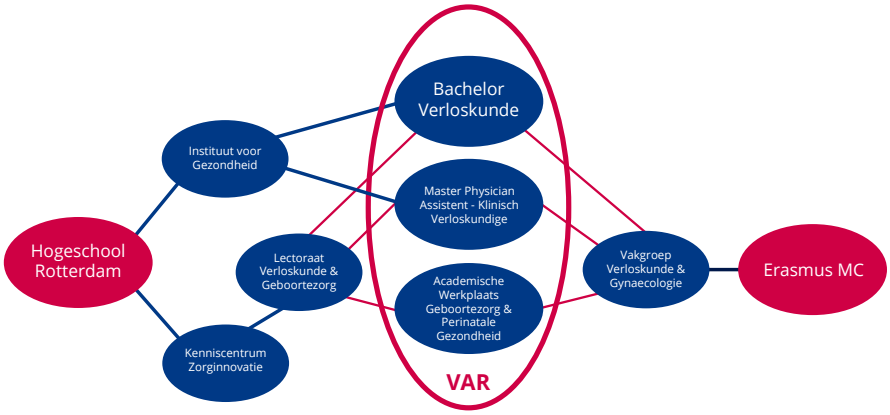
Het lectoraat Verloskunde en Geboortezorg is verbonden aan de Verloskunde Academie Rotterdam (VAR). De VAR is een uniek samenwerkingsverband tussen Hogeschool Rotterdam en het Erasmus MC voor wat betreft verloskundig onderwijs en verloskundig onderzoek.

Het verloskundig onderzoek is ingebed in een gezamenlijke academische werkplaats (de Academische Werkplaats Geboortezorg & Perinatale Gezondheid) waar het lectoraat Verloskunde en Geboortezorg en de vakgroep Verloskunde & Gynaecologie van het Erasmus MC aan zijn verbonden.

In deze academische werkplaats komen de expertises en de netwerken op het gebied van onderzoek van het Erasmus MC en van Hogeschool Rotterdam samen. Het onderwijs binnen de VAR bestaat uit de Bacheloropleiding Verloskunde en de Masteropleiding Physician Assistent – Klinisch Verloskundige. De VAR leidt verloskundigen op voor de gehele keten van geboortezorg en bovendien worden de verloskundigen klaargestoomd voor de praktijk van vandaag en van de toekomst (VAR, 2016).

In figuur 1 is de samenwerking binnen de VAR schematisch weergegeven.

Figuur 1: Verloskunde Academie Rotterdam



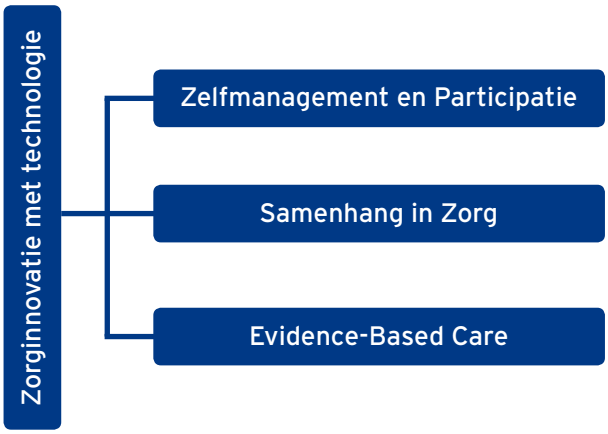
De dikke blauwe verbindingslijnen geven de organisatorische aansturing en de inbedding van de VAR in de organisaties weer. De rode lijnen geven de inhoudelijk verbindingen binnen de VAR weer.

Juist de samenwerking tussen het Erasmus MC en Hogeschool Rotterdam op het gebied van onderwijs en onderzoek maakt dat de VAR de gehele interdisciplinaire context omvat en dat vanuit de academische werkplaats kwalitatief goed onderzoek wordt gedaan dat daadwerkelijk bijdraagt aan de kwaliteit van het onderwijs en van de praktijk. Ik ben dan ook enorm vereerd dat ik mijn openbare les mag houden op de dag dat de VAR haar tienjarig bestaan viert!

Het lectoraat Verloskunde en Geboortezorg is behalve in de VAR ook ingebed in Kenniscentrum Zorginnovatie (KCZI) van Hogeschool Rotterdam en meer specifiek in de onderzoekslijn 'Samenhang in Zorg'. KCZI kent vier onderzoekslijnen. Naast 'Samenhang in Zorg' zijn dat de onderzoekslijnen 'Zelfmanagement en Participatie', 'Evidence-Based Care' en de dwarsverbinder 'Zorginnovatie met Technologie'. Binnen de onderzoekslijnen werken meerdere lectoren samen, waarbij iedere lector een eigen inhoudelijk aandachtsgebied heeft.

In figuur 2 staat de organisatie van KCZI in onderzoekslijnen weergegeven.

Figuur 2: De vier onderzoekslijnen van Kenniscentrum Zorginnovatie



De indeling in onderzoekslijnen is krachtig op inhoudelijke expertise, maar zeker niet beperkend, omdat tussen de verschillende onderzoekslijnen verbindingen bestaan door gezamenlijke projecten. Hierdoor komt de expertise vanuit de verschillende lectoraten samen, zowel op inhoud als voor wat betreft onderzoeksmethodologie en netwerk.

De onderzoekslijn 'Zorginnovatie met Technologie' verbindt de drie andere onderzoekslijnen en technologie met elkaar doordat zij producten en diensten inzet om zorgdoelen van deze drie andere onderzoekslijnen optimaal te ondersteunen (Wauben, 2015).

De onderzoekslijn 'Evidence-Based Care' richt zich op de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van paramedische en verpleegkundige interventies en innovaties, gebaseerd op de meest actuele wetenschappelijke inzichten, op de ervaringen van professionals en op de normen en waarden van patiënten en naasten (Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorginnovatie, 2016, p.12).

De onderzoekslijn 'Zelfmanagement en Participatie' is er op gericht om mensen met chronische aandoeningen (beter) in staat te stellen zo goed mogelijk met hun aandoening om te gaan, hun eigen zorg te managen en te participeren in werk en in samenleving (Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorginnovatie, 2016, p.15).

In de onderzoekslijn 'Samenhang in Zorg', waar mijn lectoraat onderdeel van is, staat een aantal vraagstukken rond samenhang centraal, veelal betreffende mensen in een kwetsbare situatie, zoals zwangeren, kinderen en jeugdigen, maar ook ouderen. Het gaat in deze onderzoekslijn om het inzichtelijk maken en aanpakken van vraagstukken rond afstemming in de patiëntenzorg, waaronder de structurele problemen in de uitvoering bij multidisciplinaire zorg in eerste lijn, ziekenhuis en verpleeghuis aan kwetsbare groepen. Voorts richt de onderzoekslijn zich op de ontwikkeling van beroepen in de gezondheidszorg, de organisatie van de zorg en de samenwerking tussen professionals in de zorg (Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorginnovatie, 2016, p.17).

In mijn lectoraat richt ik me uiteraard meer specifiek op kwetsbare zwangeren, op de ontwikkeling van beroepen in de geboortezorg, op de organisatie van verloskundige zorg en op de samenwerking tussen geboortezorgprofessionals. Vooral echter het leggen van de verbinding tussen verschillende domeinen binnen 'Samenhang in Zorg' is een enorme verrijking voor de inhoud van – en onze visie op – onderzoek. Hierdoor zijn de lectoraten beter in staat om domeinoverstijgend naar vraagstukken te kijken en om innovatieve oplossingen te ontwikkelen.

Landelijke Ontwikkelingen in praktijkgericht onderzoek bij hogescholen op het gebied van gezondheid

Hogescholen leveren al een belangrijke maatschappelijke en economische bijdrage op het gebied van gezondheidszorg en ze zijn ook aanwezig in het onderzoek op het gebied van gezondheid. In 2014 heeft Health Holland – in het kader van het opstellen van een 'Agenda Praktijkgericht Onderzoek Health' – een inventarisatie gedaan van welke onderzoeken er lopen op het gebied van gezondheid binnen hogescholen. Hieruit blijkt onder meer dat het vraaggestuurde en praktijkgerichte onderzoek nog relatief jong is, maar dat hiervan in korte tijd veel is ontwikkeld en dat het evidence-based handelen door professionals hierdoor groeiende aandacht heeft gekregen. Bovendien zijn er sterke interdisciplinaire regionale samenwerkingsverbanden opgebouwd voor onderzoek op het gebied van gezondheid.

Het blijkt echter lastig om de praktijkgerichte onderzoeken binnen hogescholen op het gebied van gezondheid goed in kaart te brengen, doordat het onderzoeksveld binnen hogescholen nog versnipperd en divers is. Systematische afstemming over onderzoeksactiviteiten tussen hogescholen en gezamenlijke registratie waardoor een infrastructuur tussen lectoraten ontstaat, kunnen een

belangrijke bijdrage leveren aan de positionering van hogescholen op het gebied van praktijkgericht onderzoek. Op die manier zijn de onderzoeksactiviteiten bovendien beter vindbaar voor de beroepspraktijk en voor financiers (Health Holland, 2015).

Een ander belangrijk aandachtspunt – juist ook met het oog op de verschillende human-capitalagenda's, het Zorgpact en de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen – is dat nog niet altijd duidelijk is in hoeverre onderzoeksresultaten leiden tot innovatie van het onderwijs (Health Holland, 2015).

Mijn lectoraat wil met vraaggestuurd en praktijkgericht onderzoek een bijdrage leveren aan het verbeteren van bovenstaande punten. Dit betreft zowel een maatschappelijke bijdrage als een bijdrage aan de groeiende aandacht voor evidence-based handelen én aan innovatie in het onderwijs. Voorbeelden van innovaties waar het lectoraat bij betrokken is en waarin dit tot uiting komt, zijn de blauwdruk 'Psychosociale zorg & samenwerking Veilig Thuis' die is ontwikkeld voor gestructureerde, integrale zorg aan kwetsbare zwangeren en het programma 'Nieuw in 010'. Deze beschrijf ik in de volgende hoofdstukken. Bovendien is het lectoraat betrokken bij het landelijke, door SiA geïnitieerde lectorenplatform Zelfmanagement: dit platform biedt een infrastructuur voor lectoraten rondom het thema zelfmanagement, waar ik later in dit boekje nader op inga (SiA, 2016).

Opbouw van dit boekje

In hoofdstuk 1 beschrijf ik, met name voor de lezer zonder verloskundige achtergrond maar ook voor degenen die net even wat meer cijfers en feiten willen hebben, hoe de geboortezorg in Nederland is georganiseerd. In hoofdstuk 2 beschrijf ik recente ontwikkelingen en daaruit voortvloeiende kansen en uitdagingen in de geboortezorg. Thema's als perinatale mortaliteit en morbiditeit en integrale zorg komen aan de orde en ik stip ook thema's als de thuisbevalling en pijnbestrijding aan. Deze ontwikkelingen hebben niet alleen invloed op de organisatie van geboortezorg, maar ook op de taken en verantwoordelijkheden van verschillende professionals in de geboortezorg. In hoofdstuk 3 ga ik in op achtergronden, ontwikkelingen, uitdagingen en kansen voor beroepen in de geboortezorg. Uit de in hoofdstuk 2 en 3 beschreven ontwikkelingen vloeien de focusgebieden van mijn lectoraat voort; deze beschrijf ik in hoofdstuk 4, inclusief de aansluiting bij landelijke onderzoeksagenda's en de verbinding tussen ontwikkelingen in de geboortezorg en ontwikkelingen in het hoger onderwijs en het praktijkgerichte onderzoek. In hoofdstuk 5 komen al deze aspecten samen in de concrete beschrijving van projecten die vanuit mijn lectoraat worden aangestuurd en uitgevoerd of waar mijn lectoraat actief bij betrokken is. De specifieke manier waarop we praktijkgericht onderzoek in mijn lectoraat aanpakken, inclusief de verbinding tussen Hogeschool Rotterdam en het Erasmus MC in de Academische

Werkplaats Geboortezorg & Perinatale Gezondheid, onze Studentenraad Onderzoek, de betrokkenheid van cliënten en de inbedding in het onderwijs, komt aan de orde in hoofdstuk 6. Hoofdstuk 7 is een vervolg op hoofdstuk 6 met een specifieke beschrijving van hoe de verbinding tussen onderwijs en lectoraat organisatorisch is vormgeven.

Wanneer ik in dit boekje de term 'verloskundige zorg' of 'geboortezorg' gebruik, bedoel ik alle zorg vanaf de preconceptionele fase tot en met zes weken na de geboorte, die verleend wordt door geboortezorgprofessionals. Met 'geboortezorg-professionals' bedoel ik zowel de verloskundige, gynaecoloog en kraamverzorgende als de obstetrieverpleegkundige en kinderarts. Ik noem de geboortezorgprofessional in dit boekje 'zij' of 'haar'. Hier wordt echter te allen tijde ook 'hij' of 'hem' bedoeld.

Tot slot

Dit lectoraat zou niet bestaan, en zeker niet in deze vorm, zonder alle collega's binnen het lectoraat. Met een relatief klein team van onderzoekers, een beleids-medewerker/coördinator, een onderzoeksassistente en een managementassistent werken we hard om ons doel met de achterliggende visie en uitgangspunten die in dit boekje meerdere malen de revue passeren, te bereiken. Dit boekje is zeker ook voor hen: Angélica, Eva, Heidi, Heleen, Jantine, Kirsten en Wietske!
Ik beschrijf mijn collega's bij het hoofdstuk 'Het lectoraat'.

HOOFDSTUK 1

Verloskunde in de kern van preventie

Voordat ik de uitdagingen in de verloskundige zorg en de focusgebieden van mijn lectoraat beschrijf, wijd ik een hoofdstuk aan de manier waarop de verloskundige zorg in Nederland georganiseerd is. Dit is de context waar Hogeschool Rotterdam studenten met onderzoek en onderwijs toe opleidt. Eerst beschrijf ik de organisatie en uitgangspunten van de verloskundige zorg en de omvang van geboortezorgberoepen en bevallingen in Nederland. Daarna licht ik het begrip 'preventie' toe.

1.1 Organisatie van verloskundige zorg in Nederland

De organisatie van de verloskundige zorg in Nederland is gebaseerd op het uitgangspunt dat zwangerschap, bevalling en kraambed in de basis fysiologische gebeurtenissen zijn en dat eventueel aanwezige risicofactoren tijdig worden herkend, zodat ze kunnen worden gemonitord en behandeld. Dit betekent niet dat geboortezorgprofessionals kunnen afwachten totdat er iets misgaat, maar juist dat de zorg zo moet worden vormgeven dat er wordt voorkómen dat ziekten, afwijkingen of gezondheidsproblemen ontstaan (primaire preventie) en dat op tijd wordt ontdekt wanneer deze wel ontstaan of dreigen te ontstaan (secundaire preventie) (RIVM, 2017). Ik beschrijf de organisatie hier in hoofdlijnen.

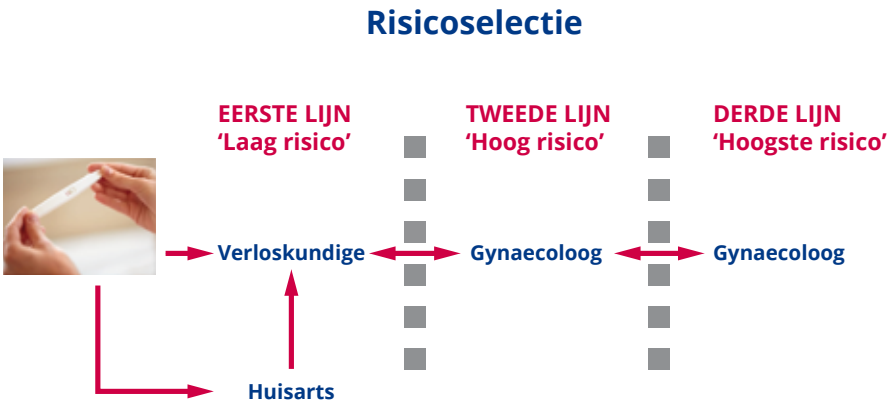
Wanneer er sprake is van een ongecompliceerde zwangerschap en bevalling, dan wordt de zorg verleend door een eerstelijns verloskundige. Een eerstelijns verloskundige is een autonome professional die veelal in een eigen praktijk of in loondienst werkt in de wijk. Zij is gekwalificeerd om de verloskundige zorg te verlenen bij een ongecompliceerde zwangerschap en bevalling. Hierbij kan de zwangere vrouw kiezen voor een bevalling thuis, een bevalling in een geboortecentrum of een poliklinische bevalling in een verloskamer in het ziekenhuis (Heineman, Evers, Massuger & Steegers, 2012).

Wanneer er sprake is van (dreigende) complicaties, verwijst de verloskundige naar een gynaecoloog in de tweede lijn of, als het de pasgeborene betreft, naar de kinderarts, die gespecialiseerd is in pathologie. Derdelijnszorg vindt plaats in perinatologische centra met een neonatale intensive-care afdeling en een 'high

care' verloskunde afdeling voor ernstige pathologie van de (aanstaande) moeder en/of het kind. De vrouw bevalt hierbij klinisch in een verloskamer in het ziekenhuis. Dit 'systeem van risicoselectie', met het verwijzen van de zwangere van verloskundige naar gynaecoloog en vice versa wanneer de risicostatus van de vrouw verandert, is een essentieel onderdeel van de zorg. Redenen voor verwijzing staan beschreven in de 'Verloskundige Indicatielijst' (VIL); dit is de handleiding voor risicoselectie binnen de verloskundige zorg in Nederland (Cronie, Rijnders & Buitendijk, 2012; KNOV, 2014c; Page, 2001; Posthumus, 2016).

In figuur 3 wordt het systeem van risicoselectie schematisch weergegeven.

Figuur 3: Systeem van risicoselectie



De kraamverzorgende assisteert de verloskundige tijdens de bevalling en verleent zorg bij de kraamvrouw thuis tot uiterlijk tien dagen na de bevalling. Hierbij verzorgt zij moeder en kind, geeft voorlichting, begeleidt bij borst- en flesvoeding en voert controles uit bij moeder en kind. Kraamzorg is erop gericht om eventuele problemen vroegtijdig te signaleren, de gezondheid van moeder en kind te bevorderen en het jonge gezin goed toe te rusten voor de zorg voor de pasgeborene en de nieuwe gezinssituatie (Kenniscentrum Kraamzorg, 2015).

De verloskundige zorg wordt de laatste jaren steeds verder georganiseerd in verloskundige samenwerkingsverbanden (VSV's) die als belangrijk gremium dienen voor regionale afstemming, samenwerking, gezamenlijke deskundigheidsbevordering, parallelle acties in het geval van acute situaties en implementatie van de perinatale audit en de perinatale registratie (Heineman et al., 2012). Een VSV is een 'regionaal netwerk van verloskundig zorgverleners, kraamzorgorganisaties, andere geboortezorgprofessionals en regionale adviesraden van zwangeren en (jonge) ouders die een gezamenlijk doel nastreven, namelijk de realisatie van de best haalbare kwaliteit van geboortezorg vanuit cliëntenperspectief' (College Perinatale Zorg, 2016, p.12).

Er is veel aandacht voor de organisatie van verloskundige zorg naar aanleiding van de relatief hoge perinatale sterftecijfers in Nederland in vergelijking met andere Europese landen. In dit verband worden vooral meer intensieve samenwerking tussen de verschillende geboortezorgprofessionals en goede 24/7 bereikbaarheid en beschikbaarheid genoemd. De intensieve samenwerking betreft niet uitsluitend geboortezorgprofessionals, maar ook de gehele keten daaromheen, van praktijk- en ziekenhuisassistente tot jeugdzorgprofessional, huisarts en wijkteam. Hierbij moeten goede samenwerkingsafspraken worden gemaakt. Bovendien worden afspraken met de zwangere en wensen van deze zwangere ten aanzien van de bevalling steeds vaker vastgelegd in een zogenaamd geboorteplan (Heineman et al., 2012). Met het vaststellen van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg is een geboorteplan voor iedere individuele zwangere vanaf juli 2017 een verplicht onderdeel van de zorg (College Perinatale Zorg, 2016).

Een grote uitdaging is het op zodanige wijze vormgeven van de verloskundige zorg en van de samenwerking tussen zorgprofessionals dat de beste uitkomsten met een gezonde moeder en een gezond kind kunnen worden gerealiseerd, inclusief een unieke en positieve ervaring voor de zwangere en haar omgeving. Dit is alleen mogelijk wanneer integrale zorg écht gezamenlijk wordt vormgegeven en wordt ingevuld met respect voor elkaars kennis en kunde, partijen bovendien écht naar de zwangere luisteren en de specifieke expertise en autonomie van zorgprofessionals behouden blijft. In de praktijk zijn daar inmiddels mooie voorbeelden van!

Begin 2015 hadden 164 kraamzorgaanbieders een contract met een of meerdere zorgverzekeraars. De organisatievorm van deze aanbieders varieert van ZZP'ers tot aanbieders die in een groot deel van het land actief zijn. In het kwaliteitsregister van Kenniscentrum Kraamzorg (KCKZ) waren ruim 9800 kraamverzorgenden geregistreerd (Bo Geboortezorg, 2016; Nederlandse Zorgautoriteit, 2015

Er waren 3150 werkzame verloskundigen in 2015 van wie:

- 46% als zelfstandig gevestigde in een eigen praktijk of maatschap werkt;
- 29% klinisch werkt;
- 17% als waarnemer werkzaam is.

Er waren 532 verloskundigenpraktijken in 2015 (NIVEL, 2016, p.4).

De meest recente cijfers over het aantal gynaecologen in Nederland stammen uit 2012. Toen waren er 902 gynaecologen lid van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Uit telefonisch contact met de NVOG is naar voren gekomen dat in februari 2017 1030 gynaecologen lid zijn van de NVOG.

In 2015 zijn er 166.733 bevallingen geregistreerd. 13,1% van de vrouwen beviel thuis (n=21.681). 84% van de vrouwen beviel in het ziekenhuis, van wie 13,0% (n=21.632) poliklinisch en 71% (n=117.674) onder verantwoordelijkheid van de tweede lijn. 2,4% van de vrouwen (n=4.055) beviel in een geboortecentrum (Perined, 2016). Het systeem van verloskundige zorg in Nederland is uniek in de wereld en staat in het buitenland bekend om het (nog steeds) relatief hoge percentage thuisbevallingen (13,1% in 2015) en de autonome positie van de eerstelijns verloskundige (Benoit et al., 2005; Dahlen, 2010; De Jonge et al., 2009; Perined, 2016; Ravelli et al., 2009).

1.2 Preventie

Preventie levert een belangrijke bijdrage aan de gezondheid van mensen in Nederland en leidt tot gezondheidswinst. De deelname aan preventieprogramma's gericht op leefstijl en daarmee het effect op de gezondheid als gevolg van gedragsverandering (gezondere leefstijl), zou echter nog veel beter kunnen. Dit geldt met name voor de deelname door meer kwetsbare groepen, zoals mensen met een lage sociaaleconomische status en/of mensen die wonen in achterstandswijken, doordat deze mensen vaak relatief lage gezondheidsvaardigheden hebben en bovendien vaak niet goed te bereiken zijn. Het is van belang om niet alleen de individu zelf verantwoordelijk te maken voor gedragsverandering, maar om een integrale aanpak van overheid, zorgprofessionals (markt) en individu te realiseren als het gaat om preventie (NIVEL, 2012).

Een en ander zoals schematisch weergegeven in figuur 4.

Figuur4: Raakvlakken tussen verantwoordelijkheden van individu, markt en overheid

(GGD GHOR Kennisnet 2.0, 2016)

Er wordt onderscheid gemaakt in drie vormen van preventie:

1. **Primaire preventie** omvat activiteiten die voorkómen dat gezonde mensen ziek worden, gezondheidsproblemen krijgen of bijvoorbeeld een ongeval krijgen. Voorbeelden van primaire preventie in de verloskunde zijn de foliumzuursuppletie, het geven van voedingsadviezen aan het begin van de zwangerschap, het informeren over de risico's van een koortslip, het geven van preconceptioneel advies en het postpartum toedienen van vitamine K aan de pasgeborene.

2. **Secundaire preventie** omvat activiteiten die ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium opsporen. Voorbeelden van secundaire preventie in de verloskunde zijn prenatale screening, het meten van de bloeddruk, het bepalen van het Hb-gehalte, het geven van de hielprik en doen van de gehoortest in het kraambed.

3. **Tertiaire preventie** betreft het voorkomen van complicaties of van ziekteverergering bij een niet te genezen ziekte. Tertiaire preventie is bovendien gericht op het bevorderen van de zelfredzaamheid. Voorbeelden van tertiaire preventie in de verloskunde zijn het behandelen met antihypertensiva bij hoge bloeddruk en het geven van dieetadviezen bij diabetes gravidarum (RIVM, 2017).

Geboortezorgprofessionals hebben een kerntaak in de preventie. Enerzijds hebben zij een kerntaak in de gezondheid van toekomstige generaties door met preventieve activiteiten te voorkomen dat complicaties optreden. Zij geven in dat kader bijvoorbeeld voorlichting over gezonde voeding, stoppen met roken en het ouderschap. Anderzijds dienen zij continu te monitoren of de zwangerschap, bevalling en/of het kraambed fysiologisch verloopt en hier adequaat op te anticiperen.

Het is de rol van de geboortezorgprofessional om de zorg zodanig in te richten, activiteiten zodanig uit te voeren en een zodanige attitude aan te nemen dat problematiek zoveel mogelijk wordt voorkomen. Wanneer er onverhoopt toch een probleem optreedt, moet dit zo vroeg mogelijk worden gesignaleerd. Dit betekent niet dat geboortezorgprofessionals kunnen afwachten totdat er iets mis gaat, maar juist dat zij de zorg zo moeten vormgeven dat er wordt voorkómen dat er ziekten, afwijkingen of gezondheidsproblemen ontstaan (primaire preventie) en dat zij op tijd ontdekken wanneer deze wel ontstaan of dreigen te ontstaan (secundaire preventie).

Hier ligt wat mij betreft de kern van de gezamenlijke verantwoordelijkheid van het interprofessioneel geboortezorgteam: Ik vind dat geboortezorgprofessionals uit moeten gaan van een fysiologisch en natuurlijk verloop van het proces van zwangerschap, baring en kraambed. Daarbij moeten zij wel de kennis en kunde hebben van complicaties die gedurende het gehele proces op kunnen treden. En ze moeten ook te allen tijde alert zijn op complicaties en erop kunnen anticiperen. Het is de kunst om dit vertrouwen in de fysiologie, de kennis over wat er mis kan gaan en het adequaat hierop anticiperen, te combineren.

HOOFDSTUK 2

Ontwikkelingen en uitdagingen in de geboortezorg

In dit hoofdstuk beschrijf ik recente ontwikkelingen in het vakgebied verloskunde en geboortezorg (perinatale uitkomsten, achterstandsproblematiek en de organisatie van verloskundige zorg) en daaruit voortvloeiende kansen en uitdagingen. Ik ga in paragraaf 2.4 in op de keuzevrijheid in de geboortezorg en beschrijf ik paragraaf 2.5 hoe het onderwijs en onderzoek van Hogeschool Rotterdam kan anticiperen op deze en overige ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen hebben niet alleen invloed op de organisatie van de zorg, maar ook op de taken en verantwoordelijkheden van verschillende professionals. Hierbij worden meer en ook andere kennis en vaardigheden vereist bij geboortezorgprofessionals en bij hun samenwerkingspartners in de wijk en in het ziekenhuis. Dit is van invloed op de wijze waarop studenten moeten worden opgeleid en praktijkgericht onderzoek moet worden vormgeven.

2.1 Perinatale uitkomsten in Nederland

2.1.1 Perinatale sterfte

Sinds het begin van deze eeuw is er toenemende aandacht voor perinatale gezondheid en voor de organisatie van de verloskundige zorg in Nederland als gevolg van het hoge perinatale-sterftecijfer in vergelijking met andere Europese landen (Bonsel, Birnie, Denktas, Poeran & Steegers, 2010; Buitendijk, Zeitlin, Cuttini, Langhoff-Roos & Bottu, 2003; Buitendijk & Nijhuis, 2004; EURO-PERISTAT, 2008; De Jonge et al, 2009; KNOV, 2014a; Mohangoo et al., 2008).

De cijfers betreffende perinatale sterfte worden verzameld en gepubliceerd door EURO-PERISTAT, een netwerk dat als doel heeft om vergelijkbare data over de gezondheid en zorg van zwangere vrouwen en hun baby's in Europa te verstrekken. Deze data vormden tussen 2000 en 2010 al de basis voor meerdere wetenschappelijke publicaties over de gezondheid en zorg van zwangere vrouwen en hun baby's in Europa. Het eerste EURO-PERISTAT-rapport verscheen in 2008 en gebruikte data uit 2004 (EURO-PERISTAT, 2008 en 2012). De perinatale sterfte in Nederland bedroeg toen 10,5 per duizend, wat een derde plaats opleverde als land met een van

de hoogste perinatale-sterftecijfers in Europa. Het tweede rapport, met data uit 2010, verscheen in 2013. De perinatale sterfte was toen 9,0 per duizend, een daling van 14% ten opzichte van 2004, wat een zesde plaats voor Nederland inhield. Vanwege verschillen in registratie en geboortezorgbeleid in de Europese landen, zouden mogelijk andere grenzen van zwangerschapsduur en sterfte moeten worden gebruikt bij het vergelijken van de cijfers. Wanneer dat wordt toegepast, dan zou Nederland een positie in de middenmoot innemen in de groep van de 29 deelnemende Europese landen. Het perinatale-sterftecijfer in Nederland is dus verbeterd, maar het kan nog veel beter (EURO-PERISTAT, 2008, 2013a en 2013b).

EURO-PERISTAT hanteert als definitie van perinatale sterfte: alle foetale en neonatale sterfte vanaf 22 weken zwangerschap tot en met 28 dagen na de bevalling (postpartum). De hierboven beschreven percentages schetsen dus de 'uitgebreide' definitie (tot en met 28 dagen postpartum).

Perinatale sterfte wordt in Nederland doorgaans gedefinieerd als: foetale en neonatale sterfte vanaf 22 weken zwangerschap tot en met 7 dagen postpartum. De cijfers hierna gaan uit van de Nederlandse definitie.

Cijfers betreffende de geboortezorg in Nederland worden jaarlijks gepubliceerd door Perined. Perined omvat de perinatale audit en de perinatale registratie. De perinatale audit omvat het multidisciplinair bespreken van perinatale mortaliteit en morbiditeit, waarbij zorgverleners met elkaar op gestructureerde en kritische wijze de verleende zorg analyseren. In de perinatale registratie komen alle uitkomsten van geboortezorg, zoals vastgelegd in de registratiesystemen van verloskundigen, gynaecologen, kinderartsen en huisartsen samen (Perined, 2017).

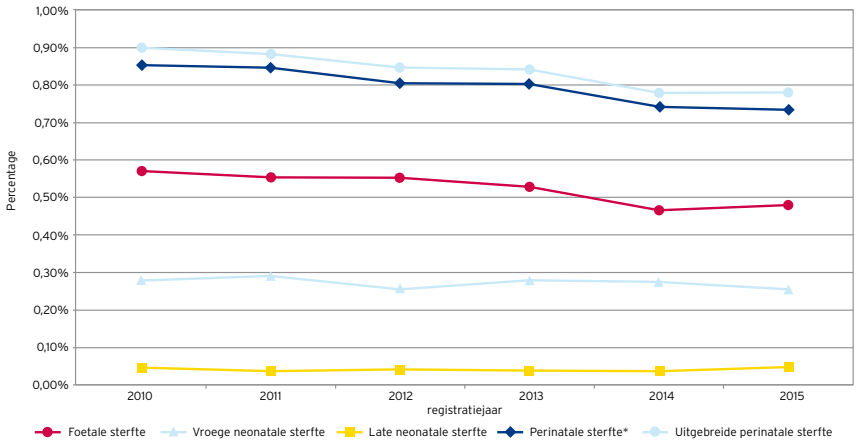
De perinatale sterfte in Nederland is de afgelopen jaren verder afgenomen, maar lijkt in 2014 (7,4‰) en 2015 (7,3‰) te stabiliseren. De meeste kinderen overlijden in de baarmoeder: bij de perinatale sterfte in 2015 is 4,8‰ (n=809) van de kinderen foetaal overleden en 2,5‰ (n=431) van de kinderen neonataal (Perined, 2016). Tabel 1 geeft een overzicht van de perinatale sterfte in Nederland van 2001 tot en met 2015 voor de verschillende gehanteerde definities. In figuur 5 is dit visueel weergegeven voor 2010 tot en met 2015.

Tabel 1: Perinatale sterfte 2001-2015 in ‰ (bron: Perined)

	foetale sterfte vanaf 22 weken	neonatale sterfte 1e levensweek	perinatale sterfte 22 wkn t/m 7 dgn pp	neonatale sterfte t/m 28 dagen pp	perinatale sterfte 22 wkn t/m 28 dgn pp
2001	8,1	3,6	11,7	4,1	12,2
2002	7,8	3,5	11,4	4	12
2003	7,1	3,5	10,6	4	11,1
2004	7	3	10	3,5	10,4
2005	6,9	3,6	10,5	4,1	11
2006	6,8	3,1	9,8	3,6	10,4
2007	6,6	3,1	9,7	3,7	10,3
2008	6,4	2,7	9,1	3	9,4
2009	6	2,9	8,9	3,2	9,2
2010	5,7	2,8	8,6	3,3	9
2011	5,6	2,9	8,4	3,3	8,8
2012	5,5	2,6	8,1	3	8,5
2013	5,3	2,8	8,1	3,2	8,4
2014	4,7	2,8	7,4	3,1	7,8
2015	4,8	2,5	7,3	3	7,8

www.perined.nl/producten/publicaties/jaarboeken

Figuur 5: Overzicht perinatale sterfte naar verschillende definities 2010 – 2015



*Het is binnen de huidige perinatale registratie niet mogelijk om onderscheid te maken tussen een zwangerschapsafbreking of een spontane vroeggeboorte. Daarom zijn deze kinderen, indien aan de WHO criteria wordt voldaan, allemaal meegenomen in de tabellen.

Vanuit de expertgroep van de regionale consortia bij Perined waar ik in participeer, heeft Perined in kaart gebracht wat de geboorte-uitkomsten per regio zijn en wat de variatie in geboorte-uitkomsten is tussen regio's. Hierbij is ook gekeken naar

perinatale sterfte. Wanneer we specifiek kijken naar alle eenlingzwangerschappen in de regio Zuidwest Nederland, dan zien we hier in 2014 in vergelijking met de rest van Nederland het hoogste perinatale-sterftecijfer (7,2‰, waar de andere regio's variëren van 4,7‰ tot 7,1‰). Ook is de perinatale sterfte in deze regio in 2014 weer iets gestegen ten opzichte van eerdere jaren, wat toe te schrijven is aan een toename van de foetale sterfte.

Tabel 2 geeft een overzicht van perinatale sterfte bij eenlingzwangerschappen in Zuidwest Nederland van 2010 tot en met 2014, met uitsplitsing naar foetale en neonatale sterfte.

