

2022

15 JAAR
MIDWIFERY
SCIENCE

ONDER handen

ONDERZOEK MET IMPACT

ZU
YD

8

SLEUTEL VOOR SOCIALE
VERLOSKUNDE

24

ONDERZOEK
CREËERT BREDE BLIK

32

EVIDENCE BASED
HANDELEN

43

BESTE ZORG
VAN HET LAND



Vroedvrouw betekent van origine 'wijze vrouw'. Deze term mag dan niet meer te vinden zijn in deze tweede editie van het magazine ONDER HANDEN, de geïnterviewden doen de oorspronkelijke betekenis meer dan eer aan: 'wijze vrouwen' (én mannen) die het vak verloskunde naar een significant hoger plan tillen. De onderzoeksgroep van de Academie Verloskunde Maastricht bestaat dit jaar 15 jaar! Een mooie mijlpaal om bij stil te staan.

Wat zijn de sleutels om succesvol te zijn en impact te hebben met onderzoek? Dat is de vraag die als een rode draad door alle interviews heen loopt. Zoals professor Trudy van der Weijden zegt: "Er is niet één simpele formule om impact te creëren met onderzoek." Maar in dit magazine vind je wel een aantal sleutels. Verzamel ze en trek je eigen conclusies, zoals het een goed onderzoeker betaamt.

Je herkent de sleutels aan dit icoontje: 

Academie Verloskunde
Maastricht

ZU
YD

Worship



woord



CREATING THE FUTURE OF MIDWIFERY ALS KENNISCENTRUM VERLOSKUNDE

Onderzoek met impact; mét en vóór het werkveld. Dat is waar we als Academie Verloskunde Maastricht voor staan. We zijn trots op alle docenten, onderzoekers, studenten en al onze partners uit het werkveld met wie we dit gezamenlijk mogelijk maken. Vijftien jaar geleden legden we -onder de bezielende leiding van Marianne Nieuwenhuijze- de basis voor een eigen, verloskundige onderzoeksgroep binnen de Academie Verloskunde Maastricht. Inmiddels is het lectoraat Midwifery Science uitgegroeid tot een succesvolle en enthousiaste onderzoeksgroep met een eigen gezicht: onderzoek met impact, gericht op zorginnovaties voor een gezonde start en een goede evidence based onderbouwing van verloskundig handelen. In het magazine dat voor u ligt, nemen we u mee in de wondere wereld van 15 jaar verloskundig onderzoek in Maastricht.

Onderzoek met impact betekent relevant onderzoek aansluitend bij de huidige en toekomstige maatschappelijke uitdagingen waar we voor staan. We hebben de ambitie om vanuit onderzoek kennis te ontwikkelen en te verspreiden en hiermee een bijdrage te leveren aan kwalitatief hoogwaardig onderwijs, competente verloskundige professionals en innovatieve, waardegedreven geboortezorg. Praktijkgericht onderzoek vanuit een intensieve vraaggerichte samenwerking met de beroepspraktijk is hierbij de kracht.

Onderzoek doe je namelijk niet vanuit een luie stoel. Onderzoek is met je voeten in de klei staan en de verbinding zoeken met het werkveld. In dit magazine komen dan ook niet alleen de onderzoekers aan het woord, maar ook (oud)studenten, verloskundigen en andere samenwerkingspartners. Goed om ook hun perspectief te lezen, want zonder hen geen onderzoek met impact!

VEEL LEESPLEZIER!

ACADEMIE VERLOSKUNDE MAASTRICHT /
Marianne Nieuwenhuijze, lector & hoogleraar
Evelien van Limbeek, opleidingsmanager
Tamar van Haaren, opleidingsmanager
Vivian Maes, opleidingsmanager

INHOUD

08

MARIJKE HENDRIX / Over de bijdrage van de programmalijn 'Zorginnovaties voor een gezonde start voor moeder en kind'.

11

DARIE DAEMERS / Het project Samen voor Gezondheid, een onderzoeksproject gericht op zwangere vrouwen in kwetsbare omstandigheden.

14

JUDIT KEULEN & EVI VLASSAK / Twee bevlogen onderzoekers vertellen over het afstemmen van zorg op gezondheidsvaardigheden in de verloskunde.



18

MARJA VAN LIEROP / De GGD ZL is partner vanuit de jeugdgezondheidszorg van de Academie Verloskunde Maastricht. Marja gaat in op de intensieve samenwerking voor twee onderzoeksprojecten.

21

KENNISCENTRUM GEZONDE EN RECHTVAARDIGE SAMENLEVING /

22

TIJDLIJN ONDERZOEK /

24

MARIANNE NIEUWENHUIJZE / Lector en hoogleraar Midwifery Science / Fysiologische Verloskunde over de ontwikkeling van de onderzoeksgroep, professionalisering en het belang van onderzoek.

32

TAMAR VAN HAAREN / Wetenschappelijk onderbouwd handelen vormt volgens Tamar de basis van de professionele beroepsuitoefening.



36

BERT ZEEGERS / Het Verloskundig Casus Registratiesysteem (VeCaS) bevat veel data over fysiologische verloskunde. Bert weet het succesvol te interpreteren en te koppelen binnen het lectoraat.

39

ANNEKE POWWELS / Met VeCaS-data een bijdrage leveren aan onderzoek. Anneke vertelt hoe zij dit praktisch insteekt.

41

MINOR LECTORAAT /

42

KARINE VAN DER HEIJDEN-STRAATSMA / De verloskundige praktijk in Urk doet vanaf de start van de praktijk mee aan het VeCaS-project.

43

PIEN OFFERHAUS / Als docent en senior onderzoeker geeft Pien de VALID studie vorm, met de focus op inleidingen van de baring.

47

MARGOT GERDESSEN / Verbonden aan het Radboud UMC en deelnemer aan de VALID studie. Margot geeft tekst en uitleg.

49

ERIC HALLENSLEBEN / Vanuit zijn rol als voorzitter legt Eric uit wat de Federatie voor VSV's beoogt en waarom de federatie meedoet aan de VALID studie.

51

HET NIVEL / Partner voor onderzoeksprojecten.

52

BACHELOR THESIS / Een stappenplan.

54

JACQUELINE WESTENBERG / Oud-studente en verloskundige Jacqueline Westenberg won samen met drie studenten de scriptieprijs. Ze deelt haar ervaring en wat ze zal meenemen naar de praktijk.

57

LIANNE ZONDAG / Promoveren als verloskundige bij de Academie Verloskunde Maastricht. Lianne aan het woord over haar promotietraject en onderzoek.

60

TRUDY VAN DER WEIJDEN / Interview rondom samenwerking van de Universiteit Maastricht en de Academie Verloskunde Maastricht met hoogleraar Implementation of Clinical Practice Guidelines Trudy van der Weijden.



64

FACTS & FIGURES /

65

INAUGURELE REDE / Hoogtepunten uit de lectorale rede van Marianne Nieuwenhuijze.

66

ESTHER SCHOFFELN / De toepasbaarheid én relevantie van onderzoeken zijn voor verloskundige en praktijkopleider Esther Schoffelen in haar werk cruciaal.

70

JANNEKE CROONEN / Directeur van de Coöperatieve Verloskundigen Nijmegen en oud-verloskundige Janneke koppelt signalen van verloskundigen terug naar het lectoraat.

72

EVELIEN CELLISSEN / Onderzoeker en coördinator Evelien van Leven Lang Leren reflecteert op de impact van het onderzoeksproject "Passende zorg bij zwangerschap".

74

ESSENTIAL / Onderwijs met impact.



SAMENWERKING ALS SLEUTEL VOOR SOCIALE VERLOSKUNDE

MARIJKE HENDRIX
HOOFDDOCENT, SENIOR ONDERZOEKER

PROGRAMMALEIDER VOOR DE LIJN
'ZORGINNOVATIES VOOR EEN GEZONDE START
VOOR MOEDER EN KIND'



Samen voor Gezondheid en ZANGG zijn de twee projecten die onder de programmalijn Zorginnovaties voor een gezonde start vallen. Een relatief nieuw vakgebied staat hierin centraal: de sociale verloskunde. Volgens Marijke Hendrix vraagt sociale verloskunde om goede samenwerking tussen het medische en sociale domein ten behoeve van de zorg en ondersteuning die zwangere vrouwen nodig hebben. Hoe speelt het Lectoraat Midwifery Science van de Academie Verloskunde Maastricht hierop in? Wat dragen genoemde projecten bij aan de sociale verloskunde? Wat is de kracht van de programmalijn en waar is werk aan de wetenschappelijke winkel?

Sinds september 2021 heeft het lectoraat van de Academie Verloskunde Maastricht twee programmalijnen voor onderzoek opgesteld: Zorginnovaties voor een gezonde start en Evidence based verloskundig handelen. De eerste programmalijn valt onder de verantwoordelijkheid van Marijke, de tweede onder die van collega Tamar van Haaren. "De programmalijnen geven structuur en een gezicht, maar we gaan nog concretere ambities en een aanpak formuleren."

Ondanks dat de programmalijnen nog in ontwikkeling zijn, waagt Marijke zich toch aan een korte SWOT-analyse rondom zorginnovaties. Samen kijken we kort naar de Strengths, Weaknesses, Opportunities en Threats.

"Onze kracht is dat we in korte tijd een breed regionaal netwerk hebben opgebouwd, bestaande uit: onderzoekers, beleidsmedewerkers en professionals in geboortezorg en sociaal domein. Ook landelijk hebben we al een sterk netwerk. We zijn ook goed in het delen van kennis, en dat is een van de kansen."

“We zijn goed in het doorgronden van het praktijkvraagstuk en bepalen of en welk onderzoek nodig is. Het is de vrucht van 15 jaar lectoraat.”

Kennis breder delen kan volgens Marijke betekenisvol bijdragen aan verbetering van de zorg en daardoor aan een gezonde start voor moeder en kind(eren). Kennis breder delen is ook een vorm van netwerken, en dat roept nieuwe vragen op. “Dat is precies de wisselwerking met de praktijk die we als onderzoekers willen. Hoe kunnen we die vragen kleiner maken, of juist groter, zodat de resultaten straks bruikbaar zijn. Ook in die vraagarticulatie – het doorgronden van het praktijkvraagstuk en bepalen of en welk onderzoek nodig is – zijn we goed. Het is de vrucht van 15 jaar lectoraat.”

WERKDruk / De bedreigingen voor zorginnovaties en onderzoek zitten vooral in de werkdruk, niet alleen bij de verloskundige; de hele (geboorte)zorg en welzijnssector staat onder druk. Er zijn veel veranderingen, vaak door nieuw overheidsbeleid. Die veranderingen vragen ook om innovaties, om beter in te kunnen spelen op de behoeften van de zwangere vrouw. Denk aan: gezamenlijke besluitvorming, techniek en e-health. Dit soort ontwikkelingen gaat razendsnel.

Met onderzoek wordt geprobeerd de sociale sprints bij te benen. “Soms gaat tijd sneller dan je kan bijhouden. Als iets kansrijk lijkt dan heeft het hele werkveld soms al iets omarmd. En ook als je ergens geld in investeert, werkt dat als een versneller. Andersom, als iets niet direct resultaat oplevert, wordt soms iets te snel de conclusie getrokken dat ‘het niet werkt’. Dan wordt een project voortijdig stopgezet. Als onderzoeker wil je vaak trager, je wilt zeker weten of iets werkt.”

Maar met al dat onderzoek doet ook het lectoraat een extra beroep op de toch al drukke verloskundige. “Wij halen vragen op uit de praktijk, nieuwe kennis wil je immers samen opbouwen, in afstemming met elkaar. Je wil relevant onderzoek doen, dat bruikbare resultaten oplevert die de kwaliteit van de geboortezorg verhoogt. Is dat gelukt dan vraagt de implementatie van succesvol onderzoek vervolgens ook aandacht.” Hoe je daar in de praktijk mee omgaat vertelt verloskundige Esther Schoffelen [zie p. 66].



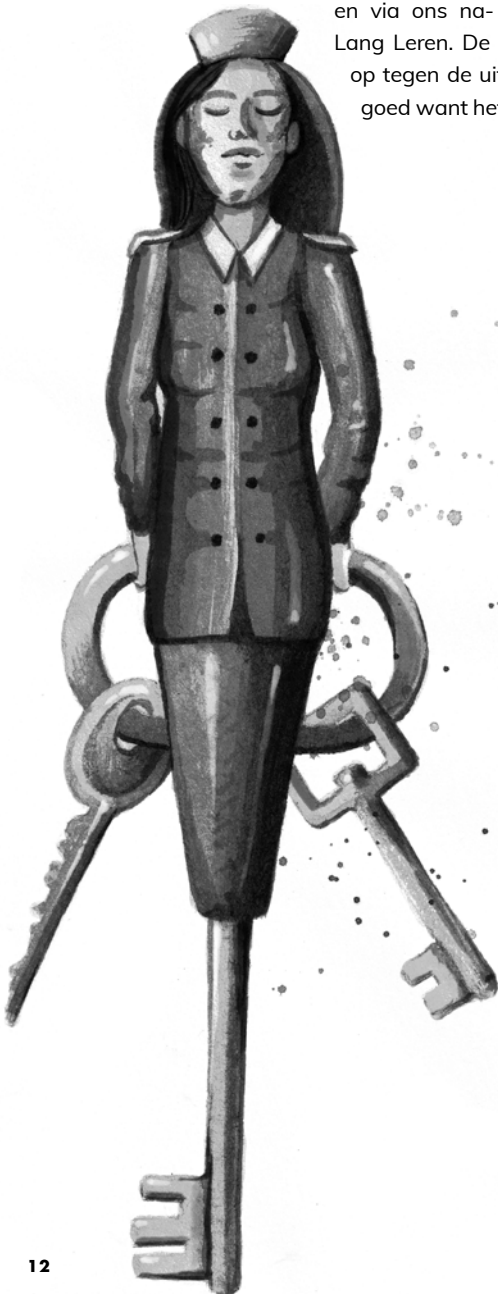
SOCIALE VERLOSKUNDE / Zorginnovatie die kansen oplevert is de sociale verloskunde; daar is veel te winnen en ontginnen, zegt ook Marianne Nieuwenhuijze [zie p. 24]. Sociale verloskunde werd in de jaren '70 beschreven als 'het vakgebied met aandacht voor de zwangere vrouw en de maatschappelijke context waarin haar bevalling zal plaatsvinden'. Sociale verloskunde hanteert naast een fysiologisch en medisch perspectief ook een sociaal perspectief.

Sociale verloskunde is een term gerelateerd aan armoede- en achterstandsproblematiek en zogenaamde gezondheidsvaardigheden. Het levert complexe vraagstukken op waar concrete antwoorden op nodig zijn. De focus op sociale verloskunde is landelijk ingegeven, mede door Randstedelijke problematieken rond migratie. Maar de regio's Limburg en Groningen vormen hierop een uitzondering.

De gevolgen van respectievelijk het mijnverleden en de veenkolonies zorgen in het noorden en zuiden van het land voor armoede en achterstand. Dit heeft zijn weerslag op zwangere vrouwen en hun (ongeboren) kinderen. Er komen in beide regio's ook meer tienerzwangerschappen voor. Het lectoraat van de Academie Verloskunde Maastricht onderzoekt die weerslag in het onderzoeksproject: Samen voor Gezondheid [zie p. 12, p.18] en ZANGG [zie p. 15]. Het zijn stuk voor stuk relevante, bijzondere en succesrijke projecten die draaien om kwetsbare groepen zwangere vrouwen.

“Wat dit soort onderzoeken oplevert, naast meer partnerschappen en grotere netwerken, zijn concrete tools voor het realiseren van sociale verloskunde. Een ervan is het uitbreiden van de anamnese met een digitale, psychosociale vragenlijst. Deze tool is ontwikkeld in samenwerking met de Jeugdgezondheidszorg en 5 verloskundige praktijken. Vervolgens is deze in 10 verloskundige praktijken geïmplementeerd. Dit worden er nu 25.” De aanpak om kwetsbare doelgroepen beter in kaart te brengen, die begonnen is bij Samen voor Gezondheid, gaat in 2022 een vervolg krijgen.

Een ander succesvoorbeeld is een e-learning Gezamenlijke Besluitvorming die lokaal is ontwikkeld, regionaal is opgepikt en nu landelijk wordt gebruikt voor professionalisering van de verloskundige beroepsgroep. “Het laat zien dat een training multifunctioneel kan worden ingezet. Ook binnen de academie delen we de e-learning: via het reguliere onderwijs en via ons na- en bijscholingsaanbod Leven Lang Leren. De investeringskosten wegen niet op tegen de uiteindelijke impact. En dat voelt goed want het is toch geld van ons allemaal.”



HEILIGE GEOMETRIE / Bij alles wat de Academie Verloskunde doet op onderzoek gebied lijkt samenwerking de sleutel. In het sociale domein is dat een uitdaging vanwege de gemeentelijke organisatie van dit domein. “Je moet het samen doen: met het werkveld, de professionals, interprofessioneel. Er moeten zoveel mogelijk mensen aanhaken bij je project want onderzoek doe je niet alleen. Daar ligt ook een sleutel om impact te maken met je onderzoek.”



Daarnaast moet er volgens Marijke, die als onderzoeker en programmaleider verantwoordelijk is voor het bouwen van een groot en sterk netwerk, ook een terugkoppeling plaatsvinden. Enerzijds terug naar dat werkveld waar de vragen vandaan komen en de problemen spelen. Anderzijds terug naar het onderwijs en het lectoraat. “Je moet de circulariteit bewaken tussen die ‘heilige driehoek’ van onderwijs, onderzoek en praktijk, en binnen elk domein de communicatie over en weer stimuleren.”

Binnen de academie gaat dat enerzijds om het meenemen van collega’s en docenten, anderzijds om het bespreken van vragen, onderzoeken en uitkomsten met studenten. “Als je kennis opdoet, wil je die rijkelijk delen, maar je wil ook feedback. Zeker als het om innovaties gaat, is open staan voor feedback een must”, zegt Marijke. “Verschillende mensen kunnen naar een en hetzelfde ding heel anders kijken. Dat is verrijkend. Leer elkaars taal kennen. Kijk waar je elkaar kunt vinden. Samenwerking lijkt niet alleen een sleutelbegrip maar een toverwoord.”