Tabel 2: Perinatale sterfte bij eenlingen in Zuidwest Nederland 2010 - 2014

	Perinatale sterfte 22 wkn – 7 dgn pp	Foetale sterfte	Neonatale sterfte 1e 7 dagen post partum
2010	0,79% (n=237)	0,54% (n=163)	0,25% (n=74)
2011	0,71% (n=217)	0,48% (n=148)	0,23% (n=69)
2012	0,68% (n=207)	0,52% (n=158)	0,16% (n=49)
2013	0,65% (n=187)	0,40% (n=116)	0,25% (n=71)
2014	0,72% (n=215)	0,50% (n=148)	0,23% (n=67)

Vanuit de opgebouwde expertise en inmiddels vele onderzoeken naar perinatale gezondheidsverschillen vanuit Rotterdam, is bekend dat er tevens grote verschillen zijn tussen de perinatale uitkomsten in de verschillende wijken. Zo is er een verhoogd risico op ongunstige geboorte-uitkomsten, waaronder perinatale sterfte, bij vrouwen in achterstandswijken. Dit geldt met name in de vier grootste steden, waarbij de perinatale sterfte in achterstandswijken in Rotterdam soms oploopt tot meer dan 30‰ (De Graaf et al, 2008; Poeran, Denktas, Birnie, Bonsel & Steegers, 2011; Posthumus, 2016). Het betreft hier de laatste analyses, van een aantal jaar geleden.

2.1.2 Perinatale morbiditeit

Van alle gevallen van perinatale sterfte is 85% geassocieerd met de aanwezigheid van één of een combinatie van de volgende vier complicaties, de zogenaamde BIG 4:

1. prematuriteit (vroeggeboorte);
2. dysmaturiteit (een te laag geboortegewicht voor de zwangerschapsduur);
3. congenitale afwijkingen (aangeboren afwijkingen);
4. lage APGAR-score (<7 na 5 minuten) (een score voor ademhaling, hartactie, spiertonus, prikkelbaarheid en kleur van de pasgeborene die 1, 5 en 10 minuten na de geboorte worden gemeten).

Bij 85% van alle gevallen van perinatale sterfte is er dus sprake van één of een combinatie van deze vier complicaties (Bonsel et al., 2010). Los van de relatie met perinatale sterfte, zijn BIG 4-complicaties ernstig en deze kunnen op lange en korte termijn gevolgen hebben. Prematuur en dysmatuur geboren kinderen hebben vaker leer-, gedrags- en bewegingsstoornissen en dysmatuur geboren kinderen hebben bovendien een grotere kans op diabetes en op hart- en vaatziekten op volwassen leeftijd (College Perinatale Zorg, 2016).

In 2015 had 2,9% (n=4.969) van de kinderen een congenitale afwijking bij de geboorte en 7,1% (n=12.070) van de kinderen werd prematuur geboren. Voorts had 6,4% (n=10.772) een te laag geboortegewicht (< 2500 gram) (Perined, 2016); dit staat echter niet gelijk aan het aantal dysmatuur geboren kinderen, omdat hiervoor de relatie met de zwangerschapsduur, het geslacht en de pariteit meegenomen moet worden. Op het moment van het schrijven van deze openbare les, zijn deze gegevens nog niet beschikbaar.

Zoals ik al heb aangegeven, is er veel variatie in geboorte-uitkomsten in de verschillende regio's in Nederland. Het is van belang om, naast Europese en landelijke cijfers, inzicht te hebben in regionale variaties in populatiekenmerken en geboorte-uitkomsten. Deze gegevens zijn naar mijn mening om verschillende redenen van belang:

- De gegevens bieden zorgverleners inzicht in populatiekenmerken en geboorte-uitkomsten in hun specifieke regio.
- De gegevens maken mogelijk dat zorgverleners, onderzoekers, beleidsmakers en onderwijspartners zich gezamenlijk kunnen afvragen 'waarom' bepaalde uitkomsten in hun regio zijn zoals ze zijn, om hier vervolgens gezamenlijk een verklaring voor te vinden door dit (gezamenlijk) te onderzoeken en hier met beleid op te anticiperen. Dit draagt bij aan meer evidence-based werken en gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van geboortezorg in de regio.
- De gegevens verantwoorden het opstellen van regionaal georiënteerde onderzoeks- en beleidsplannen.

Tabel 3 geeft een overzicht van de perinatale sterfte (met onderscheid naar foetale en neonatale sterfte), de BIG 4-aandoeningen en de case fatality bij eenlingen per regio in 2014. De case fatality geeft het percentage kinderen weer dat één of een combinatie van BIG 4-aandoeningen had en tevens overleden is.

Tabel 3: Perinatale uitkomsten in 2014 naar regio's van de regionale consortia in Nederland

		Regio A	Regio B	Regio C	Regio D	Regio E	Regio F	Regio G	Regio H	Regio I	Totaal excl onbe-kend*	Totaal incl onbe-kend*
Uitkomst	**Specificatie**											
Perinatale sterfte	Foetaal	0,46%	0,47%	0,50%	0,41%	0,19%	0,45%	0,44%	0,35%	0,44%	0,43%	0,43%
	1e 7 dagen neonataal	0,26%	0,20%	0,23%	0,26%	0,28%	0,20%	0,21%	0,26%	0,19%	0,24%	0,24%
	Perinataal	0,71%	0,66%	0,72%	0,67%	0,47%	0,64%	0,65%	0,61%	0,63%	0,66%	0,66%
Congenitale afwijkingen		2,44%	2,82%	3,52%	2,79%	3,20%	3,20%	3,86%	2,33%	2,61%	2,92%	2,92%
Groei-vertraging	< P2.3	1,65%	1,62%	1,86%	1,76%	1,66%	1,54%	2,01%	1,75%	1,27%	1,69%	1,69%
Apgar score na 5 minuten	< 7	2,03%	2,24%	2,02%	1,80%	1,95%	2,11%	1,94%	2,10%	1,75%	2,00%	2,01%
Prematuriteit	22.0 - < 32.0 weken	1,10%	1,06%	1,30%	1,05%	1,09%	1,10%	1,24%	1,15%	1,19%	1,14%	1,15%
	32.0 - < 37.0 weken	4,62%	4,73%	4,69%	4,42%	4,60%	4,87%	5,21%	4,60%	4,95%	4,69%	4,69%
Big 4	Ja	16,24%	16,60%	17,66%	15,70%	16,00%	16,11%	19,00%	16,50%	14,98%	16,47%	16,48%
	Nee	83,76%	83,40%	82,34%	84,30%	84,00%	83,89%	81,00%	83,50%	85,02%	83,53%	83,52%
	Onbekend											
Case fatality (selectie naar Big4)		4,11%	3,18%	3,90%	4,00%	2,49%	3,91%	3,03%	3,48%	3,93%	3,69%	3,71%

* Onbekende regio: records met een missende of niet bestaande postcode

Ik heb al beschreven dat Zuidwest Nederland in 2014 bij eenlingzwangerschappen het hoogste perinatale-sterftecijfer van Nederland liet zien. Wanneer we kijken naar de BIG 4 dan zien we dat ook congenitale afwijkingen vaker voorkomen in deze regio (3,5%) dan in andere regio's, evenals prematuriteit onder de 32 weken zwangerschap (1,3%). Juist in deze groep van prematuren vinden we het hoogste percentage perinatale sterfte. Voor groeivertraging <P2,3 geldt dat Zuidwest Nederland een tweede plek inneemt met 1,9% in 2014. Er is echter ook goed nieuws: de regio neemt een plek in het midden in waar het gaat om het aantal kinderen met een BIG 4-aandoening, dat overlijdt (de case fatality). In tabel 4 geef ik een overzicht van de trends in perinatale sterfte, BIG 4-uitkomsten en de case fatality voor de jaren 2010 – 2014 bij eenlingen in Zuidwest Nederland.

Tabel 4: Trends in perinatale uitkomsten bij eenlingen in Zuidwest Nederland 2010 - 2014

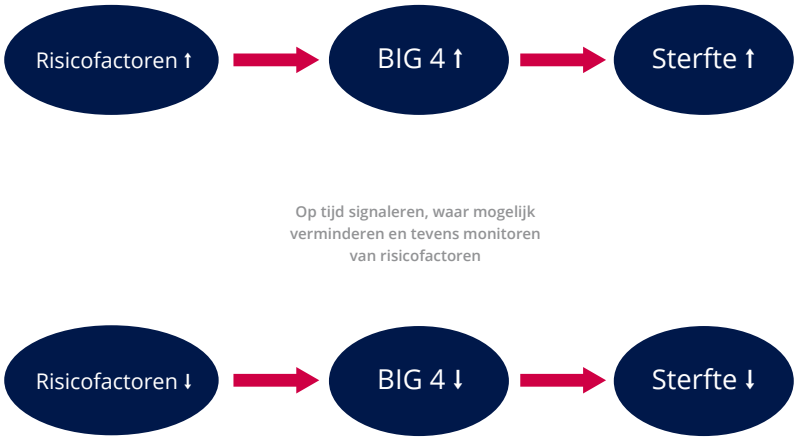
	Perinatale sterfte 22 wkn – 7 dgn pp	Congenitale afwijkingen	Groeivertraging < P2,3	APGAR- score <7 na 5 min	Prematuriteit 22 - < 32 weken	Prematuriteit 32 - < 37 weken	Case fatality
2010	0.79% (n=237)	2.74% (n=825)	2,00% (n=589)	2,17% (n=653)	1,15% (n=338)	5,25% (n=1549)	4,42% (n=228)
2011	0,71% (n=217)	2,92% (n=896)	1,90% (n=571)	2,09% (n=640)	1,11% (n=336)	5,04% (n=1520)	3,81% (n=203)
2012	0,68% (n=207)	2,94% (n=902)	1,87% (n=555)	2,22% (n=680)	1,18% (n=353)	4,94% (n=1477)	3,82% (n=196)
2013	0,65% (n=187)	4,35% (n=1247)	2,00% (n=563)	2,03% (n=582)	1,27% (n=357)	4,81% (n=1355)	3,31% (n=174)
2014	0,72% (n=215)	3,52% (n=1044)	1,86% (n=542)	2,02% (n=598)	1,30% (n=378)	4,69% (n=1369)	3,90% (n=200)

De tabellen 2, 3 en 4 met de geboorte-uitkomsten specifiek in Zuidwest Nederland zijn tot stand gekomen vanuit Perined in samenwerking met de expertgroep van de regionale consortia waar ik namens het Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte Zuidwest Nederland in participeer.

Verschillende risicofactoren leiden tot BIG 4-complicaties, zoals roken, tienerzwangerschappen en psychosociale problematiek. Ook leidt de aanwezigheid van meerdere risicofactoren, 'risicocumulatie' genoemd, tot een grotere kans op ongunstige geboorte-uitkomsten (Bonsel et al., 2010).

Activiteiten gericht op het verminderen van de perinatale sterfte, moeten dus gericht zijn op het voorkómen van BIG 4 complicaties. Om BIG 4 complicaties te kunnen voorkomen, is het van belang om aanwezige risicofactoren op tijd te signaleren, waar mogelijk te verminderen en te monitoren. In figuur 6 geef ik dit verband schematisch weer.

Figuur 6: Risicofactoren



2.1.3 Politiek, onderzoek en beleid in relatie tot ongunstige perinatale uitkomsten

Startpunt voor het aanpakken van de hoge perinatale sterfte in Nederland ligt voor een deel bij preventie gericht op het voorkomen van risicofactoren én gericht op het monitoren en begeleiden van reeds aanwezige risicofactoren, zoals figuur 6 laat zien. De oplossing ligt echter ook in het verbeteren van de samenwerking tussen geboortezorgprofessionals en in het goed toerusten van geboortezorgprofessionals voor de verloskundige zorg van vandaag en van de toekomst, inclusief de manier waarop zij met elkaar de geboortezorg in Nederland vormgeven. Het onderwijs en het praktijkgerichte onderzoek kunnen én moeten hier een belangrijke bijdrage aan leveren. Vanuit het lectoraat dragen we hieraan bij door studenten, docenten, onderzoekers en geboortezorgprofessionals vanaf vóór het begin van het onderzoek tot en met de implementatie van de onderzoeksuitkomsten in het onderwijs en in de praktijk, op verschillende manieren te betrekken. Disseminatie van onderzoeks-uitkomsten naar onderwijs en praktijk vindt hierbij continu plaats.
De wijze waarop we dat concreet aanpakken, beschrijf ik in hoofdstuk 5, 6 en 7.

Naar aanleiding van de hoge perinatale-sterftecijfers in Nederland in vergelijking met andere landen in Europa, zoals beschreven in het EURO-PERISTAT-rapport (2008), heeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) een aantal jaar geleden een landelijke Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte ingesteld. De opdracht van deze stuurgroep was om een advies te formuleren met concrete en realistische voorstellen die konden bijdragen aan het verbeteren van de geboortezorg en het verminderen van perinatale mortaliteit en morbiditeit in Nederland (KNOV, 2014a; Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte, 2009). Eind 2009 bracht deze stuurgroep haar advies uit: 'Een goed begin; veilige zorg rond zwangerschap en geboorte'. Dit rapport is inmiddels ruim zeven jaar oud, maar de geformuleerde adviezen zijn tot op de dag van vandaag actueel en behoeven mijns inziens onverminderd aandacht. De adviezen gaan over een kanteling van een reactieve naar een meer proactieve benadering van de zorg, wat betekent dat geboortezorgprofessionals vooraf zoveel mogelijk de beste condities moeten creëren en niet af moeten wachten totdat zich complicaties voordoen. De adviezen gaan ook over het goed informeren van de zwangere en over het luisteren naar haar verwachtingen, wensen en angsten. De stuurgroep adviseert bovendien dat geboortezorgprofessionals specifieke en intensieve aandacht moeten hebben voor vrouwen in achterstandssituaties én dat ze samen verantwoordelijk zijn en samen een netwerk moeten vormen, om zo de meest gezonde en veilige zorg rondom zwangerschap en geboorte te kunnen bieden (Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte, 2009).

VWS heeft destijds niet alleen een stuurgroep ingesteld, maar bovendien opdracht gegeven aan ZonMw om een onderzoeksprogramma te ontwikkelen, gericht op het terugdringen van de perinatale mortaliteit en morbiditeit en op het verbeteren van

de kwaliteit van de geboortezorg in Nederland. ZonMw liet hiertoe eerst een signalementstudie (Bonsel et al., 2010) uitvoeren door het Erasmus MC. Het doel van een signalementstudie is om in kaart te brengen welke hiaten er zijn in de kennis, om vervolgens onderzoeksvragen te kunnen formuleren. ZonMw financiert gezondheidszorgonderzoek in opdracht van het ministerie van VWS en van de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) en stimuleert het gebruik van ontwikkelde kennis om zo bij te dragen aan het verbeteren van de gezondheidszorg (ZonMw, 2017b).

De hoge perinatale-sterftecijfers, zoals beschreven in het PERISTAT-rapport 2008, de signalementstudie en het stuurgroeprapport hebben geleid tot de oprichting van het College Perinatale Zorg (CPZ) in 2011. Het CPZ kreeg de opdracht van het ministerie van VWS om de perinatale mortaliteit en morbiditeit te verminderen en om te komen tot een integraal kwaliteitskader rondom de geboortezorg. Dit heeft geresulteerd in de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (College Perinatale Zorg, 2016).

De signalementstudie en de onderzoeksagenda's die de beroepsverenigingen van verloskundigen (KNOV) en kinderartsen (NVK) hadden ontwikkeld, fungeerden als startpunt van het onderzoeksprogramma 'Zwangerschap & Geboorte' van ZonMw, dat in juli 2011 gelanceerd werd. De kern van dit eerste onderzoeksprogramma betrof het vormen van regionale samenwerkingsverbanden. Deze samenwerkingsverbanden zouden gezamenlijk onderzoek gaan uitvoeren met betrokkenheid van professionals uit alle lijnen en van partners uit de wereld van onderzoek, onderwijs, praktijk en beleid: de regionale consortia.

Samen met het Erasmus MC hebben we vanuit mijn lectoraat het initiatief genomen tot het vormen van een dergelijk consortium, te weten het Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte Zuidwest Nederland, dat door ZonMw wordt gefinancierd. Dit consortium is uniek, omdat het vanuit een gezamenlijke, regionale praktijkvraag is vormgegeven. De nauwe en langdurige samenwerking met het Erasmus MC, ons beider expertises en het vertrouwen daarin in combinatie met de omvang en kwaliteit van ons totale netwerk, maakt dat we met het consortium en inmiddels drie innovatieve, door ZonMw gefinancierde, onderzoeksprojecten kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van kennis en aan de kwaliteit, samenwerking en innovatie van de geboortezorg in Zuidwest Nederland.

Het consortium bestaat uit ongeveer honderd organisaties die vanuit praktijk, onderwijs, onderzoek en beleid betrokken zijn bij de geboortezorg en die met elkaar op gelijkwaardige basis samenwerken aan het verbeteren van de kwaliteit van de geboortezorg in Zuidwest Nederland. Ik beschrijf dit consortium en haar onderzoeksprojecten verder in hoofdstuk 5.

2.2 Kwetsbare zwangeren

Kwetsbaarheid is een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van ongunstige geboorte-uitkomsten, inclusief prematuriteit en dysmaturiteit (Jaddoe et al., 2007; De Graaf, Ravelli, De Haan, Steegers & Bonsel, 2013).

Er bestaat geen consensus over de definitie van kwetsbaarheid noch over de definitie van kwetsbare zwangere vrouwen. In de onderzoeksprojecten die vanuit het lectoraat en vanuit de academische werkplaats worden uitgevoerd, wordt een kwetsbare zwangere doorgaans gedefinieerd als: een zwangere bij wie sprake is van een psychische ziekte nu of eerder, psychosociale problemen en/of middelengebruik (roken, alcohol, drugs en/of verkeerd medicijngebruik) in combinatie met een gebrek aan eigen hulpbronnen. Voorbeelden van een gebrek aan eigen hulpbronnen zijn: lage gezondheidsvaardigheden (health literacy), een lage sociaaleconomische status, een laag opleidingsniveau en/of een klein of geen sociaal netwerk (National Collaborating Centre for Mental Health, 2007; Timmermans et al., 2011).

2.2.1 Kwetsbaarheid en wijken

Zoals gezegd in paragraaf 2.1, zijn de perinatale uitkomsten in de vier grote steden ongunstig ten opzichte van de uitkomsten in andere delen van het land en er zijn bovendien grote verschillen tussen de perinatale uitkomsten in de verschillende wijken. Uitkomsten in achterstandswijken zijn het meest ongunstig (De Graaf et al., 2008; De Graaf et al., 2013; Poeran et al., 2011; Posthumus, 2016). Deels kunnen deze verschillen in de wijken worden verklaard vanuit de individuele medische risico's bij zwangere vrouwen. Naast deze individuele medische risicofactoren blijken psychosociale, niet-medische risicofactoren (waaronder een niet-Westerse etniciteit en een lage sociaaleconomische status) een belangrijke bijdrage te leveren aan ongunstige geboorte-uitkomsten. Ook hierin bestaan grote verschillen tussen regio's. Tot slot zien we dat ook specifieke wijkgerelateerde risicofactoren, zoals zwakke sociale cohesie en onveiligheid, van invloed zijn op de uitkomsten in de verschillende wijken (Posthumus, 2016; Timmermans et al., 2011).

2.2.2 Kennis en vaardigheden van professionals over kwetsbaarheid

Tot voor kort was de verloskundige zorgverlening gebaseerd op het opsporen, voorkomen en/of behandelen van medische risico's. De beschreven nieuwe inzichten hebben tot gevolg dat professionals zich veel meer moeten richten op ook niet-medische risico's en juist ook op de combinatie van medische en niet-medische risicofactoren, met andere woorden: op de gehele context van de zwangere, inclusief haar (sociale) omgeving. Ook landelijke aanbevelingen en rapporten beschrijven dit (Bonsel et al., 2010; College Perinatale Zorg, 2016; Stuurgroep Zwangerschap & Geboorte, 2009).

Huidige en toekomstige professionals in de geboortezorg moeten hierop anticiperen met andere en ook nieuwe kennis en vaardigheden, die voor een deel ook nog ontwikkeld moeten worden.

Uit de literatuur blijkt dat professionals veel kennis, vaardigheden en competenties nodig hebben om kwetsbare groepen te kunnen identificeren, om te kunnen communiceren met kwetsbare gezinnen en om zorg te kunnen verlenen aan deze groep. Er is vaak een gebrek aan kennis bij professionals, maar ook bestaande trainingen voor professionals in relatie tot kwetsbaarheid bieden vaak niet het vereiste. De professionals blijken hun kennis meestal te hebben opgedaan tijdens het werken in de praktijk in plaats van tijdens hun opleiding; geboortezorgprofessionals in de studies gaven aan graag meer kennis en vaardigheden te willen ontwikkelen. Dit blijkt ook uit interviews en uit een survey die vanuit het regionaal consortium is uitgevoerd in Zuidwest Nederland; ik beschrijf deze in hoofdstuk 5. Helaas gaat de beschikbare literatuur vaak over onderzoeken onder kleine studiegroepen en over specifieke determinanten van kwetsbaarheid in plaats van over kwetsbaarheid in haar totaliteit (Bennet & Scammel, 2014; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Hauck et al., 2015; Wallbank et al., 2013).

De literatuur benadrukt bij de behoeften van de zwangere het belang van een sociaal netwerk, maar tevens wordt beschreven dat er soms een hiaat is tussen de verleende zorg en de benodigde zorg en begeleiding. Dit hoor ik ook terug tijdens de interviews die ik samen met Heidi van Heijningen, mijn collega, afneem bij zwangeren die deelnemen aan het programma 'Nieuw in 010'. Vrouwen hebben zowél hun sociale netwerk als hun gezondheidszorgprofessional nodig (George, 2005; Ayerle, Makowsky & Schücking 2012; Wagner, 1993).

2.2.3 Kwetsbaarheid en organisatie van zorg

Naast de noodzaak van andere kennis en vaardigheden bij professionals ten aanzien van achterstandsproblematiek, vergen organisatorische veranderingen in de geboortezorg dat geboortezorgprofessionals hun praktijk en samenwerking anders moeten organiseren. Dat is ook specifiek van toepassing bij de zorg voor kwetsbare zwangeren. Uit onderzoek van Posthumus (2016) is bekend dat de kans op minder adequate zorg juist bij achterstandsgroepen groter is. Dit wordt onder andere veroorzaakt doordat casemanagement, vooral bij cumulatie van risicofactoren, complex is en vraagt om intensievere afstemming en samenwerking. Ook de rol van de cliënt tijdens de zorgverlening moet niet worden onderschat. Posthumus (2016) kwam er bijvoorbeeld achter dat zwangeren zelf informatie overdroegen wanneer de overdracht van informatie tussen professionals niet optimaal verliep. Ook bleek dat vrouwen soms informatie moesten corrigeren of toevoegen bij de overdracht tussen de verschillende lijnen van verloskundige zorg (Posthumus, 2016). Bij kwetsbare groepen met lage gezondheidsvaardigheden, kan slechte informatieoverdracht leiden tot inadequate zorg, die niet door de cliënt kan worden gecorrigeerd.

2.3 Organisatie van verloskundige zorg

2.3.1 Integrale zorg

Naar aanleiding van ontwikkelingen zoals beschreven in paragraaf 2.1 en 2.2 en naar aanleiding van landelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg, is de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg ontwikkeld en, na een traject van circa anderhalf jaar, in 2016 vastgesteld. Integrale geboortezorg wordt als volgt gedefinieerd:

> *"Met 'integrale geboortezorg' wordt het gehele traject van zorg bedoeld vanaf de preconceptiefase tot en met de eerste zes weken na de geboorte, inclusief de samenwerking met en/of de overdracht naar kraamzorg, jeugdgezondheidszorg, huisarts en/of op indicatie de overdracht of verwijzing naar andere zorgverleners, zoals bijvoorbeeld de kinderarts."*
> *(College Perinatale Zorg 2016, p.4)*

De zorgstandaard is opgenomen in het Register van kwaliteitsstandaarden van het Zorginstituut. In dit register staan alle goedgekeurde kwaliteitsstandaarden, meetinstrumenten en informatiestandaarden. Deze zijn altijd opgesteld door patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen (Zorginstituut Nederland, 2016b). Nu de zorgstandaard is vastgesteld, hebben alle partijen in de geboortezorg een inspanningsverplichting om deze standaard te implementeren in hun praktijk.

Het doel van de zorgstandaard is om door het neerzetten van een integrale, multidisciplinaire aanpak een bijdrage te leveren aan het verbeteren van de kwaliteit van de verloskundige zorg. De zorgstandaard beschrijft de inhoudelijke kaders van de verloskundige basiszorg. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn dat de zorgvraag en het perspectief van de zwangere centraal staan en dat deze gekoppeld moeten worden aan de beschikbare evidence-based kennis. Er moet bovendien speciale aandacht zijn voor vrouwen met lage gezondheidsvaardigheden (College Perinatale Zorg, 2016; KNOV, 2016e; Zorginstituut Nederland, 2016a). Mijn lectoraat draagt bij aan de doelen met het ontwikkelen van kennis en producten, zoals het programma 'Nieuw in 010', de blauwdruk 'Psychosociale zorg & samenwerking Veilig Thuis' voor gestructureerde, integrale zorg voor kwetsbare zwangeren, onderzoek naar behoeften van zwangeren met een licht verstandelijke beperking en onderzoeken naar het sociale netwerk en naar ervaringen met zorg van kwetsbare zwangeren. Ook de leidende rol van mijn lectoraat in het landelijke lectorenplatform Zelfmanagement, dat zich specifiek richt op groepen burgers met lage gezondheidsvaardigheden, sluit hierbij aan. Ik beschrijf dit platform in hoofdstuk 6.

Tot slot schrijft de zorgstandaard voor dat regionale adviesraden waarin zwangeren en jonge ouders zitting hebben, mede het regionale beleid vaststellen en evalueren.

Vanuit het regionaal consortium hebben wij een adviesraad van zwangeren en jonge ouders ingericht, die ik beschrijf in hoofdstuk 6. Veel regionale consortia hebben een dergelijke adviesraad en ik wil er dan ook voor pleiten dat interprofessionele geboortezorgteams hier gebruik van maken.

Er is in de praktijk een behoorlijke transitie nodig om daadwerkelijk volgens de zorgstandaard te kunnen gaan werken. VSV's mogen zelf bepalen op welke manier zij de uitgangspunten uit de zorgstandaard implementeren, maar ze moeten in ieder geval fungeren als interprofessioneel geboortezorgteam. Verder moet de zwangere één vast aanspreekpunt krijgen – de coördinerende zorgverlener – en moet er voor iedere zwangere een individueel geboortezorgplan opgesteld worden. De implementatie moet gerealiseerd zijn binnen een jaar na het verschijnen van de zorgstandaard en daarmee uiterlijk eind juni 2017.

Een interprofessioneel geboortezorgteam wordt als volgt gedefinieerd:

> *"Het interprofessioneel geboortezorgteam is een multidisciplinair samengesteld team van alle regionaal bij geboortezorg betrokken zorgverleners. Het interprofessioneel geboortezorgteam is onderdeel van het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV) en is op regionaal niveau gezamenlijk verantwoordelijk voor het uitvoerende beleid met betrekking tot de zorg rond preconceptie, zwangerschap, geboorte en postnatale periode."*
> *(College Perinatale Zorg, 2016, p.12)*

2.3.2 Integrale bekostiging

Er is sprake van integrale bekostiging (of ketenbekostiging) wanneer alle zorgaanbieders voor alle zorgactiviteiten één integraal tarief voor de totale zorg van een zwangere hanteren. Hiermee wordt dus een zorgketen of zorgprogramma bekostigd (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).

Sinds 1 januari 2017 is het voor regio's die dat willen, mogelijk om te starten met integrale bekostiging. Dit is mogelijk via de experimenteerbeleidsregel Integrale Geboortezorg en via de beleidsregel Innovatie, beiden van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

De experimenteerbeleidsregel Integrale Geboortezorg is op verzoek van de minister van VWS vastgesteld door de NZa. Deze beleidsregel wordt gebruikt door VSV's die een pilot integrale bekostiging willen starten waarbij de integrale bekostiging past in de prestaties die de NZa heeft vastgesteld. Wanneer regio's een pilot willen starten waarbij de integrale bekostiging niet past in de prestaties die de NZa heeft vastgesteld, dan kunnen deze VSV's gebruik maken van de beleidsregel Innovatie. Met de beleidsregel Innovatie kunnen VSV's kleinschalig experimenteren. De

invoering van integrale bekostiging gebeurt op vrijwillige basis. De VSV's die kiezen voor integrale bekostiging, maken zelf afspraken over de samenwerkingsvorm en over de verdeling van het tarief dat zij ontvangen voor de zorgverlening. Ze bepalen ook zelf welke zorgactiviteiten wel en niet in het integrale tarief vallen. VSV's die dit niet willen, blijven gebruikmaken van de huidige manier van bekostiging (KNOV, 2016a en 2016b; Nederlandse Zorgautoriteit, 2017; Rijksoverheid, 2016).

In 2012 heeft de NZa op verzoek van de minister van VWS een advies uitgebracht over de bekostiging van de geboortezorg. De uitkomst van dit advies was onder andere dat het nog te vroeg was om integrale bekostiging door te voeren, maar dat regio's die dat willen, wel de ruimte zouden moeten krijgen om hiermee te experimenteren. Over een aantal jaren wordt door de NZa opnieuw beoordeeld of integrale bekostiging zou kunnen worden ingevoerd voor de hele sector (Nederlandse Zorgautoriteit, 2017).

Om te voorkomen dat iedere partij zelf het wiel moet uitvinden in de ontwikkeling van integrale geboortezorg, is op initiatief van CPZ en Perined het programma 'Transitie Geboortezorg' opgesteld. Een Taskforce, die de instanties daarvoor oprichten en die wordt gefinancierd door het ministerie van VWS, voert het programma uit en ondersteunt regio's bij de invoering van integrale bekostiging als onderdeel van integrale zorg. (Programma Transitie Geboortezorg, 2017; Van Haarlem, 2016).

2.4 Keuzevrijheid in de geboortezorg

Een andere ontwikkeling die ik hier nog wil bespreken, is de keuzevrijheid in de geboortezorg. Met die keuzevrijheid zijn verbonden de vrijheid om te kunnen kiezen voor de plaats van bevalling, de bekwaamheid van toekomstige professionals en de afstand tot het ziekenhuis.

Het aantal thuisbevallingen is in de jaren sinds ik ben afgestudeerd als verloskundige, gedaald van 23,3% (n=44.342) in 2001 naar 13,1% (n=21.681) in 2015 (Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2008; Perined, 2016). Ik vind keuzevrijheid tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed een groot goed en een van de unieke pijlers van het verloskundige systeem in Nederland. De mogelijkheid om te kiezen voor de plaats van bevalling die de vrouw zelf wil en die bovendien maatschappelijk geaccepteerd is, is (mits verantwoord) voor mij onlosmakelijk verbonden met dit systeem, ook bij een eerste bevalling. Dat geldt zowel voor een bevalling thuis, als voor een bevalling in een geboortecentrum of een poliklinische bevalling: een vrouw die in het ziekenhuis wil bevallen, is voor mij niet anders, maakt geen betere of slechtere keuze en heeft recht op dezelfde steun, zorg en begeleiding door een goed toegeruste professional als een vrouw die thuis wil bevallen. Hetzelfde geldt bij de keuze voor borst- of flesvoeding, wel of geen pijnbestrijding en

wel of geen prenatale screening. Essentieel bij het maken van de keuzes is dat zwangeren en hun partners vooraf goed geïnformeerd worden én dat er naar hen geluisterd wordt, zodat zij weloverwogen hun keuze kunnen maken samen met de zorgverlener. Hierbij is het uitgangspunt nooit aanbodgerichte zorg, maar wordt ondersteuning gegeven vanuit de zorgvraag en het perspectief van de zwangere, zoals ook geformuleerd in de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg.

Ik heb tijdens mijn opleiding nooit na hoeven denken over of ik wel voldoende thuispartus had begeleid om bekwaam te blijven. Ook in mijn werkzame jaren als praktiserend verloskundige heb ik me dat nooit afgevraagd en heb ik vele bevallingen thuis en poliklinisch mogen begeleiden. Studenten van nu moeten minimaal acht thuisbevallingen begeleiden tijdens hun opleiding en hebben moeite om dat aantal te behalen. Een geboorte op de baarkruk maken ze zelden mee. Concentratie van zorg kan de zorg efficiënter en kwalitatief beter maken op de plek waar deze wordt aangeboden, maar leidt ook tot grotere afstanden tot de ziekenhuizen. Bij grote afstanden kan de zorg onveilig worden, enerzijds door langere reistijd in geval van nood en anderzijds doordat vrouwen niet meer de tijd hebben om naar het ziekenhuis te gaan wanneer een bevalling te snel gaat, terwijl zij misschien juist graag in het ziekenhuis wilden bevallen.

De uitdaging ligt daarom wat mij betreft in de manier waarop docenten, geboortezorgprofessionals en onderzoekers de bekwaamheid van toekomstige professionals blijven waarborgen, de manier waarop een veilige afstand tot het ziekenhuis kan worden gegarandeerd én de manier waarop het in de maatschappij vanzelfsprekend blijft om als vrouw en als haar partner écht te kunnen kiezen voor de plaats van bevalling. Dat is nodig om échte keuzevrijheid te kunnen behouden.

2.5 Overige ontwikkelingen

Er zijn nog legio andere ontwikkelingen die soms bijna lijken onder te sneeuwen door de aandacht voor perinatale sterfte en de veranderingen in de organisatie van zorg. Ik kan hier onmogelijk alle ontwikkelingen beschrijven, maar ik vind ze wel degelijk belangrijk. Ik denk dan bijvoorbeeld aan de toename van het gebruik van medicamenteuze pijnbestrijding in de afgelopen jaren. Het gebruik van epidurale analgesie (de ruggenprik) tijdens de ontsluiting, is toegenomen van 6,2% (n=10.472) in 2004 naar 21,8% (n=33.276) in 2015. Deze toename komt deels voort uit een veranderende zorgvraag van zwangeren in Nederland en deels uit een liberaler beleid ten aanzien van pijnstilling. Er zijn bovendien grote verschillen tussen praktijken in de toepassing van medicamenteuze pijnbestrijding en in het percentage vrouwen dat medicamenteuze pijnbestrijding krijgt (Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2011 en 2013). Ook hier geldt wat mij betreft dat zwangeren en hun partners vooraf goed geïnformeerd worden over de voor- en nadelen van epidurale analgesie én dat er naar hen geluisterd wordt, zodat zij weloverwogen hun keuze

kunnen maken samen met de zorgverlener, waarbij ondersteuning wordt gegeven vanuit de zorgvraag en het perspectief van de zwangere.

Deze en vaak ook andere thema's lenen zich niet alleen voor grotere studies maar zijn tevens geschikt voor studentenonderzoek in het kader van hun minor of afstudeeropdracht. De studenten kunnen daarin de perspectieven voor professionals en zwangeren exploreren met betrekking tot ontwikkelingen en innovaties in deze thema's en zij kunnen nagaan welke theoretische modellen en evidence er al beschikbaar en bruikbaar zijn. Op die manier kunnen ze bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg, aan het ontwikkelen van hun vakgebied en aan hun eigen professionalisering en visievorming.

HOOFDSTUK 3

Beroepen in de geboortezorg: ontwikkelingen, uitdagingen en kansen

Ik heb in hoofdstuk 2 aangegeven dat de veranderingen in de verloskundige zorg in Nederland consequenties hebben voor de kennis en vaardigheden die (toekomstige) geboortezorgprofessionals nodig hebben. Hiervoor moet soms bestaande kennis worden ingebed in de beroepspraktijk en in het onderwijs en moet nieuwe kennis worden ontwikkeld. Maar ook de attitude van geboortezorgprofessionals in het licht van hun positie in de keten moet kritisch worden beschouwd. Concreet houdt dit in dat de leden van een interprofessioneel geboortezorgteam gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het geboortezorgbeleid in een regio en dus als gelijkwaardige partners moeten kunnen samenwerken, met respect voor – en met vertrouwen in – elkaars kennis en kunde. Om dit te kunnen doen, is het noodzakelijk om inzicht te hebben in de inhoud, taken en verantwoordelijkheden van het beroep van samenwerkingspartners.