“
**JE MOET DE
 CIRCULARITEIT
 BEWAKEN TUSSEN DIE
 ‘HEILIGE DRIEHOEK’
 VAN ONDERWIJS,
 ONDERZOEK EN
 PRAKTIJK, EN BINNEN
 ELK DOMEIN DE
 COMMUNICATIE OVER
 EN WEER STIMULEREN.**
 ”



ONDERZOEK DAT ER TOE DOET: IMPACT ALS VOORWAARDE

Senior onderzoeker Darie Daemers van de Academie Verloskunde Maastricht gelooft heilig in de kracht en het nut van onderzoek, ze zet zich er helemaal voor in. Volgens Darie verdient de verloskunde een eigen onderzoeksterrein en is het een belangrijk onderdeel van de fundering van het vak. Dat stevige fundament is nodig om als poortwachter in de geboortezorg te kunnen blijven opereren. Impact is voor haar een voorwaarde voor onderzoek: waarom zou je onderzoek doen als je geen verschil wil maken?

A portrait of Darie Daemers, a woman with short blonde hair, smiling and wearing a blue patterned button-down shirt. She is standing outdoors with a blurred background of greenery and buildings.

DARIE DAEMERS
HOOFDDOCENT
SENIOR ONDERZOEKER

Darie Daemers' lijst met kansen die het doen van onderzoek biedt, is lang en reikt ver. Darie draait al wat langer mee, is van huis uit verloskundige en heeft gewerkt als beleidsmedewerker (KNOV) en docent (AVM). Sinds haar promotie in 2017 gaat ze helemaal voor het onderzoek. In de uitvoering werkt ze samen met collega-onderzoekers, promovenda en verloskundigen in opleiding. Samen met de praktijk vertaalt ze onderzoeksresultaten naar instrumenten voor diezelfde praktijk. Ze schrijft subsidieaanvragen, artikelen en geeft presentaties om te zorgen dat de opgedane kennis zijn weg terugvindt naar het werkveld. Dat is in een notendop wat een onderzoeker doet, en ze geniet ervan.

Darie voelt een enorme drive om het vak van verloskundige te onderbouwen met onderzoek. "Verloskunde verdient een eigen onderzoeksterrein en door maatschappelijke ontwikkelingen is onderzoek, als onderdeel van de fundering van het vak, noodzakelijker geworden. Naast varen op de eigen ervaring en expertise heeft een verloskundige kennis uit richtlijnen en onderzoeksresultaten nodig. Zo blijft ze een gelijkwaardige partner in het bepalen van beleid of om zwangere vrouwen op een goede manier te ondersteunen in het nemen van beslissingen over de geboortezorg."

*BINNEN DE VERLOSKUNDE HEET DAT EVIDENCE
BASED VERLOSKUNDIG HANDELEN EN DAAR HEEFT
DE ACADEMIE VERLOSKUNDE EEN PROGRAMMALIJN
VOOR OPGEZET."*



BELEID ROND OBESITAS / De motivatie om zich 'hart' te maken voor wetenschappelijke onderbouwing van het vak ontstond bij Darie gedurende haar opleiding en resulteerde in een promotie. "Ik ben gepromoveerd op het thema 'zwangere vrouwen en obesitas in de eerstelijns verloskunde'. In relatie tot zwangerschap wordt obesitas geassocieerd met 'hoog risico, gevaarlijk', met sneller doorverwijzen naar tweede- of derdelijnszorg tot gevolg. Ik wilde weten hoe we daar in Nederland mee omgaan."

Het onderzoek leidde enerzijds tot het inzicht dat zwangere vrouwen met obesitas een hogere kans hebben op een verwijzing naar de tweede lijn. Anderzijds mocht geconcludeerd worden dat veel zwangere vrouwen met obesitas onder de zorg van de eerstelijns verloskundige kunnen blijven. "De ene zwangere is de andere niet. Tweedelijns zorg is duur en overbelast. Goed uitzoeken wie deze zorg echt nodig heeft is dus van belang."

"We hebben impact, dat mag ik wel zeggen. We informeren collega's in binnen- en buitenland door presentaties op congressen maar ook door persoonlijk advies. We zijn medeauteur van de KNOV Factsheet over verloskundige zorg aan vrouwen met obesitas en schrijven mee aan een landelijke richtlijn. We werken met studenten aan onderzoek en geven hen onze inzichten en kennis door. Iedere (toekomstige) verloskundige die een zwangere vrouw met obesitas in haar praktijk krijgt, heeft nu de mogelijkheid om zich hierover beter te laten informeren."

GENERATIEVRAAGSTUK? / Samen voor Gezondheid is één van de projecten die Darie binnen het lectoraat leidt, samen met Marijke Hendrix. Dit project bestrijkt een relatief nieuw fenomeen binnen de geboortezorg: de sociale verloskunde. Het begrip is op de kaart gezet door prof. dr. Eric Steegers die oproept om 'het medische zorgmodel uit te breiden naar een sociaal zorgmodel', omdat de sociale context van cliënten van grote invloed is op de geestelijke en lichamelijke ontwikkeling van een kind en op de zwangerschapsgeschiedenis.

Sociale verloskunde gaat over bruggen bouwen tussen het medische en het sociale domein. "Dat is een uitdaging die wat mij betreft onderschat wordt. Beide domeinen hebben hun eigen cultuur, organisatie, wetgeving, financiering, prioriteiten, regels en richtlijnen. Er is een brede blik en bereidheid nodig om die twee terreinen te verbinden." Vanuit een brede bril kijken naar de zwangere vrouw en daarop de zorg inrichten, kan bijdragen aan een gezonde start van elk kind. Het idee sloeg ook politiek aan en leidde tot landelijke actieprogramma's als 'Kansrijke Start' en 'De eerste 1000 dagen van een kind'.

KWETSBAARHEID IS LASTIG / Samen voor Gezondheid is een onderzoeksproject met een sociaal-verloskundig karakter en sluit aan op de programmaliijn Zorginnovaties voor een gezonde start. Het project betreft zorg aan zwangere vrouwen in kwetsbare omstandigheden die te maken hebben met armoede en achterstand. Limburg en Groningen zijn twee regio's waar deze problematiek ook speelt. Niet zoals in de Randstad bij vrouwen mét maar voornamelijk bij vrouwen zónder een migratieachtergrond.

De transitie van medische zorg naar sociaal-verloskundige zorg wordt niet landelijk aangestuurd maar regionaal of zelfs lokaal. Omdat het sociale domein per gemeente anders georganiseerd is, resulteert dit in een variatie van zorg voor zwangere vrouwen in kwetsbare situaties.

Samen voor Gezondheid legt de oogst op tafel van twee multidisciplinaire aanpakken in Zuid-Limburg en in Groningen voor zorg aan zwangere vrouwen in een kwetsbare situatie. Er wordt gekeken naar hoe deze vrouwen geïdentificeerd worden en hoe ze doorgeleid worden naar het sociale domein met Jeugdgezondheidszorg (JGZ) als vast aanspreekpunt. Tot slot worden cliënten en professionals bevraagd of ze de aanpakken toepasbaar en bruikbaar vinden.

"Kwetsbaarheid wordt door verloskundigen als een uitdagend thema bestempeld. Vaak is er een drempel om vragen te stellen die als intiem en lastig kunnen worden ervaren door de cliënt. De verloskundige is ook bang om de opgebouwde vertrouwensband te verbreken. Het thema kwetsbaarheid ligt gevoelig. Een andere angst van de verloskundige is wanneer kwetsbaarheid boven tafel komt door gesprekken en er vervolgens geen toegang tot het sociale domein voor deze vrouwen is. Daarom is binnen Samen voor Gezondheid ook onderzocht wat er nodig is om het verloskundige en sociale domein beter te laten samenwerken."

SAMENWERKING: VAN STROEF NAAR TROEF / Uit het project blijkt dat de samenwerking tussen alle betrokken partijen noodzakelijk is maar als lastig wordt ervaren. Dit is niet uniek, zoals ook blijkt uit onderzoeken rond Gezamenlijke Besluitvorming [zie p. 24]. "Nadat er eerst een concrete tool ontwikkeld is voor verloskundigen om vrouwen in kwetsbare situaties te kunnen herkennen, is de samenwerking met de JGZ-verpleegkundige uitgewerkt. Zij verlenen al zorg aan jonge gezinnen, hebben toegang tot het sociale domein en willen graag samenwerken. Dat heeft onder andere geleid tot het instellen van JGZ-coördinatoren als aanspreekpunt voor praktijken."

Dat er in Zuid-Limburg nu gestreefd wordt naar één aanspreekpunt voor alle verloskundige praktijken en beide partijen elkaar sneller vinden is een enorme vooruitgang. Dit beaamt ook Marja van Lierop van de Jeugdgezondheidszorg [zie p. 18]. Maar volgens Darie zijn ze er nog niet. "De eerste cijfers over het voorkomen van kwetsbaarheid zijn best wel indrukwekkend. De aanpak moet verbreed en verder uitgerold worden. Dit roept praktische vragen op zoals: wie heeft welke verantwoordelijkheid, wie betaalt wat en waar willen we als zorgsector en als maatschappij op inzetten?"



ONDERZOEK DAT ERTOE DOET / Darie is blij met het bestaan van het lectoraat binnen de Academie Verloskunde Maastricht. Ze houdt van de praktijkgerichte aard van het onderzoek binnen het hbo, het draagt volgens haar sterk bij aan de kracht en de impact ervan. Impact willen maken is voor haar een voorwaarde voor het doen van onderzoek. "Zo ontstaat onderzoek dat ertoe doet."

De mate waarin het lectoraat onderzoek kán doen, wordt bepaald door de mate waarin er successen worden geboekt met het werven van subsidiegelden. "Het eerste deel van Samen voor Gezondheid is gefinancierd door Regieorgaan SIA*. Recent hebben we vanuit ZonMw subsidie** ontvangen voor het vervolgtraject: Samen voor Gezondheid II [red: eerder bekend onder de naam SMOOTH]. In dit project zetten we in op een effectieve disseminatie en duurzame implementatie van de eerder ontwikkelde aanpakken om zorg voor vrouwen in kwetsbare situaties te verbeteren."

Volgens Darie is binnen het financieren van onderzoek een tendens te bespeuren die laat zien dat er met een bredere blik naar onderzoek wordt gekeken. "Uit bepaalde geldstromen kun je opmaken dat onderzoek niet alleen meer hoeft te leiden tot kennisontwikkeling. Er komt meer ruimte voor kennisbenutting, oftewel het realiseren van impact. Samen voor Gezondheid is daar een prachtig voorbeeld van."

* Regieorgaan SIA: Nederlands geld voor toepast onderzoek

** ZonMw subsidie: Nederlands geld voor gezondheidsonderzoek en zorginnovaties



ZANGG CREËERT BEWUSTZIJN ROND GEZONDHEIDS- VAARDIGHEDEN

EVI VLASSAK

JUNIOR ONDERZOEKER VOOR HET PROJECT ZANGG

JUDIT KEULEN

DOCENT, SENIOR ONDERZOEKER EN VERLOSKUNDIGE

IN MAASTRICHT (VERLOSKUNDIGENPRAKTIJK

SCHOFFELEN - VAN VLEUTEN)

Een kwart van de Nederlandse bevolking heeft moeite met het vinden, begrijpen en toepassen van informatie over de gezondheid. Hoe beter dat lukt, hoe beter het gesteld is met je gezondheidsvaardigheden. Samen met senior onderzoeker Judit Keulen en junior onderzoeker Evi Vlassak duiken we in het onderzoeksproject ZANGG. ZANGG maakt geboortezorgmedewerkers bewust van het concept 'gezondheidsvaardigheden' en ontwikkelt tools om de zorg erop af te stemmen.

Volgens onderzoeksinstituut Nivel vindt een kwart van de Nederlandse bevolking het moeilijk en ingewikkeld om de weg te vinden in de zorg. Om informatie te vinden en verkrijgen, te begrijpen en te kunnen beoordelen en op de juiste manier voor zichzelf te duiden en gebruiken om weloverwogen gezondheidskeuzes te kunnen maken.

Judit Keulen en Evi Vlassak zijn zich daar inmiddels terdege van bewust. Binnen de Academie Verloskunde Maastricht leiden zij samen met collega onderzoeker Elina Miteniece met passie en toewijding het onderzoeksproject ZANGG. Dat staat voor: Zorg Afstemmen op Gezondheidsvaardigheden in de geboortezorg. Beiden zijn op een queeste, een soort heilige zoektocht, om medewerkers in de geboortezorg bewust te maken van het bestaan van dit concept en ermee te leren werken.

ZANGG heeft twee concrete hoofddoelen: het ontwikkelen van een instrument dat helpt bij het aanknopen van een gesprek met aanstaande ouders over de belangrijkste factoren die de gezondheidsvaardigheden beïnvloeden. Vervolgens om een methode te ontwikkelen die eerstelijns geboortezorgmedewerkers (verloskundigen en kraamverzorgenden) helpt om zorg op maat te kunnen leveren aan ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden. Dat kan een aanpassing zijn in de zorg zelf maar het kan ook gaan om zwangere vrouwen en aanstaande ouderparen handvatten te geven om die vaardigheden te verbeteren.

Eén doel steekt echter met kop en schouders boven alle concretisering uit: bewustwording. "We willen niets liever dan geboortezorgverleners bewust van maken van het concept 'gezondheidsvaardigheden'. Concrete tools geven is natuurlijk belangrijk maar het begint bij bewustwording, want zoals Cruijff zegt 'je gaat het pas zien als je het doorhebt'. Je moet dus eerst snappen wat het begrip inhoudt en begrijpen hoe het van invloed is op de kwaliteit van zorg, anders ga je het niet eens (willen) toepassen. Laat staan kunnen."

Als onderzoeker moet je er dus eerst achter zien te komen of verloskundigen en kraamverzorgenden weten wat gezondheidsvaardigheden zijn en of zij het concept snappen. Als iets begrepen wordt, kan het meestal ook worden toegepast. Maar voordat het zover is, moet er van alles gebeuren om het onderzoek mogelijk te maken: van projectvoorstellen schrijven tot subsidie aanvragen doen, van het zoeken van partners tot het daadwerkelijk samenstellen van je onderzoeksteam en van het vinden van deelnemers tot het onderzoek uitvoeren.

GESPREKSVAARDIG / Gezondheidsvaardigheden kunnen goed, voldoende of beperkt zijn. Beperkingen komen niet alleen voor bij laaggeletterdheid. Ook hoogopgeleide mensen kunnen moeite hebben om de juiste informatie te vinden of om die toe te passen op hun eigen gezondheid. Dat heeft niet alleen met intelligentie of IQ te maken. Emotionele en creatieve intelligentie spelen een rol maar ook de herkomst van mensen. Mensen uit andere landen missen soms vanwege de taal of de cultuur de aansluiting met het Nederlandse systeem. Maar door het te leren (h)erkennen en ze wegwijs te maken, hoeft dit geen permanent probleem te zijn.

Goede beslissingen nemen over je eigen gezondheid is voor iedereen ingewikkeld. "Het kan zijn dat je tijdelijk een moment hebt waarop het vinden, begrijpen of toepassen van informatie niet goed lukt, maar dat het later best weer goed gaat. Gezondheidsvaardigheden zijn niet statisch. Ze kunnen wisselen als iemand veel stress heeft bijvoorbeeld. Dan is beslissingen nemen 'an sich' vaak al heel moeilijk. Laat staan de juiste."

**VERLOSKUNDIGEN EN KRAAMVERZORGENDEN MOETEN MET HET CONCEPT
UIT DE VOETEN KUNNEN EN KUNNEN ACHTERHALEN HOE HET MET DE
GEZONDHEIDSVAAARDIGHEDEN VAN HET AANSTAANDE GEZIN ZIT. HIERTOE
WORDEN ZE UITGERUST, ZE LEREN WELKE FACTOREN VAN INVLOED ZIJN OP DIE
VAAARDIGHEDEN, HOE DEZE VERGROOT KUNNEN WORDEN EN HOE DE ZORG
EROP AFGESTEMD KAN WORDEN.**

CHAT-Geboortezorg is de gesprekstoel die momenteel ontwikkeld wordt binnen ZANGG. De tool helpt om scherper op het netvlies te krijgen of gezinsleden gezondheidsvaardig zijn: wat verstaan ze onder gezondheid, waar halen ze hun informatie vandaan, wat vinden ze moeilijk, wat kunnen ze zelf, waar hebben ze hulp bij nodig, enzovoorts. "Als een verloskundige merkt dat het gezin beperkt gezondheidsvaardig is, moet ze simpelere taal gebruiken. Ze moet testen of mensen snappen wat er gezegd wordt. Daar zijn ook weer gesprekstechnieken voor, zoals doorvragen en samenvatten."

Bij verloskundigen zit het doorgaans goed met de communicatieve vaardigheden. "Het gaat meer om accenten en aandachtspunten. Je kunt tegen iemand zeggen, 'Als je daar en daar last van hebt kun je die en die bellen'. Of je kunt vragen, 'Weet je wie je moet bellen als dit en dit gebeurt?' Door vragen te stellen en door te vragen in plaats van alleen te zenden, ontstaat er een heel ander gesprek. Het maakt je bewuster van waar de ander zit, en in dit geval, hoe het zit met haar gezondheidsvaardigheid."

KWESTIE VAN DEFINIËREN / De gesprekstoel CHAT-Geboortezorg is samen met ouders, zorgverleners en kennispartners ontwikkeld. Via participatief actieonderzoek (een vorm van prototyping) wordt de tool voortdurend aangescherpt. Het doel is om een werkbaar praktijkinstrument te ontwikkelen dat voldoet aan het onderzoeksdoel. "Het is detailwerk waarbij je moet kunnen inzoomen, zonder het grote plaatje uit het oog verliezen. Om er zeker van te zijn dat je meet wat je wilt meten, moet je ook kunnen uitzoomen."