In dat kader beschrijf ik hierna eerst kort de geschiedenis en ontwikkelingen van enkele verloskundige beroepen, waaruit de context van verloskundige zorg verder kan worden begrepen. Daarna beschrijf ik ontwikkelingen per professie die voortvloeien uit de ontwikkelingen in de verloskundige zorg.

3.1 Vroedvrouwen en vroedmeesters: ontwikkelingen in de afbakening van beroepsgroepen

Hoe lang er al vroedvrouwen bestaan, is niet met zekerheid te zeggen, maar het gaat ver terug in de geschiedenis. In de zeventiende eeuw ontstond er daarnaast een stand van vroedmeesters die zich bezig ging houden met complexe bevallingen waarbij zij verloskundige instrumenten gebruiken. Deze vroedmeesters waren feitelijk chirurgijns die zich de verloskunde eigen hadden gemaakt. Hiermee werden de bevoegdheden van vroedvrouwen begrensd. Die beperkingen werden later ook vaak formeel vastgelegd. Rotterdam bijvoorbeeld, verbood in 1717 het gebruik van heelkundige instrumenten door vroedvrouwen. Vanaf 1818 waren er drie beroepsgroepen op het terrein van de verloskunde: de vroedvrouwen, de vroedmeesters en de universitair opgeleide artis obstetriciae doctores. De laatste twee groepen mochten

hulpverlenen bij alle bevallingen en daarbij gebruikmaken van instrumenten. Overigens verrichtten deze academisch opgeleide geneesheren nauwelijks verloskundige handelingen, maar in plattelandspraktijken werden ze hier soms toe gedwongen. De in 1865 in werking getreden Wet regelende de uitoefening van de geneeskunst, bevestigde dat vroedvrouwen alleen bevoegd waren tot hulpverlening bij een ongestoorde zwangerschap en bevalling en dat zij geen instrumenten mochten gebruiken (Drenth, 1998; NVOG, 2011).

De eerste hoogleraar Verloskunde & Gynaecologie was A.E. Simon Thomas. Hij werd in 1848 benoemd in Leiden. Hiermee werd het onderwijs in de gynaecologie verenigd met de verloskunde, wat men in de praktijk niet overal vanzelfsprekend vond. Gynaecologen hebben in de afgelopen eeuw, net als verloskundigen, geworsteld met de afbakening van hun vakgebied met aanpalende domeinen als kindergeneeskunde, radiologie en chirurgie. Tot in de jaren '40 van de twintigste eeuw bestond bijvoorbeeld het beroep van chirurg-gynaecoloog. Ook vandaag de dag is de veelheid aan taken en de breedte van het domein van de gynaecologie onderwerp van gesprek, met als voornaamste uitdaging om 'bij te blijven' met alle nieuwe kennis, maar ook te specialiseren op onderdelen, zonder dat dit weer leidt tot versnippering. (NVOG, 2011).

De discussie over de bevoegdheden van verloskundigen duurt al eeuwen en is tot op de dag van vandaag actueel. Argumenten voor beperkte bevoegdheden hingen samen met geslacht, positie, opleiding, kennis en kunde van de professionals. Zo woedde er aan het begin van de twintigste eeuw een hevige discussie waarin verloskundigen artsen ervan betichtten nauwelijks praktische ervaring te hebben en waarbij artsen verloskundigen ervan betichtten onvoldoende opgeleid te zijn. Een bijkomend gevolg van de beperkte bevoegdheden van vroedvrouwen was dat de cliënten in de hoger opgeleide klassen een arts verkozen boven een vroedvrouw. Immers, bij complicaties moest de arts toch worden geroepen, dus waarom niet meteen een volle kracht in plaats van een halve kracht inroepen. Dit was ongunstig voor de positie van de vroedvrouw destijds.

Het is nog maar 85 jaar geleden dat verloskundigen (toen nog uitsluitend vroedvrouwen genoemd), als gevolg van de wetswijziging van 17 maart 1932, officieel bevoegd werden om:

- raad en bijstand te geven tijdens de tweede helft van de zwangerschap;
- liggingsafwijkingen op te heffen door uitwendige handgrepen;
- (onder toezicht van een arts) zwangerschapsziekten te bestrijden (Drenth, 1998).

Een vroedvrouw mocht alleen medicijnen als moederkoorn, pituïtrine en kamfer of coffeïne-oplossing toedienen als de arts niet op tijd aanwezig kon zijn en dit mocht niet per injectie gebeuren. Zuigelingenzorg was geen onderdeel van de bevoegdheden en ook het hechten van een ruptuur behoorde niet tot de taken en bevoegdheden van de vroedvrouw (Drenth, 1998).

Het duurde tot 1951 dat de bevoegdheden van vroedvrouwen verruimd werden en zij gedurende de hele zwangerschapsperiode prenatale zorg mochten begeleiden, venapuncties mochten verrichten en eenvoudige rupturen mochten hechten. Er volgde echter geen honorariumverhoging voor vroedvrouwen als gevolg van deze uitbreiding! Bovendien werd de controle op het reilen en zeilen van vroedvrouwen vergroot door hen te verplichten de huisarts te informeren na een bevalling en om dagboekkaarten bij te houden die ze eens in de zoveel tijd moesten opsturen naar de Geneeskundige Hoofdinspectie (Drenth, 1998).

In 1978 werd de naam 'vroedvrouw' in alle wetteksten veranderd in 'verloskundige'. In deze jaren (1978 en 1979) werden verloskundigen bevoegd om uitstrijkjes te maken, een episiotomie te zetten en deze te hechten en daarbij gebruik te maken van plaatselijke verdoving. Bovendien werden ze wettelijk bevoegd om onder bepaalde condities een aantal geneesmiddelen toe te dienen, namelijk: oxytocine, moederkoorn, verdovingsmiddelen en anti-D-resus immunoglobuline. Ook de zorg voor het kind kwam (nu pas!) onder de bevoegdheid van de verloskundige en ze mocht bloed afnemen bij het kind. Bij het verlenen van prenatale zorg werd nu ook het geven van voedingsadviezen opgenomen. Overigens voerden verloskundigen deze taken in de praktijk vaak al uit voordat zij de bevoegdheid hiertoe kregen (Drenth, 1998; Klomp, 1985).

Weer tien jaar later, in 1988 en 1989, werden de bevoegdheden van verloskundigen verder uitgebreid met het voorschrijven van ijzerpreparaten, hepatitis-B-immunoglobuline, hepatitis-B-vaccin intramusculair en vitamine K aan zuigelingen. Let wel: de dagboekkaarten werden vervangen door zwangerschapskaarten die ook huisartsen en gynaecologen moesten invullen, maar alleen verloskundigen waren verplicht deze kaarten aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid te sturen (Drenth, 1998). Dat laatste hoeft inmiddels niet meer. Er is tegenwoordig een landelijke organisatie voor registratie (Perined), die uitkomsten van geboortezorg verzamelt en analyseert.

Recentelijk, sinds 2007, hebben verloskundigen de bevoegdheid gekregen voor counseling van prenatale screening en prenatale diagnostiek en sinds 2014 zijn verloskundigen bevoegd tot het voorschrijven en toedienen van lachgas en het voorschrijven van anticonceptie (KNOV, 2014a en 2014b).

De continu aandacht voor uitbreiding van bevoegdheden is onlosmakelijk verbonden met maatschappelijke veranderingen en met wetenschappelijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg.

De opleiding tot gynaecoloog heeft zich in de afgelopen eeuw geleidelijk aan ontwikkeld tot een zesjarige opleiding, waarvan een deel universitair en een deel

niet-universitair. Ook de opleiding tot verloskundige heeft zich steeds verder ontwikkeld en is van twee, naar drie en in 1994 naar vier jaar opleidingsduur gegaan. Bovendien zijn er mogelijkheden om wetenschappelijke masteropleidingen te volgen en is er in Rotterdam een masteropleiding voor klinisch verloskundigen opgezet: de Masteropleiding Physician Assistent – Klinisch Verloskundige. Sinds 1998 zijn er plannen om het verloskunde-onderwijs een meer wetenschappelijk karakter te geven, maar ook in de jaren daarvoor werd daar al over gesproken (Drenth, 1998; NVOG, 2011).

Ik ben van mening dat de ontwikkeling naar een meer wetenschappelijk niveau onontbeerlijk is in de verdere professionalisering en positionering van het beroep van verloskundige. Dit geldt overigens ook voor de andere beroepen in de geboortezorg. Ik ben ook van mening dat het hoger onderwijs zoals Hogeschool Rotterdam dat aanbiedt, alle kansen en mogelijkheden biedt om verloskundigen tot dit praktijkgerichte, wetenschappelijke niveau op te leiden. Een nauwe samenwerking tussen mbo, hbo en universiteit, waarbij de instellingen interprofessioneel opleiden binnen een doorlopende leerlijn en waarbij ze wetenschappelijk kennis en vaardigheden ontwikkelen en inbedden als onlosmakelijk deel van onderwijs én van de beroepsuitoefening, is essentieel in dit kader.

3.2 Eerstelijns verloskundige

De eerstelijns verloskundige is bij uitstek de professional die in de wijk zorg draagt voor de zwangere, de barende en de kraamvrouw. Zij dient haar ketenzorgpartners in de wijk daarom goed te kennen en samenwerkingsafspraken met hen te hebben of vorm te geven.

In 2014 is het meeste recente beroepsprofiel van de verloskundige verschenen waarin omschreven wordt welke positie de verloskundige inneemt in de keten. Een aspect daarvan is dat zij in de thuissituatie acute zorg verleent en dat zij waarborgt dat er bij een acute situatie parallelle acties met verschillende professionals in werking worden gezet, inclusief adequate voorbereiding van de vereiste acute multidisciplinaire behandeling. De zorg is niet meer uitsluitend gericht op bijvoorbeeld de gezondheid tijdens de zwangerschap, er wordt meer naar de hele reproductieve levensfase gekeken. Er vindt een verschuiving binnen het verloskundige beroep plaats naar meer public health taken, waarmee de verloskundige direct bijdraagt aan een gezonde samenleving en aan preventie (KNOV, 2014a).

Deze verschuiving is ontzettend belangrijk, omdat juist intra-uterien en in de vroege levensfase alle kansen moeten worden benut om een gezonde en veilige toekomst te bieden. Ik vind het de taak van het onderwijs en onderzoek om nieuwe kennis en producten te ontwikkelen die bijdragen aan deze gezonde en veilig

toekomst en om toekomstige professionals zodanig op te leiden dat zij deze taak maximaal kunnen vervullen.

In hoofdstuk 1 heb ik het deskundigheidsgebied van eerstelijns verloskundigen in de geboortezorgketen beschreven en in paragraaf 3.1 staat beschreven welke bevoegdheden zij hebben verworven in de loop der jaren. Toch zijn er ook vandaag de dag grote uitdagingen voor eerstelijns verloskundigen.

Deze uitdagingen liggen voor een deel bij de uitbreiding van het takenpakket, maar vooral ook bij de toenemende intensiteit van bestaande taken van eerstelijns verloskundigen. Voorbeelden hiervan zijn de toenemende aandacht voor zwangeren met psychosociale problematiek, de veel mondigere cliënt en de taken die vanuit overheid of beroepsvereniging worden verwacht of verplicht worden gesteld. Deze taken komen onder meer voort uit de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg en de komst van de Non Invasieve Prenatale Test (NIPT).

Voor een zwangere met psychosociale problematiek is niet alleen meer intensieve begeleiding door de verloskundige nodig, maar ook samenwerking met collega's in het interprofessioneel geboortezorgteam én met organisaties die deze vrouw kunnen begeleiden. Dat betekent meer coördinatie van de zorg en meer overleg. De mondigere cliënt heeft vaak al veel informatie gevonden en heeft vragen waar de verloskundige op moet kunnen anticiperen.

Met de lancering van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg dient iedere vrouw bij 16 weken zwangerschap een geboorteplan te hebben. Bovendien vergt de Zorgstandaard van verloskundigen dat ze meer interprofessioneel gaan samenwerken in een interprofessioneel geboortezorgteam (College Perinatale Zorg, 2016). Per 1 april 2017 komt de NIPT als eerste screeningstest naast de combinatietest. Vanaf dat moment moet het counselingsgesprek voor prenatale screening apart van het intakegesprek worden gevoerd. Om ook na 1 april 2017 nog bevoegd te zijn om counselingsgesprekken prenatale screening te voeren, moeten geboortezorgprofessionals bovendien verplicht geschoold worden (KNOV, 2016d).

Andere ontwikkelingen binnen de verloskundige praktijk zijn de verlaging van de normpraktijk (in 2009 en 2010) van 120 naar 105 zorgeenheden per verloskundige per jaar en de toenemende deelname aan vernieuwings- en onderzoeksprojecten. Tot de ontwikkelingen op het gebied van onderzoek behoort ook de vorming van de regionale consortia waarin ketenpartners, en dus ook verloskundigen, met elkaar samenwerken aan de kwaliteit van de geboortezorg in de regio (KNOV, 2014a). Vanuit mijn lectoraat wordt het regionaal consortium voor Zuidwest Nederland gecoördineerd. Hier besteed ik in hoofdstuk 5 aandacht aan.

Naast verbeterde samenwerking in een interprofessioneel geboortezorgteam, werken verloskundigen ook intra professioneel meer met elkaar samen. Zo werken praktijken steeds meer samen op het gebied van echoscopie, uitwendige versie, prenatale voorlichting en zorg voor kwetsbare zwangeren. Deze samenwerking draagt bij aan het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van de verloskundige zorg. Ketenbrede samenwerking is vormgegeven in VSV's en bovendien is er bij aanwezigheid van meerdere ziekenhuizen in een stad, zoals in Rotterdam, soms een District Verloskundig Platform (DVP). Verloskundigen participeren, net als gynaecologen en gelukkig ook steeds vaker kraamverzorgenden, in deze gremia (KNOV, 2014a).

Het aantal eerstelijns verloskundigen is in de afgelopen decennia toegenomen. Werkte er in 1996 nog 'slechts' 1147 eerstelijns verloskundigen met een eigen praktijk, als waarnemer of in loondienst van een zelfstandig gevestigde verloskundige, in 2015 zijn dit er 2174. In de twintig jaar daarvoor was deze groei niet zo groot: in 1975 werkten 654 eerstelijns verloskundigen in een eigen praktijk of als waarnemer (NIVEL, 1987, 2006 en 2016).

Een mooie ontwikkeling tot slot, is dat er steeds meer diversiteit ontstaat binnen het verloskundige beroep doordat verschillende verloskundigen kiezen voor verdere specialisatie, al dan niet met een vervolgopleiding. Voorbeelden hiervan zijn de ontwikkeling tot versiekundige, verloskundig echoscopist en klinisch verloskundige (KNOV 2014a).

Hogeschool Rotterdam sluit aan bij deze ontwikkeling richting verdere specialisatie met onder andere een minor echografie en met de enige landelijke Masteropleiding Physician Assistent - Klinisch Verloskundige (MPA-KV).

3.3 Klinisch verloskundige

Klinisch verloskundigen zijn verloskundigen die werken in de tweede of derde lijn, dus in een ziekenhuissetting. Zij functioneren hierbij semi-autonoom binnen het ziekenhuis waar zij routinezorg verlenen aan barende vrouwen met een verhoogd risico (Cronie et al., 2012). Op veel plaatsen in Nederland verlenen klinisch verloskundigen ook prenatale en postpartumzorg in de ziekenhuizen. Bovendien hebben zij daarnaast vaak nog andere bestuurlijke, coördinerende en/of onderwijstaken.

Het aantal klinisch werkzame verloskundigen is in de afgelopen decennia enorm toegenomen. In 2015 werkte 29,2% (n=919) van alle verloskundigen in een ziekenhuis; dat was 18,9 procent (n=353) in 2003 en 13,9% (n=185) in 1996 (NIVEL 2006, 2014 en 2016). Wat veel mensen niet weten, of zijn vergeten, is dat begin jaren '80 van de vorige eeuw ook veel verloskundigen klinisch werkten. In de loop

van de jaren is dat percentage weer afgenomen. In 1970 was het aantal klinisch werkzame verloskundigen 11,8% (n=92) en in 1982 werkte 21,2% (n=177) van alle verloskundigen klinisch (NIVEL, 1987). Waarom dat zo is, weet ik niet, maar ik weet wel dat in de tijd dat ik de opleiding tot verloskundige deed (eind jaren '90 van de vorige eeuw en begin van deze eeuw) het 'not done' was om als verloskundige klinisch (of op de opleiding) te gaan werken. Dat werd ervaren alsof je je vakgenoten in de eerste lijn, waar een enorm tekort was aan verloskundigen, in de steek liet. Bovendien was de strijd om bevoegdheden nog volop gaande en werd klinisch werken door sommigen als 'overlopen' ervaren. Mogelijk heeft dit een rol gespeeld in de afname van het percentage klinisch werkzame verloskundigen in jaren '80.

Er is weinig bekend over de redenen voor de toename in het aantal klinisch werkzame verloskundigen. Factoren die werden genoemd voor de toename begin deze eeuw, waren onder andere een tekort aan gynaecologen en de wens van verloskundigen om een meer gereguleerd werkschema te hebben (Cronie et al., 2012; Wiegers & Hukkelhoven, 2010). Er is bovendien een trend zichtbaar van toename van het aantal verwijzingen naar het ziekenhuis, met name tijdens de bevalling, vanwege pijnbestrijding en meconiumhoudend vruchtwater (KNOV, 2014a; Amelink-Verburg, 2011; Offerhaus et al., 2013). Mede hierdoor is het aantal klinische bevallingen toegenomen van 56,5% in 1999 naar 64% in 2003 en 71% in 2015 (Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2011; Perined, 2016). Mogelijk speelt dit groeiend aantal verwijzingen een rol in de toename van het aantal klinisch werkzame verloskundigen.

Tot op heden is er weinig onderzoek gedaan naar de taken en verantwoordelijkheden van klinisch verloskundigen (Cronie et al., 2012). De meest voorkomende redenen om te verwijzen van de eerste naar de tweede lijn durante partu zijn: meconiumhoudend vruchtwater (17,8%), onvoldoende vorderende ontsluiting (14%), onvoldoende vorderende uitdrijving (8%) en verzoek tot pijnstilling (19,8%) (Perined, 2016). Dit overzicht geeft enig inzicht in de complicaties bij vrouwen die door klinisch verloskundigen worden gezien en dus in de taken van de klinisch verloskundige.

Cronie et al. (2012) hebben het eerste onderzoek gedaan naar taken en verantwoordelijkheden van klinisch verloskundigen in Nederland. Zij stuurden een vragenlijst naar alle ziekenhuizen met een afdeling Verloskunde (n=98), met vragen over taken, verantwoordelijkheden en autonomie van klinisch verloskundigen. De respons bedroeg 60% (n=59) waarvan 68% (n=40) was ingevuld door een klinisch verloskundige. De uitkomst was als volgt: 98% van de respondenten gaf aan dat klinisch verloskundigen verantwoordelijkheden hadden

in de supervisie op andere professionals (verpleegkundigen, coassistenten), 59% gaf aan dat klinisch verloskundigen naast de zorg voor vrouwen in partu ook verantwoordelijkheden hadden voor andere gebieden (pre- en postnatale afdelingen, lessen en toetsen van studenten en zorg voor acute situaties) en 54% gaf aan dat deze verloskundigen zelfstandig medicatie voorschreven, terwijl dit geen onderdeel is van het taakgebied van Nederlandse verloskundigen.

Uit recent onderzoek vanuit de Masteropleiding Physician Assistent – Klinisch Verloskundige (MPA-KV) onder haar alumni (Cellissen, Engeltjes & Rijke, 2016) kwam naar voren dat klinisch verloskundigen naast het bieden van prenatale, natale en postpartumzorg, ook veel andere taken hebben. Dit zijn onder meer taken als:

- (multidisciplinaire) scholing, zowel in de uitvoering als in de coördinatie;
- bestuurlijke taken, onder andere in het VSV;
- coördinerende taken bij bijvoorbeeld de perinatale audit;
- opzetten en/of uitvoeren van een specifieke poli;
- fungeren als aanspreekpunt voor het verloskundig team;
- een rol in projecten, bijvoorbeeld over integrale zorg, over triage en bij fusies;
- specialistische zorg, waaronder zorgverlening op de POP-poli, echospreekuur, acute opvang van zwangeren en van gynaecologische patiënten.

Het onderzoek van de MPA-KV is gehouden onder alumni en daarmee dus onder afgestudeerde MPA klinisch verloskundigen. Mogelijk geeft dit niet een representatief beeld voor alle klinisch verloskundigen in Nederland, maar het geeft wel een beeld van de diversiteit aan taken.

Er is geen continu 24/7 beschikbaarheid van klinisch verloskundigen in alle Nederlandse ziekenhuizen. Klinisch verloskundigen begeleiden echter een groot deel van de bevallingen met een verhoogd risico in de ziekenhuizen. Tot voor kort waren er geen landelijke standaarden voor de praktijk en er was geen eenduidigheid en overeenstemming over benodigde kennis, taken en verantwoordelijkheden van klinisch verloskundigen. Het bestaande kader ging uit van de eerstelijns verloskundige. De zorg werd officieel geleverd in de vorm van taakdelegatie waarbij de gynaecoloog eindverantwoordelijk was, maar in de praktijk werkten klinisch verloskundigen feitelijk onder eigen verantwoordelijkheid en bovendien buiten de grenzen van hun eigen deskundigheidsgebied (Cellissen et al., 2014; Cronie et al., 2012; Van Diem, 2013). In 2014 is het eerste beroepsprofiel klinisch verloskundige gelanceerd en kort daarna is tevens het opleidingsprofiel ontwikkeld (KNOV, 2014a).

Uit onderzoek van de KNOV (Hakkenberg, 2013a en 2013b) naar de behoeften van klinisch verloskundigen, bleek dat het verder ontwikkelen van de verloskundige zorg en het verbeteren van de positie van klinisch verloskundigen de belangrijkste aandachtsgebieden zijn.

Hogeschool Rotterdam en Erasmus MC hebben op bovenstaande ontwikkelingen geanticipeerd met het opzetten van de Masteropleiding Physician Assistent – Klinisch Verloskundige (MPA-KV). Deze MPA-KV, die bestaat sinds 2005 en is opgezet in een samenwerking tussen Hogeschool Rotterdam en het Erasmus MC, leidt klinisch verloskundigen op tot Master Physician Assistant (MPA). Sinds 1 september 2016 mogen afgestudeerden zich Master of Science (MSc) noemen. De opleiding is geaccrediteerd door de Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) en is de enige geaccrediteerde masteropleiding voor klinisch verloskundigen in Nederland (Hogeschool Rotterdam, 2017c).

In april 2016 hebben KNOV, NVOG en Hogeschool Rotterdam een samenwerkingsovereenkomst getekend voor het ontwikkelen van een nieuwe tweejarige duale masteropleiding. Reden voor het ontwikkelen van deze master is het in ontwikkeling zijnde specialistenregister. Er is namelijk een zelfstandige en geaccrediteerde master nodig om tot dit specialistenregister te kunnen worden toegelaten (KNOV, 2016c). De nieuwe tweejarige duale masteropleiding voorziet hierin.

3.4 Kraamverzorgende

Er is geen beroepsgroep die zó hard voor haar bestaan heeft moeten knokken in de afgelopen jaren als de kraamverzorgenden. En eigenlijk is de ontwikkeling in de geschiedenis van de beroepsgroep van verloskundigen decennia geleden, qua proces zo over de ontwikkeling bij kraamverzorgenden heen te leggen. Waar begin vorige eeuw de meerwaarde en kwaliteit van de vroedvrouwen meermalen ter discussie stonden, gold dat in de afgelopen jaren voor de kraamverzorgenden.

Kraamverzorgenden leveren hulp tijdens de bevalling en hulp aan moeder en kind tijdens de kraamperiode. De exacte inhoud van zorg staat beschreven in het Landelijk Indicatieprotocol Kraamzorg. De zorgduur varieert van 24 tot 80 uur, verdeeld over maximaal tien dagen gerekend vanaf de geboorte. Kraamvrouwen betalen in 2017 een eigen bijdrage aan kraamzorg van €4,30 per uur (Zorginstituut Nederland, 2017). Juist de meest kwetsbare groepen, die kraamzorg het hardst nodig hebben, kunnen deze eigen bijdrage waarschijnlijk vaak niet betalen.

Begin 2013 deed de minister van VWS een oproep voor zogenaamde 'pakket-maatregelen'. In reactie hierop suggereerden burgers om kraamzorg uit het basispakket te halen; omdat zij zelf geen gebruik meer maakten van kraamzorg, veronderstelden dat niet iedereen kraamzorg nodig heeft en/of omdat zij vonden dat zwangerschap een eigen keuze is met voorzienbare kosten. Het Zorginstituut Nederland heeft de minister (conform haar verzoek) begin maart 2015 geadviseerd om kraamzorg te handhaven in het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Kraamzorg wordt gezien als noodzakelijke, zowel curatieve als preventieve zorg en als integraal onderdeel van de geboortezorgketen. De inhoud van de taken van de kraamverzorgende en de omvang in uren moeten wel beter worden afgestemd op de individuele behoefte van het kraamgezin. (Zorginstituut Nederland (2015). Bovendien zijn wetenschappelijke onderbouwing van het handelen van kraamverzorgenden en kennis over de kosteneffectiviteit en doelmatigheid noodzakelijk (ZonMw, 2017a).

Naast de hierboven beschreven ontwikkelingen rondom kraamzorg in het basispakket, hebben vooral de daling van het aantal thuisbevallingen, de opkomst van geboortecentra en het ontwikkelen van integrale geboortezorg invloed op het vak van de kraamverzorgende (Kenniscentrum Kraamzorg, 2015). Door de daling van het aantal thuisbevallingen, assisteren kraamverzorgenden minder vaak bij thuisbevallingen. Doordat ze minder bij thuisbevallingen assisteren, verandert enerzijds het takenpakket van de kraamverzorgenden en hebben ze minder kennis en ervaring op dit gebied. Dat heeft weer invloed op de kwaliteit van zorg die zij kunnen leveren. Anderzijds leidt het werken in geboortecentra juist tot een uitbreiding van werkzaamheden, waarbij kraamverzorgenden bovendien veel vaker in teamverband werken in plaats van solistisch. Tot slot heeft de opkomst van integrale geboortezorg consequenties voor zowel de financiering van de kraamzorg als de werkzaamheden van kraamverzorgenden.

De genoemde ontwikkelingen hebben nog een ander effect: zoals er geen beroepsgroep recentelijk zo hard voor haar bestaan heeft moeten vechten als de kraamzorg, zo is er ook geen beroepsgroep die het recentelijk in zo'n korte tijd is gelukt om zich te professionaliseren.

Er zijn grote verschillen in opleiding tussen kraamverzorgenden. Er zijn kraam-verzorgenden die nog de oude (interne) opleiding hebben gevolgd, maar er zijn er ook die de opleiding MBO Verzorgende Individuele Gezondheidszorg, niveau 3 met specialisatie Kraamzorg hebben gevolgd of die de opleiding Helpende Zorg en Welzijn hebben (mbo-2 niveau) en aanvullende modules tot kraamverzorgende hebben gevolgd. Er zijn veel verkorte opleidingstrajecten en mogelijkheden om in te stromen in de kraamzorg door het volgen van aanvullende modules.

Om alle uitkomsten van die verschillende opleidingen te stroomlijnen, worden er nu eisen aan die opleidingen gesteld, wat onder andere blijkt uit het Beroepscompetentieprofiel Kraamverzorgende (Kenniscentrum Kraamzorg, 2016). Ook heeft Kenniscentrum Kraamzorg een kwaliteitsregister kraamzorg ontwikkeld, wat uniek is voor beroepen op mbo-3 niveau. De sector zelf heeft verder een Academische Werkplaats Kraamzorg in het leven geroepen, die dient voor het uitvoeren van onderzoek en het verbeteren van evidence-based werken in de kraamzorg (Bo Geboortezorg, 2016). Ook is er op verzoek van de minister een kennisagenda opgesteld en vervolgens een onderzoeksprogramma van ZonMw. ZonMw heeft in dit kader onlangs subsidie toegekend aan vijf projecten voor de duur van drie jaar met als doel om onderzoek te verrichten naar de kwaliteit en de effectiviteit van kraamzorg, met specifieke aandacht voor zorg op maat (ZonMw, 2017a). Een van de projecten is het project ´De beste start voor de kwetsbare kraamvrouw en haar kind´ dat het lectoraat Verloskunde en Geboortezorg van Hogeschool Rotterdam en de afdeling Verloskunde & Gynaecologie van het Erasmus MC gezamenlijk hebben ontwikkeld. Ik beschrijf dit project in hoofdstuk 5.

De opleidingen voor kraamverzorgenden moeten anticiperen op de ontwikkelingen en uitdagingen in het vakgebied. Dit is naar mijn mening een complexe taak, omdat er enerzijds meer gevraagd wordt aan kennis en kunde van kraamverzorgenden, terwijl er anderzijds zeer kritisch wordt gekeken naar de bekostiging van de kraamzorg.

Het continu monitoren van de effecten van kraamzorg op bijvoorbeeld gezondheid en welbevinden van moeder en kind is ontzettend belangrijk, zowel in het kader van de kwaliteit van de kraamzorg als in het kader van het voortbestaan van het beroep. Monitoren kost echter tijd en geld en vergt bovendien dat kraamverzorgenden een gelijke kwaliteit van zorg gaan leveren. Kenniscentrum Kraamzorg anticipeerde hier bijvoorbeeld op door het ontwikkelen van een app met zorgprotocollen voor kraamverzorgenden (Kenniscentrum Kraamzorg, 2017).

Ik pleit voor het doorontwikkelen van de kraamzorgopleiding naar mbo-4 niveau, omdat dit niveau aansluit bij het toenemende aantal taken van kraamverzorgenden en bij de complexiteit van deze taken. Ook wordt hiermee een doorlopende leerlijn naar de hbo-opleiding verpleegkunde mogelijk. Daarbij wil ik de mogelijkheden voor het ontwikkelen van een Associate Degree (AD) kraamzorg verkennen. Een kraamverzorgende met een AD kan zorg verlenen in gezinnen die extra zorg behoeven door hun complexe medische en/of sociale situatie. Zij kan ook bijdragen aan de verdere professionalisering van het vak, aan een betere positionering van de kraamverzorgende en aan de ontwikkeling van de rol van de kraamverzorgende in het interprofessioneel geboortezorgteam, waarbij kraamverzorgenden al vroeg in de zwangerschap kunnen worden betrokken bij een integraal zorgpad voor de zwangere.

3.5 Gynaecoloog

Waar de ontwikkeling naar meer diversiteit bij de eerstelijns verloskundige een mooie ontwikkeling is, is dit bij het beroep van gynaecologen ook een uitdaging. Gynaecologen moeten het vak in de volle breedte beheersen, maar de ontwikkelingen in het vakgebied gaan snel en er is veel daarmee samenhangende nieuwe kennis aanwezig; het is onmogelijk voor gynaecologen om dit voor alle differentiaties goed bij te houden. De beroepsgroep zelf is bovendien aan verandering onderhevig door de wens om meer parttime te werken en door hogere kwaliteitseisen. Een andere verandering is de feminisering. Het aantal vrouwen dat werkzaam is als gynaecoloog is in de afgelopen jaren enorm toegenomen. Waar in de bijna honderd jaar tussen 1887 en 1986 het aantal vrouwelijke gynaecologen varieerde van 10 tot 14%, is in 2012 50% van de gynaecologen en 83% van de gynaecologen in opleiding een vrouw (NVOG, 2011).

Het lijkt onhaalbaar om verantwoorde zorg te blijven verlenen in de volle breedte, maar bij te veel subspecialisaties is er het risico van versnippering van de zorg. De uitdaging is dus om hier een evenwicht in te vinden.

Niet alleen het beroep en de samenstelling van de beroepsgroep van de gynaecoloog veranderen, ook de omgeving is aan verandering onderhevig. Als gevolg van taakherschikking en reorganisatie van zorg ontstaan complexe interprofessionele samenwerkingsvormen met verschillende beroepsgroepen die goed moeten worden vormgegeven. Op vele vlakken moeten gynaecologen, net als andere geboortezorgprofessionals over de grenzen van hun vak en ook buiten de grenzen van hun (ziekenhuis)praktijk treden. Voorbeelden waarbij dit van toepassing is, zijn interprofessionele samenwerking, technische ontwikkelingen en digitalisering van zorg. Daarbij verandert de relatie met de patiënt naar een meer gelijkwaardige en zakelijke relatie waarin gezamenlijk beslissingen worden genomen. Ook verandert de patiëntenpopulatie als gevolg van uitgestelde kinderwens, obesitas en vergrijzing. Naast behandelen, krijgt de gynaecoloog daardoor vaker te maken met preventie en met het begeleiden van meer chronisch zieke patiënten (NVOG, 2014a).

Goed om hier nog te noemen, is dat de opleiding tot gynaecoloog voorloper is op het gebied van onderwijs en in 2005 de eerste medische vervolgopleiding was met een volledig, op landelijke niveau uitgeschreven opleidingsplan. De modernisering van de medische vervolgopleidingen hebben bovendien geleid tot het inzicht dat medisch specialisten op meer gebieden competent moeten zijn dan uitsluitend op het medische. Zo is er meer aandacht voor maatschappelijke betrokkenheid, ook in de opleiding tot gynaecoloog, en voor de zogenaamde ‘soft skills’ van de medisch specialist (NVOG, 2014a; Van Loon & Scheele, 2015).

3.6 Samenwerken en samen opleiden!

Het grootste deel van de in de vorige paragrafen beschreven ontwikkelingen en uitdagingen spelen breed in de geboortezorg. Beroepsverenigingen en beroepsgroepen kiezen hierin hun eigen speerpunten en focus, maar juist deze gedeelde uitdagingen met andere professies in de geboortezorg, bieden mijns inziens kansen voor het gezamenlijk ontwikkelen van kennis, gezamenlijk volgen van onderwijs en het formuleren van ketenbreed beleid, zowel op landelijk als op regionaal en lokaal niveau.

Geboortezorgprofessionals moeten in mijn visie naast en vanuit een goede samenwerking en concrete afspraken met elkaar binnen het interprofessioneel geboortezorgteam (met directe geboortezorgpartners als verloskundige, gynaecoloog, kraamverzorgende en ook obstetrieverpleegkundige en kinderarts), samenwerking vormgeven met andere professionals en organisaties die de zwangere tegenkomt. Dit betreft ten minste het wijkteam, de gemeente, de huisarts, het consultatiebureau, de aandachtsfunctionaris huiselijk geweld in het ziekenhuis, Veilig Thuis, de diëtist en de bekkenfysiotherapeut. Afhankelijk van de lokale context kan dit nog vele andere professionals betreffen, onder wie psycholoog, psychiater, GGZ, (ortho)pedagoog, sociaal maatschappelijk werker en/of doula.
Een doula is iemand die een vrouw tijdens de bevalling (en eventueel ook zwangerschap en kraambed) ondersteunt en begeleidt. Eigenlijk een coach die geen medische achtergrond heeft, maar die – wanneer een vrouw hier behoefte aan heeft – de plek opvult die vroeger werd ingenomen door (schoon)moeders, vriendinnen en buurvrouwen (doula.nl, 2017).

Deze brede samenwerking met verschillende professionals, binnen en buiten het interprofessioneel geboortezorgteam, betekent dat ketenpartners interprofessioneel moeten worden opgeleid op een nog veel intensievere manier, die veel breder in het curriculum is ingebed. Het programma 'Nieuw in 010' is een mooi voorbeeld van hoe interprofessioneel opleiden kan worden vormgegeven; het programma is zelfs geselecteerd als een van de illustratieve praktijken door de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (2016). Het is tot op heden echter nog niet gelukt om dit programma als vast onderdeel in te bedden in de curricula. Meer gezamenlijke hoor- en werkcolleges met gezamenlijke casuïstiek voor toekomstige ketenpartners vereist een rigoureuze verandering in de organisatie en vormgeving van het onderwijs. Maar naar mijn mening is het noodzakelijk om professionals goed toe te rusten voor de taken die zij in de toekomst moeten uitvoeren. Het gaat er hierbij niet om dat zij met iedere potentiële samenwerkingspartner colleges volgen, maar wel dat ze leren om elkaars taal te spreken (of liever: eenzelfde taal gaan spreken). Dat ze leren om niet vanuit hun eigen vak te denken, maar vanuit de context van de cliënt, waar ze met hun specifieke expertise een bijdrage aan leveren als onderdeel van een groter geheel.