Onderzoek wordt opgezet via een vast protocol: het onderzoeksprotocol. Zo weet het team wat er op de rol staat. "Maar hoe we alles precies inrichten en alle deelstapjes, daar is Evi gewoon heel erg goed mee. Ze heeft scherp op het netvlies wie wat wanneer moet doen; alle stappen grijpen in elkaar. Daarnaast bewaakt ze het overzicht en kijkt ze hoe alles past in het grotere geheel."

Om je onderzoeksdoel niet uit het oog te verliezen en zeker ervan te zijn dat je blijft meten wat je wil meten, moet je vooraf een goede definitie hebben. Evi: "Er zijn heel veel verschillende definities van gezondheidsvaardigheden. Wij houden vast aan die van de WHO. Hierin zijn verschillende definities gecombineerd en tot één nieuw geheel gevormd. De definitie die je hanteert hangt ook samen met wat je ermee wil. Als je samen moet beslissen om een behandeling al dan niet te doen, is er minder informatie nodig om goed te kunnen communiceren. Maar als je erachter moet zien te komen of iemand weet hoe zij zich gezond moet gedragen en of ze op de hoogte is van wat ze wel of niet moet doen in een zwangerschap, dan trek je de vaardigheden en de definitie breder."

Gedurende 4 onderzoeksfasen - van idee tot integratie - zullen zo'n 150 mensen in totaal aan het onderzoek mee (gaan) doen. "De onderzoeksmethode is participatief actieonderzoek. Daarbinnen geven we interactieve workshops, implementeren zorgverleners het ontwikkelde instrument, worden er evaluatievragenlijsten verstuurd, diepte-interviews en focusgroepen gehouden en wordt op basis van de feedback van de geboortezorgverleners het instrument aangepast. In een later stadium zal het onderzoek zich toespitsen en nog dieper ingaan op de werkwijze rondom het omgaan met mensen met een beperkte gezondheidsvaardigheid."

HEILIGE GRAAL / Om impact te hebben bij onderzoek is aansluiting met de mensen voor wie het bedoeld is cruciaal. "We willen de zorgverleners meer inzicht geven in gezondheidsvaardigheden. Dan moet je wel een tool ontwikkelen die in de praktijk toepasbaar is. Het gaat om interactie, afstemmen en samen ontwikkelen. Onderzoek moet ook relevant zijn. Het moet gezondheidswinst opleveren en zorgkwaliteit, in dit geval: een betere zorgverlening."

Onderzoek weten te verspreiden en kennis en tools laten landen zijn voorwaarden om impact te hebben. "Daar hebben we nog geen plannetje voor, want daar is het nog wat te vroeg voor. Wel gaan we stap voor stap naar een bredere implementatie toe. Dus ook tijdens het onderzoek komen steeds meer mensen uit de praktijk, waar het voor bedoeld is, in aanraking met het concept en de tools die we aan het ontwikkelen zijn."



JUDIT KEULEN



EVI VLASSAK

HOGERE WISKUNDE / Voor Judit is het belang van onderzoek binnen de geboortezorg de reden dat zij haar werk als praktiserend verloskundige combineert met het wetenschappelijk onderzoek. "Dit vult elkaar aan. Als je goed weet welk wetenschappelijk bewijs er voor iets is, en de achtergrond hiervan kent, dan kun je dat goed met mensen bespreken zodat zij een weloverwogen keuze kunnen maken. Aan de andere kant kom je in de praktijk ook vragen tegen die je graag verder (wetenschappelijk) zou willen onderzoeken." Wetenschappelijk onderzoek doen is leuk en vooral belangrijk, vindt ook Evi. Het kan je helpen om een nog betere professional te worden. Om casus overstijgend te denken. Om nuance aan te brengen. En het zegt iets over je beroepsuitoefening. Het hoeft niet sexy te zijn, je moet vooral begrijpen waarom het nodig is en snappen hoe het in elkaar zit. Alleen dan kun je zorgkwaliteit leveren. "Neem de keuze: wel of niet inleiden bij een overtijd zwangerschap. De perfecte keuze is de optelsom van wetenschappelijk onderbouwde informatie, de persoonlijke voorkeur van de zwangere vrouw en haar persoonlijk situatie."

De crux van ZANGG is dat zorgverleners conceptueel moeten kunnen werken met het begrip 'gezondheidsvaardigheden'. Nu overheerst soms nog het instrumentele denken. Stoppen met roken leidt dan tot een advies over een cursus. "Het gaat erom dat ik als zorgverlener inzicht krijg in het vermogen van de cliënt om zelf tot die conclusie te komen. Als ze dat kan, vraag ik door om te kijken of ze ook weet hoe ze haar rookverslaving kan aanpakken. Dat is een hele andere gespreksuitkomst dan 'doe deze cursus om te stoppen!'"

Aandacht vragen voor onderzoek doe je normaliter via de reguliere wetenschappelijke media. "Maar de publicatie is vaak in internationale bladen, die door het werkveld misschien weinig gelezen worden. Als het lukt, helpt het wel als er een landelijke publicatie is, om meer op het netvlies te komen. Omdat dit onderzoek neigt naar gezondheidsbevordering kunnen we waarschijnlijk ook terecht bij algemene gezondheidskanalen en generieke tijdschriften voor verloskunde. Maar denk ook aan Kennispoort, aan nieuwsbrieven van landelijke projecten, symposia, ons eigen onderwijs en nascholingen via Leven Lang Leren." Hoe zit het met de pers? Zouden die het begrip 'gezondheidsvaardigheid' niet omarmen? Het heeft iets weg van laaggeletterdheid en dat werd pas een begrip toen het in de media kwam. Media-aandacht kan een 'pull-effect' creëren waardoor mensen vanzelf meer willen weten. Dit staat tegenover het 'pushen' van informatie en producten. Media-aandacht levert ook nieuwe geldstromen op. "Een goed idee", vindt het gepassioneerde onderzoeksteam aan tafel, met name omdat 'bewustwording' van het begrip de heilige graal is hier.

"CONCEPTUEEL KUNNEN DENKEN IS GEEN HOGERE WISKUNDE. HET GROTE VOORDEEL ERVAN IS DAT JE ÉÉN CONCEPT TOEPAST OP MEERDERE SITUATIES. ER HOEFT NIET VOOR ELKE SPECIFIEKE CLIËNT OF VRAAG IETS NIEUWS ONTWIKKELD TE WORDEN. LOS VAN DE HAALBAARHEID ZOU DAT OOK TE KOSTBAAR ZIJN."

Maar zijn conceptuele en communicatieve vaardigheden, ondanks dat ze bij het onderzoeksveld en verloskunde vak horen, dan bij iedereen in gelijke mate ontwikkeld? Volgens Judit en Evi zijn ze niet per definitie afhankelijk van een hoge of een lage opleiding. Ze hangen ook niet per se samen met goede of beperkte gezondheidsvaardigheden. Beide skills zijn in ieder geval wel kenmerkend voor deze twee 'vroede' wetenschappers.

SAMEN VOOR GEZONDHEID, GEZONDHEID VOOR IEDEREEN

MARJA VAN LIEROP

STAFVERPLEEGKUNDIGE

IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG

BIJ GGD ZUID-LIMBURG

Het bereiken van de meest kwetsbare zwangeren is een uitdaging binnen de geboortezorg en daarom een van de speerpunten van onderzoek voor de Academie Verloskunde Maastricht. Om deze doelgroep te bereiken is integrale zorg en intensieve samenwerking nodig. Voor twee onderzoeksprojecten Samen voor Gezondheid (I en II) is de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) een vitale partner. Wat is hun motivatie om mee te doen en wat is de grootste winst tot nu toe volgens stafverpleegkundige Marja van Lierop?

“Armoede en achterstand hebben een substantieel effect op de zwangerschapsuitkomsten voor moeder en kind. Dit effect lijkt zwaarder te wegen bij Nederlandse vrouwen zonder migratieachtergrond. Juist in Groningen en Zuid-Limburg is vaker sprake van deze combinatie: zwangere vrouwen zonder migratieachtergrond en armoede.” Zo wordt het project Samen voor Gezondheid ingeleid op de website van de Academie Verloskunde Maastricht.

MARJA VAN LIEROP, STAFVERPLEEGKUNDIGE BIJ JGZ ZUID-LIMBURG (GGZ ZL), HOUDT ZICH BEZIG MET INHOUD, BELEID, KWALITEITSBEWAKING EN IS BETROKKEN BIJ ONDERZOEKSPROJECTEN. OOK DE PROJECTEN VOOR DE ZOGENAAMDE KWETSBARE DOELGROEPEN DIE TE MAKEN HEBBEN MET SOCIALE PROBLEMATIEKEN. ZE SPREEKT NAMENS DE HELE ORGANISATIE ALS ZE ZEGT, "WIJ WILLEN ZO VROEG MOGELIJK IN BEELD KRIJGEN HOE GROOT DE PROBLEMATIEK IS EN HOE KWETSBAAR 'KWETSBAAR' IS."

SOCIALE VERLOSKUNDE / Landelijk zijn er vier groepen zwangere vrouwen gedefinieerd: de zelfredzame, de potentieel kwetsbare, de kwetsbare en de zeer kwetsbare zwangere vrouw. Dit is gedaan door beschermende factoren af te zetten tegen risicofactoren. Denk bij beschermende factoren aan een goed sociaal netwerk, motivatie, probleemoplossend vermogen versus zorgvermijding, financiële en psychosociale problemen bij risicofactoren. Huiselijk geweld, verslavingen en dakloosheid vallen onder de urgente risico's.

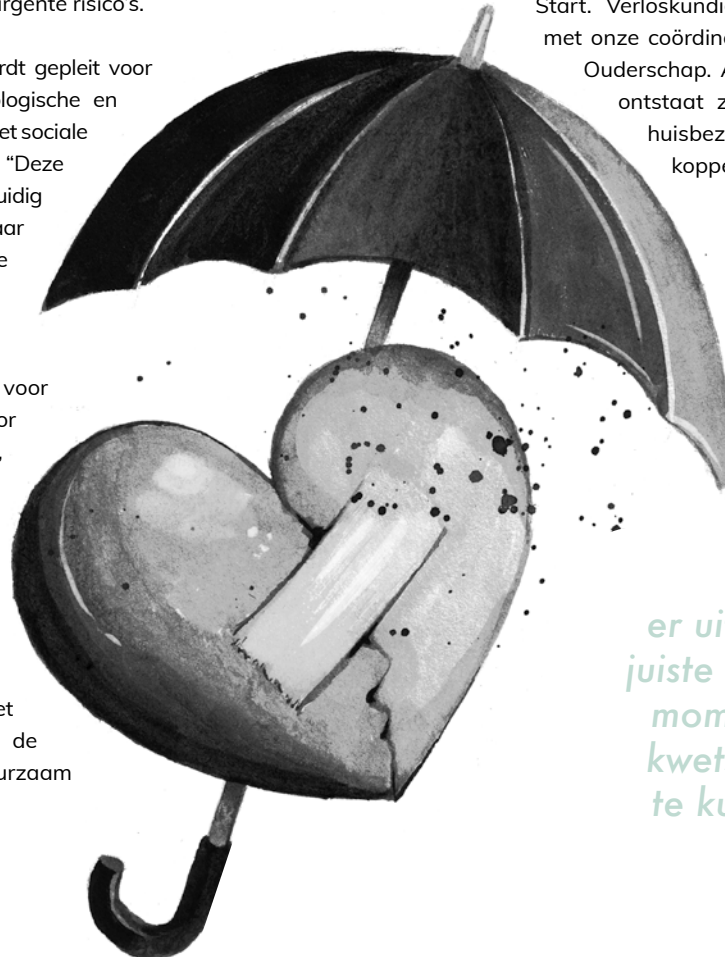
Bij dit soort problematiek wordt gepleit voor een uitbreiding van de fysiologische en medisch-verloskundige zorg met sociale zorg: sociale verloskunde. "Deze ontwikkeling wordt niet eenduidig en landelijk gestuurd, maar krijgt regionaal vorm." Sociale verloskunde is een relatief nieuw benoemd domein.

Binnen het project Samen voor Gezondheid is een aanpak voor Zuid-Limburg ontwikkeld, samen met verloskundigen en JGZ-verpleegkundigen. Die aanpak én de reeds geïmplementeerde aanpak in Groningen waar deze problematieken ook spelen, zijn geëvalueerd. In Samen voor Gezondheid II krijgt het project een vervolg, zodat de aanpak ook daadwerkelijk duurzaam toegepast kan gaan worden.

SPIL IN HET VELD / Afhankelijk van de kwetsbaarheidsclassificatie wordt gekeken of de JGZ andere partijen moet betrekken, zoals maatschappelijk werk voor schuldsanering of de GGZ voor psychische klachten. En in deze specifieke context ook de Academie Verloskunde Maastricht. "Het vervolg op Samen voor Gezondheid I is gericht op het versterken van de samenwerking. Niet alleen met de verloskundigen zoals bij Samen voor Gezondheid maar in de gehele zorgketen."

Zonder arrogant te willen overkomen vertelt Marja dat de JGZ, dankzij de vele en vaak goede contacten met ouders en kind(eren), een belangrijke spil is in die zorgketen. JGZ komt in beeld vanaf minus 9 maanden tot 18 jaar. "Wij zijn ingestapt in dit project omdat hierdoor de samenwerking met het veld van verloskundigen versterkt zou gaan worden. Als je zaken zo vroeg mogelijk in kaart wil brengen is deze groep vakmensen essentieel."

Andersom benaderen verloskundigen nu de JGZ makkelijker. Dit gebeurt wanneer ze zich zorgen maken om een cliënt en denken dat aanstaande moeders en ouders baat hebben bij een van de trajecten die JGZ (jonge) moeders en ouders biedt. Denk aan Stevig Ouderschap, VoorZorg en Kansrijke Start. Verloskundigen kunnen dan sparren met onze coördinatoren VoorZorg en Stevig Ouderschap. Als er geen duidelijk beeld ontstaat zetten we vaak prenatale huisbezoeken in. Onze bevindingen koppelen we vervolgens terug.



"Je hoeft het als zorgverlener niet alleen te doen. Het gaat er uiteindelijk om de juiste hulp op het juiste moment bij de juiste kwetsbare zwangere te kunnen inzetten."



VERBINDENDE KRACHT / Om impact te maken met onderzoek onderscheidt Marja een aantal factoren: “Onderzoek is succesvol als je weet wat je moet onderzoeken, wat daarvoor nodig is en de juiste vragen aan de juiste mensen stelt. Je moet bereid zijn om samen te werken, maar juist door mee te doen met onderzoek verbeter je de verbinding. Je vindt elkaar sneller en verlaagt mogelijk drempels. Dat vind ik de grootste succesfactor van Samen voor Gezondheid I. Plus dat verloskundigen nu één aanspreekpunt hebben, de coördinator, dat is ook winst.”

JGZ is -ook vanuit moederorganisatie GGD ZL- verbonden aan een academische werkplek. De organisatie draagt net zo lief zorg voor onderzoek als voor cliënten. Verbindende kwaliteiten kunnen ze daarbij goed gebruiken. “Een van onze krachten is dat we zowel in het medische als het sociale domein actief zijn. Wij verbinden die werelden en juist voor die connectie is steeds meer aandacht. Je kunt het medische en het sociale niet meer los zien van elkaar. Binnen Samen voor Gezondheid II gaan we onderzoeken hoe we het medische en sociale domein in de praktijk nog breder kunnen verbinden. We hebben elkaar nodig.”



MARJA VAN LIEROP, HOUDT ZICH BEZIG
MET INHOUD, BELEID, KWALITEITSBEWAKING
EN IS BETROKKEN BIJ
ONDERZOEKSPROJECTEN.

VOORZORG

Een JGZ-programma voor jonge vrouwen die zwanger zijn van hun eerste kind en te maken hebben met een opeenstapeling van problemen. Zij krijgen verpleegkundige ondersteuning bij hun zwangerschap en bij de verzorging en opvoeding van hun kind, totdat het kind 2 jaar oud is. Doel: verbetering van het zwangerschaps- en geboorteproces voor moeder en kind; verbetering van de gezondheid en ontwikkeling van het kind; verbetering van de persoonlijke ontwikkeling van de moeder en haar mogelijkheden voor opleiding en werk, zodat zij meer kan betekenen voor haar kind.

STEVIG OUDERSCHAP

Een JGZ-traject bedoeld voor een bredere doelgroep van ouders die zelfredzaam lijken maar potentieel kwetsbaar zijn. Ze twifelen aan hun kwaliteit als ouder, voelen zich onzeker en hebben nauwelijks een sociaal netwerk. De ervaring leert dat juist deze gezinnen baat hebben bij vroegtijdige steun. Zodat problemen die uiteindelijk kunnen leiden tot kindermishandeling, tijdig worden gesignaleerd en voorkomen. Stevig Ouderschap draagt bij aan een positieve en veilige opvoeding.

KANSRIJKE START

De eerste 1000 dagen van een kind zijn cruciaal voor een goede start en goede gezondheid op latere leeftijd. Daarom zet Zuid-Limburg in op het bevorderen van een kansrijke start. Dat gebeurt door het beschikbaar maken van bewezen interventies. Ook gaan partijen in het medische en sociale domein intensiever met elkaar samenwerken in de geboortezorg.

KENNISCENTRUM GEZONDE EN RECHTVAARDIGE SAMENLEVING

Ook Limburg staat als regio voor grote uitdagingen: armoede, vergrijzing, laaggeletterdheid, uitdagingen op het gebied van gezondheid, duurzaamheid en leefbaarheid. Het Kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving zet zich in om deze aan te pakken. Dit innovatieve kenniscentrum is een samenwerking van de 7 lectoraten binnen het domein Gezondheidszorg en Welzijn van Zuyd Hogeschool, waaronder het lectoraat Midwifery Science. Vanuit een gezamenlijke visie willen zij bijdragen aan de kwaliteit van leven van burgers in een gezonde en rechtvaardige samenleving. Ze beogen dat elke Limburger binnen zijn eigen context gezond en vitaal is, actief kan deelnemen aan de samenleving en zich betekenisvol verbonden voelt. Samen gaan de 7 lectoren aan de slag met maatschappelijke vraagstukken. Elke lector legt vanuit zijn

eigen kennis en kunde één puzzelstukje neer van de maatschappelijke puzzel. Ze vragen zich daarbij af wat burgers nodig hebben, of bedrijven genoeg slagkracht hebben om te innoveren en of iedere student de juiste competenties meekrijgt om zich op de toekomst voor te bereiden. Overheden, maatschappelijke organisaties, bedrijven, onderwijs en kennisinstellingen vormen samen LIVING LABS. Plekken waar leren en werken aan nieuwe oplossingen hand in hand gaat. Studenten en docent-onderzoekers werken er samen met professionals en burgers, op locatie in de wijk en in zorgcentra. Resultaten worden direct omgezet in producten en diensten voor de praktijk. Zo draagt een Living Lab direct bij aan een beter en competentere Limburg. Waar de burger gezond is en studenten vakbekwame, nieuwsgierige professionals zijn die verder kijken dan hun eigen interesse en vakgebied.