Het interprofessioneel opleiden vergt dus een vakoverstijgende visie op de ontwikkelingen van gezondheidszorgberoepen en sociale beroepen, die vervolgens vertaald wordt naar de verschillende opleidingen. Complexe processen als roostering, (digitale) leeromgeving en professionalisering van docenten moeten hierbij vanaf het begin worden betrokken en niet uitsluitend als uitvoerend en faciliterend worden beschouwd.

HOOFDSTUK 4

Focusgebieden van het lectoraat

In dit hoofdstuk beschrijf ik achtereenvolgens de thema's van mijn lectoraat, de verbinding van deze thema's met landelijke onderzoeksagenda's en tot slot de aansluiting tussen de ontwikkelingen in de geboortezorg en de ontwikkelingen in het hoger onderwijs en het praktijkgerichte onderzoek. Ik sluit af met een tweetal voorbeelden waarin de verbinding tussen deze werelden is gelegd.

4.1 Hoofd- en subthema's van het onderzoek van het lectoraat

De hoofdthema's van onderzoek van het lectoraat komen voort uit de in hoofdstuk 2 en 3 beschreven ontwikkelingen, uit raadpleging van het werkveld en van docenten en onderzoekers alsook uit actuele, relevante literatuur. Ieder hoofdthema heeft een aantal subthema's. Deze thema's met subthema's betreffen:

a organisatie van verloskundige zorg en ketensamenwerking:
- organisatie van zorg;
- cliëntperspectief, met aandacht voor zelfredzaamheid en eigen kracht van burgers;

b preventie:
- gezondheidsvoorlichting en gezondheidsbevordering tijdens de zwangerschap;
- risicoselectie en screening;
- achterstand, kwetsbare groepen en groepen met lage gezondheidsvaardigheden.

Over de hele linie is er aandacht voor innovatie, samenwerking, consortiumvorming, monitoring, internationalisering en verbinding met vak- en beroepsgroepoverstijgende ontwikkelingen in onderwijs en onderzoek.

De thema's zijn steeds verweven in de verschillende projecten die vanuit het lectoraat worden aangestuurd of waar het lectoraat bij betrokken is. Dit betekent dat er nooit een project wordt uitgevoerd dat gericht is op de organisatie van zorg, zonder dat er aandacht is voor preventie en andersom. In hoofdstuk 5 komt dit

nader tot uitdrukking bij de beschrijving van de projecten van het lectoraat. De thema's van het lectoraat sluiten tevens aan bij de landelijke onderzoeksagenda's rondom verloskunde en geboortezorg.

4.2 Verbinding met onderzoeks- en kennisagenda's in de verloskunde en geboortezorg

De beroepsverenigingen van verloskundigen (KNOV), gynaecologen (NVOG) en kinderartsen (NVK) hebben in 2015 met verschillende documenten input geleverd voor de ZonMw-onderzoeksagenda 'Een gezonde start voor moeder en kind. Integrale zorg rondom zwangerschap & geboorte' (ZonMw, 2016). De KNOV heeft met een position paper input geleverd en richt zich in deze position paper met name op de ontwikkelingen richting meer integrale zorg. De KNOV pleit hierin voor gedegen pilots om te onderzoeken of – en zo ja op welke wijze – de zorg verbeterd kan worden (KNOV, 2015).

De NVOG heeft input geleverd in de vorm van een 'NVOG prioriteringslijst kennishiaten ZonMw'. De NVOG richt zich in dit document vooral op effectieve klinische interventies en behandeling bij (of ter preventie van) aandoeningen bij moeder en (ongeboren) kind. Ook 'gebrek aan effectieve preventie van herhaalde vroeggeboorte' komt terug in deze prioriteringslijst (NVOG, 2014b). Dit onderwerp komt ook terug op de onlangs gelanceerde kennisagenda van de NVOG. In de top 10 van meest urgente onderzoeksthema's noemt de NVOG hier bijvoorbeeld de waarde van doppler-onderzoek bij intra-uteriene groeivertraging. Het herkennen en opsporen van kwetsbare zwangeren staat niet in deze top 10, maar wordt wel genoemd als een van de thema's die belangrijk bleken bij het opstellen van de kennisagenda (NVOG, 2016). Het document van de NVK is niet gepubliceerd.

De achtergrond van en focus in de onderzoeksprioriteiten van de beroepsverenigingen van geboortezorgprofessionals verschillen dus behoorlijk. Het is jammer dat er geen gezamenlijke kennisagenda is. Juist omdat de beroepsgroepen met elkaar de geboortezorg integraal vorm gaan geven, is het essentieel om met elkaar gedeelde hiaten in kennis alsook gedeelde vraagstukken en problemen in de praktijk inzichtelijk te maken. Door middel van gezamenlijk onderzoek en onderwijs kunnen vervolgens kennis, vaardigheden en oplossingen worden ontwikkeld en geïmplementeerd in de praktijk. Een gezamenlijke agenda borgt dat de vele expertises bij elkaar worden gebracht en dat van deze verschillende en unieke perspectieven optimaal gebruik wordt gemaakt.

ZonMw heeft wél een onderzoeksagenda 'Zwangerschap & Geboorte' ontwikkeld en heeft daarmee gefaciliteerd dat er in de afgelopen jaren gezamenlijk onderzoek, met betrokkenheid van alle geboortezorgprofessionals, op regionaal niveau is vormgegeven. In verband met een vervolg op het ZonMw-programma

'Zwangerschap & Geboorte' heeft ZonMw in 2016 een update ontwikkeld van de onderzoeksagenda uit 2010. In deze nieuwe onderzoeksagenda staan thema's als preventie en integrale zorg centraal (ZonMw, 2016). Hoofdthema's in deze onderzoeksagenda zijn (ZonMw, 2016, p.14):

a Preventie: gezondheidsbevordering en -bescherming;
b Preventie: pre- en neonatale screening en diagnostiek;
c Moeder en kind in de hoofdrol;
d Kwetsbare zwangeren;
e Organisatie van integrale geboortezorg;
f Implementatie, evaluatie en follow-up onderzoek.

Naast aansluiten bij landelijke onderzoeksagenda's gericht op geboortezorg, vind ik het van belang om vanuit het lectoraat initiatieven te ontplooien en aansluiting te vinden bij vakoverstijgende ontwikkelingen op het gebied van hoger onderwijs en praktijkgericht onderzoek.

4.3 Ontwikkelingen in hoger onderwijs en praktijkgericht onderzoek en de verbinding met het lectoraat

De ontwikkelingen in de geboortezorg staan niet op zichzelf. Belangrijke ontwikkelingen in het hoger onderwijs en in het praktijkgerichte onderzoek door lectoren, laten vergelijkbare uitdagingen en kansen zien. Ze sluiten wat mij betreft niet alleen naadloos aan bij ontwikkelingen in de geboortezorg, maar bieden bovendien kansen om enerzijds van andere vakgebieden te leren en vakgebied-overstijgend naar het vakgebied verloskunde en geboortezorg te kijken en anderzijds andere vakgebieden van het vakgebied verloskunde en geboortezorg te laten leren. De ontwikkelingen zijn bovendien richtinggevend bij de vormgeving van onderwijs en onderzoek van Hogeschool Rotterdam. Ik ben dan ook van mening dat lectoren deze ontwikkelingen mee moeten nemen en bij elkaar moet brengen in de vormgeving van onderwijs en onderzoek.

Twee voorbeelden van ontwikkelingen waar mijn lectoraat bij betrokken is en die aansluiten bij zowel ontwikkelingen in de geboortezorg als ontwikkelingen in het hoger onderwijs en praktijkgericht onderzoek, wil ik hier noemen, omdat deze mijn visie weergeven op hoe met ontwikkelingen en uitdagingen kan worden om gegaan en omdat ik het van belang vind om met deze 'bril' naar de ontwikkelingen in de geboortezorg te kunnen kijken. De voorbeelden betreffen het programma 'Nieuw in 010' en het door SiA geïnitieerde lectorenplatform Zelfmanagement.

Met onderstaande voorbeelden wil ik schetsen dat het niet alleen belangrijk is om je te verhouden tot ontwikkelingen in andere gebieden van onderwijs, onderzoek en gezondheidszorg, maar ook om hier gebruik van te maken én er een bijdrage aan te leveren!

4.3.1 Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen en het programma 'Nieuw in 010'

In 2012 heeft de minister van VWS aan het College voor Zorgverzekeringen gevraagd om een advies uit te brengen over de toekomstgerichte beroepenstructuur voor gezondheidszorgberoepen en bijbehorend opleidingscontinuüm voor de gezondheidszorgopleidingen. In 2014 is deze Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen definitief ingesteld.

Het eerste advies van de commissie heette 'Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren'. Dit advies beschrijft een continuüm van bekwaamheden dat gericht is op de vraag en het perspectief van de burger. Met dit eerste advies als basis, is een tweede advies uitgewerkt, waarin staat beschreven welke consequenties het eerste advies heeft voor het leren door en opleiden van (toekomstige) professionals. Dit is het advies 'Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk'. In dit advies beschrijft de commissie dat professionaliteit zich steeds meer kenmerkt door samenhang tussen samenwerking, vakbekwaamheid en lerend vermogen en de commissie benoemt de steeds belangrijkere rol van technologie, alsook het belang van permanent leren en kennis delen (Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2016, p.7).

De commissie beschrijft in het tweede advies een aantal illustratieve praktijken die dienen als goed voorbeeld van hoe leertrajecten interprofessioneel kunnen worden vormgeven. Een van de illustratieve praktijken die de commissie beschrijft, is het programma 'Nieuw in 010' van Hogeschool Rotterdam (Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2016).

Het programma 'Nieuw in 010' is een buddyprogramma, waarin een student verloskunde en een student maatschappelijk werk & dienstverlening of een student pedagogiek als 'buddy-duo' een (kwetsbare) zwangere gedurende driekwart jaar ondersteunen door haar iedere twee weken te bezoeken. Dit programma komt voort uit een afstudeeropdracht waarmee een student verloskunde naar me toe kwam. Het is vervolgens doorontwikkeld vanuit mijn lectoraat en het Expertisecentrum Maatschappelijke Innovatie (EMI) van Hogeschool Rotterdam. Het programma is ingebed bij EMI en heeft de vorm van een Community of Practice (CoP). Ik beschrijf dit programma meer uitgebreid in hoofdstuk 5.

4.3.2 Zelfmanagement in de geboortezorg en het Lectorenplatform Zelfmanagement

Het tweede voorbeeld dat ik wil noemen van een ontwikkeling die aansluit bij zowel ontwikkelingen in de geboortezorg als ontwikkelingen in het hoger onderwijs en praktijkgerichte onderzoek en waar mijn lectoraat bij betrokken is, is het lectorenplatform Zelfmanagement, dat geïnitieerd is door SiA. SiA financiert de vorming van platforms om de samenwerking tussen lectoren van verschillende hogescholen te stimuleren, met als doel om lectoren te verbinden op inhoudelijke thema's (SiA, 2016). Een platform biedt lectoren de mogelijkheid om onderzoekslijnen af te stemmen op die van andere lectoren, waardoor ze zich bovendien gezamenlijk kunnen richten op deelname aan nationale en internationale onderzoeksprogramma's. Deze thema's, waaronder zelfmanagement, sluiten aan bij de agenda's van de topsectoren en bij grote maatschappelijke uitdagingen. Het thema zelfmanagement komt voort uit de Agenda Praktijkgericht Onderzoek Health, die is ontwikkeld vanuit de topsector Life Sciences & Health (SiA, 2016).

Mijn lectoraat is betrokken bij het lectorenplatform Zelfmanagement en ik werk daarin nauw samen met lectoren van HZ University of Applied Sciences, Hanzehogeschool Groningen, Windesheim Flevoland, Fontys Hogeschool Mens en Gezondheid en Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Het doel van dit specifieke platform is om door middel van praktijkgericht onderzoek bij te dragen aan het versterken van de eigen regie bij burgers en vooral kwetsbare groepen en aan het professionaliseren van relevante beroepsgroepen. Het platform richt zich specifiek op het ontwikkelen van kennis en oplossingen waarmee kwetsbare mensen gezondheidsvaardigheden ontwikkelen met als resultaat meer gezond gedrag, een betere gezondheid en een betere kwaliteit van leven.

Het thema zelfmanagement is ook in de geboortezorg een belangrijk thema. De onlangs verschenen Zorgstandaard Integrale Geboortezorg (College Perinatale Zorg, 2016) beschrijft dat in de visie op integrale geboortezorg zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming een belangrijke plaats innemen, omdat er tijdens de zwangerschap veel voorkeursgevoelige beslissingen zijn te nemen; deze beslissingen moeten tot stand komen in een gelijkwaardige dialoog tussen zwangere en zorgverlener. De zorgstandaard noemt het thema zelfmanagement concreet in het kader van het individueel geboortezorgplan, dat de zwangere en de coördinerend zorgverlener gezamenlijk opstellen en waarvan de eerste versie uiterlijk in de zestiende week van de zwangerschap beschikbaar moet zijn. De zorgstandaard verwijst bovendien naar een zorgmodule 'zelfmanagement'; deze is gericht op zelfmanagement bij mensen met een chronische aandoening, maar is voor een belangrijk deel ook van toepassing op zwangere vrouwen.

In de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg wordt zelfmanagement uitgelegd als volgt:

> *"Het door de zwangere en haar naaste(n) zelf dusdanig omgaan met de zwangerschap dat zij zelf regie blijft houden over haar gezondheid en die van haar kind. De zwangere kiest zelf in hoeverre zij de regie over de zwangerschap in eigen hand wil houden en mede richting wil geven aan hoe beschikbare begeleiding en zorg wordt ingezet. De zwangere is in staat zelf haar gezondheidstoestand en die van haar kind te monitoren en de cognitieve, gedragsmatige en emotionele reacties te vertonen die bijdragen aan een goede bevalling. Een en ander veronderstelt dat zij weet wat er bij zwangerschap en geboorte allemaal komt kijken, wat de eventuele risico's zijn en waar zij de juiste zorg kan ontvangen. De zorgverlener en het interprofessioneel geboorteteam dienen haar daarbij te ondersteunen door eenduidige informatie beschikbaar te stellen. De zwangere neemt een actieve rol waar zij dat wil én kan! Daarvoor is noodzakelijk een gelijkwaardige relatie tussen de zwangere en haar naaste(n) en de betrokken zorgverlener(s), op basis van onderling vertrouwen en respect."*
> (College Perinatale Zorg, 2016, p.62)

Het vakgebied verloskunde en geboortezorg kan veel leren van de expertise en het netwerk van lectoren die zich bewegen op andere onderzoeksdomeinen en die zich ook richten op zelfmanagement. Er is bijvoorbeeld al veel expertise op het gebied van zelfmanagement bij chronische aandoeningen. Andersom kan vanuit het vakgebied verloskunde en geboortezorg het perspectief van de 'niet-zieke' cliënt worden ingebracht. Juist in de geboortezorg gaat het namelijk vaak om gezonde zwangere vrouwen die beslissingen moeten nemen. Wanneer de gezondheidszorg in staat is om zelfmanagement bij jonge, gezonde mensen te stimuleren, dan kan ze mensen wellicht ook voor de langere termijn hierin toerusten. Studenten krijgen inzicht door juist vanuit vakgebiedoverstijgend perspectief te kijken naar uitdagingen in de geboortezorg. Zo kunnen zij als toekomstige professionals goed leren om het zelfmanagement bij zwangeren te stimuleren.

Onderzoeksprojecten binnen het lectoraat

Bij alle projecten die vanuit mijn lectoraat worden uitgevoerd of waar mijn lectoraat bij betrokken is, komen de thema's terug, die ik in de vorige hoofdstukken heb beschreven. Bij al deze projecten zijn studenten betrokken en de projecten alsook de uitkomsten van onderzoek worden gepresenteerd aan studenten en docenten tijdens onder andere lessen, lunchmeetings en/of minisymposia. Bovendien zijn praktijkpartners bij alle projecten betrokken. Bij sommige projecten ligt de nadruk meer op het ene thema dan op het andere en bij andere projecten zijn ze 'gelijk' vertegenwoordigd. Ik ben van mening dat bij vraagstukken altijd vooraf en gezamenlijk moet worden bekeken hoe de onderzoeksvraag, de methode van onderzoek en de uitkomsten van onderzoek ingebed worden in de organisatie van de praktijk. Bovendien vind ik dat er altijd aandacht moet zijn voor groepen met minder gezondheidsvaardigheden, voor het perspectief van de zorgontvanger (de cliënt) en voor de rol van de professional.

In dit hoofdstuk beschrijf ik de (onderzoeks)projecten waar het lectoraat bij betrokken is. Bij ieder project schets ik kort de achtergrond en aanleiding, de doelstelling, doelgroep en eventuele context en uiteraard de inhoud van het onderzoek en de verbinding met het onderwijs. Ik beschrijf de verschillende onderzoeksprojecten níet per thema, want een dergelijke opsplitsing in thema's zou geen recht doen aan de visie en aanpak van mijn lectoraat.

5.1 Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte Zuidwest Nederland

Het eerste project waar het lectoraat bij betrokken is, is de oprichting van het Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte Zuidwest Nederland. Het Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte Zuidwest Nederland biedt een kennisinfrastructuur die bijna alle bij de geboortezorg betrokken partijen in de regio verbindt. De partijen werken met elkaar samen op het gebied van onderwijs, onderzoek, praktijk en beleid met als doel om de kwaliteit van de geboortezorg en de samenwerking tussen geboortezorgprofessionals in de regio te verbeteren. Het consortium

bestaat uit ongeveer honderd organisaties, variërend van verloskundige praktijken, ziekenhuizen, kraamzorgorganisaties, huisartsenlaboratoria en echocentra en regionale ondersteuningsstructuren tot gemeenten, GGD, Centra voor Jeugd en Gezin, jeugdzorg, hogescholen en universiteit.

In figuur 7 is het geografische gebied van het consortium weergegeven.

Figuur 7: Geografisch gebied Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte Zuidwest Nederland

Het consortium is ontstaan als gevolg van de landelijke ontwikkelingen op het gebied van perinatale mortaliteit en morbiditeit die ik heb beschreven in hoofdstuk 2. ZonMw had hiervoor een programma 'Zwangerschap & Geboorte' ontwikkeld waarbij partijen subsidie konden krijgen voor het ontwikkelen van een regionale kennis-infrastructuur voor onderzoek in combinatie met een regionaal onderzoeksproject. Vanuit het Erasmus MC en Hogeschool Rotterdam is daarom in 2011 het initiatief genomen om dit consortium op te zetten. We hebben alle partijen in de regio gevraagd om met ons samen een consortium te vormen volgens de structuur van een academische werkplaats én om aan te geven welke vraagstukken er in de praktijk in de regio leefden; over die vraagstukken wilden we met de deelnemers gezamenlijk kennis ontwikkelen en uitwisselen door hier onderzoek naar te doen.

Een academische werkplaats biedt een kennisinfrastructuur met een gelijkwaardige bijdrage van alle partijen vanuit onderwijs, onderzoek, praktijk en beleid. Vanuit de vakgroep Verloskunde & Gynaecologie van het Erasmus MC en vanuit mijn lectoraat was er al een samenwerking in de vorm van een academische werkplaats; deze licht ik in hoofdstuk 6 toe.

In Zuidwest Nederland bleek vooral behoefte te zijn aan het verbeteren van de zorg voor kwetsbare zwangeren en nadrukkelijk ook aan het organiseren en structureren van de zorg en de samenwerking. Er waren al verschillende initiatieven op dit gebied, onder andere in Delft, Rotterdam, Dordrecht, Breda, Bergen op Zoom/Roosendaal en in Zeeland, maar deze organisaties wisten dit meestal niet van elkaar.

Vier keer per jaar biedt het consortium een minisymposium of regiobijeenkomst aan waar studenten, docenten, onderzoekers, beleidsmakers en geboortezorgprofessionals elkaar ontmoeten en kennis en ervaringen delen. Vanuit het consortium is een website en een flyer ontwikkeld en er wordt vier keer per jaar een nieuwsbrief verspreid. Het consortium heeft een projectraad die de opdracht van de deelnemende organisaties in de regio heeft gekregen om te kijken of datgene wat het consortium van de regio vraagt in verhouding staat tot wat het oplevert in de kwaliteit van zorg. Deze projectraad gaf onlangs aan hoe waardevol zij de verbinding met onderwijs vindt en de uitwisseling tussen zorgverleners, onderzoekers en studenten tijdens de minisymposia.

Studenten voeren bovendien regelmatig afstudeer- of minoropdrachten uit in opdracht van het consortium. Zo hebben studenten in kaart gebracht op welke manier Veilig Thuis-organisaties in de regio georganiseerd zijn, specifiek als het gaat om huiselijk geweld en kindermishandeling in een situatie waar een zwangere bij betrokken is.

Inmiddels lopen er drie onderzoeksprojecten binnen het consortium en wordt er één implementatieproject uitgevoerd. Daarnaast wordt het consortium onder andere geëvalueerd door te onderzoeken welke kennis, vaardigheden en attitude professionals hebben in het kader van een aantal onderzoeksthema's. Deze evaluatieonderzoeken sluiten aan bij de onderzoeksprojecten en geven inzicht in de kennisbehoefte van professionals in de regio. Op deze kennisbehoefte wordt door het consortium geanticipeerd door minisymposia aan te bieden en door hier bij het ontwikkelen van producten rekening mee te houden. De projecten worden gefinancierd door ZonMw.

In de paragrafen 5.2, 5.4 en 5.5 beschrijf ik de onderzoeksprojecten van het consortium. In paragraaf 5.3 beschrijf ik het implementatieproject.

5.2 Project voor kwetsbare zwangeren 'Joining forces against joint risks'

Het project voor kwetsbare zwangeren 'Joining forces against joint risks: structured preventive antenatal and postnatal care for vulnerable families in the Southwest of the Netherlands' is het eerste onderzoeksproject van het consortium waar het lectoraat bij betrokken is. Het doel van dit project is het realiseren van gestructureerde zorg aan kwetsbare zwangere vrouwen door:

- verbeteren van de detectie van kwetsbaarheid in een vroeg stadium van de zwangerschap;
- verbeteren van de participatie in preventieve, curatieve en ondersteunende programma's.

Het doel van deze acties is het verbeteren van geboorte-uitkomsten, met name een daling van het percentage groeivertragingen en vroeggeboorten en ook minder postpartum ouderschapsproblemen. Dit bleek een rode draad te zijn in veel lopende initiatieven van participerende organisaties.

Het consortium heeft een 'kwetsbare zwangere' gedefinieerd als: een zwangere bij wie sprake is van een psychische ziekte nu of eerder, psychosociale problemen en/of middelengebruik (roken, alcohol, drugs en/of verkeerd medicijngebruik) in combinatie met een gebrek aan eigen hulpbronnen getypeerd door 'opleiding', 'gezondheidsvaardigheden (health literacy)' en 'locus of control m.b.t. gezondheid (health locus of control)'. (Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte, 2017)

In het kader van dit onderzoeksproject en ten behoeve van de evaluatie van de bijdrage van het consortium aan kennis en vaardigheden van professionals, zijn er drie studies uitgevoerd:

1 Er zijn interviews afgenomen over de organisatie van zorg aan kwetsbare zwangeren bij alle zorgorganisaties die lid zijn van het consortium (n=79).
2 Er is met behulp van het screen- en adviesinstrument Mind2Care in kaart gebracht welke populatiekenmerken zwangeren in Zuidwest Nederland laten zien, gericht op kwetsbaarheid.
3 Er is een survey gedaan naar kennis, vaardigheden en attitude van zorgprofessionals in Zuidwest Nederland. De respons op deze vragenlijst was 42% (n=233).

Ad 1 Interviews over de organisatie van zorg aan kwetsbare zwangeren

Uit de interviews over de organisatie van zorg aan kwetsbare zwangeren bleek dat er in de praktijken verschillende definities werden gebruikt voor 'kwetsbare zwangeren'. Wel gebruikte de meeste professionals kenmerken van (of die samenhangen met) kwetsbaarheid, zoals psychosociale problematiek, tienerzwangerschap en verslaving.

Geïnterviewden gaven aan dat kwetsbare zwangeren een belangrijk en ook een groeiend probleem vormen. Het aantal kwetsbare zwangeren, zoals wisselend gedefinieerd door de zorgverlener, varieerde behoorlijk tussen praktijken, van 5% tot 80%. Deze percentages zijn gebaseerd op een schatting van de geïnterviewden. Ook het zorgaanbod bleek versnipperd te zijn. Een van de geïnterviewden vertelde:

> *"Er is in Rotterdam eerder sprake van te veel dan van te weinig hulpverlening... Alles werkt langs elkaar heen en je moet in een hokje passen om geholpen te worden."*

En iemand anders zei:

> *"Met name de toeleiding tot specifieke zorg is lastig, omdat er dan contact moet worden opgenomen met andere instanties en dat is lastig. De juiste persoon is moeilijk te benaderen... A weet niet van B wie wat doet en kennis is ook niet altijd aanwezig."*

Bovendien kwam naar voren dat de werklast die professionals ervaarden bij kwetsbare zwangeren minder hoog was bij praktijken die meer gestructureerd werkten dan bij praktijken die minder gestructureerd werkten. Met name het bijtijds signaleren van vrouwen met psychosociale problematiek vonden professionals een aandachtspunt. Zo vertelde iemand:

> *"Onlangs werd pas bij een huisbezoek duidelijk dat cliënte kwetsbare zwangere was. In samenwerking met kraamzorgorganisatie deze dame eruit gepikt. Sprake van financiële problemen, onder toezichtstelling van kinderen. Op consulten was daar niets van gebleken. Wel naar gevraagd tijdens consult."*

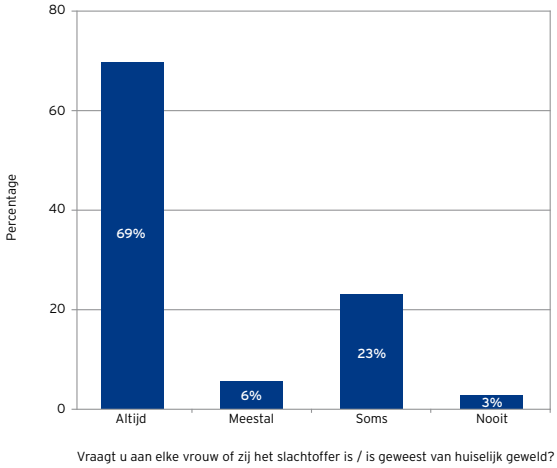
Ad 2 In kaart brengen van populatiekenmerken

Populatiekenmerken van zwangeren ten aanzien van psychopathologie, psychosociale problemen en middelengebruik in Zuidwest Nederland zijn in kaart gebracht met behulp van het instrument Mind2Care. Uit de eerste resultaten van dit onderzoek kwam naar voren dat, van de 1590 zwangeren die de Mind2Care hadden ingevuld, 15,9% één of meerdere psychosociale problemen had. Bovendien gaf 41,1% van de zwangeren aan dat zij nu of ooit te maken hebben gehad met psychopathologie, waarbij 12,9% van de zwangeren aangaf op dat moment klachten te hebben. 13,9% van de zwangeren gaf aan dat zij roken en/of alcohol of drugs gebruiken (De Groot, Venekamp, Torij, Lambregtse – van den Berg & Bonsel, 2016).

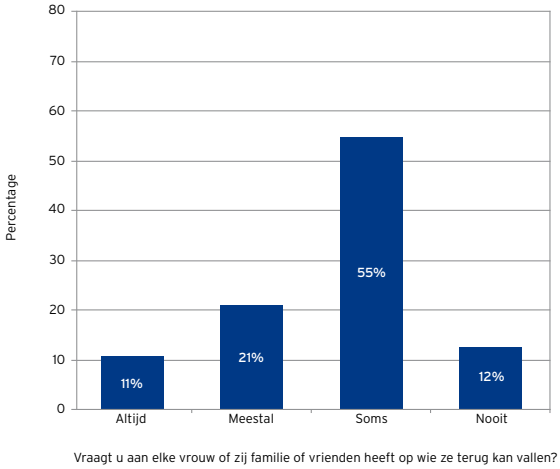
Ad 3 Survey naar kennis, vaardigheden en attitude van zorgprofessionals

Uit de survey bleek onder andere dat 75% van de zorgverleners die de vragenlijst hadden ingevuld, altijd of meestal vroeg of er sprake was huiselijk geweld. Naar sociale steun vroegen de meeste respondenten niet structureel en slechts 32% gaf aan altijd of meestal naar sociale steun te vragen. In figuur 8 en 9 is dit weergegeven.

Figuur 8: Huiselijk geweld



Figuur 9: Sociale steun



Wat betreft kennis en vaardigheden viel op dat respondenten in verhouding tot andere onderwerpen relatief weinig wisten over Veilig Thuis als organisatie en over melden en privacy in dit kader. In tabel 5 is weergegeven wat respondenten hebben geantwoord op de stellingen die beschreven staan in de linkerkolom.

Tabel 5: Uitkomsten veilig thuis

Veilig Thuis	JUIST		ONZEKER		ONJUIST	
Veilig Thuis houdt melder op de hoogte van uitkomsten onderzoek en ondernomen acties	N=82	47,7%	N=29	16,9%	N=61	35,5%
Bij het doen van een melding zonder toestemming cliënt verbreek je beroepsgeheim	N=61	35,3%	N=18	10,4%	N=94	54,3%
Men is verplicht bij elk niet pluis gevoel te melden	N=71	40,8%	N=33	19,0%	N=70	40,2%
Veilig Thuis werkt alleen met meldingen van professionals	N=3	1,7%	N=6	3,4%	N=166	94,9%
Veilig Thuis houdt van meldingen geen dossier en werkt dan anoniem	N=15	8,6%	N=29	16,6%	N=131	74,9%
Veilig Thuis is een afdeling van de Raad van Kinderbescherming	N=60	35,5%	N=42	24,9%	N=67	39,6%

De percentages en aantallen in tabel 5 geven weer hoeveel respondenten 'juist' respectievelijk 'onzeker' of 'onjuist' hebben geantwoord. De donkerblauw gekleurde vlakken geven de 'goede' antwoorden weer. 'Goede' staat letterlijk tussen aanhalingstekens, omdat vanuit de interviews bijvoorbeeld duidelijk is geworden dat er niet altijd wordt teruggekoppeld na een melding en ook dat respondenten niet altijd tevreden zijn over deze terugkoppeling. Feitelijk is het dus juist dat de melder op de hoogte wordt gehouden, maar in de praktijk kan de realiteit anders zijn.

Respondenten gaven aan extra aandacht aan kwetsbare zwangeren wel degelijk nuttig of heel nuttig (95%) en noodzakelijk of heel noodzakelijk (97%) te vinden. Tevens gaf 76% aan behoefte te hebben aan meer kennis over kwetsbare zwangeren. De respons op de vragenlijst was helaas relatief laag (42%), maar bij de respons op praktijkniveau is te zien dat uit alle ziekenhuizen in de regio ten minste één vragenlijst retour is gestuurd alsook uit 67% van alle verloskundige praktijken. Ook hebben we de uitkomsten aan de deelnemers in de regio voorgelegd tijdens regiobijeenkomsten en een veldraadpleging. Hierdoor zijn de uitkomsten wel degelijk bruikbaar voor het verder ontwikkelen van beleid en producten. Ik beschrijf deze regiobijeenkomsten en veldraadpleging hierna.

De uitkomsten van de drie studies heeft het consortium in april 2015 gepresenteerd aan de deelnemende organisaties uit de regio tijdens een regiobijeenkomst. Het consortium heeft toen gevraagd of de deelnemers de uitkomsten herkenden en of er aanvullingen waren. In een volgende bijeenkomst heeft het consortium een veldraadpleging gehouden, waarbij alle uitkomsten die ófwel bestaande best practices ófwel hiaten in kennis, vaardigheden en/of tools in de praktijk bevatten, op grote vellen papier waren gedrukt. In vier groepen van 20 tot 25 personen hebben we alle aanwezigen gevraagd om groene stickers te plakken bij de twee

best practices of hiaten waar zij graag mee verder zouden willen en rode stickers bij de twee best practices of hiaten waar zij niet mee verder zouden willen gaan. Vervolgens is met de aanwezigen gesproken over hun beweegredenen voor de keuzes en over wát binnen die thema's specifiek aandacht behoefde.

Uit de vier groepen kwam unaniem naar voren dat de deelnemers met twee onderwerpen verder wilden, namelijk:

1 het structureren van zorg specifiek voor zwangeren met psychosociale problematiek: psychosociale zorg;
2 het verbeteren van de samenwerking tussen geboortezorgprofessionals en Veilig Thuis.

Binnen het thema 'psychosociale zorg' werden de volgende specifieke aandachtspunten geformuleerd:

- Goede zorg begint bij het screenen op risicofactoren voor kwetsbare zwangeren. Dit betekent dat iedereen een systematische anamnese zou moeten afnemen gericht op niet-medische factoren. Bij voorkeur gebeurt dit door de zwangere zelf met behulp van een screeningsinstrument.
- Wanneer er sprake is van psychosociale problematiek wordt deze zwangere multidisciplinair besproken.
- Er wordt bij voorkeur vroeg in de zwangerschap een huisbezoek gedaan. Wie dit bezoek aflegt, kan lokaal verschillen: kraamzorg, jeugdgezondheidszorg en/of verloskundige.
- Zorgpaden worden gevolgd.

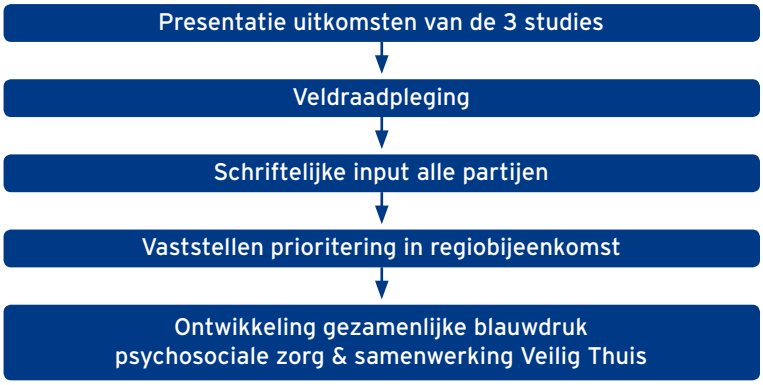
Binnen het thema 'samenwerking Veilig Thuis en geboortezorgprofessionals' werden de volgende specifieke aandachtspunten geformuleerd:

- Er moet aandacht zijn voor de veiligheid van de zorgverlener die een melding doet, in verband met de traceerbaarheid van de melder;
- Duidelijk moet zijn welke mogelijkheden er zijn vóórdat een melding bij Veilig Thuis moet worden gedaan, met name ten behoeve van het voorkomen van een acute melding;
- Het moet duidelijk zijn wie welke taken en verantwoordelijkheden heeft:
  - wanneer wel/niet melden (moeilijk vast te stellen);
  - onduidelijkheid in samenwerking en onduidelijkheid over terugkoppeling.

Vervolgens is door het consortium een notitie geschreven over deze thema's en deze notitie is voorgelegd aan een groep meelezers in de regio en aan de projectraad van het consortium. Op basis van de feedback is een definitieve versie opgesteld, die is vastgesteld tijdens de regiobijeenkomst in september 2015. Dat was meteen het startpunt van de ontwikkeling van de blauwdruk 'Psychosociale zorg & samenwerking Veilig Thuis'.