DE 7 LECTORATEN MET HUN LECTOREN:

- ✎ Autonomie en participatie van chronisch zieken (Emmylou Beekman)
- ✎ Kennisontwikkeling vaktherapieën (Anna-Eva Prick)
- ✎ Midwifery Science (Marianne Nieuwenhuijze)
- ✎ Ondersteunende technologie in de zorg (Ramon Daniels)
- ✎ Voeding, leefstijl en bewegen (Susy Braun)
- ✎ Wijkgerichte zorg (Erik van Rossum)
- ✎ Sociale Integratie (Sabrina Keinemans)

TIJDLIJN ONDERZOEK

2004

De Vroedvrouwschool is nog een zelfstandige opleiding en verhuist van Kerkrade naar haar huidige locatie: het terrein van de Universiteit Maastricht. Het doel is om sterkere verbindingen te leggen met het hoger onderwijs. De Vroedvrouwschool krijgt een nieuwe naam en wordt de Academie Verloskunde Maastricht.

De Vroedvrouwschool is een opleiding onder auspiciën van het toenmalige ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

2007

Officiële inrichting van de onderzoeksgroep bij de AVM. Het onderzoeksteam bestaat uit 4 à 5 docenten met een gezonde interesse in onderzoek en met onderzoekstaken. De focus ligt op preventie. Marianne Nieuwenhuijze is hoofd van het onderzoeksteam.

2008

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gaat over in dat van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. De AVM verbindt zich met Zuyd Hogeschool. De onderzoeksgroep wordt een eigen afdeling en onderzoek gaat in de vorm van EBM-onderwijs deel uitmaken van de bacheloropleiding Verloskunde.

2009

Marianne start met promotieonderzoek rondom gezamenlijke besluitvorming in de geboortezorg. Het onderzoek staat grotendeels in het teken van het welzijn van vrouwen en wat voor hen bepalend is voor goede geboortezorg. Kort gezegd komt dit neer op het ondersteunen van vrouwen om een actieve rol te hebben in de zorg, dat zij gehoord worden en serieus genomen worden. Er is steeds meer bewijs dat dit medisch, sociaal en psychisch ook betere uitkomsten geeft. Dit zorgt voor draagvlak bij behandelingen en het opvolgen van adviezen.



2010

De onderzoeksgroep wordt uitgebreid met een diversiteit aan mensen. Er komt een aantal verloskundigen bij, een arts en gezondheidswetenschappers. Dit vanuit de gedachte, 'we hebben een brede expertise nodig om goed onderzoek te doen'. Er wordt een hoogleraar aangesteld, de Amerikaanse socioloog Raymond de Vries. Hij doet veel onderzoek naar het Nederlandse systeem van de geboortezorg dat uniek is binnen de westerse wereld!

2020

Corona vraagt om serieuze aanpassingen en flexibiliteit op onderwijs- en onderzoeksgebied. Dat lukt het lectoraat en de opleiding goed. Corona levert ook nieuwe vraagstukken op voor onderzoekers en studenten. Hoogleraar Raymond de Vries gaat met emeritaat en Marianne Nieuwenhuijze wordt aangesteld als opvolger. Tijdens Covid-19 stijgt het aantal thuisbevallingen.

2014

Marianne promoveert in Nijmegen op het onderwerp 'Samen beslissen in de geboortezorg' onder de bezielende leiding van prof. dr. Toine Lagro-Janssen. Het proefschrift 'On speaking terms in maternity care' zoomt in op het betrekken van de vrouw bij het nemen van beslissingen binnen de verloskundige zorg, met specifieke aandacht voor het kiezen van baringshoudingen.

2021

De sociale verloskunde is sterk in opkomst, mede dankzij het gelijknamige boek hierover van de hand van gynaecoloog Eric Steegers, (niet praktiserend) verloskundige Adja Waelput en journalist Piet-Hein Peeters.

Het resulteert in diverse landelijke programma's, zoals Kansrijke Start en De eerste 1000 dagen van een kind. Op onderzoeksgebied is hier nog veel winst te behalen.

2015

Marianne wordt benoemd als lector en krijgt de leiding over al het onderzoek van het Kenniscentrum Verloskunde. Ze is verantwoordelijk voor alles wat het nog steeds groeiende lectoraat doet. Er worden steeds meer verbindingen gelegd; vraagstukken worden opgehaald uit de praktijk, en gaan terug diezelfde praktijk in. Enerzijds als kennis, tools en handvatten voor professionals. Anderzijds als onderwijsmateriaal voor het bachelor onderwijs en de na- en bijscholingstak Leven Lang Leren.

2022

Het lectoraat bestaat 15 jaar! Verloskunde/Midwifery heeft een uitgebreid eigen onderzoeksterrein. Er zijn landelijk inmiddels 2 hoogleraren binnen het vakgebied: prof. dr. Marianne Nieuwenhuijze, hoogleraar Midwifery/Fysiologische verloskunde werkzaam bij Zuyd en de Universiteit Maastricht en prof. dr. Ank de Jonge, hoogleraar Verloskunde Wetenschappen aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Onderzoek binnen de verloskunde is een uitdagend en veelbelovend vakgebied. De grote rol van de verloskundige vraagt anno 2022 om een stevige wetenschappelijke onderbouwing. Het blijft zoeken naar de juiste methoden, maar de kwaliteit van de geboortezorg staat steeds voorop!

ONDERZOEK HELPT OM MET EEN BREDE BLIK NAAR DE GEBOORTE- ZORG TE KIJKEN

Bezig zijn met onderzoek is ontzettend leuk, omdat het niet iets is wat je vanachter je bureaustoel doet. Volgens Marianne Nieuwenhuijze heeft het alles te maken met verbindingen leggen en leren van anderen door te luisteren. Je mag heel breed naar iets kijken, wat waardevolle inzichten oplevert om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren. Hoe heeft dit groeiende vakgebied zich ontwikkeld de afgelopen 15 jaar? Wat zijn de huidige hobbels? Waar is nog winst te behalen? En hoe maak je impact met je onderzoek?

De onderzoekscarrière van Marianne begon in 2009 met promotieonderzoek naar samen beslissen in de geboortezorg. "Uit onderzoek weten we dat vrouwen beter terugkijken op hun bevalling als ze een actieve inbreng hebben in de zorg rondom zwangerschap en bevalling. We weten ook dat een vrouw die positief terugkijkt minder emotionele klachten heeft in de periode nadat de baby is geboren en dat zij haar nieuwe rol met vertrouwen kan oppakken, ook in combinatie met werk."

Vanuit dat promotieonderzoek zijn in vervolgprojecten binnen het lectoraat, samen met een diversiteit van professionals, (scholings)materialen ontwikkeld en uitgetest. Materiaal dat internationaal weerklank vindt en gebruikt wordt. Dit heeft eraan bijgedragen dat Samen Beslissen breed wordt aanbevolen in de geboortezorg.

Voilà, in een notendop waarom onderzoek belangrijk is en een 'sneak peek' in hoe breed het vak van verloskundige geworden is. "Onderzoek levert nieuwe kennis en inzichten op om nog scherper te krijgen wat wel en niet werkt. Dat speelt zeker in de geboortezorg een grote rol, omdat we met iets heel kostbaars bezig zijn. Daarnaast moet een verloskundige zich kunnen verhouden tot een groeiende niet-fysiologische omgeving van zorg met de nadruk op risico's."

A woman with short blonde hair and glasses is smiling and looking to her left. She is wearing a dark top with a light-colored geometric pattern. The background is a blurred outdoor setting with a large building featuring several domes, suggesting a university or institutional campus. The lighting is bright and natural, indicating daytime.

**"MEER TECHNIEK
IS NIET ALTIJD HET
ANTWOORD OP BETERE
GEOORTEZORG."**

PROF. DR. MARIANNE NIEUWENHUIJZE
LECTOR EN HOOGLERAAR MIDWIFERY
SCIENCE / FYSIOLOGISCHE VERLOSKUNDE

BALANS IS KEY / Onderzoek is bedoeld om de kwaliteit van de geboortezorg te verbeteren, dat is het uitgangspunt. Door de verbinding met andere vakgebieden en de bredere kijk die je daardoor ontwikkelt, kun je meer zicht krijgen op waar verbetering mogelijk is. Met onderzoek kun je bewijs verzamelen om betere zorgresultaten te behalen, veranderingen in de zorg vorm te geven of om aan te tonen dat een aanpak kosten bespaart met hetzelfde resultaat.