Bovenstaand proces is schematisch weergegeven in figuur 10.

Figuur 10: Ontwikkeling blauwdruk



Samenvattend kan ik dus zeggen dat het consortium met alle partijen samen in eerste instantie op hoofdthema's heeft bepaald waar de regionale focus voor kennisontwikkeling moest liggen. Hier vloeide het onderzoeksproject gericht op kwetsbare zwangeren uit voort. Vervolgens is onderzoek gedaan naar de bestaande situatie in de regio voor wat betreft populatiekenmerken, organisatie van zorg en kennis en vaardigheden van professionals. Op basis van de uitkomsten van deze studies en met behulp van een regiobijeenkomst en een veldraadpleging is een

verdieping aangebracht binnen het thema 'kwetsbare zwangeren', namelijk naar de psychosociale problematiek en de samenwerking met Veilig Thuis. Bovendien zijn binnen deze twee thema's speerpunten gedefinieerd. Deze speerpunten zijn per mail aan een groep meelezers in de regio voorgelegd en in een weer volgende regio-bijeenkomst met elkaar vastgesteld.

5.3 Blauwdruk 'Psychosociale zorg & samenwerking Veilig Thuis'

Ik noemde in mijn voorwoord dat samen goed onderzoek doen, tijd kost. Dat er niet vandaag of morgen een antwoord ligt, zoals zorgprofessionals gewend zijn. En dat zorgprofessionals, docenten en onderzoekers zich dus voor langere tijd aan onderzoek moet verbinden om het tot een succes te maken. Het ontwikkelen van de blauwdruk als resultaat van het project betreffende kwetsbare zwangeren van het Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte Zuidwest Nederland is hier een mooi voorbeeld van. Het consortium heeft met alle deelnemende organisaties samen een vraagstuk geformuleerd dat om innovatieve oplossingen vraagt. Vanuit het consortium is vervolgens samen met de deelnemers onderzoek gedaan en daarbij is alle expertise die in de regio aanwezig is, bij elkaar gebracht gedurende al die jaren. En inmiddels is er een unieke blauwdruk ontwikkeld die met behulp van een VIMP-subsidie van ZonMw wordt verspreid en geïmplementeerd in de hele regio én ook in een aantal andere VSV's in Nederland.

Het pad naar de blauwdruk heeft niet alleen bijgedragen aan de verbetering van de kwaliteit van de geboortezorg en de samenwerking in de regio, maar ook aan het professionaliseren van zowel wetenschappelijke partners als beroepspraktijk op het gebied van écht praktijkgericht onderzoek en onderwijs.

Een blauwdruk is een STANDAARD-ZORGPAD. Dat betekent dat een blauwdruk de grote lijnen in de samenwerking en de verantwoordelijkheden van alle betrokken professionals weergeeft. Een blauwdruk moet in overeenstemming zijn met de relevante wet- en regelgeving, zoals in het geval van de blauwdruk 'Psychosociale zorg & samenwerking Veilig Thuis' bijvoorbeeld de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling.

Om met een blauwdruk te kunnen werken, moet deze worden aangepast naar de lokale situatie. De blauwdruk van het consortium moet dus steeds worden aangepast voor iedere VSV. Dit voor de lokale context aangepaste zorgpad, wordt een OPERATIONEEL ZORGPAD genoemd.

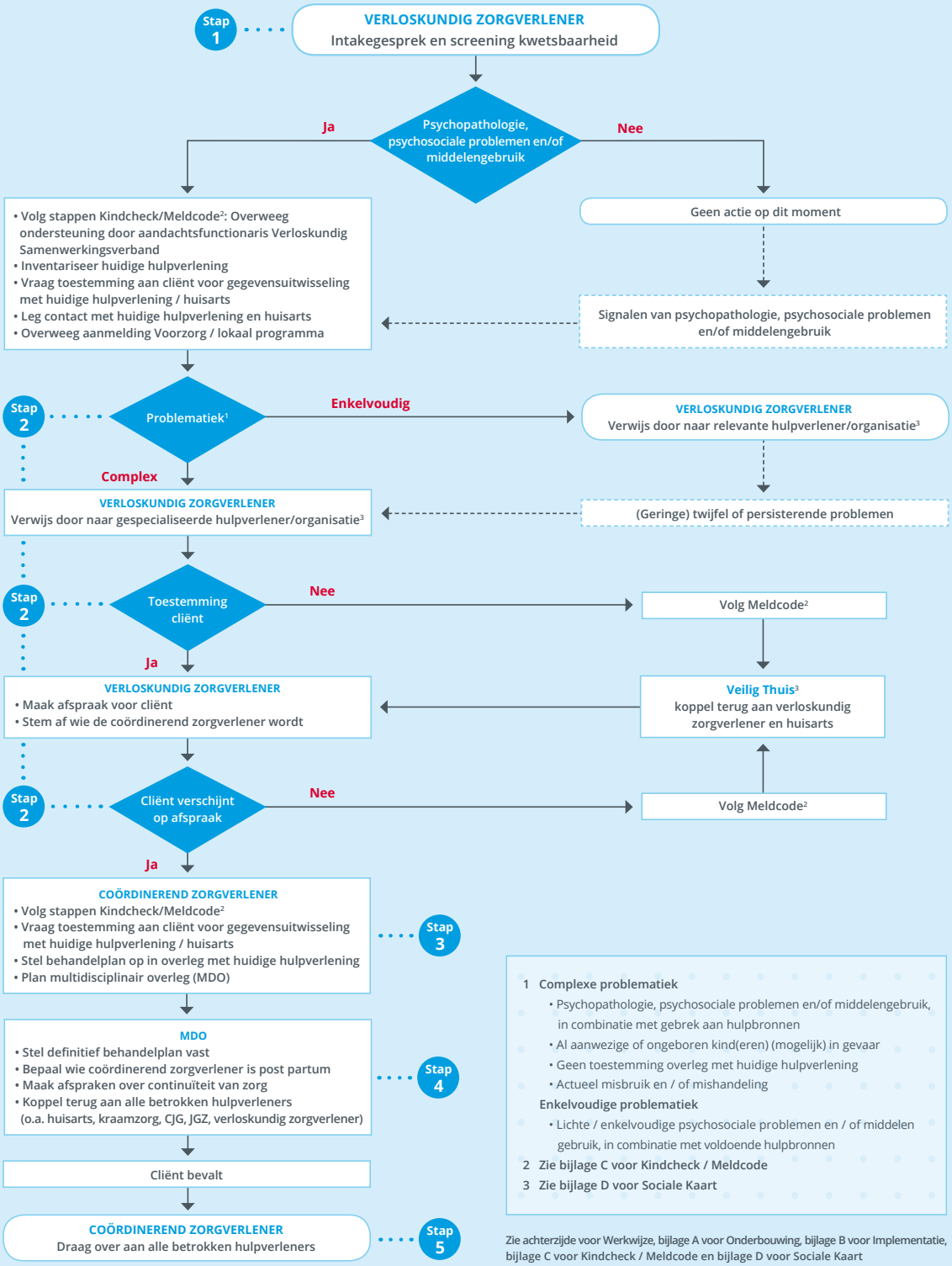
Het zorgpad wordt uiteindelijk altijd toegespitst op de situatie van de individuele zwangere. Dit wordt het INDIVIDUEEL ZORGPAD genoemd (KNOV, 2012).

Vanaf september 2015 heeft het consortium de blauwdruk ontwikkeld in samenwerking met een aantal VSV's in de regio. Er zijn verschillende versies aan de VSV's voorgelegd, internationale richtlijnen voor vormgeving zijn opgenomen en er is gewerkt aan een overzichtelijke en 'vriendelijke' lay-out. Ook heeft het consortium een vertrouwensarts en coördinator huiselijk geweld en kindermishandeling gevraagd om als adviserend lid tot de projectraad toe te treden en te helpen bij de ontwikkeling van de blauwdruk.

Met behulp van subsidie van ZonMw en samen met de VSV's in de regio, implementeert het consortium de blauwdruk in Zuidwest Nederland en ook bij een aantal andere VSV's elders in Nederland die hier interesse in hebben. Hierbij ondersteunt het consortium de vertaling van een standaard-zorgpad naar een operationeel zorgpad. Dat doet het consortium volgens een vastgesteld stappenplan; een door het VSV opgesteld plan van aanpak en een multidisciplinaire scholing zijn onderdelen van dat stappenplan.

De blauwdruk, inclusief een toelichting op de werkwijze beschrijf ik op de volgende pagina's.

Blauwdruk Psychosociale zorg en samenwerking met Veilig Thuis



1 Complexe problematiek
- Psychopathologie, psychosociale problemen en/of middelengebruik, in combinatie met gebrek aan hulpbronnen
- Al aanwezige of ongeboren kind(eren) (mogelijk) in gevaar
- Geen toestemming overleg met huidige hulpverlening
- Actueel misbruik en / of mishandeling

Enkelvoudige problematiek
- Lichte / enkelvoudige psychosociale problemen en / of middelen gebruik, in combinatie met voldoende hulpbronnen

2 Zie bijlage C voor Kindcheck / Meldcode

3 Zie bijlage D voor Sociale Kaart

Zie achterzijde voor Werkwijze, bijlage A voor Onderbouwing, bijlage B voor Implementatie, bijlage C voor Kindcheck / Meldcode en bijlage D voor Sociale Kaart

Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte
ZonMw
Erasmus MC University Medical Center Rotterdam
Kenniscentrum Zorginnovatie
Hogeschool Rotterdam

Werkwijze

Deze blauwdruk biedt een handvat bij het verlenen van zorg aan kwetsbare zwangere vrouwen, waarin zowel het structureren van de zorg bij zwangeren met psychosociale problematiek als de samenwerking met Veilig Thuis centraal staat.

Stap 1

Het stroomschema begint bij de intake door een verloskundig zorgverlener, waarbij wordt gescreend op psychopathologie, psychosociale problemen en middelengebruik (PPM), bij voorkeur met behulp van een screeningsinstrument (Mind2Care, R4U of ander instrument).

Indien geen PPM wordt vastgesteld, is er op deze gebieden geen verdere actie nodig. Als PPM wordt vastgesteld, tijdens de screening of op een later moment tijdens de zorgverlening, worden de hierna beschreven acties ondernomen.

Indien PPM wordt vastgesteld, voert de verloskundig zorgverlener eerst de Kindcheck uit om de veiligheid van het ongeboren kind en eventueel andere kinderen binnen het gezin te waarborgen. Afhankelijk van de situatie wordt de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling gevolgd. De verloskundig zorgverlener overweegt bij deze stappen om de hulp in te schakelen van een aandachtsfunctionaris binnen het Verloskundig Samenwerkingsverband (VSV). Vervolgens inventariseert de verloskundig zorgverlener de huidige hulpverlening van de cliënt en vraagt de verloskundig zorgverlener toestemming aan de cliënt om contact op te nemen met de huidige hulpverlening en de huisarts. Indien er toestemming is van de cliënt, neemt de verloskundig zorgverlener contact op met de huidige hulpverlening en de huisarts. Tot slot overweegt de verloskundig zorgverlener om de cliënt aan te melden bij Voorzorg of een vergelijkbaar lokaal programma.

Stap 2

De verloskundig zorgverlener brengt de complexiteit van de problematiek in kaart. Bij enkelvoudige problematiek wordt de cliënt doorverwezen naar een relevante hulpverlener of organisatie met expertise op dat gebied. Bij (geringe) twijfel óf bij persisterende problemen worden onderstaande acties ondernomen.

Bij complexe problematiek wordt de cliënt doorverwezen naar een gespecialiseerde hulpverlener of organisatie op het gebied van kwetsbare zwangeren. Indien de cliënt hier toestemming voor geeft, plant de verloskundig zorgverlener een afspraak bij deze hulpverlener of organisatie en stemt tevens af wie de coördinerend zorgverlener wordt. Indien de cliënt geen toestemming geeft of niet op de gemaakte afspraken verschijnt wordt de Meldcode gevolgd. Veilig Thuis is verantwoordelijk voor de terugkoppeling naar de verloskundig zorgverlener en de huisarts.

Stap 3

Bij complexe problematiek vraagt de coördinerend zorgverlener (van de gespecialiseerde organisatie) toestemming aan de cliënt om contact op te nemen met de huidige hulpverlening en de huisarts. Daarnaast stelt de coördinerend zorgverlener een behandelplan op in overleg met de huidige hulpverlening en in overleg met de cliënt. Tenslotte plant de coördinerend zorgverlener een multidisciplinair overleg (MDO). Bij stap 3 wordt opnieuw een Kindcheck uitgevoerd en wordt de Meldcode gevolgd.

Stap 4

Tijdens het MDO wordt een definitief behandelplan vastgesteld, wordt bepaald wie de coördinerend zorgverlener is post partum en worden afspraken gemaakt over de continuïteit van zorg. Het behandelplan en de gemaakte afspraken worden door de coördinerend zorgverlener teruggekoppeld aan alle betrokken hulpverleners (o.a. huisarts, kraamzorg, CJG, JGZ, verloskundig zorgverlener).

Stap 5

Na de bevalling zorgt de coördinerend zorgverlener ervoor dat er een overdracht plaatsvindt aan alle betrokken hulpverleners, waaronder in elk geval de coördinerend zorgverlener post partum.

© 2016 Regionaal Consortium Zwangerschap en Geboorte Zuidwest Nederland

De volledige blauwdruk, inclusief een toelichting op de werkwijze, het stappenplan voor implementatie, de onderbouwing en de Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling staat beschreven op de website van het consortium: www.regionaalconsortium.nl

5.4 Project 'De beste zorg voor de kwetsbare kraamvrouw en haar kind'

Een ander project van het consortium betreft 'De beste zorg voor de kwetsbare kraamvrouw en haar kind'. Kraamzorg op maat, gericht op het goed toerusten van de moeder (en het gezin) voor haar zorg voor het kind, is een essentiële schakel in de keten van zorg rondom zwangerschap, geboorte en kraambed.

Het verlenen van kraamzorg is bij uitstek gewenst bij kwetsbare kraamvrouwen, die aantoonbaar meer risico hebben op slechtere perinatale uitkomsten en een suboptimale start van het kind. Uit onderzoek blijkt dat juist deze groep kwetsbare moeders minder kraamzorg afneemt (85% versus 95% landelijk), waardoor kansen in het bevorderen van gezond gedrag en gezondheid niet benut kunnen worden (Lamkaddem, 2014). Zonder de mogelijkheid om bij deze gezinnen tijdig 'achter de voordeur te kijken' is het lastig de juiste zorg op het juiste moment te verlenen. Het is daarom van belang om de indicatiestelling voor kraamzorg al vroeg in de zwangerschap te kunnen doen en hierover met elkaar af te stemmen in het interprofessioneel geboortezorgteam.

De minister van VWS heeft in 2015 aangegeven dat zij vindt dat het huidige indicatieprotocol dat de aard en omvang van de kraamzorg bepaalt, te weinig flexibel is en te weinig bijdraagt aan zorg op maat. Kraamzorg moet dus op effectievere wijze gegeven worden op de juiste plaats, door de juiste zorgverlener, met de juiste inhoud en in de juiste omvang.

Het project heeft als doel om bij te dragen aan betere kwaliteit van de kraamzorg en aan de wetenschappelijke onderbouwing van het beroep van kraamverzorgende, specifiek bij de zorg voor kwetsbare zwangeren en kraamvrouwen.

Om dit te kunnen bereiken, worden er vier deelonderzoeken uitgevoerd met als beoogd resultaat:

1. beter inzicht in de relatie tussen het gebruik van de kraamzorg en ongepland zorggebruik in het eerste half jaar na de bevalling. Onder ongepland zorggebruik kan bijvoorbeeld worden verstaan: het bezoeken van de huisarts of de spoed-eisende hulp;
2. inzicht in bevorderende en belemmerende factoren om wel (en in welke mate) of niet kraamzorg af te nemen;

3. onderzoek naar de effectiviteit van een interventie betreffende vroegtijdige signalering van kwetsbare zwangeren en als gevolg daarvan kraamzorg-op-maat aan kwetsbare zwangeren;
4. evaluatieonderzoek naar kennis, vaardigheden en attitude van kraamverzorgenden en het scholen van gespecialiseerde kraamverzorgenden.

Deelstudie 1 wordt uitgevoerd met behulp van declaratiegegevens van de zorgverzekeraar.

Deelstudie 2 wordt uitgevoerd door interviews af te nemen bij zwangeren.

Deelstudie 3 betreft het interventie-onderzoek. De interventie betreft dat bij kwetsbare zwangeren vroegtijdig een huisbezoek wordt gedaan en dat vervolgens kraamzorg-op-maat wordt ontwikkeld met behulp van een digitaal platform. Zowel de kraamverzorgende als de kraamvrouw wordt adequaat voorzien van kennis, vaardigheden en (digitale) tools. Het digitale platform coacht de zwangere vrouw en de kraamvrouw bij voedings- en leefstijlgewoonten en geeft adviezen over roken, alcohol, gezonde voedingsgewoonten van hun kind, borst- en flesvoeding en medicatie. Onderdeel van de interventie en voorwaarde voor implementatie is dat zorgconsulenten/intakemedewerkers en kraamverzorgenden in het onderzoeksgebied, worden geschoold.

In het kader van deelstudie 4 wordt een survey gedaan waarbij wordt onderzocht welke kennis, vaardigheden en attitude kraamverzorgenden hebben ten aanzien van de problematiek van kwetsbare zwangeren en welke kennis en vaardigheden zij nog nodig hebben om deze groep zwangeren beter te bereiken en hen optimale zorg te kunnen bieden. De uitkomsten van deze verkenning worden gebruikt bij het ontwikkelen van de scholing voor kraamverzorgenden. De meting wordt aan het eind van de interventieperiode herhaald om na te gaan welk effect het project heeft gehad op kennis, vaardigheden en attitude van kraamverzorgenden.

Het Erasmus MC en Hogeschool Rotterdam zijn samen verantwoordelijk voor het onderzoeksproject en de uitvoering van dit onderzoeksvoorstel. Om de onderzoeken uit te voeren wordt samengewerkt met verschillende zorgverleners uit het Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte Zuidwest Nederland. Zorgverzekeraar Zilveren Kruis ondersteunt het plan. Cliëntenparticipatie wordt gerealiseerd door:

- actieve betrokkenheid van het Cliëntpanel van het Regionaal Consortium;
- zwangere vrouwen die géén kraamzorg willen en zwangere vrouwen die wél kiezen voor kraamzorg, te interviewen, als onderdeel van een van de deelonderzoeken;

- het organiseren van een focusgroepbijeenkomst met het cliëntpanel, waarbij wordt gevraagd naar verwachtingen ten aanzien van het kraambed en – specifiek – van de ondersteuning door de kraamverzorgende.

Het project is gestart op 1 december 2016 en heeft een looptijd van drie jaar. Een aantal studenten gaat, gerelateerd aan dit project, in het kader van hun afstudeeropdracht al onderzoek doen naar kraamzorg.

5.5 Project 'Arbeid en gezond zwanger: maak er werk van!'

Het consortium werkt ook aan het project 'Arbeid en gezond zwanger: maak er werk van!' De reden voor het project ligt in het feit dat arbeidsgerelateerde risico's, zoals blootstelling aan gevaarlijke stoffen, belastend werk en ploegendienst, een negatief effect kunnen hebben op de zwangerschap en kunnen leiden tot morbiditeit bij zowel moeder als kind. Voorbeelden van gevolgen zijn hypertensie bij de moeder, vroeggeboorte of een te laag geboortegewicht bij het kind. Specifieke blootstelling aan toxische of teratogene stoffen kan bovendien leiden tot miskramen en aangeboren afwijkingen. Afgezien van meer morbiditeit bij moeder en kind, leidt overbelasting van de moeder tot meer verzuim voor de bevalling en latere werkhervatting na zwangerschapsverlof (Velu et al., 2016).

In Nederland is weinig aandacht voor arbeidsgerelateerde risico's tijdens de zwangerschap. Voorzichtige schattingen van de gevolgen laten een grote omvang zien van te voorkomen maternale en perinatale morbiditeit; dit komt mede doordat minimaal 70% van de zwangeren werkt (Bonsel et al. 2010). Gezien het negatieve effect van arbeidsgerelateerde risico's op de zwangerschap heeft ZonMw vanuit het programma 'Zwangerschap & Geboorte' subsidie beschikbaar gesteld om deze problematiek aan te pakken.

Het project 'Arbeid en gezond zwanger: maak er werk van!' betreft een pilot met een looptijd van twee jaar. Het doel van het project is het verbeteren van de gezondheid van moeder en kind tijdens en na de zwangerschap in het kader van de mogelijke invloed van schadelijke arbeidsfactoren en het verminderen van de kans op langdurig verzuim, ook na de bevalling. Onduidelijkheid in de regelgeving, onvoldoende deskundigheid in de zorgketen, beperkte bekendheid met de invloed van arbeidsgerelateerde risicofactoren tijdens conceptie en zwangerschap en ook onvoldoende samenwerking tussen arbeidsdeskundigen, werkgevers en geboortezorgprofessionals worden genoemd als belangrijke oorzaken voor deze situatie (Velu et al., 2016).

Als onderdeel van het project is een bestaand screeningsinstrument (de R4U) uitgebreid met arbeidsgerelateerde risicofactoren, zodat de geboortezorg-professional hier standaard op kan screenen. Voorts zijn er zorgpaden ontwikkeld

die anticiperen op relevante kennis over arbeidsgerelateerde risico's voor de zwangerschap of het nog ongeboren kind. Wanneer uit de screening tijdens de eerste controle blijkt dat er sprake is van arbeidsgerelateerde risicofactoren, dan wordt het betreffende zorgpad gevolgd.

In het project is rekening gehouden met verschillende praktijksituaties: de verloskundige praktijk, de maatschap gynaecologie en het VSV. Voor deze drie praktijksituaties hanteren we drie niveaus in complexiteit van arbeidsgerelateerde risico's, te weten:

1 risico's waar de geboortezorgprofessional zelf op kan anticiperen, bijvoorbeeld door het geven van adviezen;
2 risico's waar de betreffende geboortezorgprofessional onvoldoende expertise in heeft. Hierbij verwijst zij door naar een speciaal (in het kader van dit project) opgeleide professional binnen het VSV;
3 risico's die dusdanig complex van aard zijn of waarbij behoefte is aan overleg met de bedrijfsarts van de organisatie waar de zwangere werkt.

De geboortezorgprofessional verwijst hierbij naar een speciaal opgeleide arbeidsdeskundige.

Om het werken met deze drie niveaus in de verschillende praktijksituaties te kunnen realiseren, dragen we vanuit het project bij aan het verbeteren van de kennis van arbeidsgerelateerde risico's van geboortezorgprofessionals. Dit doen we door middel van scholing. Bovendien is de kennismodule 'Arbeid en gezond zwanger: maak er werk van! Kennismodule voor verloskundige zorgverleners, werkgevers, bedrijfsartsen en Arboartsen' geschreven.

We waren ook van plan om enkele geboortezorgprofessionals binnen het VSV op te leiden als expert op het gebied van arbeidsgerelateerde risicofactoren en om arbeidsdeskundigen te benoemen (en eventueel ook op te leiden) voor consultatie bij complexere arbeidsgerelateerde risico's. Gedurende de looptijd van het project bleek echter dat ondanks de scholingen en de ontwikkelde kennismodule er eigenlijk geen belangstelling is bij geboortezorgprofessionals om 'expert' te worden. Ze geven de voorkeur aan goede zorgpaden, zodat ze de cliënt adequaat kunnen doorverwijzen. Deze zorgpaden zijn inmiddels ontwikkeld. Arbeidsdeskundigen geven op hun beurt aan dat ze zwangere vrouwen bij voorkeur eerder zien dan dat ze eerst nog door een geboortezorgprofessional geadviseerd worden.

Het project loopt als pilot in een aantal praktijken en ziekenhuizen, heeft een looptijd van twee jaar en duurt tot mei 2017. Het project is ingebed in het regionaal consortium en er wordt bovendien nauw samengewerkt met het AMC in Amsterdam, het Erfocentrum, de afdeling Maatschappelijke Gezondheid en de afdeling Verloskunde en Gynaecologie van het Erasmus MC en het lectoraat Arbeid & Gezondheid van Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam.

Ook in dit project zijn studenten betrokken via afstudeeropdrachten en minoren. Een voorbeeld hiervan is dat studenten een survey hebben gedaan naar het huidige beleid van geboortezorgprofessionals ten aanzien van het opsporen van en anticiperen op arbeidsgerelateerde risicofactoren.

5.6 Programma 'Nieuw in 010'

Het is belangrijk om te luisteren naar studenten. Zij hebben een open vizier, staan open voor nieuwe dingen, zijn veelal enthousiast en slim en worden niet beperkt door kennis over wat er niet werkt of mis kan gaan. Daarmee hebben zij een belangrijke en innovatieve rol bij de ideevorming en totstandkoming van innovaties en kwaliteitsverbetering in het onderwijs en in de praktijk. Het is niet voor niets dat we vanuit mijn lectoraat een 'Studentenraad Onderzoek' hebben ingericht. Ik beschrijf deze nader in hoofdstuk 6.

Het programma 'Nieuw in 010' komt voort uit luisteren naar studenten. Een aantal jaar geleden kwam een student verloskunde en inmiddels praktiserend verloskundige, bij me langs omdat ze in Gent, België, bij de Arteveldehogeschool het project 'Buddy bij de Wieg' had leren kennen. Dit project, waarbij studenten verloskunde en studenten maatschappelijk werk & dienstverlening of studenten pedagogiek gedurende een bepaalde periode samen een kwetsbare zwangere ondersteunen, wilde ze graag ook in Rotterdam implementeren. Omdat de doorlooptijd tot het einde van haar studie te kort was en omdat implementatie van een dergelijk project veelomvattend en op alle fronten (onderwijs en praktijk) complex is, heeft ze een eerste haalbaarheidsstudie gedaan. In de daaropvolgende jaren heeft het lectoraat met verschillende deelonderzoeken in minor- en afstudeeropdrachten meer informatie vergaard en draagvlak gecreëerd voor een dergelijk programma in Rotterdam en er een project van gemaakt.

In 2014 konden we 'Nieuw in 010' ontwikkelen door enthousiasme van het Expertisecentrum Maatschappelijke Innovatie (EMI). EMI heeft het programma ontwikkeld tot een Community of Practice (CoP). In de CoP worden het leggen van een theoretische basis en het aanleren van coachingsvaardigheden en van de vaardigheid tot reflectie gecombineerd met het ondersteunen van een kwetsbare zwangere. Studenten leren in een interprofessioneel team samen te werken en kennis te delen, terwijl de zwangere ondersteuning krijgt op geleide van haar vraag en haar perspectief. De zorgprofessional heeft op deze manier extra mogelijkheden die ze de zwangere binnen haar reguliere zorg vaak niet kan bieden. Dit is het programma 'Nieuw in 010'!

Foto: Roy Borghouts Fotografie

NIEUW
IN 010

'Nieuw in 010' is een buddyproject voor kwetsbare zwangeren in Rotterdam Zuid. Het doel is om het gevoel van welbevinden en het gevoel capabel te zijn in het ouderschap te verbeteren en om het sociale netwerk van de zwangere te vergroten. Voor studenten is het een kans om meer kennis te vergaren over de problematiek van kwetsbare zwangeren en om samen te werken met verschillende disciplines (Hogeschool Rotterdam, 2014).

Een buddy is een student van de opleiding verloskunde, pedagogiek of maatschappelijk werk & dienstverlening die samen met een student (haar buddy-maatje) van een andere opleiding een kwetsbare zwangere ondersteunt gedurende drie onderwijsperioden (van november tot eind juli).

De studenten starten met een training waarin de nadruk wordt gelegd op het kennismaken, het vormen van duo's, het aanleren van coachingsvaardigheden en basiskennis over maatschappelijk werk en verloskunde. De duo's worden vervolgens gekoppeld aan een kwetsbare zwangere die ze iedere twee weken thuis bezoeken. Ze bieden hierbij ondersteuning bij lichte hulpvragen. Denk hierbij aan vragen als: *Wat zit in het kraampakket? Waar is de ingang van het ziekenhuis als ik 's nachts moet bevallen? Wat zijn de voordelen van borstvoeding ten opzichte van flesvoeding?* De studenten gaan ook op pad met de zwangere. Ze laten zien waar aanstaande moeders elkaar kunnen ontmoeten, waar ze kunnen wandelen met hun baby en ze leggen uit hoe het zorglandschap eruitziet. Ook organiseren de studenten een voorlichtingsbijeenkomst voor zwangeren waarbij zij de voorlichting zelf geven. De studenten rapporteren, na hun bezoek aan de zwangere, iedere keer direct aan de verloskundige.

Zwangeren kunnen zichzelf aanmelden voor het programma, maar komen ook via de verloskundige zorgverlener of via maatschappelijke organisaties in de wijk. Alle zwangeren die behoefte hebben aan ondersteuning, kunnen zich aanmelden (Hogeschool Rotterdam 2014 en 2016b).

Een buddy-student beschrijft haar activiteiten met haar kwetsbare zwangere:

> *"We hebben de route naar het ziekenhuis geoefend, voor als ze gaat bevallen. We hebben gekeken waar fijne speelplekken zijn in de buurt. En nu zijn we bezig met voeding. Chantals konijnen eten gezonder dan zij. Van iemand die enkel junkfood at, zijn we nu naar een situatie waarin ze een paar keer in de week groenten uit blik eet. Nog steeds niet ideaal, maar een stuk beter dan het was. Bovendien heeft ze een apparaat gekocht om smoothies te maken."*
> (Van der Molen, 2015, p.11)

Wietske Willemse, programmamanager van 'Nieuw in 010' zegt over het project:

> *"Dit project is niet bedoeld voor zwangeren in een crisissituatie. Die groep wordt onder andere begeleid door Bureau Frontlijn. Maar er is ook een groep – vaak jonge – zwangeren met een laag inkomen, psychosociale problemen en een klein of ontbrekend netwerk. Deze vrouwen zoeken niet snel hulp, maar kunnen wat extra support goed gebruiken. Door te werken met een buddykoppel van een mwd'er en een student verloskunde wordt de zwangere gecoacht op een gezonde zwangerschap, maar ook op andere psychosociale issues die spelen."*
> (Van der Molen, 2015, p.11)

Vanuit het lectoraat wordt het programma samen met studenten gemonitord. Dit houdt in dat zwangeren voorafgaand aan de begeleiding door de buddy worden geïnterviewd over hun sociale netwerk, begeleiding door de verloskundige professional, hun verwachtingen van het moederschap en van de begeleiding en ondersteuning door de buddy's. Na afloop van de periode van begeleiding worden zij wederom geïnterviewd om hen te vragen naar hun ervaringen. De buddy's ontvangen vooraf (om te vragen naar hun verwachtingen) en achteraf (om te vragen naar hun ervaringen) een vragenlijst en er wordt achteraf een focusgroepbijeenkomst gehouden met de studenten. Zowel in de vragenlijst als tijdens de focusgroep-bijeenkomst wordt specifiek gevraagd naar wat de begeleiding van de zwangere en de interprofessionele samenwerking de studenten gebracht hebben. Tot slot worden de betrokken professionals regelmatig geïnterviewd om inzicht te krijgen in hun ervaringen met het programma. De uitkomsten van bovenstaande onderzoeken worden steeds gebruikt om het programma te verbeteren.

Het programma 'Nieuw in 010' is in 2016 door de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen geselecteerd als een van de illustratieve praktijken voor het interprofessioneel vormgeven van leertrajecten (Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2016).

5.7 Programma 'Mama's Garden'

Vanuit het programma 'Nieuw in 010' (paragraaf 5.6) is door het Expertisecentrum Maatschappelijke Innovatie in samenwerking met het lectoraat een nieuw programma ontwikkeld: 'Mama's Garden'.

Tijdens het programma 'Nieuw in 010' werd duidelijk dat het sociale netwerk van kwetsbare zwangeren vrouwen vaak klein is. Ook kwamen we erachter dat er eigenlijk geen laagdrempelige, neutrale ontmoetingsplek bestond voor zwangere vrouwen en moeders in Rotterdam Zuid en studenten van de minor gamification ontdekten in hun onderzoek dat hier wél behoefte aan was. Om deze redenen is het programma 'Mama's Garden' ontwikkeld.

MAMA'S
GARDEN

Mama's Garden is een fysieke, mobiele ontmoetingsplaats voor jonge moeders op Rotterdam Zuid. Het ontwerp betreft een mobiele pop out garden, met daarin onder andere een picknicktafel, bankjes en speelgoed.

Het doel van het programma 'Mama's Garden' ligt in het verlengde van 'Nieuw in 010' en is gericht op het vergroten van het sociale netwerk van de zwangere of jonge moeder en het vergroten van het capabel ouderschap. Studenten leren bovendien hoe zij contact kunnen maken met deze vrouwen en leren wat de vrouwen bezighoudt en hoe zij hier als toekomstig professional op kunnen anticiperen.

De fysieke Mama's Garden is ontwikkeld door studenten van de Willem de Koning Academie in het kader van de minor gamification. De studenten hebben eerst een ontwerp gemaakt voor deze mobiele ontmoetingsplek, die ze vervolgens ook echt konden maken met behulp van subsidie van Gemeente Rotterdam (Van der Molen, 2016). Tot voor kort werd Mama's Garden één keer per maand georganiseerd in de werkplaats van EMI aan de Mijnsherenlaan in Rotterdam Zuid. Sinds kort wordt Mama's Garden bovendien georganiseerd op nog drie andere locaties in Rotterdam in samenwerking met Gemeente Rotterdam, het CJG, Wijkcentrum Huis van Carnisse en de Bibliotheek Rotterdam. Met financiële ondersteuning door Gemeente Rotterdam wordt op iedere locatie maandelijks een Mama's Garden aangeboden, waardoor er iedere week op een andere locatie in Rotterdam Zuid een Mama's Garden is.

Het Expertisecentrum Maatschappelijke Innovatie en het lectoraat willen Mama's Garden in de toekomst graag verder ontwikkelen en een groter aantal moeders bereiken. Ook is er interesse vanuit andere steden om Mama's Garden' op te starten. We richten ons enerzijds op schaalvergroting en anderzijds op het ontwikkelen van slimme en innovatieve manieren om Mama's Garden rendabel en toekomstbestendig te maken. Hiervoor zoeken we onder meer de cross-over met de creatieve sector.

Studenten zijn continu betrokken bij de ontwikkeling, organisatie en monitoring van 'Mama's Garden'. Zo hebben studenten in het kader van een minor door middel van een focusgroepbijeenkomst onderzocht in hoeverre het programma 'Mama's Garden' aansluit bij de behoefte van moeders aan ondersteuning. Tevens hebben zij onderzocht welke verbeteringen hierin mogelijk zijn. Deze studenten hebben bovendien een aantal 'Mama's Garden-middagen' meegemaakt en mede georganiseerd, zodat zij inzicht kregen in de context en bovendien het vertrouwen kregen van de doelgroep.

Foto: Levien Willemse

5.8 Zwangeren met een licht verstandelijke beperking

Mensen met een licht verstandelijke beperking hebben een verhoogd risico op psychiatrische stoornissen en op emotionele en gedragsproblemen. Zwangeren met een licht verstandelijke beperking hebben, net als iedere zwangere, zorg op maat nodig, dus zorg die is toegespitst op hun individuele situatie. Bovendien hebben zij vaak extra ondersteuning nodig zowel van professionals als van hun sociale netwerk, om goed te zijn toegerust voor het ouderschap. Maar deze zorg is complex, het sociale netwerk is regelmatig kwetsbaar en beperkt en verloskundige zorgverleners zijn vaak niet goed onderlegd in de zorg voor deze zwangeren.

Er is geen eenduidige definitie voor een persoon met een licht verstandelijke beperking (LVB), maar in Nederland wordt in de praktijk onder een persoon met een LVB meestal verstaan:

- iemand met een IQ tussen de 50 en 85;
- in combinatie met beperkingen in het sociale aanpassingsvermogen op ten minste twee gebieden (waaronder communicatie, zelfverzorging, zelfstandig wonen, sociale en relationele vaardigheden, werk, ontspanning, gezondheid en veiligheid).

Bij een LVB treden regelmatig bijkomende problemen op, zoals psychische stoornissen of leerproblemen.
Volgens de DSM-5 zijn criteria voor een LVB:

- een IQ van 50-55 tot 70;
- in combinatie met beperkingen in het aanpassingsgedrag op ten minste twee gebieden (dezelfde als hierboven genoemd).

Bovendien moet volgens de DSM-5 de beperking zijn opgetreden voor het 18e levensjaar. Een IQ van 70-85 wordt hier gedefinieerd als zwakbegaafd (De Beer, 2011: Nederlands Jeugdinstituut, 2017; Zoon, 2012).

In onze programma's kwamen we in aanraking met vrouwen met een LVB (bijvoorbeeld bij 'Nieuw in 010') en we signaleerden dat dit thema in de praktijk speelde (onder andere via het regionaal consortium). Om deze redenen zijn we vanuit mijn lectoraat, samen met het lectoraat Disability studies, gestart met het formuleren van opdrachten voor kleine onderzoeksprojecten die studenten konden uitvoeren in het kader van hun minor of afstudeeropdracht. Het doel hiervan is om kennis te generen over de behoefte en wensen van deze vrouwen en om een begin te maken met het ontwikkelen van oplossingen voor deze doelgroep en voor de praktijk, zodat beter kan worden geanticipeerd op hun behoeften. Bovendien leren studenten van de vraagstukken rondom dit thema en kunnen uitkomsten worden gebruikt bij het ontwikkelen van grotere, langer lopende studies.

Daarnaast is tijdens een minisymposium van het regionaal consortium aandacht besteed aan dit thema om professionals zo goed mogelijk voor te lichten. Samen met Gemeente Rotterdam en het Erasmus MC geeft het lectoraat ook verdere samenwerking vorm rondom dit thema.

In het kader van een afstudeeropdracht hebben twee studenten verloskunde gestructureerde interviews afgenomen bij zeven vrouwen met een LVB. Het doel van deze interviews was om inzicht te krijgen in hun behoeften ten aanzien van verloskundige ondersteuning. Uit de interviews kwam naar voren dat het alleen ontvangen van mondelinge informatie niet voldoende is voor deze vrouwen en dat juist het visualiseren van informatie hen helpt. Visualiseren kan bijvoorbeeld door het laten zien van een filmpje of door iets uit te leggen met behulp van een pop. Ook het opschrijven van informatie bij het geven van voorlichting, zodat de vrouwen het later nog eens kunnen teruglezen, helpt hen (Bijl & Van de Adel, 2016).

Vervolgens hebben vier studenten in het kader van de minor echoscopie een film ontwikkeld met informatie voor vrouwen met een LVB over het structureel echoscopisch onderzoek (Bregman, Hanemaaijer, Zwalua & Moentadj, 2017).

5.9 'Vroeg begonnen, veel gewonnen'

Het promotieonderzoek 'Vroeg begonnen, veel gewonnen' van Kirsten Heetkamp, docent-onderzoeker, richt zich primair op het op tijd op eerste controle komen van vrouwen tijdens de zwangerschap. Het project is bij Hogeschool Rotterdam ingebed bij mijn lectoraat. Wanneer vrouwen op tijd op de eerste controle komen bij een verloskundig zorgverlener, kunnen eventuele risico's bijtijds worden gesignaleerd en kan hier (preventief) op worden geanticipeerd. De verschillende deelstudies van het promotieonderzoek hangen hier direct en indirect mee samen.

Het doel van het promotieonderzoek is om inzicht te krijgen in karakteristieken van zwangere vrouwen die wel en zwangere vrouwen die niet bijtijds op eerste controle komen, in factoren die samenhangen met een late eerste controle en in de relatie tussen het moment van eerste controle en geboorte-uitkomsten. Voorts willen we inzicht krijgen in de visie op de zwangerschapszorg van verschillende etnische groepen en in verschillen in deelname aan prenatale screening tussen verschillende etnische groepen.

Met de verworven kennis willen we bijdragen aan het beter toegankelijk maken van prenatale zorg en aan het verbeteren van het gebruik van prenatale zorg door alle zwangere vrouwen.

5.10 Academische Werkplaats 'Samen Transformeren – Rotterdamse Academische Werkplaats'

Het lectoraat draagt bij aan de doelen van de Academische Werkplaats 'Samen Transformeren - Rotterdamse Academische Werkplaats' (afgekort: ST-RAW) door te participeren in workpackage 4 van deze academische werkplaats. De bijdrage van het lectoraat bestaat uit het inbrengen van expertise op het gebied van verloskunde en geboortezorg en het doen van onderzoek in het kader van workpackage 4.

ST-RAW is opgericht met het oog op de transformatie in de jeugdzorg, waarbij gemeenten verantwoordelijk zijn geworden voor de jeugdhulp. De academische werkplaats wordt aangestuurd vanuit Gemeente Rotterdam en wordt gefinancierd en daarmee ondersteund vanuit het ZonMw-programma 'Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd'. In Nederland bestaan twaalf van deze academische werkplaatsen, die zich richten op het ontwikkelen en verspreiden van kennis die gemeente en professionals in de praktijk helpen bij de transformatie in de jeugdhulpketen (ST-RAW, 2017; ZonMw, 2015).

Het doel van ST-RAW is alle jongeren gelijke kansen te geven in het jeugdbeleid. Door in de kennisinfrastructuur van een academische werkplaats samen te werken met onderzoekers, ambtenaren, onderwijspartners, professionals uit de praktijk en beleidsmedewerkers, worden kennis en kunde rondom het verbeteren en innoveren van jeugdhulp en gemeentelijk jeugdbeleid bij elkaar gebracht. Hierbij is speciale aandacht voor zelfredzaamheid en eigen kracht van kinderen, jongeren en gezinnen en voor tijdige ondersteuning. In dit kader zijn vijf deelprojecten (workpackages) van start gegaan (ST-RAW, 2017). Vijf lectoren van Hogeschool Rotterdam zijn actief betrokken bij verschillende workpackages van ST-RAW.

Mijn lectoraat is betrokken bij workpackage 4, het deelproject met als thema 'kracht van preventie'. Deze workpackage richt zich op het (preventief) versterken van de eigen kracht. Hierbij staan de ondersteuning door vrijwilligers bij opvoeding en een goed sociaal netwerk, op buurtniveau centraal. Dat houdt in dat vroegsignalering (secundaire preventie) – ook al tijdens of voorafgaand aan de zwangerschap – van mogelijke opvoedingsproblemen en vervolgens vroege interventie bij opvoedingsproblemen plaatsvinden, waarmee inzet van zwaardere hulp kan worden voorkomen of geminimaliseerd. De focus ligt hierbij op het goed opleiden van professionals en getrainde vrijwilligers in de wijk en op het creëren van een samenhangend netwerk, vanaf (voor) de zwangerschap tot en met de fase van jeugdzorg. Het specifieke aandeel vanuit mijn lectoraat bestaat eruit dat de zwangerschapsfase en (waar mogelijk al) de preconceptionele fase ook meegenomen zijn als onderdeel van deze workpackage, waarbij onderzoek wordt gedaan en expertise vanuit het lectoraat wordt ingebracht.

Door kennis te genereren over hoe informele opvoedingsondersteuning preventief kan worden ingezet voor (aanstaande) ouders, wordt de aanpak van informele opvoedingsondersteuning verder doorontwikkeld.

De workpackage richt zich op de volgende doelgroepen:

- vrouwen die zwanger zijn of willen worden tot en met gezinnen met kinderen tot 18 jaar, die behoefte hebben aan hulp;
- vrijwilligers; deze worden getraind om ouders te ondersteunen bij het realiseren van een goed netwerk, door de ouders bijvoorbeeld te leren slim spullen in te kopen of te leren hoe ze in contact komen met andere ouders;
- professionals in de wijk, onder wie de professionals in de (geboorte)zorg.

Het onderzoek is gestart met een focusgroepbijeenkomst met vrijwilligers. Deze vrijwilligers hebben daarnaast ook een vragenlijst ontvangen om te inventariseren waar zij behoefte aan hebben als het gaat om ondersteuning van vrouwen voor, tijdens en ook na de zwangerschap. Tevens is een korte vragenlijst uitgezet bij professionals die werken in de jeugdhulpketen om te vragen naar hun ervaringen en behoefte.

Er is een literatuurreview gedaan om inzicht te krijgen in bestaande interventies en werkzame elementen hierbij. Uit deze review kwam naar voren dat non-professionele hulpgroepen bij kunnen dragen aan het vergroten van kennis van ouders en aan het verminderen van gedragsproblemen bij hun kinderen. Omdat in veel literatuur niet werd beschreven welke scholing de non-professionele groepsleider had gekregen en omdat de opzet, evaluatie en uitkomstmaten van de verschillende in de literatuur beschreven programma's verschilden, konden er alleen globale uitspraken worden gedaan (Horrevorts & Van Rijckevorsel–Scheele, 2016).

Binnenkort worden interviews afgenomen met mensen uit de verschillende doelgroepen, waarin de resultaten van de literatuurreview en de uitkomsten van de vragenlijsten worden meegenomen.

De resultaten uit de vragenlijsten, interviews en het literatuuronderzoek worden gebruikt om richtlijnen voor professionals te verbeteren en om best practices toe te passen op de specifieke situatie in Rotterdamse wijken. Hierbij wordt de methodiek 'Ouders in Actie' van het Centrum Jeugd en Gezin gebruikt. Bij deze methodiek organiseren ouders vrijwillig ontmoetingsbijeenkomsten voor andere ouders en worden opvoedingsvraagstukken besproken. Het gaat er hierbij om dat de drempel voor ouders om andere ouders te kunnen ontmoeten, laag is (Hogeschool Rotterdam, 2015; ST-RAW, 2017; ZonMw, 2015).

Studenten van Hogeschool Rotterdam zijn actief betrokken en hebben een eerste onderzoek verricht naar sociale cohesie in de wijk. Zij worden in de toekomst onder andere ook betrokken doordat ze interviews gaan afnemen in het kader van hun minor- en afstudeeropdrachten. De uitkomsten van de onderzoeken worden via lessen ingebed in het curriculum.

5.11 'Bright Up' en 'Stop or Go'

Het lectoraat werkt nauw samen met de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC. Deze samenwerking komt onder andere terug in het project voor kwetsbare zwangeren dat ik in paragraaf 5.2 heb beschreven. Het lectoraat is daarnaast betrokken bij de studie 'Bright Up' en bij de studie 'Stop or Go' die door deze afdeling zijn geïnitieerd en worden uitgevoerd.

Bij de Bright Up-studie wordt gekeken of lichttherapie effectief kan zijn bij de behandeling van depressieve klachten tijdens de zwangerschap. Circa 5 tot 10% van alle zwangere vrouwen heeft depressieve klachten tijdens de zwangerschap. Omdat er tot nu toe veel onduidelijkheid is over de mogelijk schadelijke effecten van antidepressiva op het (ongeboren) kind, is het van belang om ook niet-medicamenteuze behandelmogelijkheden voor depressieve klachten tijdens de zwangerschap te onderzoeken (Bright Up studie, 2016).

In de Stop or Go-studie wordt onderzocht of een terugvalpreventietraining in combinatie met medisch begeleid afbouwen ('stop') ten minste net zo veilig is als het blijven gebruiken ('go') van antidepressiva tijdens de zwangerschap. Hierbij kijken we aan de ene kant naar terugval van de moeder in depressieve klachten en aan de andere kant naar de effecten van stoppen of doorgaan van antidepressiva op de ontwikkeling van het kind. Ongeveer 2% van alle zwangeren in Nederland gebruikt antidepressiva. Omdat er geen goed alternatief is, is het advies tot op heden om deze medicatie tijdens de zwangerschap door te gebruiken. We weten inmiddels dat bij niet-zwangeren terugvalpreventietraining in combinatie met medisch begeleid afbouwen van antidepressiva succesvol kan zijn in het voorkomen van terugval (Stop or Go?, 2016).

Tot slot

Bij alle beschreven projecten betrekken we als lectoraat studenten. Soms hebben zij een initiërende rol, die zij dan vaak later als professional ook laten zien. Andere keren worden zij pas later betrokken in het project, wanneer bijvoorbeeld een subsidieaanvraag is gehonoreerd. En soms vragen wij hen om een eerste verkennende studie te doen.

We doen veel samen met partners in Rotterdam en in de regio. Er is een nauwe samenwerking met de afdeling Verloskunde & Gynaecologie van het Erasmus MC in de gezamenlijke Academische Werkplaats Geboortezorg & Perinatale Gezondheid, die ik in hoofdstuk 6 toelicht.

In dit hoofdstuk het ik het grootste deel van de projecten en programma's die vanuit mijn lectoraat geïnitieerd zijn of waar mijn lectoraat bij betrokken is, beschreven. Het lectoraat is echter, net als de wereld eromheen, continu in beweging en anticipeert op ontwikkelingen in de gezondheidszorg, de geboortezorg, onderzoek en onderwijs.

Zo heeft een student onlangs een eerste onderzoek gedaan naar de samenwerking tussen wijkteams en verloskundigen in een wijk. Uit deze eerste verkenning bleek dat er eigenlijk geen samenwerking was, met name door onbekendheid over elkaars werkzaamheden en bevoegdheden. Men zag de relevantie en mogelijke meerwaarde van samenwerking echter wel (Den Hals, 2016). En toen begin 2016 het nieuws over het zika-virus en de mogelijke associatie met microcephalie bij pasgeborenen zich over de wereld verspreidde, kregen we hierover veel vragen van geboortezorgprofessionals en ook van studenten. In samenwerking met de afdeling Viroscience en de afdeling Verloskunde & Gynaecologie van het Erasmus MC en mede op initiatief van onze Studentenraad Onderzoek, is vanuit het lectoraat vervolgens in drie weken tijd een symposium hierover georganiseerd voor studenten, docenten, onderzoekers, beleidsmakers en professionals uit de praktijk. Vanuit het lectoraat wordt nu gekeken naar de mogelijkheden om in internationale projecten iets te betekenen bij het ontwikkelen van kennis en het opstellen van richtlijnen voor zowel professionals als de lokale bevolking.

Ik hoop dat dergelijke projecten studenten bewust maken van nieuwe thema's en dat zij zien wat het hen brengt wanneer ze 'hun ogen openhouden' voor de veranderende wereld om hen heen. Ik hoop bovendien dat zij een initiërende rol hebben, als student en ook als professional, bij het bewust maken van de praktijk van de mogelijkheden voor innovatie en samenwerking.

In hoofdstuk 6 licht ik de specifieke aanpak van mijn lectoraat toe die in dit hoofdstuk, en ook in voorgaande hoofdstukken, verweven was in de tekst.

Foto: Roy Borghouts Fotografie

HOOFDSTUK 6

Aanpak van het lectoraat

Lectoraten zijn géén makelaars tussen universiteit en praktijk, zoals (in mijn ogen onterecht) vaak wordt gesteld als het gaat om praktijkgericht onderzoek bij hogescholen. Lectoraten hebben een unieke rol in het ontwikkelen en uitvoeren van praktijkgericht onderzoek doordat zij continu in verbinding staan met het onderwijs en doordat zij innovaties ontwikkelen samen met en voor dit onderwijs. Daarmee dragen zij direct bij aan het adequaat en toekomstgericht competent maken van toekomstige professionals. Ze anticipéren hiermee niet alleen op ontwikkelingen in politiek, beleid, onderwijs en praktijk, maar zijn juist initiatiefnemer voor deze ontwikkelingen. Bovendien hebben ze veel kennis en 'know how' van de beroepspraktijk, van hoe je onderzoek in de praktijk, ook methodologisch, vormgeeft en van implementatie van nieuwe kennis en innovatieve oplossingen. Daarbij dragen ze direct bij aan de kwaliteit van de praktijk en aan het 'leuk' maken van onderzoek in de praktijk en in het onderwijs.

Op verschillende plekken in dit boekje staan voorbeelden van de wijze waarop we onze bijdrage vanuit het lectoraat vormgeven en van onze specifieke aanpak. In de inleiding heb ik beschreven hoe het lectoraat is ingebed in de Verloskunde Academie Rotterdam, inclusief de nauwe samenwerking met het Erasmus MC in een academische werkplaats, en hoe het lectoraat is ingebed in Kenniscentrum Zorginnovatie. Ook heb ik daar beschreven hoe het lectoraat zich beweegt in de context van ontwikkelingen op het gebied van praktijkgericht onderzoek en onderwijs. Dit laatste heb ik nader beschreven in hoofdstuk 4, bij de focusgebieden van het lectoraat.

In dit hoofdstuk vat ik de kern van de aanpak van het lectoraat samen. Specifieke onderdelen van mijn lectoraat die nog niet nader zijn toegelicht, zoals onze Studentenraad Onderzoek, het cliëntenpanel en de Academische Werkplaats Geboortezorg & Perinatale Gezondheid worden hier beschreven. Waar dit hoofdstuk zich richt op de specifieke context van het lectoraat, beschrijf ik in hoofdstuk 7 hoe de verbinding met het onderwijs organisatorisch is vormgeven.

6.1 Belang van de verbinding tussen onderwijs, onderzoek, praktijk en beleid

In mijn voorwoord heb ik al genoemd dat onderzoek een middel is om kennis te genereren. Kennis die nodig is om de kwaliteit van de praktijk en van het onderwijs continu te blijven verbeteren. Kennis ook, die van essentieel belang is om

producten en instrumenten te ontwikkelen voor die praktijk en voor dat onderwijs. Het is hierbij van groot belang 'hoe' dit onderzoek wordt vormgegeven en welke plek het inneemt in het samenspel tussen onderwijs, onderzoek, praktijk en beleid. In deze paragraaf beschrijf ik mijn visie hierop en leg ik de verbinding met landelijke ontwikkelingen.

Dr. Jet Bussemaker, minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, schrijft in haar Strategische Agenda Hoger Onderwijs en Onderzoek 2015-2025:

> *"Praktijkgericht onderzoek in het hbo onderscheidt zich van andere vormen van onderzoek door een directe verbondenheid met de beroepspraktijk en het relevante onderwijs. Dit krijgt onder andere vorm in vraagarticulatie met de praktijk, organisatie via kenniskringen en participatie van docenten en studenten in het onderzoek. Hierbij is het belangrijk dat deze lectoraten niet los komen te staan van de onderwijspraktijk, maar die juist weten te verrijken door de verbinding met onderzoek. Zo maken we van het onderzoekend vermogen van de hbo-student een uitgesproken kwaliteit van ons stelsel."*
> (Ministerie van OCW 2015, p. 11)

De kennis op basis waarvan professionals werken, is continu aan verandering onderhevig. Er komt continu nieuwe kennis beschikbaar en kennis veroudert veel sneller dan vroeger, toen de professionals van 'nu' werden opgeleid. Het beschikbaar komen van deze nieuwe kennis heeft consequenties voor het handelen van professionals. Het betekent dat professionals niet meer voor lange tijd vooruit kunnen met wat ze in de opleiding hebben geleerd. Het betekent ook dat professionals anders om moeten gaan met nieuw gegenereerde kennis en hierop moeten anticiperen, niet alleen in hun handelen maar ook in hun beroepshouding. Weggeman (2008) heeft het over 'kenniswerkers'. Dit zijn professionals die zich steeds afvragen of er nieuwe kennis of inzichten zijn die van invloed zijn op hun handelen. Bovendien vragen zij zich af of zij zelf nieuwe inzichten hebben die ze kunnen delen en of ze vraagstukken hebben die ze kunnen voorleggen.

Door de verbinding tussen onderwijs, onderzoek, praktijk en beleid ontstaat samenwerking en ontstaan netwerken die voorwaardelijk en noodzakelijk zijn om nieuwe kennis en vaardigheden en ook vernieuwingen te kunnen ontwikkelen.

Door deze continu wisselwerking tussen deze vier pijlers, kunnen nieuwe inzichten direct een plek krijgen in het onderwijs en in de praktijk. Hier ontstaat innovatie. Hierbij zijn nieuwe, andere methoden van onderzoek en ook combinaties van onderzoeksmethoden nodig die niet alleen leiden tot het genereren van nieuwe

kennis, maar die ook door hun opzet bijdragen aan de ontwikkeling van verandering. Voorbeelden hiervan zijn actieonderzoek, participatief onderzoek en ontwerpgericht onderzoek. Studenten moeten hier tijdens hun opleiding competent in gemaakt worden. Het lectoraat draagt hier bijvoorbeeld aan bij met participatief onderzoek in het kader van 'Mama's Garden' (zie paragraaf 5.7) en door de inbedding van ontwerpgericht onderzoek in de minor Beyond Borders (zie paragraaf 7.3.2). Dit is van toepassing voor iedereen, ongeacht het opleidingsniveau, en dit onderschrijft wederom het belang van interprofessioneel opleiden en doorlopende leerlijnen. Hierbij is begrip van de 'context' waarin gewerkt wordt, van belang (Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, Ministerie van OCW, 2015; Verdonschot & Kessels, 2011; Weggeman, 2008).

Hogeschool Rotterdam anticipeert op deze ontwikkeling en wil dat elke student uitgroeit tot een vakbekwame, reflectieve en ondernemende professional. Vervlechting van onderwijs, onderzoek en praktijk is essentieel om studenten goed voor te bereiden op het veranderende werkveld en de veranderende samenleving en om hen een goede uitgangspositie te geven op de toekomstige arbeidsmarkt. De vervlechting van onderwijs met onderzoek en beroepspraktijk, ook internationaal, wordt contextrijk onderwijs genoemd (Hogeschool Rotterdam, 2016c en 2016d). Onderzoek en een onderzoekende houding van de student zijn, als onderdeel van de kwaliteitseisen, steeds belangrijker geworden in het hbo en versterken het beroep op de reflectieve vaardigheden van studenten (Bormans, Bajwa, Van Braam & Dekker, 2015, p. 14).

6.2 Studentenraad Onderzoek

Binnen het lectoraat hebben we een unieke samenwerking met studenten vormgegeven in de Studentenraad Onderzoek. De Studentenraad Onderzoek wil onderzoek, onderwijs, praktijk, cliënten en stage met elkaar verbinden.

6.2.1 Achtergrond

De Studentenraad Onderzoek is vier jaar geleden ontstaan vanuit een opdracht van het lectoraat om in kaart te brengen wat studenten belangrijk vinden en waar zij behoefte aan hebben bij de verbinding tussen onderwijs en onderzoek. Voorts wilde ik weten hoe studentparticipatie binnen het lectoraat (toen nog uitsluitend de academische werkplaats als gremium) in dit kader het beste kon worden vormgegeven. Twee (toenmalig) tweedejaarsstudenten verloskunde, Tamara Fennema en Tamara van den Bulk, hebben hiertoe een vragenlijst ontwikkeld en in studiejaar 2012-2013 uitgezet onder alle studenten van de bachelor verloskunde. Zij kregen een respons van 57% (n=119). Het merendeel van de respondenten (ruim 92%) gaf aan dat zij onvoldoende informatie kregen over nieuwe en lopende onderzoeken. Ook gaf ruim 93% aan dat ze het een waardevolle bijdrage aan hun ontwikkeling zouden vinden, wanneer er meer informatie werd verstrekt over

studies. Bovendien kon het lectoraat volgens de respondenten bijdragen aan de ontwikkeling van studenten door:

- hen te laten participeren in onderzoek;
- informatie te verstrekken over onderzoeken die van invloed zijn op het vakgebied;
- verbreding en vergroting van kennis te bieden;
- bij te dragen aan visievorming;
- de mogelijkheid te bieden om vraagstukken die naar voren komen tijdens stages, verder uit te diepen;
- vanaf het eerste jaar kennis te maken met onderzoek en bovendien voorafgaand aan de afstudeeropdrachten deze kennismaking nog eens te herhalen.

Studenten gaven aan dat met bovenstaande punten een betere koppeling kan worden gemaakt tussen praktijk en onderwijs. Zij vonden het belangrijk om nu al mee te kunnen werken aan onderzoek, zodat de stap om dit later als verloskundige te doen, kleiner is.

De aanbevelingen van de studenten hebben we zo goed als mogelijk en ook vrijwel meteen doorgevoerd. Bovendien hebben we de Studentenraad Onderzoek opgericht. Deze raad is door studenten zelf ingericht en wordt door studenten zelf aangestuurd. Ze worden hierbij ondersteund vanuit het lectoraat. Centraal in de Studentenraad Onderzoek staat het generen en verspreiden van kennis, met name uit onderzoek, voor en door studenten. Hierbij zijn de centrale, door studenten geformuleerde thema's:

- het vormen van je visie als toekomstige professional en de waarde van onderzoek hierbij;
- de manier waarop je als toekomstig professional kennis uit onderzoek kunt ontwikkelen en verspreiden;
- actuele ontwikkelingen binnen het vakgebied en ook aanpalend aan het vakgebied;
- vraagstukken die studenten tegenkomen tijdens hun stage, die zich lenen voor onderzoek;
- advies bij onderzoeksprojecten vanuit het lectoraat.

6.2.2 Verlos je Visie!

Studenten hebben in het kader van visievorming 'Verlos je Visie' ontwikkeld. Dit bestaat uit een bijeenkomst waarin studenten aan de hand van een situatie die ze in de praktijk hebben meegemaakt, literatuur zoeken en een visie op deze praktijksituatie vormen. De casus uit de praktijk, de gevonden literatuur en hun visie presenteren ze vervolgens in interactie met de zaal tijdens de 'Verlos je Visie' bijeenkomst. Voor deze bijeenkomst nodigen ze, naast studenten, ook professionals uit de praktijk uit om hun visie vanuit de praktijk toe te lichten. Er worden bovendien docenten uitgenodigd. Zowel het geven van een presentatie als het mede-organiseren of alleen aanwezigheid zijn bij deze bijeenkomsten, gebruiken studenten als bewijs voor het aantonen van bepaalde competenties. Ze voeren dit op in hun portfolio.

Bij de bachelor verloskunde is bovendien een kwaliteitsregister voor studenten waar studenten punten voor moeten halen. Zo oefenen zij al tijdens hun opleiding met het werken met een kwaliteitsregister. Voor de bijeenkomst 'Verlos je Visie' kunnen studenten punten behalen voor dit kwaliteitsregister.

Uitnodiging evenement: 'Verlos je Visie'

Voor en door verloskunde studenten – een initiatief van de Studentenraad Onderzoek

Thema: Het breken van de vliezen

Doelgroep: Verloskunde bachelor studenten en docenten
Datum en tijd: 14 maart 2017, 16.00 – 18.00u
Kwaliteitsregister: 2 punten categorie 2 of 4

Heb je tijdens je stage een situatie meegemaakt waar je een persoonlijke visie op wilt ontwikkelen? En ben je benieuwd hoe je deze goed kunt onderbouwen? Drie studenten laten tijdens deze bijeenkomst zien hoe ze wetenschappelijke literatuur aan een eigen praktijkvoorbeeld koppelen. Daarnaast deelt een professional uit de verloskunde zijn/haar ervaring en is er ruimte voor interactie.

De Studentenraad Onderzoek organiseert samen met het Kenniscentrum Zorginnovatie voor de derde keer het evenement 'Verlos je Visie'. Dit keer staat 'het breken van de vliezen' centraal: spontaan of kunstmatig? Wanneer wel, wanneer niet?

Studenten en docenten verloskunde kunnen zich hier aanmelden.

Je aanwezigheid is 2 punten waard voor het kwaliteitsregister categorie 2 of 4. Bewijs van deelname ontvang je achteraf in je postvak.

Programma
15.45 – 16.00 Inloop en inschrijving
16.00 – 16.05 Opening
16.05 – 16.10 Instructies stem-app
16.10 – 16.35 Visie en discussie 1
16.35 – 17.00 Visie en discussie 2
17.00 – 17.25 Visie en discussie 3
17.25 – 17.50 Visie door professional, vragen en discussie
17.50 – 18.00 Afsluiting

Locatie – Let op! -> **Academieplein**
AP.D00.018

Aanmelden
In verband met de locatie en de catering is aanmelden verplicht.

Je ontvangt een week van te voren een aanmeldingsbevestiging met hierin nog aanvullende informatie met het definitieve programma.

Sarkeften Ahmad, Merel Bas, Myrthe van den Bos, Solange Candeias, Eline Kogels, Eva Poppe, Michelle van Schieveen & Alida van der Ven.

Voor eventuele vragen kun je mailen naar: studentenraadonderzoek@hr.nl

Verlos je Visie
studentenraad onderzoek

Hogeschool Rotterdam
Kenniscentrum Zorginnovatie

6.2.3 Abstracts en Her Royal Highness

In het kader van het ontwikkelen en verspreiden van kennis, hebben studenten met ondersteuning vanuit het lectoraat abstracts geschreven voor een aantal internationale congressen. Zowel het ontstaan van de Studentenraad Onderzoek als de ontwikkeling van 'Verlos je Visie' zijn als abstract geaccepteerd voor drie internationale congressen. De studenten mogen een posterpresentatie geven tijdens het wereldwijde verloskundecongres van The International Confederation of Midwives in Toronto in juni 2017. Bovendien hebben ze een presentatie gegeven tijdens het CARE4 congres 'International Scientific Nursing and Midwifery Congress' in Antwerpen.

In december 2016 hebben twee studenten van de Studentenraad Onderzoek een Pecha Kucha-presentatie gehouden tijdens het congres van de European Midwives Association: 'Midwifery Education for the 21st century – innovations in education, regulation and practice'. Hun abstract werd geselecteerd als beste van de in totaal zestig ingestuurde abstracts. Tien van de studenten mochten een keynote geven. Hun eerste plaats werd bekroond met een ontmoeting met Her Royal Highness Princess Anne.

Foto: European Midwives Association

6.2.4 Organisatie

Vanuit ieder studiejaar participeren studenten in de Studentenraad Onderzoek.

De leden van de Studentenraad Onderzoek hebben regelmatig een overleg, waar ook collega's van het lectoraat vast deel van uitmaken. Zij stemmen met elkaar af, maken nieuwe plannen, geven advies over nieuwe en lopende studies en bespreken initiatieven waarmee studenten nog beter en op een nog leukere manier bij onderzoek kunnen worden betrokken. Ze fungeren hierbij als spreekbuis namens studenten.

Actuele kennis wordt snel verspreid via WhatsApp, via de Facebookpagina van de Studentenraad Onderzoek en via de Facebookpagina's van de jaargroepen van de studenten.

6.3 Cliëntparticipatie

Er wordt door zorgverleners te weinig écht geluisterd naar de cliënt of patiënt en er wordt te vaak, veelal onbewust, gehandeld vanuit het perspectief van de zorgverlener. Iedere lezer kent ongetwijfeld wel een voorbeeld vanuit zijn eigen omgeving waarin de zorgprofessional niet goed luisterde, helaas soms met schrijnende gevolgen. Veel lezers kennen mogelijk ook voorbeelden van situaties waarin schrijnende gevolgen voorkomen zijn, doordat zij zélf actief hebben gehandeld en de zorgverlener soms hebben verteld wat zij moest doen.

Vanuit het regionaal consortium (hoofdstuk 5) is het initiatief genomen tot het oprichten van een cliëntenpanel. Dit 'Cliëntenpanel Onderzoek en Onderwijs Geboortezorg' is een groep van vier tot zes vrouwen die zwanger zijn of kinderen hebben in de leeftijd tot twee jaar. Ze delen hun ervaringen van de zwangerschap, de bevalling, het kraambed en het consultatiebureau met ons. Ook geven ze hun visie op actuele ontwikkelingen en leveren ze gevraagd en ongevraagd input en advies bij nieuwe en lopende onderzoeksprojecten

Deze zwangeren en jonge moeders hebben allemaal een andere achtergrond met een variatie in opleidingsniveau, werk, etniciteit en psychosociale problematiek.

Het cliëntenpanel levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van de onderzoeksprojecten, omdat zij hier gevraagd en ongevraagd het perspectief van de cliënt inbrengen. Via het formuleren van minor- en afstudeeropdrachten kunnen vaak al kleinere vraagstukken vanuit het cliëntenpanel worden behandeld, ook wanneer over het betreffende thema geen onderzoekproject loopt. Op deze manier dragen we vanuit cliëntperspectief bij aan het verbeteren van ons onderzoeksprogramma, het onderwijs en de praktijk.

Het cliëntenpanel komt vier keer per jaar samen en levert daarnaast op verzoek input per mail. De leden ontvangen een onkostenvergoeding en er wordt geanticipeerd op hun wensen en behoeften.

6.4 Academische Werkplaats Geboortezorg & Perinatale Gezondheid

De Verloskunde Academie Rotterdam (VAR) is een samenwerkingsverband tussen Hogeschool Rotterdam en het Erasmus MC voor wat betreft verloskundig onderwijs en onderzoek. De VAR bestaat uit de bacheloropleiding Verloskunde, de Masteropleiding Physician Assistent – Klinisch Verloskundige en de Academische Werkplaats Geboortezorg & Perinatale Gezondheid.

Een academische werkplaats biedt een kennisinfrastructuur met een gelijkwaardige bijdrage van wetenschap, onderwijs, praktijk en beleid, waarbij de academische werkplaats van de VAR zich richt op het gehele domein van preconceptiezorg tot en met het consultatiebureau. In deze academische werkplaats komen de expertise en het netwerk op het gebied van verloskunde-onderzoek bij het Erasmus MC en Hogeschool Rotterdam samen. Het doel van de Academische Werkplaats Geboortezorg & Perinatale Gezondheid is primair om de praktijk wetenschappelijker te maken en om onderzoek meer praktijkgericht te laten zijn.

De achtergrond voor het ontwikkelen van deze academische werkplaats is tweeledig. Hogeschool Rotterdam en het Erasmus MC wilden de samenwerking, ook op het gebied van onderzoek, graag bestendigen. Een vakgroep of lectoraat zou organisatorisch niet wenselijk zijn, want dat kent structuren en kennisdomeinen specifiek voor een universiteit (vakgroep) respectievelijk een hogeschool (lectoraat). Hier komt de samenwerking dus niet in de structuur tot uiting. Een academische werkplaats is uitgerekend een samenwerking tussen meerdere partners vanuit beleid, onderwijs, onderzoek en/of praktijk. Bovendien (dat is reden twee) wilden we een organisatiestructuur die zou aansluiten bij de visie op (en uitgangspunten voor) onderzoek van onze beide organisaties. Ook in dat kader past een academische werkplaats.

Juist vanuit deze visie vonden we het belangrijk om de werkwijze binnen de academische werkplaats en het onderzoek dat we gezamenlijk zouden gaan uitvoeren, met alle pijlers (onderwijs, onderzoek, praktijk en beleid) samen vorm te geven. De verdere uitwerking van de organisatiestructuur, de samenwerking en de werkwijze van de academische werkplaats is tot stand gekomen door aan organisaties in de praktijk (via enquêtes en door kringen te bezoeken) en aan docenten en onderzoekers (via enquêtes en brainstormsessies) te vragen wat zij uit een academische werkplaats zouden willen halen en ook wat ze zouden willen

bijdragen. Hieruit is een 'cyclus van kenniscirculatie' opgesteld, die onze werkwijze representeert (Torij, Cellissen, Van Harn & Steegers, 2014).

In de werkwijze van de academische werkplaats staan praktijkvragen altijd centraal. Hieruit ontstaan onderzoeksvragen die partners vanuit beleid, onderwijs, onderzoek en praktijk met elkaar formuleren. Onderzoek wordt gezamenlijk uitgevoerd en de resultaten worden ingebed in zowel het onderwijs als de praktijk. Dit geeft bovendien steeds mogelijkheden voor vervolgonderzoek.

De werkwijze van de academische werkplaats is schematisch weergegeven in figuur 11.

Figuur 11: Cyclus van kenniscirculatie

De academische werkplaats wordt gezamenlijk aangestuurd door de lector en de hoogleraar die verbonden zijn aan de VAR.

6.5 Internationalisering

Ik vind internationalisering van groot belang voor studenten, docenten, onderzoekers en professionals in zorg en beleid. Door inzicht te krijgen in de context en werkwijze zoals deze gebruikelijk is in andere landen en andere WHO-regio's, leren zij op twee manieren: enerzijds leren ze nieuwe kennis en vaardigheden, puur doordat ze deze zien en horen. Anderzijds brengt het hen dat ze vanuit deze andere context en werkwijze naar hun eigen context en werkwijze kunnen kijken.

Dingen die zó gebruikelijk en vanzelfsprekend zijn dat ze er niet eens meer over nadenken, worden vanuit een ander perspectief belicht. Internationalisering draagt daarmee in belangrijke mate bij aan het ontwikkelen van een (blijvende) grensoverstijgende, innovatieve en reflectieve houding van studenten, docenten, onderzoekers en professionals. Dat kan het beste door studenten daadwerkelijk naar het buitenland te laten gaan.

Vanuit het lectoraat wordt er op verschillende manieren bijgedragen aan internationalisering. Zo zijn we betrokken bij het internationaliseringsbeleid van de bachelor verloskunde, bij de 'international week' van het Instituut voor Gezondheidszorg en bij de minor+ Beyond Borders (zie hoofdstuk 7) en participeer ik namens de kenniscentra in de directietafel internationalisering van Hogeschool Rotterdam.

Studenten voeren in opdracht van het lectoraat vaak projecten uit in het kader van hun minor. Zo hebben drie studenten onlangs in Finland (Turku), Portugal (Lissabon) en Italië (Milaan) onderzocht of, en zo ja op welke manier, de problematiek van kwetsbare zwangeren als thema is ingebed in de verloskundige curricula aldaar. Hun opdracht is onderdeel van een groter project, waarbij we een consortium hebben gevormd van verschillende hogescholen en universiteiten in Europa met een verloskundig curriculum (n=8) én met ten minste één partner uit de praktijk. Het doel van dit consortium is om bij te dragen aan het verbeteren van de kwaliteit van onderwijs en praktijk in Europa door uitwisseling van kennis, vaardigheden en bestaande interventies rondom het thema kwetsbare zwangeren.

Ook vanuit het programma 'Nieuw in 010', dat ik heb beschreven in paragraaf 5.6, is er een internationaal samenwerkingsverband ontstaan. Dit is vooral gericht op samenwerking tussen België (Gent en Antwerpen) en Nederland, maar ook collega's uit Londen hebben interesse in dit programma.

Vanuit het lectoraat presenteren we projecten, onderzoeksresultaten en innovaties op het gebied van onderwijs en onderzoek op verschillende internationale congressen.

6.6 Samenwerking

Ik heb al veel geschreven over samenwerking. Van groot belang is mijns inziens dat een lectoraat zich beweegt in de context van zijn omgeving. Vraagstukken uit de praktijk, ontwikkelingen in de politiek en in het beleid, ontwikkelingen in het onderwijs en uiteraard op het gebied van onderzoek zijn daarin leidend. Samenwerking met partners uit deze gremia is daarmee een voorwaarde om als lectoraat een bijdrage te kunnen leveren. Onze aanpak en ook de betrokken partners staan in hoofdstuk 5 beschreven.

We werken nauw samen met vele partners in de praktijk, waaronder verloskundige praktijken, kraamzorgorganisaties en ziekenhuizen, maar ook jeugdzorg, huisartsenlaboratoria en echocentra en regionale ondersteuningsstructuren.

Voorts werken we nauw samen met de afdeling Verloskunde & Gynaecologie van het Erasmus MC in de Academische Werkplaats Geboortezorg & Perinatale Gezondheid en met de afdeling Psychiatrie van het Erasmus MC in het kader van verschillende studies, onder andere in het regionaal consortium. In het kader van ST-RAW en in het kader van het onderzoeksproject 'Arbeid en gezond zwanger: maak er werk van!' werken we samen met de afdeling Maatschappelijke Gezondheid. Al deze afdelingen zijn tevens partner in het regionaal consortium.

Zoals al in mijn inleiding beschreven, werken we samen met verschillende lectoraten binnen en buiten Hogeschool Rotterdam. Er zijn verschillende gezamenlijke projecten met collega-lectoren van Kenniscentrum Zorginnovatie. Voorbeelden hiervan zijn samenwerking in (studenten)projecten met het lectoraat Disability Studies, Diversiteit in Participatie, het lectoraat Arbeid en Gezondheid en het lectoraat Publieke Zorg en Preventie voor Jeugd. Met het lectoraat Technische Innovatie in de Zorg verkennen we mogelijkheden voor het ontwikkelen van technische innovaties in de geboortezorg. Breder binnen Hogeschool Rotterdam wordt samengewerkt met het lectoraat Ouders in Rotterdam Zuid, waarbij we ons samen sterk maken voor het verbeteren van de gehele keten van geboortezorg tot en met de periode waarin kinderen de basisschool doorlopen. Tevens werken we samen met het lectoraat Internationalisering in internationale projecten.

Met het Expertisecentrum Maatschappelijke Innovatie werken we samen in de programma's 'Nieuw in 010' en 'Mama's Garden'. Ik beschrijf deze programma's in paragraaf 5.6 en 5.7.

Maar ook breder dan alleen met professionals uit de praktijk, universiteiten en hogescholen werkt het lectoraat samen met verschillende partners. Gemeente Rotterdam is een belangrijke samenwerkingspartner, niet alleen in bestaande projecten en bij de ontwikkeling van toekomstige projecten, maar ook bij de implementatie van nieuw ontwikkelde kennis en producten en het bij elkaar brengen van gemeentelijk beleid en praktijkvraagstukken. Zo werken we samen bij de implementatie van de blauwdruk 'Psychosociale zorg & samenwerking Veilig Thuis' in Rotterdam in het kader van het gemeentelijke programma Stevige Start en het Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte Zuidwest Nederland. Ook werkt het lectoraat samen met de gemeente in de Academische Werkplaats 'Samen Transformeren - Rotterdamse Academische Werkplaats' die

ik heb beschreven in paragraaf 5.10 en kijken we vanuit het lectoraat, het Erasmus MC en gemeente Rotterdam naar mogelijkheden om samen de zorg voor zwangeren met een licht verstandelijke beperking te verbeteren. Gemeente Rotterdam levert bovendien ondersteuning door een financiële bijdrage aan 'Mama's Garden'.

Op landelijk niveau werken we samen met lectoraten van verschillende hogescholen bij het ontwikkelen van het door SiA geïnitieerde lectorenplatform Zelfmanagement. Bovendien werken we samen met de onderzoeksgroepen van de verloskundige opleidingen in Nederland in het Midwifery Research Network Netherlands (MRNN).

HOOFDSTUK 7

Onderwijs: lectoraten als kraamkamer van innovaties in het onderwijs

In een gesprek dat ik onlangs had met Marleen Goumans, collega-lector Samenhang in de Ouderenzorg en directeur van ons Kenniscentrum Zorginnovatie, hadden we het zoals zo vaak over onze visie op onderwijs en onderzoek. Ze noemde de term 'kraamkamer', waarbij het kenniscentrum als kraamkamer fungeert van innovaties in het onderwijs en van onderwijsvernieuwing. Kraamkamer, omdat er nieuwe kennis ontstaat door onderzoek, maar ook doordat docenten en studenten mogelijkheden hebben om zich binnen het kenniscentrum te ontwikkelen en de door hen zelf nieuw opgedane kennis mee te nemen naar het onderwijs. In dit hoofdstuk ga ik meer specifiek in op hoe de verbinding tussen het onderwijs en het lectoraat organisatorisch is vormgegeven.

7.1 Organisatorische verbinding tussen verloskunde-onderwijs en het lectoraat Verloskunde en Geboortezorg

De wijze waarop studenten betrokken zijn bij het lectoraat heb ik voor een deel, met name in het kader van minoren en afstudeeropdrachten, al toegelicht bij de beschrijving van de projecten in hoofdstuk 5 en bij de beschrijving van de Studentenraad Onderzoek in hoofdstuk 6. De verbinding tussen onderwijs en onderzoek vindt echter ook plaats via lessen en door samenwerking te organiseren.

De onderwijsmanager van de bachelor verloskunde, de onderwijsmanager van de Masteropleiding Physician Assistent – Klinisch Verloskundige en ik stemmen regelmatig met elkaar af over landelijke ontwikkelingen, over gezamenlijke vraagstukken en activiteiten en over nieuwe kennis. Ik participeer als lector bovendien in de curriculumraad en de beroepenveldcommissie van de bachelor verloskunde.

Vanuit het lectoraat worden regelmatig lessen verzorgd bij zowel de bachelor verloskunde als de master PA-KV over lopend onderzoek, over mogelijkheden voor studenten in dat kader en over de expertisegebieden van het lectoraat.

Voorbeelden hiervan zijn colleges door verschillende collega's in het lectoraat over het lectoraat zelf, de academische werkplaats, public health, ketenzorg en integrale zorg. Voorts worden colleges verzorgd bij minoren, bij andere bacheloropleidingen (verpleegkunde), tijdens de 'international week' van het Instituut voor Gezondheidszorg en in het kader van het programma 'Nieuw in 010'. Een van de senior-onderzoekers van het lectoraat is tevens coördinator van de mastertheses bij de PA-opleidingen en docenten van Social Work en Verloskunde zijn betrokken bij het programma 'Nieuw in 010'. Zo worden er steeds verbindingen gelegd.

De bijeenkomsten en minisymposia van het regionaal consortium (zie hoofdstuk 5) worden altijd bezocht door studenten en docenten en er worden vanuit het lectoraat lunchmeetings voor docenten georganiseerd om nieuwe onderzoeken en gegenereerde kennis en producten uit onderzoek te verspreiden.

Een mooi voorbeeld waarmee ik de verbinding graag illustreer, is de inbedding van de blauwdruk 'Psychosociale zorg & samenwerking Veilig Thuis' in het onderwijs. De ontwikkeling en inbedding in de praktijk heb ik in hoofdstuk 5 beschreven. Ook echter vanuit het onderwijs zijn docenten vanaf vóór het begin betrokken geweest via regiobijeenkomsten, minisymposia en lunchmeetings. Toen de blauwdruk werd vastgesteld en inbedding in de praktijk werd vormgegeven, is de blauwdruk geagendeerd voor de curriculumraadvergadering. De blauwdruk zelf, de mogelijkheden voor inbedding op korte en lange termijn in het onderwijs en ook het informeren van docenten is tijdens de curriculumraadvergadering besproken. We hebben met elkaar besloten om:

- een college over de blauwdruk meteen in te bedden in het curriculum waar studenten nu het thema kwetsbare zwangeren behandelen;
- op langere termijn (voor volgend studiejaar) de blauwdruk in te bedden in de studiehandleidingen waar dat relevant is;
- een lunchmeeting te organiseren om docenten van bachelor en master te informeren.

Ook bij de master PA-KV wordt de blauwdruk ingebed in het curriculum door hier een apart college aan te wijden.

Hiermee acteert het onderwijs niet reactief op ontwikkelingen in de beroepspraktijk, maar juist innovatief en als voorloper. Studenten leren over nieuw ontwikkelde kennis die 'as they speak' wordt ingebed in de praktijk. Lectoraten als kraamkamer van innovaties in het onderwijs!

Het vergt echter wel iets van de organisatie van zowel opleidingen als lectoraat. Er moeten acuut en flexibel mensen binnen het lectoraat beschikbaar en kundig zijn om de lessen te kunnen verzorgen. Dat geldt ook voor docenten in het

onderwijs. Er moet bovendien creatief naar lesinhoud en roosters worden gekeken. Goede samenwerking, het inzien van de relevantie van elkaars werk en het vertrouwen daarin zijn essentieel.

7.2 COPE-thema's voor het curriculum van de bachelor verloskunde

Samen met de hoofddocent Client Centered Care van het lectoraat Transities in Zorg en de bachelor verloskunde en de onderwijsmanager van de bachelor verloskunde heeft het lectoraat speerpunten voor onderzoek binnen het curriculum van deze bachelor vastgesteld. In deze speerpunten komen de kennis en expertise vanuit het lectoraat Transities in Zorg en het lectoraat Verloskunde en Geboortezorg samen met de wensen en behoeften aan speerpunten voor onderzoek vanuit de bachelor verloskunde. Ook hebben we de wijze beschreven waarop we gezamenlijk continu inbedding van deze thema's binnen het curriculum waarborgen. Deze speerpunten en werkwijze hebben we voorgelegd aan de curriculumraad en vervolgens ook vastgesteld. De speerpunten betreffen de volgende (COPE-)thema's:

- client centered care (C)
- organisatie van verloskundige zorg en ontwikkeling van het verloskundige beroep (O)
- preventie, met speciale aandacht voor achterstandsproblematiek en kwetsbare zwangeren (P)
- evidence-based verloskundig (klinisch) handelen – Van 'bakerpraatjes' tot technologie (E)

Met deze thema's spelen we in op de actualiteit en op trends binnen de verloskundige zorg en op vraagarticulatie uit de praktijk.
Uitgangspunten hierbij zijn:

- Binnen onderzoek zijn altijd de vier E's verweven: Evidence, Expertise (zorgverlener), Experience (cliënt) en Environment (lokale context, setting).
- We anticiperen op actuele thema's in de verloskunde en leiden onze studenten op met 21ste-eeuwse verloskundige kennis en vaardigheden.
- Binnen de actualiteit profileren wij ons.
- We doen praktijkgericht onderzoek, waarbij kennisdisseminatie tussen onderwijs, onderzoek en praktijk plaatsvindt.

Het doel is om kennis die we ontwikkelen rondom deze thema's, structureel in te bedden in het verloskundige curriculum en om onderzoeksvaardigheden en kennis van studenten en docenten over deze thema's te verbeteren. Bovendien biedt het curriculum concrete handvatten als het gaat om inhoudelijke onderzoeksthema's waarop bij de ontwikkeling van onderwijs geanticipeerd kan worden. Zo is recent de organisatie en coördinatie van alle afstudeeropdrachten vanuit deze indeling en bijbehorende expertise van (docent)onderzoekers vormgegeven.

Deze indeling is voor het lectoraat richtinggevend bij het ontwikkelen van onderzoek en het inbedden van resultaten van onderzoek in het curriculum. Vanuit het lectoraat Verloskunde en Geboortezorg is bijvoorbeeld een eerste verkenning gedaan naar de inbedding van het thema 'preventie, met speciale aandacht voor achterstandsproblematiek en kwetsbare zwangeren'. Hierbij hebben:

- studenten in het kader van hun afstudeeropdracht interviews gehouden met verloskundigen (n=9) die recentelijk bij ons zijn afgestudeerd, om inzicht te krijgen in hun visie op de inbedding van dit thema in hun curriculum;
- studenten een focusgroepbijeenkomst gehouden met derde- en vierdejaarsstudenten verloskunde over hun visie op de inbedding van dit thema in het curriculum;
- deze studenten aanbevelingen geformuleerd voor verbetering;
- docent-onderzoekers en lector interviews gehouden met alle jaarcoördinatoren over de inbedding van dit thema in 'hun' studiejaar;
- we als docent-onderzoekers en lector documentanalyses gedaan van studiehandleidingen.

Met de uitkomsten van deze eerste verkenning vergaren we inzicht in de inbedding van dit thema in het curriculum en in eventuele hiaten en mogelijkheden voor verbetering.

'Client centered care' (C) als onderzoekslijn sluit aan bij het lectoraat Transities in Zorg van Kenniscentrum Zorginnovatie, dat veel en specifieke expertise heeft over dit onderwerp. De thema's 'organisatie van verloskundige zorg en ontwikkeling van het verloskundige beroep' (O) en 'preventie, met speciale aandacht voor achterstandsproblematiek en kwetsbare zwangeren' (P) sluiten aan bij het onderzoeksdomein van het lectoraat Verloskunde en Geboortezorg. 'Evidence-based verloskundig handelen' (E) vindt aansluiting bij beide lectoraten.

Het cliëntperspectief komt op zichzelf uiteraard wel terug in het onderzoek dat vanuit het lectoraat Verloskunde en Geboortezorg wordt uitgevoerd. Zo zijn voor het project 'Vroeg begonnen, veel gewonnen' focusgroepbijeenkomsten gehouden onder de doelgroep waarbij is gevraagd naar de visie van mensen uit verschillende etnische groepen op zwangerschapszorg. In het kader van het programma 'Nieuw in 010' worden interviews afgenomen bij zwangere vrouwen, waarin wordt gevraagd naar hun behoeften in de verloskundige zorg, naar hun sociale netwerk en naar hun verwachtingen van de begeleiding door de buddy's. En in het kader van het project 'De beste zorg voor de kwetsbare kraamvrouw en haar kind' worden vrouwen geïnterviewd om inzicht te krijgen in overwegingen van zwangeren om wel of niet voor kraamzorg te kiezen.

7.3 Minoren

Vanuit het lectoraat is er nauwe betrokkenheid bij de minor echografie en de (internationale) minor+ Beyond Borders.

7.3.1 Minor echografie

Eerstelijns-verloskundigen verrichten in toenemende mate zelfstandig echoscopisch onderzoek. De Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) heeft een register 'Echoscopie Verloskunde'. Hierin staan specifieke eisen waaraan de verloskundige moet voldoen om een basisecho uit te mogen voeren. In het bezit zijn van een certificaat van de post-hbo-cursus Echoscopie is één van deze eisen.

De minor echografie heeft als doel om studenten te bekwamen in het uitvoeren van de liggingsecho en in de basisprincipes van echografie. Studenten ontvangen na het volgen van deze minor het certificaat 'Echoscopie Basis, liggingsbepaling'. Het behalen van deze minor geeft toegang tot een verkort traject van de post-hbo-cursus Verloskundige Echoscopie van Fontys Hogeschool Eindhoven. Zowel verloskunde- als verpleegkundestudenten kunnen deelnemen aan deze minor.

Tijdens de minor leren studenten in echovaardigheidslessen om een liggingsecho adequaat uit te voeren. Ook leren ze de basisprincipes van de echografie.
Dit oefenen vindt plaats in een reële praktijksituatie waarbij zwangeren uit Rotterdam naar de hogeschool komen voor een extra, gratis echo. Bovendien voeren studenten onderzoek uit in het kader van een project voor een opdrachtgever (Hogeschool Rotterdam, 2016 en 2017b; Kies op maat, 2017b).

Vanuit het lectoraat worden projectopdrachten geformuleerd en worden suggesties gedaan voor externe opdrachten en opdrachtgevers. Een voorbeeld van de uitkomst van een opdracht vanuit het lectoraat is dat studenten in het kader van de minor echoscopie een film hebben ontwikkeld met informatie voor vrouwen met een lichtverstandelijke beperking over het structureel echoscopisch onderzoek (Bregman et al., 2017).

Ook denken we mee in de opzet en het programma van de minor. Zo hebben we vanuit het lectoraat kunnen realiseren dat studenten ieder jaar bij de introductie van de minor de I-space in het Erasmus MC kunnen bezoeken: een virtuele onderzoeksruimte waarbij driedimensionale afbeeldingen van embryo's zijn vergroot en 'zweven' in de ruimte.

7.3.2 Minor+ Beyond Borders

In de minor+ Beyond Borders werken studenten van verschillende opleidingen samen aan vraagstukken van nationale en internationale opdrachtgevers. De opdrachten zijn altijd gericht op het verminderen van gezondheidsverschillen. Hierbij zijn drie hoofdthema's gedefinieerd waar alle opdrachten onder vallen, namelijk lifestyle, kwetsbare groepen en toegang tot zorg. De internationale context alsook de focus op ongelijkheid en achterstandsproblematiek onderscheidt deze minor van andere minoren. Beyond Borders is een minor+, wat betekent dat deze aansluit bij het honoursprogramma.

In de eerste vier weken van het programma werken studenten aan hun onderzoeksvaardigheden, krijgen ze verschillende workshops aangeboden en worden er tools aangeboden. De tools kunnen ze gebruiken bij het onderzoeken en beantwoorden van de vraag van de opdrachtgever op de internationale locatie. Na vier weken gaan studenten in een interprofessionele projectgroep naar het buitenland. Hier voeren ze hun onderzoek uit. Tijdens de laatste vier weken van deze minor, terug in Nederland, werken ze aan de ontwikkeling en afronding van hun eindproduct (Hogeschool Rotterdam, 2017a; Kies op maat 2017a).

Vanuit het lectoraat worden de colleges over onderzoeksvaardigheden gegeven en worden studenten ondersteund bij het opstellen van hun onderzoeksvraag, deelvragen, methode van onderzoek en plan van aanpak. Daarnaast formuleert het lectoraat regelmatig opdrachten in het kader van deze minor. Zo hebben studenten onlangs in kaart gebracht op welke manier het thema 'kwetsbare zwangeren' is ingebed in verschillende curricula in Europa, als begin van een groter project met een internationale uitwisseling tussen verschillende curricula en verloskundige praktijken en ziekenhuizen in Europa rondom dit thema.

In 2014-2015 hebben studenten in het kader van de minor Beyond Borders gezondheidstrainingen gegeven in townships in Zuid-Afrika. Desmond Tutu (die Nobelprijswinnaar van de Vrede is en die bovendien de Presidential Medal of Freedom van president Obama kreeg in 2009) is de belangrijkste ambassadeur van het programma en hij sprak een persoonlijke videoboodschap in voor de studenten. Hij zei onder andere:

> *"I'm happy to see young people from The Netherlands share their energy with their peers in South-Africa."*
>
> *"I believe that education is the key to unlocking the door that will eradicate poverty and that young people have the power to make it happen. God bless you."*

7.4 Doorlopende leerlijn mbo-hbo-universiteit en verder

In hoofdstuk 3 heb ik het belang van een doorlopende leerlijn al even aangestipt. Wetenschappelijke ontwikkeling is onontbeerlijk voor de verdere professionalisering en positionering van beroepen in de geboortezorg. Het hoger onderwijs zoals Hogeschool Rotterdam dit aanbiedt, biedt hiervoor naar mijn mening alle kansen en mogelijkheden. Nauwe samenwerking tussen mbo, hbo en universiteit is essentieel in dit kader, waarbij we interprofessioneel opleiden binnen een doorlopende leerlijn en waarbij we wetenschappelijke kennis en vaardigheden ontwikkelen en inbedden als onlosmakelijk deel van onderwijs én van de beroepsuitoefening.

Vooral het hiaat in de leerlijn tussen de opleiding voor kraamverzorgende (veelal mbo-3) en de hbo-opleiding voor verpleegkundige en verloskundige (hbo) behoeft hierbij wat mij betreft aandacht, waarbij ik pleit voor een opleiding tot kraamverzorgende op mbo-4 niveau met daarmee mogelijkheden voor doorstroom naar het hbo. Ook wil ik pleiten voor het verkennen van de mogelijkheden voor het ontwikkelen van een Associate Degree Kraamzorg.

Op dit moment stroomt ongeveer 40% van de studenten met een mbo-4 diploma door naar het hbo (MBO-Raad, 2017).

In de ontwikkelingen in de geboortezorg rondom perinatale gezondheid en integrale zorg, maar ook breder in de gezondheidszorg, staan eigen regie en veerkracht van burgers centraal in plaats van een eventuele ziekte; dit vereist andere kennis en vaardigheden van de professional. Juist kraamverzorgenden komen 'achter de voordeur' en hebben een belangrijke signalerende rol waarmee ze problemen tijdig kunnen signaleren of zelfs voorkomen. Ze moeten hierin echter wel goed opgeleid worden. Het adequaat toerusten van kraamverzorgenden is een langetermijninvestering, zowel in gezondheid en welzijn van burgers als in uiteindelijke reductie van lasten voor de maatschappij.

Meer eenheid in taal en dezelfde ordening in bekwaamheden en rollen bij opleidingen is nodig om de inhoud van de verschillende opleidingen te kunnen vergelijken en beter op elkaar aan te laten sluiten. Meer eenheid faciliteert de interprofessionele ontwikkeling van programma's, versterkt doorlopende leerlijnen en maakt de doorstroming tussen opleidingen sneller en efficiënter (Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 2016, pp.28 en 29). Dit draagt, zeker vanuit onderwijsperspectief, in belangrijke mate bij aan de verdere ontwikkeling van daadwerkelijk interprofessioneel samenwerken.

Over de auteur

Hanneke Harmsen van der Vliet-Torij is geboren in Hasselt (NL) op 22 februari 1977. Na haar havo-examen aan de Thorbecke Scholengemeenschap in Zwolle, verhuisde ze naar Amsterdam. Ze studeerde een jaar ergotherapie aan de Hogeschool van Amsterdam en behaalde haar propedeuse. Tijdens dit eerste jaar werd ze ingeloot en geselecteerd voor de opleiding verloskunde. In 2001 studeerde ze af bij de Kweekschool voor Vroedvrouwen, Opleiding tot Verloskundige, te Amsterdam.

Ze werkte een aantal jaren in de praktijk. Eerst in loondienst bij praktijk Terra in Amsterdam Noord en daarna als maat binnen de maatschap van het Geboortecentrum Hoofddorp. In 2004 begon ze bij de Stichting Rotterdamse Opleiding tot Verloskundige (SROV) als relatiebeheerder stagepraktijken en kort daarna ook als docent, tutor, assessor en onderwijsontwikkelaar. Ze combineerde deze functies tot 2006 met een baan als waarnemend verloskundige bij verloskundigenpraktijk Het Zomerhuis in Breda.

Sinds 2005 houdt zij zich bezig met het versterken van de professionaliseringsmogelijkheden voor geboortezorgprofessionals en het wetenschappelijk onderbouwen van beroepen in de geboortezorg. Eerst door het opzetten van het Kennis- en Onderzoekscentrum SROV, later als onderdeel van het lectoraat Verloskunde en Publieke Gezondheid. Hanneke is hoofddocent bij de bachelor verloskunde en in 2013 werd zij benoemd als lector Verloskunde en Geboortezorg.

In 2010 rondde zij haar master Midwifery aan de Glasgow Caledonian University in Schotland af.

In haar promotieonderzoek richt zij zich op de veranderende verantwoordelijkheden van verloskundigen. Hierbij kijkt zij specifiek naar taken en verantwoordelijkheden van klinisch verloskundigen en naar de consequenties voor het verloskundige beroep van de extra zorg en aandacht in het kader van achterstandsproblematiek.

Het lectoraat

Het **lectoraat Verloskunde en Geboortezorg** wordt gevormd door de volgende teamleden:

- Jantine van Rijckevorsel-Scheele: senior-onderzoeker, coördinator mastertheses bij de PA-opleidingen
- Eva Wingelaar-Loomans: senior-onderzoeker
- Angélica Venekamp: beleidsmedewerker
- Heidi van Heijningen-Tousain: onderzoeksassistent
- Wietske Willemse: programmamanager 'Nieuw in 010' en 'Mama's Garden' bij Expertisecentrum Maatschappelijke Innovatie (EMI)
- Heleen Hanny-Etman: managementassistent
- Kirsten Heetkamp: docent-onderzoeker, promovenda
- Hanneke Harmsen van der Vliet-Torij: lector

De **Academische Werkplaats Geboortezorg & Perinatale Gezondheid** wordt aangestuurd door de lector en de hoogleraar die verbonden zijn aan de Verloskunde Academie Rotterdam:

- Eric Steegers: hoogleraar Verloskunde & Gynaecologie
- Hanneke Harmsen van der Vliet-Torij: lector Verloskunde en Geboortezorg

De **Studentenraad Onderzoek** wisselt van samenstelling, omdat er ieder jaar nieuwe eerstejaarsstudenten bijkomen en vierdejaarsstudenten na hun afstuderen de Studentenraad Onderzoek verlaten. Op het moment van schrijven van dit boekje zijn de volgende studenten lid:

- Merel Bas, eerstejaarsstudent
- Solange Candeias, tweedejaarsstudent
- Eva Poppe, tweedejaarsstudent
- Alida van der Ven, tweedejaarsstudent
- Sarkeften Ahmad, derdejaarsstudent
- Myrthe van den Bos, derdejaarsstudent
- Eline Kogels, derdejaarsstudent
- Michelle van Schieveen, vierdejaarsstudent

Minoren

De volgende collega's zijn verbonden aan de **minor echografie**:

- Corrie Lodewikus, coördinator en praktijkdocent
- Truus Verburgt – Doeleman, projectbegeleider
- Mieke van Veen, projectbegeleider en praktijkdocent
- Linda van den Berg, praktijkdocent

De **minor Beyond Borders** is ontwikkeld – en wordt begeleid – door de volgende collega's:

- Gerda Brondijk, coördinator, studentbegeleider
- Mirjam Koning, studentbegeleider
- Rens Martijn, studentbegeleider

De **projectleiders van de verschillende, in hoofdstuk 5 beschreven, onderzoeksprojecten** zijn:

- Mijke Lambregtse-van den Berg, Erasmus MC: projectleider van project *'Joining forces against joint risks: structured preventive antenatal and postnatal care for vulnerable families in the Southwest of the Netherlands'*, projectleider *'Stop or Go?'*-studie, projectleider *'Bright Up'*-studie
- Hiske Ernst-Smelt, Erasmus MC: projectleider van project *'De beste start voor de kwetsbare kraamvrouw en haar kind'*
- Ageeth Schonewille-Rosman, Erasmus MC: projectleider van project *'Arbeid en gezond zwanger: maak er werk van!'*
- Wietske Willemse, Hogeschool Rotterdam: programmamanager van *'Nieuw in 010'* en van '*Mama's Garden'* bij Expertisecentrum Maatschappelijke Innovatie van Hogeschool Rotterdam
- Anja Bakker, Centrum voor Jeugd en Gezin Rijnmond: projectleider van workpackage 4, deelproject 'Kracht van Preventie', van de Academische Werkplaats 'Samen Transformeren - Rotterdamse Academische Werkplaats' (ST-RAW)
- Hanneke Harmsen van der Vliet-Torij, Hogeschool Rotterdam: projectleider van *'Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte Zuidwest Nederland'*, projectleider van project *'Implementatie blauwdruk Psychosociale zorg & samenwerking Veilig Thuis'*

Dankwoord

Het dankwoord vind ik misschien wel het lastigste onderdeel van dit boekje. Er zijn zoveel mensen die een bijdrage hebben geleverd aan mijn lectoraat en aan de totstandkoming van dit boekje dat het bijna onmogelijk lijkt om iedereen te bedanken.

Maanden geleden begon ik met schrijven en in fasen is het boekje geworden tot wat het nu is. Dat geldt niet voor het lectoraat. Zoals ik in het voorwoord heb geschreven, zijn de eerste bouwstenen voor het lectoraat ruim 10 jaar geleden gelegd. Vele collega's uit onderwijs, onderzoek en praktijk, vele studenten en ook zwangeren en jonge moeders, vrienden en familie hebben hier een belangrijke bijdrage aan geleverd. Ik wil hen allemaal bedanken.

Allereerst mijn onmisbare en geweldige team: Angélica, Eva, Heidi, Heleen, Jantine, Kirsten en Wietske. Zonder jullie zou het lectoraat niet bestaan. We werken met elkaar enorm hard, bereiken geweldige resultaten en worden 'gezien', zowel in de output die we leveren als in hoe uniek en leuk ons team is. Een groot compliment is dat ons vaak gevraagd wordt hoe we 'dat' doen: écht praktijkgericht onderzoek, de Studentenraad Onderzoek, het cliëntenpanel, goede studentbegeleiding, gedegen onderzoek, een groot netwerk en ook 'zo'n leuk team'. Het geheim zal ik hier niet verklappen. Maar we hebben ontzettend veel plezier en hebben het echt goed met elkaar. Ik realiseer me vaak hoe bijzonder dat is! Ik wil jullie bedanken voor al jullie enthousiasme, professionaliteit, flexibiliteit, humor en gezelligheid. En voor het feit dat jullie allemaal meelezer waren bij het schrijven van dit boekje!

Alle zwangeren en moeders die bereid zijn (en zijn geweest) om mee te doen aan onze onderzoeken wil ik hier bedanken. Zonder jullie zouden we onze onderzoeken niet kunnen uitvoeren en zou de bijdrage van het lectoraat aan kennisontwikkeling niet mogelijk zijn. In het bijzonder wil ik het cliëntenpanel bedanken: jullie bijdrage is van onschatbare waarde bij het ontwikkelen en implementeren van (nieuwe) kennis ten behoeve van de praktijk en ten behoeve van het onderwijs.

Ook van onschatbare waarde is de bijdrage van de Studentenraad Onderzoek: altijd enthousiast, niks is te gek en jullie zijn bovendien ontzettend professioneel en scherp. Daarmee dragen jullie niet alleen bij aan de kwaliteit van ons onderzoek en de verbinding (juist vanuit studentperspectief) met onderwijs, maar ook aan

het plezier dat wij als team in ons werk hebben. Jullie houden ons bovendien scherp! Verlos je Visie is écht heel erg goed en de trips naar Londen en Antwerpen waren geweldig. Toronto nog voor de boeg! Eline, Michelle en Myrthe: bedankt voor jullie waardevolle feedback op dit boekje! Daarmee hebben jullie niet alleen een belangrijke bijdrage geleverd aan de kwaliteit van dit boekje, maar ook aan de relevantie en leesbaarheid voor studenten.

Alle collega's die zich in de praktijk met zoveel passie inzetten voor goede zorg voor zwangeren en voor jonge moeders en hun kinderen: bedankt voor jullie enthousiasme en bereidheid om samen te werken!

Meelezers van mijn boekje: Ageeth, Angélica, Angelique, Chantal, Corrie, Elin, Eline, Eric, Eva, Evelien, Gerda, Heleen, Heidi, Hiske, Jantine, Kirsten, Marleen, Michelle, Mijke, Myrthe, Truus, Wietske en Yvonne. Dankjulliewel! Jullie hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan deze openbare les.

Docenten van de bachelor verloskunde: bedankt voor de fijne samenwerking. Ik zit wat verder weg, maar ik voel me altijd thuis en onderdeel van het team bij jullie! Ik ben jullie daar heel dankbaar voor.

Docenten van de Masteropleiding Physician Assistent – Klinisch Verloskundige (MPA-KV): ook jullie wil ik bedanken voor de fijne samenwerking en voor jullie inspanningen om de verbinding tussen bachelor, master en lectoraat steeds te leggen.

Willemijn en Evelien, bedankt voor jullie fijne samenwerking en jullie betrokkenheid, altijd, maar ook bij het schrijven van dit boekje en in de voorbereidingen van deze openbare les.

Marlies, je verwacht vast niet dat ik je hier noem. Dankjewel voor je enthousiasme, humor en gezelligheid! Ik weet zeker dat we nog mooie dingen gaan doen in de toekomst!

Eric, bij het schrijven van dit dankwoord realiseer ik me dat 'Klaar voor een Kind' al weer bijna 10 jaar geleden (in 2008) van start ging. Dat is ook het moment dat we nauw gingen samenwerken. Wat is er veel gebeurd in al die jaren! Ik wil je bedanken voor al je steun en vertrouwen en voor de altijd plezierige samenwerking.

Hanneke, Hiske, Adja, Jasper, Jolanda en Eric, in ons MT komen alle onderzoek-projecten samen en ontstaan vaak mooie, nieuwe plannen. Ik wil jullie bedanken voor de fijne samenwerking, jullie openheid en jullie betrokkenheid.

Mijke, ik wil je bedanken voor de fijne samenwerking en voor je betrokkenheid, professionaliteit en zorgvuldigheid. Je hebt zoveel kennis! Ik hoop dat we nog veel mooie dingen mogen doen samen!

Mijn collega-lectoren van Kenniscentrum Zorginnovatie: AnneLoes, Chris, Connie, Harald, Henk, Jacomine, Karin, Linda, Maarten, Marleen, Mieke, Patricia en Ton. Wat een fijn team hebben we! De dwarsverbanden tussen onze onderzoeksdomeinen zijn een bron van inspiratie voor mij, maar we hebben het ook altijd goed met elkaar. Dankjulliewel voor jullie enthousiasme, professionaliteit en betrokkenheid.

Marleen, een speciaal woord van dank voor jou. Naast collega-lector en directeur, ben je ook mijn copromotor. Ik ben je enorm dankbaar voor al je vertrouwen in deze nog niet gepromoveerde lector! Dank ook voor je oprechte betrokkenheid, je openheid en je steun!

Mijn voormalige 'bazen': Aly, Clazina, Jeannette, Mariëtte en Marion. Ik wil jullie bedanken voor jullie steun en vertrouwen en voor alle kansen die jullie mij geboden hebben.

Het College van Bestuur van Hogeschool Rotterdam wil ik bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen. Angelien, in ons voorgesprek en ook in eerdere gesprekken spraken we over hoe slecht er soms geluisterd wordt door zorgprofessionals en over perverse prikkels in de gezondheidszorg. Ook spraken we specifiek over de geboortezorg. Ik hoop dat dit lectoraat, en daarmee Kenniscentrum Zorginnovatie en Hogeschool Rotterdam, bij kan dragen aan een iets betere wereld.

En last but not least Heleen: ik heb me weleens afgevraagd wie op momenten drukker was met mijn openbare les: jij of ik... Wat heb jij veel werk verzet om deze openbare les tot een succes te maken en tot in de puntjes te organiseren! Ik ben je ontzettend dankbaar voor al je hulp, aandacht en betrokkenheid. Dat geldt niet alleen voor deze openbare les, maar voor al je werk voor het lectoraat. Je bent onmisbaar. Nadia, ook jou wil ik bedanken voor al je hulp bij de voorbereidingen voor deze openbare les! En ook Brigitte, Elly, Hanneke en Natalie wil ik hier bedanken voor hun steun en betrokkenheid. Ilona en Marilou, bedankt voor jullie scherpe communicatieblik, betrokkenheid en fijne samenwerking!

Naast collega's zijn er vele vrienden en familieleden die een bijdrage geleverd hebben aan de totstandkoming van dit boekje en het lectoraat zoals dat nu 'staat'. Al is het maar omdat zij mijn verhalen aanhoorden of het geduld opbrachten als ik weer eens geen tijd had om iets leuks te gaan doen. Een paar mensen wil ik hier in het bijzonder noemen. Lieve Con & Ruf, jullie waren al tijdens mijn opleiding tot

verloskundige altijd betrokken en ik mocht de geboorte van jullie prachtige dochters (eerst als student, later als verloskundige) begeleiden. We zien elkaar niet zo vaak, maar het is altijd goed en heerlijk (appeltaart) eten met jullie! Lieve Monique, je verwacht vast niet dat ik je noem. Naast vriendin en collega ben je nu ook mijn buurvrouw! Dankjewel voor je vriendschap en je bedenkelijke blik als ik weer eens niet kan omdat ik te druk ben!

Lieve pap, mam en Matty, ik realiseer me in deze baan vaak hoe bijzonder het is dat ik in een veilige omgeving ben opgegroeid en een fijne jeugd heb gehad. Ik kom altijd 'thuis' bij jullie. Dankjulliewel voor al jullie steun en vertrouwen, voor het warme nest en voor de vrijheid die jullie me hebben gegeven. Het is altijd goed. Lieve Maartje, Annemarieke en Bart, ik kan me geen betere broer en zussen voorstellen. Het is fijn als één blik genoeg is.

Lieve Annabel, Sanne en Valerie, wat worden jullie groot en wijs! Ik ben ongelofelijk trots op jullie. 'Het boekje' is nu eindelijk af. Jullie bijdrage is van onschatbare waarde geweest al weten jullie dat zelf nu misschien nog niet. Opmerkingen als 'Mam ... jij schrijft toch een boekje?... Mag ik dan ook zo'n boekje hebben?' en – bij mijn positieve antwoord – 'Gaaf! Dan kan ik dat op school laten zien!' houden me altijd scherp op waar het daadwerkelijk om gaat. Dankjulliewel voor jullie heerlijke, gevatte opmerkingen, eerlijkheid en onbevangenheid! Jullie zijn hele mooie mensen!!

Lieve Rik, wat hebben we het goed samen. Ik realiseer me vaak dat dat heel bijzonder en zeker niet vanzelfsprekend is. Samen kunnen we alles en het is altijd en onvoorwaardelijk goed. Terwijl ik dit dankwoord schrijf, pak jij dozen uit. Dit weekend zijn we verhuisd naar ons mooie boerderijtje in Brabant. En ik ga je nu helpen. Dit boekje is klaar. Dankjewel voor alles!

Referenties

Amelink-Verburg, M.P. (2011). *The role of primary care midwives in the Netherlands. Evaluation of midwifery care in the Dutch maternity care system: a descriptive study.* Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Ayerle, G.M., Makowsky, K. & Schücking, B.A. (2012). Key role in the prevention of child neglect and abuse in Germany: continuous care by qualified family midwives. *Midwifery, Vol. 28*(4), pp. E469 – E477

Beer, Y. de (2011). *De Kleine Gids Mensen met een licht verstandelijke beperking 2011.* Alphen aan de Rijn: Kluwer.

Bennet, S. & Scammel, J. (2014). Midwives caring for asylum-seeking women: research findings. *The practising midwife, Vol. 17*(1), pp. 9 – 12

Benoit, C., Wrede, S., Bourgeault, I., Sandall, J., Vries, R. de & Teijlingen, E.R. van (2005). Understanding the social organisation of maternity care systems: midwifery as a touchstone. *Sociology of Health & Illness, Vol. 27*(6), pp. 722 – 737

Bijl, E.G.A. & Adel, E.C.M. van den (2016). Behoeften van zwangeren/vrouwen met een kinderwens met een licht verstandelijke beperking ten aanzien van de verloskundige ondersteuning. Afstudeerscriptie. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.

Bo Geboortezorg (2016). Infographic 'Waarom Kraamzorg!' Geraadpleegd op 4 januari 2017: http://bogeboortezorg.nl/wp-content/uploads/Infographic_Waarom-kraamzorg.pdf

Bonsel, G.J., Birnie, E., Denktas, S., Poeran, J. & Steegers, E.A.P. (2010). *Signalementstudie zwangerschap en geboorte. Lijnen in de perinatale sterfte.* Rotterdam: Erasmus MC.

Bormans, R., Bajwa, M., Braam, E. van & Dekker, I. (2015). *Kwaliteit in de klas.* Den Haag: Vereniging Hogescholen.

Bregman, F., Hanemaaijer, I., Zwalua, M. & Moentadj, M. (2017). *Oh kijk! Een baby! Voorlichtingsfilmpje over het SEO.* Minoropdracht. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.

Bright Up studie (2016). Bright Up! Lichttherapie bij depressieve klachten tijdens de zwangerschap. Geraadpleegd op 28 januari 2017: https://brightupstudie.nl/

Buitendijk, S.E. & Nijhuis, J.G. (2004). Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking tot de rest van Europa. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Vol. 18*, pp. 1855 – 1860

Buitendijk, S., Zeitlin, J., Cuttini, M., Langhoff-Roos, J. & Bottu, J. (2003). Indicators of fetal and infant health outcomes. *European Journal of Obstetrics and Gynecology Reproductive Biology, Vol. 111*(S1), pp. s66 – s77

Cellissen, E., Engeltjes, B. & Rijke, R. (2014). Klinisch verloskundige werkt zonder wettelijke dekking. Geraadpleegd op 24 januari 2017: https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/klinisch-verloskundige-werkt-zonder-wettelijke-dekking.htm

Cellissen, E., Engeltjes, B. & Rijke, R. (2016). *Taken verricht in ziekenhuizen door masteropgeleide Physician Assistants Klinische verloskunde.* Publicatie in voorbereiding.

College Perinatale Zorg (2016). *Zorgstandaard Integrale Geboortezorg,* Versie 1.1. Expertgroep Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Aanpassingen tijdelijke expertcommissie Adviescommissie Kwaliteit Zorginstituut Nederland. Utrecht: College Perinatale Zorg.

Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen (2016). *Anders kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk.* Diemen: Zorginstituut Nederland.

Cronie, D., Rijnders, M. & Buitendijk, S. (2012). Diversity in the scope and practice of hospital-based midwives in the Netherlands. *Journal of Midwifery and Womens Health, Vol. 57*(5), pp. 469 – 475

Dahlen, H. (2010). Undone by fear? Deluded by trust? *Midwifery, Vol. 26*(2), pp. 156 – 162

Diem, M. van (2013). Variatie in het vak. Diversity in the scope and practice of hospital – based midwives in the Netherlands. *Tijdschrift voor Verloskundigen,* juni, pp. 25 – 27

Doula.nl (2017). Wat is een doula? Geraadpleegd op 5 maart 2017: http://www.doula.nl/html/watis.php

Drenth, P. (1998). 1898 – 1998 *Honderd jaar vroedvrouwen verenigd.* Bilthoven: Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.

EURO-PERISTAT (2008). *European Perinatal Health Report. Data from 2004.* EURO-PERISTAT Project, with SCPE, EUROCAT, EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report. EURO-PERISTAT.

EURO-PERISTAT (2012). Better statistics for better health for pregnant women and their babies. Geraadpleegd op 3 januari 2017: http://www.europeristat.com/

EURO-PERISTAT (2013a). *European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010.* EURO-PERISTAT.

EURO-PERISTAT (2013b). Persbericht EURO-PERISTAT 2013 dd 26052013. De internationale positie verbetert: Nederlandse perinatale sterfte daalt. Maastricht, 26 mei 2013. Geraadpleegd op 2 januari 2017: http://www.europeristat.com/images/NL%20Peristat%20%20final%2026%2005%202013.pdf

Finnbogadóttir, H. & Dykes, A.K. (2012). Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery, Vol. 28*(2), pp. 181 – 189

George, L. (2005). Lack of preparedness: experiences of first-time mothers. *The American Journal of Maternal Child Nursing, Vol. 30*(4), pp. 251 – 255

GGD GHOR Kennisnet 2.0 (2016). Publieke Gezondheid en Veiligheid verbonden. Geraadpleegd op 23 mei 2016: http://www.ggdkennisnet.nl/?file=11549&m=1358413344&action=file.download

Graaf, J.P. de, Ravelli, A.C., Haan, M.A. de, Steegers, E.A.P. & Bonsel, G.J. (2013). Living in deprived urban districts increases perinatal health inequalities. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, Vol. 26*(5), pp. 473 – 481

Graaf, J.P. de, Ravelli, A.C., Wildschut, H.I., Denktas, S., Voorham, A.J., Bonsel, G.J. & Steegers, E.A.P. (2008). Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Vol. 152*(50), pp. 2734 – 2740

Groot, N. de, Venekamp, A.A., Torij, H.W., Lambregtse – van den Berg, M.P., Bonsel, G.J. (2016). Vulnerable pregnant women in antenatal practice: Caregiver's perception of workload, associated burden and agreement with objective caseload, and the influence of a structured organisation of antenatal risk management. *Midwifery, Vol. 40*, pp. 153 – 161

Haarlem, N. van (2016). Ruim baan voor de Pioniers. *Tijdschrift voor Verloskundigen,* juni, pp. 10 – 14

Hakkenberg, R. (2013a). Behoeftepeiling klinisch verloskundigen. *Tijdschrift voor Verloskundigen,* juni, p. 10

Hakkenberg, R. (2013b). Klinische verloskunde moet anders en beter. Interview met Jolijn Betlem, bestuurslid en klinisch verloskundige. *Tijdschrift voor Verloskundigen,* juni, pp. 9 – 10

Hals, M. den (2016). *Hand in hand met het wijkteam.* Afstudeerscriptie. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.

Hauck, Y.L., Kelly, G., Dragovic, M., Butt, J., Whittaker, P. & Badcock, J.C. (2015). Australian midwives knowledge, attitude and perceived learning needs around perinatal mental health. *Midwifery, Vol. 31*(1), pp. 247 – 255

Hassel, D.T.P. van, Kasteleijn, A. & Kenens, R.J. (2016). Cijfers uit de registratie van verloskundigen: peiling 2015. Geraadpleegd op 29 december 2016: http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Cijfers-uit-de-registratie-van-verloskundigen-peiling-jan-2015.pdf

Heineman, M.J., Evers, J.J.H., Massuger, L.F.A.G. & Steegers, E.A.P. (2012). *Obstetrie en gynaecologie. De voorplanting van de mens.* Amsterdam: Reed Business.

Health Holland (2015). *Agenda Praktijkgericht Onderzoek Health.* Den Haag: Top Sector Life Sciences & Health.

Hogeschool Rotterdam, Kenniscentrum Zorginnovatie (2016). Jaarplan 2017, *Kenniscentrum Zorginnovatie.* Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.

Hogeschool Rotterdam (2014). Nieuw in 010. Geraadpleegd op 27 januari 2017: https://www.hogeschoolrotterdam.nl/onderzoek/projecten-en-publicaties/zorginnovatie/samenhang-in-zorg/nieuw-in-010/projectbeschrijving/#flex

Hogeschool Rotterdam (2015). Academische Werkplaats ST – RAW. Geraadpleegd op 27 januari 2017: https://www.hogeschoolrotterdam.nl/onderzoek/projecten-en-publicaties/zorginnovatie/samenhang-in-zorg/academische-werkplaats-st-raw/projectbeschrijving/

Hogeschool Rotterdam (2016a). *Minor Echografie. Studiehandleiding 2016 – 2017.* Hogeschool Rotterdam, Rotterdam.

Hogeschool Rotterdam (2016b). Nieuw in 010. Geraadpleegd op 27 januari 2017: http://www.emiopzuid.nl/info-677/nieuw-in-010

Hogeschool Rotterdam (2016c). *Onderwijsvisie.* Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.

Hogeschool Rotterdam (2016d). *Strategische Agenda.* Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.

Hogeschool Rotterdam (2017a). Minor+ Beyond Borders. Geraadpleegd op 3 februari 2017: https://www.hogeschoolrotterdam.nl/onderzoek/kenniscentra/zorginnovatie/go/verbinding-met-het-onderwijs/minors/minor-beyond-borders/

Hogeschool Rotterdam (2017b). Minor Echografie. Geraadpleegd op 3 februari 2017: https://www.hogeschoolrotterdam.nl/onderzoek/kenniscentra/zorginnovatie/go/verbinding-met-het-onderwijs/minors/echografie/

Hogeschool Rotterdam (2017c). Physician Assistent (Klinisch Verloskundige) duaal. Geraadpleegd op 23 januari 2017: https://www.hogeschoolrotterdam.nl/opleidingen/master/physician-assistant-klinisch-verloskundige/duaal/

Horrevorts, E. & Rijckevorsel-Scheele, J. van (2016). *Ouders in Actie. Een literatuurstudie naar het effect van non-professionele hulpgroepen voor ouders met opvoedvragen.* Rotterdam: Erasmus MC & Hogeschool Rotterdam.

Jaddoe, V.W.V., Bakker, R., Hofman, A., Mackenbach, J.P., Moll, H.A., Steegers, E.A.P. & Witteman, J.C.M. (2007). Moderate alcohol consumption during pregnancy and the risk of low birth weight and preterm birth. The Generation R study. *Annals of Epidemiology, Vol. 17*, pp. 834 – 840

Jonge, A. de, Goes, B.Y. van der, Ravelli, A.C.J., Amelink-Verburg, M.P., Mol, B.W., Nijhuis, J.G., Bennebroek Gravenhorst, J. & Buitendijk, S.E. (2009). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births. *British Journal of Obstetrics & gynaecology, Vol. 116*(9), pp. 1177 – 118

Kenniscentrum Kraamzorg (2015). Visiedocument Kraamzorg. Kraamzorg verzekerd van een goede toekomst. Rol en positionering van de kraamverzorgende in de geboortezorg keten. Geraadpleegd op 4 januari 2017: http://www.kckz.nl/wp-content/uploads/2016/03/KCKZ-visiedocument_definitief.pdf

Kenniscentrum Kraamzorg (2016). *Beroepscompetentieprofiel Kraamverzorgende.* Hoofddorp: Kenniscentrum Kraamzorg.

Kenniscentrum Kraamzorg (2017). Protocollen-app van het Kenniscentrum Kraamzorg. Geraadpleegd op 4 februari 2017: http://app.kenniscentrumkraamzorg.nl/appcat/zorgprotocol/

Kies op maat (2017a). Beyond Borders – reducing health inequalities. Geraadpleegd op 30 januari 2017: https://www.kiesopmaat.nl/modules/hro/IVG/138285/

Kies op maat (2017b). Echografie. Geraadpleegd op 30 januari 2017: https://www.kiesopmaat.nl/modules/hro/IVG/138283/

Klomp, J. (1985). De wettelijke bevoegdheid van de verloskundige. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Vol. 129*(44), pp. 2125 – 2128

KNOV (2012) Definitie zorgpad. Geraadpleegd op 5 maart 2017: http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/905/file/Definitie%20zorgpad%204%20juni%202012.pdf?download_category=overig

KNOV (2014a). *Beroepsprofiel verloskundige.* Utrecht: Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.

KNOV (2014b). Uitbreiding bevoegdheden (AMvB) anticonceptiepil, spiraal en lachgas per 1 september 2014. Geraadpleegd op 23 januari 2017: http://www.knov.nl/actueel-overzicht/nieuws-overzicht/detail/uitbreiding-bevoegdheden-amvb-anticonceptiepil-spiraal-en-lachgas-per-1-september-2014/1458

KNOV (2014c). Verloskundige Indicatielijst. Geraadpleegd op 28 december 2016: http://www.knov.nl/fms/file/knov.nl/knov_downloads/769/file/Verloskundig%20Vademecum%202003.pdf?download_category=richtlijnen-praktijkkaarten

KNOV (2015). *Position paper Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. Verloskundige zorg als het kan, specialistische zorg als het moet!* Utrecht: KNOV.

KNOV (2016a). Integrale bekostiging. FAQ Integrale Bekostiging. Geraadpleegd op 5 maart 2017: http://www.knov.nl/werk-en-organisatie/tekstpagina/128/integrale-bekostiging/hoofdstuk/1109/faq-integrale-bekostiging/

KNOV (2016b). Integrale bekostiging. Update integrale bekostiging. Geraadpleegd op 3 januari 2017: http://www.knov.nl/werk-en-organisatie/tekstpagina/128/integrale-bekostiging/

KNOV (2016c). Masteropleiding tot Klinisch Verloskundige in ontwikkeling. Geraadpleegd op 24 januari 2017: http://www.knov.nl/actueel-overzicht/nieuws-overzicht/detail/masteropleiding-tot-klinisch-verloskundige-in-ontwikkeling/1855

KNOV (2016d). Veranderingen counselen prenatale screening per april 2017. Geraadpleegd op 2 maart 2017: http://www.knov.nl/actueel-overzicht/nieuws-overzicht/detail/veranderingen-counselen-prenatale-screening-per-april-2017/2003

KNOV (2016e). Zorgstandaard Integrale Geboortezorg. Geraadpleegd op 3 januari 2017: http://www.knov.nl/vakkennis-en-wetenschap/tekstpagina/783/zorgstandaard-integrale-geboortezorg/

Lamkaddem, M., Straten, A. van der, Essink-Bot, M., Eijsden, M. van & Vrijkotte, T. (2014). Etnische verschillen in het gebruik van kraamzorg. Nederlands *Tijdschrift voor Geneeskunde, Vol. 158*(39), A7718

Loon, K.A. van & Scheele, F. (2015). De vervolgopleiding geëvalueerd. Een bezinning op BOEG. *Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie, Vol. 128*, pp. 514 – 517

MBO-Raad (2017). Doorstroom mbo-hbo. Geraadpleegd op 29 januari 2017: https://www.mboraad.nl/themas/doorstroom-mbo-hbo

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (2015). *De waarde(n) van weten. Strategische Agenda Hoger Onderwijs en Onderzoek 2015 – 2025.* Den Haag: ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.

Mohangoo, A.D., Buitendijk, S., Hukkelhoven, C.W.P.M., Ravelli, A.C., Rijninks-van Driel, G.C., Tamminga, P. & Nijhuis, J.G. (2008). Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II-studie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Vol. 152*(50), pp. 2718 – 2727

Molen, E. van der (2015). Mwd'ers en verloskundestudenten begeleiden kwetsbare zwangeren. Geraadpleegd op 27 januari 2017: http://www.emiopzuid.nl/pdf/profielenKWETSBAREZWANGEREN.pdf

Molen, E. van der (2016). Niks hoeft in Mama's Garden. Profielen. Geraadpleegd op 27 januari 2016: http://profielen.hr.nl/2016/niks-hoeft-in-mamas-garden/

National Collaborating Centre for Mental Health (2007). *Antenatal and postnatal mental health. The guideline on clinical management and service guidance.* London: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.

Nederlands Jeugdinstituut (2017). Licht verstandelijk beperkte jeugd. Definitie. Geraadpleegd op 28 januari 2017: http://www.nji.nl/Licht-verstandelijk-beperkte-jeugd-Probleemschets-Definitie

Nederlandse Zorgautoriteit (2015). Quickscan en beleidsbrief Integrale geboortezorg. Samenwerking tussen de eerstelijns en tweedelijns zorgaanbieders. Geraadpleegd op 4 januari 2017: https://www.nza.nl/104107/105773/1250247/Quickscan_Integrale_geboortezorg_en_beleidsbrief.pdf

Nederlandse Zorgautoriteit (2017). Experimenten integrale bekostiging geboortezorg. Geraadpleegd op 3 januari 2017: https://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/innovatie/veelgestelde-vragen/Experimenten-integrale-bekostiging-geboortezorg/

NIVEL (1987). *Registratie Verloskundigen. Peiling 1987.* Utrecht: NIVEL.

NIVEL (2006). *Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2006.* Utrecht: NIVEL.

NIVEL (2012). *Overzichtstudies. Preventie kan effectiever! Deelnamebereidheid en deelnametrouw aan preventieprogramma's in de zorg.* Utrecht: NIVEL.

NIVEL (2014). *Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2013.* Utrecht: NIVEL.

NIVEL (2016). *Cijfers uit de registratie van verloskundigen. Peiling 2015.* Utrecht: NIVEL.

NVOG (2011). Geschiedenis van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Geraadpleegd op 4 januari 2017: http://www.nvog.nl/overNvog/Geschiedenis+NVOG/default.aspx

NVOG (2014a). *Bezinning Op Eindtermen Gynaecologen.* Utrecht: NIVEL.

NVOG (2014b). Prioriteringslijst kennishiaten Nederlandse vereniging van Obstetrie en Gynaecologie. Geraadpleegd op 8 januari 2017: http://www.nvog.nl//Sites/Files/0000004045_20140910%20NVOG%20prioriteringslijst%20kennishiaten%20ZonMw%20versie%202.0.pdf

NVOG (2016). *NVOG kennisagenda 2017 – 2020.* Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie.

Offerhaus P.M., Hukkelhoven C.W.P.M., Jonge, A. de, Pal-de Bruin, K.M. van der, Scheepers, P.L.H. & Lagro-Janssen, A.L.M. (2013). Persisting rise in referrals during labour in primary midwife – led care in the Netherlands. *Birth, Vol. 40*(3), pp. 192 – 201

Page, L. (2001). Human resources for maternity care: the present system in Brazil, Japan, North America, Western Europe and New Zealand. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, Vol. 75*(S1), pp. S81 – S88

Perined (2016). *Perinatale Zorg in Nederland 2015.* Utrecht: Perined.

Perined (2017). Geraadpleegd op 3 januari 2017: https://www.perined.nl/

Posthumus (2016). *Inequities in Perinatal Health. Determinants & strategies for improvement.* Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Poeran, J., Denktas, S., Birnie, E., Bonsel, G.J. & Steegers, E.A.P. (2011). Urban perinatal health inequalities. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, Vol. 24*(4), pp. 643 – 646

Programma Transitie Geboortezorg (2017). Transitie naar integrale geboortezorg. Geraadpleegd op 3 januari 2017: https://www.transitiegeboortezorg.nl/menu01

Ravelli, A.C., Tromp, M., Huis, M. van, Steegers, E.A.P., Tamminga, P., Eskes, M. & Bonsel, G.J. (2009). Decreasing perinatal mortality in The Netherlands, 2000-2006: a record linkage study. *Journal of Epidemiology and Community Health, Vol. 63*(9), pp. 761 – 765

Regionaal Consortium Zwangerschap & Geboorte (2017). Achtergrond. Geraadpleegd op 4 maart 2017: http://www.regionaalconsortium.nl/nl/Achtergrond/

Rijksoverheid (2016). Schippers: integrale bekostiging geboortezorg is vrijwillige optie. Geraadpleegd op 3 januari 2017: https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/06/21/schippers-integrale-bekostiging-geboortezorg-is-vrijwillige-optie

RIVM (2017). Wat is preventie? Geraadpleegd op 3 januari 2017: http://www.rivm.nl/Onderwerpen/K/Kosteneffectiviteit_van_preventie/Over_kosteneffectiviteit_en_preventie/Opbouw_interventies_literatuurdatabase/Wat_is_preventie

SiA, Nationaal Regieorgaan Praktijkgericht Onderzoek (2016). Platformregeling. Geraadpleegd op 30 december 2016: http://www.regieorgaan-sia.nl/content/Thematische+regelingen/Platform-regeling

Stichting Perinatale Registratie Nederland (2008). *Perinatale Zorg in Nederland 2005*. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland.

Stichting Perinatale Registratie Nederland (2011). *Grote Lijnen 10 jaar Perinatale Registratie*. Utrecht: Nederland Stichting Perinatale Registratie Nederland.

Stichting Perinatale Registratie Nederland (2013). *Perinatale Registratie Nederland. Grote Lijnen 1999 – 2012*. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland.

Stop or Go? (2016). Stop or Go? Zwangerschap & Antidepressiva. Geraadpleegd op 28 januari 2017: http://www.stoporgostudie.nl/onderzoek/

ST-RAW (2017). ST-RAW. Kennis in de jeugdhulpketen. Geraadpleegd op 28 januari 2017: http://st-raw.nl/

Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. (2009). *_een goed begin. Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte*. Utrecht: Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte.

Timmermans, S., Bonsel, G.J., Steegers-Theunissen, R.P.M., Mackenbach, J.P., Steyerberg, E.W., Raat, H., Verbrugh, H.A., Tiemeier, H.W., Hofman, A., Birnie, E., Looman, C.W.N., Jaddoe, V.W.V. & Steegers, E.A.P. (2011). Individual accumulation of heterogeneous risk explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. *European Journal of Epidemiology, Vol. 26*, pp. 165 – 180

Torij, H., Cellissen, E., Harn, M. van &, Steegers, E. (2014). De academische werkplaats combineert onderwijs, onderzoek en verloskundige ketenpraktijk. *Tijdschrift voor Verloskundigen,* januari, pp. 33 – 35

VAR (2016). *Position Paper Verloskunde Academie Rotterdam. De Kracht van de Keten*. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam en Erasmus MC.

Velu, A.V., Torij, H.W., Miedema, H., Beukering, M. van, Steegers, E.A.P. & Rosman, A.N. (2016). *Arbeid en Gezond zwanger – Maak er werk van! Kennismodule voor verloskundige zorgverleners, werkgevers, bedrijfsartsen en Arboartsen*. Rotterdam: Erasmus MC en Hogeschool Rotterdam.

Verdonschot, S.G.M. & Kessels, J.W.M. (2011). Ontwerpgericht onderzoek als innovatiestrategie. In: van Aken, J. & Andriessen, D. (2011), *Handboek ontwerpgericht wetenschappelijk onderzoek: Wetenschap met effect*. Den Haag: Boom Lemma.

Wagner, R.M. (1993). Psychosocial adjustments during the 1st year of single parenthood – A comparison of Mexican-American and Anglo women. *Journal of Divorce & Remarriage, Vol. 19*(1-2), pp. 121 – 142

Wallbank, S., Meeusen, M. & Jones, L. (2013). Supporting vulnerable families who do not attend appointments: a gap analysis of the skills health professionals need. *Community Practitioner, Vol. 86*(1), pp. 23 – 26

Wauben, L. (2015). *Zorgtechnologie: dwarsligger voor de zorg*. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam.

Weggeman, M. (2008). *Leidinggeven aan professionals? Niet doen! Over kenniswerkers, vakmanschap en innovatie*. Schiedam: Scriptum.

Wiegers, T. & Hukkelhoven, C. (2010). The role of hospital midwives in the Netherlands. BMC *Pregnancy Childbirth. Vol. 10*, pp. 80

ZonMw (2015). Twaalf academische werkplaatsen transformatie jeugd. Geraadpleegd op 28 januari 2017: http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/Twaalf_academische_werkplaatsen_transformatie_jeugd_-_Korte_weergave_en_contactgegevens_02.pdf

ZonMw (2016). *Een gezonde start voor moeder en kind. Integrale zorg rondom zwangerschap en geboorte. Update van de onderzoeksagenda 2010.* Den Haag: ZonMw

ZonMw (2017a). Kennis voor Kraamzorg. Geraadpleegd op 24 januari 2017: http://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/zwangerschap-en-geboorte/kennis-voor-kraamzorg/

ZonMw (2017b). Over ZonMw. ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie. Geraadpleegd op 3 januari 2017: http://www.zonmw.nl/nl/over-zonmw/

Zoon, M. (2012). *Kenmerken en oorzaken van een licht verstandelijke beperking.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Zorginstituut Nederland (2015). Kraamzorg (Verzekerd van een goed begin?) Geraadpleegd op 24 januari 2017: https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/adviezen/2015/03/24/kraamzorg-verzekerd-van-een-goed-begin

Zorginstituut Nederland (2016a). Kwaliteitsstandaard opgenomen in het Register. Geraadpleegd op 3 januari 2017: https://www.zorginzicht.nl/bibliotheek/integrale-geboortezorg-zorgstandaard/Paginas/Home.aspx

Zorginstituut Nederland (2016b). Register. Geraadpleegd op 3 maart 2017: https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Paginas/Register.aspx

Zorginstituut Nederland (2017). Kraamzorg (Zvw). Geraadpleegd op 24 januari 2017: https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/k/kraamzorg-zvw

Eerdere uitgaven

van Hogeschool Rotterdam Uitgeverij

Professionele identiteit

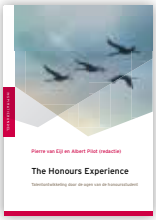
Auteur	Martin Reekers
ISBN	9789051799514
Verschijningsdatum	maart 2017
Aantal pagina's	54
Prijs	€ 14,95

Creatieve Ruimte

Auteur	Michiel de Ronde
ISBN	9051799373
Verschijningsdatum	juni 2016
Aantal pagina's	96
Prijs	€ 14,95

Ongebaande paden

Auteur	Paul van der Aa
ISBN	9789051799385
Verschijningsdatum	juni 2016
Aantal pagina's	86
Prijs	€ 14,95



The Honours experience

Auteurs	Pierre van Eijl, Albert Pilot (redactie)
ISBN	9789051799361
Verschijningsdatum	mei 2016
Aantal pagina's	272
Prijs	€ 26,95

Design in een genetwerkte ecologie

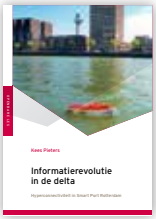
Auteur	Anne Nigten
ISBN	9051799330
Verschijningsdatum	april 2016
Aantal pagina's	54
Prijs	€ 14,95

Intelligent interveniëren

Auteur	Josephine Lappia
ISBN	9789036540094
Verschijningsdatum	december 2015
Aantal pagina's	319
Prijs	€ 28,95

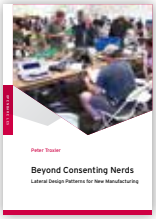
Veranderstad

Auteur	Gert-Joost Peek
ISBN	9051799217
Verschijningsdatum	november 2015
Aantal pagina's	108
Prijs	€ 14,95



Informatierevolutie in de delta

Auteur	Kees Pieters
ISBN	9051799225
Verschijningsdatum	november 2015
Aantal pagina's	80
Prijs	€ 14,95



Beyond Consenting Nerds

Auteur	Peter Troxler
ISBN	9051799233
Verschijningsdatum	november 2015
Aantal pagina's	104
Prijs	€ 14,95

Zorgtechnologie: dwarsliggers voor de zorg

Auteur	Linda Wauben
ISBN	9051799195
Verschijningsdatum	november 2015
Aantal pagina's	72
Prijs	€ 14,95

Evidence-Based Care in Nursing

Auteur	Connie Dekker-van Doorn
ISBN	9051799144
Verschijningsdatum	juli 2015
Aantal pagina's	88
Prijs	€ 14,95

Exemplaren zijn bestelbaar via www.hr.nl/onderzoek/publicaties. Hier zijn ook eerder verschenen uitgaven van Hogeschool Rotterdam Uitgeverij beschikbaar.

Hanneke Harmsen van der Vliet – Torij

Een goed begin is het halve werk

Verloskunde in de kern van preventie

ISBN 90-5179-952-7
9 789051 799521

Het lectoraat Verloskunde en Geboortezorg heeft als doel om met praktijkgericht onderzoek bij te dragen aan de kwaliteit van de geboortezorg en aan innovaties in het onderwijs. Onderzoek is hierbij een middel om de kennis te genereren die nodig is om dit doel te bereiken. Kennis die bovendien van belang is om producten en instrumenten te ontwikkelen voor de praktijk en voor het onderwijs. Het is de kunst om dat zo te doen dat praktijkvragen worden beantwoord en dat implementatie van ontwikkelde producten en kennis in het onderwijs en in de praktijk succesvol is. Het is daarbij van essentieel belang dat bij het doen van onderzoek studenten en professionals vanaf het begin betrokken zijn!

Het lectoraat richt zich op de organisatie van de verloskundige zorg en op ketensamenwerking met specifieke aandacht voor het perspectief van de cliënt en voor zelfredzaamheid. Voorts richt het lectoraat zich op preventie, met specifieke aandacht voor achterstandsproblematiek, risicoselectie en screening en gezondheidsvoorlichting en -bevordering. Daarbij richt het lectoraat zich niet uitsluitend op de zwangerschapsfase, maar op de hele keten van vóór de conceptie tot het moment dat het jonge kind naar de basisschool gaat. Juist in deze fase – juist door gezonde, veilige omstandigheden en keuzes – kunnen alle kansen voor een gezonde toekomst worden benut.

Het lectoraat draagt actief bij aan de ontwikkeling van praktijkgericht onderzoek door hogescholen en alle kansen die hier in de toekomst liggen. In dit verband is het onderzoeksdomein van het lectoraat tevens relevant voor andere lectoraten, juist omdat een gezonde start van het leven van invloed is op de rest van het leven.

Tijdens haar openbare les gaat Hanneke Harmsen van der Vliet - Torij in op ontwikkelingen en uitdagingen in de verloskundige zorg en de wijze waarop de verbinding tussen onderwijs, onderzoek en praktijk vanuit het lectoraat wordt vormgegeven.

Het lectoraat is onderdeel van Kenniscentrum Zorginnovatie van Hogeschool Rotterdam en meer specifiek van de onderzoekslijn Samenhang in Zorg. Het lectoraat is tevens verbonden aan de Verloskunde Academie Rotterdam, een uniek samenwerkingsverband tussen Hogeschool Rotterdam en het Erasmus MC voor wat betreft verloskundig onderwijs en onderzoek.

OPENBARE LES

praktijkgericht **onderzoek**

Hogeschool Rotterdam Uitgeverij

HOGESCHOOL ROTTERDAM