“Er is in ontwikkelde landen een tendens om bij een bevalling veel te willen doen, omdat we hopen dat dit betere uitkomsten geeft. Maar langzamerhand ontstaat door onderzoek het inzicht dat we ook te veel kunnen doen. Ingrijpen geeft niet alleen geen betere maar in sommige gevallen zelfs een slechtere uitkomst.

Marianne noemt de keizersnede als voorbeeld. “Een keizersnede is een levensreddende operatie. Maar als je die niet om de juiste reden op het juiste tijdstip uitvoert, is het een grote buikoperatie die risico's met zich meebrengt voor moeder en kind. Je vergroot de kans op infecties, soms laat de placenta niet goed los of zijn de longen van de baby nog niet goed gerijpt en krijgt het pasgeboren kind ademhalingsproblemen. Dit zijn zaken waar de fysiologische bevalling in principe van nature voor zorgt.”

Het komt erop neer dat het met interventies gaat om balans zoeken tussen onder- en overbehandeling. Kijken vanuit meerdere blikken legt verschillende accenten en dat wrijft. “Juist die voortdurende wrijving helpt om betere zorg voor vrouwen neer te zetten. Neem het maken van een echo, dat is een krachtig instrument om te connecten met je kind. Maar je kunt ook dingen zien die onzekerheid en zorgen baren. Dan kun je een vruchtwaterpunctie doen maar ook dat is risicovol. Wanneer je zorgen hebt, bereid je je psychisch anders voor op de komst van een kind, wat ook weer zijn weerslag heeft op het verloop van de zwangerschap. Zo kun je in een escalatie van zaken terechtkomen die niet leiden tot een betere uitkomst voor moeder en kind. In Amerika bijvoorbeeld, waar veel ingegrepen wordt in het natuurlijke proces van de geboorte, is de moeder- en kindersterfte weer aan het toenemen. Meer techniek is niet altijd het antwoord op betere geboortezorg.”

HOLISTISCHE VISIE / Onderzoek kan je visie en aanpak onderbouwen, legitimeren en nuanceren. “Het is iedere keer weer zoeken naar de beste manier van inzichten verkrijgen, waarmee je de zorg verbetert. Soms lukt dat het beste via klassiek onderzoek, de ‘randomised control trial’ (het gerandomiseerde onderzoek) of een cohort studie. Hierbij volg je mensen langdurige tijd via een uitgebreide vragenlijst of andere metingen. Maar ook kwalitatief onderzoek heeft meerwaarde, sterker nog, het wordt steeds belangrijker.”

“DE UITKOMSTEN
WAREN BETEKENISVOL:
ER WAREN MINDER RUGGENPRIKKEN EN
KEIZERSNEDEN NODIG, VROUWEN
WAREN TEVREDENER OVER HET
VERLOOP VAN DE BEVALLING EN DE HELE
AANPAK KOSTTE MINDER GELD.”

Bij kwalitatief onderzoek ga je via het gesprek de diepte in. Soms individueel, soms collectief – de zogenaamde focusgroep. Je bevaart zorgverleners op wat zij belangrijk vinden en nodig achten, hoe zij bepaalde kennis zien en kunnen gebruiken in de praktijk. “Kwalitatief onderzoek wordt steeds belangrijker omdat we beseffen dat hele strakke gerandomiseerde onderzoeken niet genoeg kennis opleveren. Je kunt er prima mee achterhalen of een medicijn wel of niet werkt. Maar niet of een cliënt dat medicijn in gaat nemen. Zo ja, wat maakt dat ze dat doet en zo nee, wat helpt dat ze dit wel gaat doen?”

Niet elk onderzoek is dus geschikt voor elk doel, ook omdat het leven complexer lijkt te zijn geworden. “Wil je zorg verbeteren, dan volstaat het niet meer om te denken in ‘medicatie hier en een advies daar’. Soms is er een gedragsverandering nodig, soms moet er in de omgeving van een zwangere vrouw iets worden gestimuleerd of aangepast. Alleen medische kennis is niet meer toereikend. Corona heeft ons dat geweldig geleerd. We kunnen wel zeggen: iedereen moet zich isoleren want dat levert minder besmettingen op, maar zo zit de mens niet in elkaar. Mensen laten zich niet zomaar isoleren.”

‘Complexiteit’ vindt Marianne als term een doodoener. De praktijk vraagt om een holistische benadering: het kijken naar de totale mens. Dat sluit ook beter aan bij het principe van de positieve gezondheid. “Als lectoraat zijn we niet primair bezig met het oplossen van problemen. We willen gezondheid in de geboortezorg brengen. Wij vragen ons vooral af, hoe blijven moeder en kind gezond en hoe wordt de bevalling een positieve ervaring voor alle betrokkenen?”

EERSTE CONTACT / Holistisch kijken naar de individuele mens en zorg op maat (willen) leveren, is een principe dat in de geboortezorg sterk aan het nestelen is. Wie is de mens die tegenover mij zit en waar komt haar hoge bloeddruk vandaan? Heeft het een medische oorzaak of is er stress vanwege een werkgever die haar op de huid zit of door een slechte relatie met de moeder? Is ze in staat gezond te eten? Te stoppen met roken? Een behandeling te volgen?



“Persoonlijk opereer ik het liefste op het snijvlak van onderzoek en praktijk. Ik vind het geweldig om te weten hoe het precies in elkaar zit, maar ook om te weten hoe je daarmee omgaat in de praktijk. Als ‘dit en dit’ van invloed is op ‘dat en dat’, waar kun je dan beïnvloeden zodat het beter gaat? Neem de vroeggeboorte, hoe herken je een grote kans op vroeggeboorte in een vroeg stadium? Wat zijn de triggers? Het is fantastisch om daar gegevens over te verzamelen. Maar vervolgens moet je als praktiserend professional samenwerken met een cliënt om de kans op vroeggeboorte ook echt te verkleinen. Daar is meer voor nodig.”

Binnen het onderzoeksveld is steeds meer aandacht voor de invloed van integrale zorg op de verloskunde. Verloskundigen vormen de primaire doelgroep van het lectoraat, maar je kunt het vak niet meer los zien van alle andere disciplines die nauw betrokken zijn bij de zorg voor zwangere vrouwen. “De verloskundige heeft een grote meerwaarde in zorg voor zwangere vrouwen in het unieke Nederland systeem rondom geboortezorg, maar ook in andere landen over de hele wereld. Voor maar liefst 90% van de zwangere vrouwen in Nederland is de verloskundige het eerste contact. Ze is een wezenlijke partij die veel kan betekenen en dat moeten we ook kunnen waarmaken. Onderzoek kan daarbij helpen, dat doet het al.”

KENNISCENTRUM / Een van de belangwekkendste ontwikkelingen binnen de verloskunde is de aandacht voor sociale verloskunde. Daarbij wordt rekening gehouden met de (sociale) omgeving van zwangere vrouwen. “Andere vaardigheden worden hierdoor belangrijk: het kunnen leggen van verbindingen, kunnen afstemmen en samenwerken binnen de gezondheidszorg en het sociale domein, het weten hoe je zicht krijgt op de leefomgeving van de vrouw en samen met haar kunt beslissen over opties en doelen.”

Onderzoekers van het lectoraat proberen duurzame verbindingen aan te gaan met het sociale domein rondom zorg voor zwangere vrouwen in kwetsbare omstandigheden. “Het systeem veranderen gaat langzaam maar hoe kun je mensen daar wel in meenemen? Op dit gebied willen wij deskundiger worden. We zijn in Nederland heel goed in ‘het op beleidsniveau dingen uitdenken’, sociale verloskunde is daar een heel mooi voorbeeld van. We hebben beter in de gaten hoe de sociale context van invloed is op de gezondheid van vrouwen. Prachtig natuurlijk, maar bewustzijn is pas de eerste stap.”

Uitvoering geven aan deze inzichten doen de verloskundigen. Daarvoor zijn nieuwe competenties nodig, concrete handreikingen die ook werkelijk effect hebben. “Ook zijn structuren nodig die hen daartoe in staat stellen. Juist daar blijkt vaak geen geld of prioriteit voor, dat is een veel moeilijker stap. Het is ook een mooi onderwerp om dieper op door te praten met die sociale verloskundige. Hoe gaan we dat voor elkaar krijgen? Soms lukt het ook niet, maar we moeten doorzetten en het onder de aandacht blijven brengen.”

Al die verbindingen maken het lectoraat van de Academie Verloskunde Maastricht steeds meer tot een kenniscentrum. In de regio Limburg is gedurende de afgelopen 15 jaar een breed en stevig netwerk gevormd, en ook landelijk zijn er vele verbindingen. “We werken nauw samen met de andere zorg- en welzijnslectoraten van Zuyd [zie p. 21] en met vakgroepen van de Universiteit Maastricht, waar het de gezondheidsbevordering en geboortezorg betreft. De universiteit en het lectoraat vullen elkaar goed aan. Vanuit de universitaire wereld denken we vooral ‘we willen meer weten’ en bij Zuyd Hogeschool ‘willen we beter weten hoe we het moeten doen’. Natuurlijk helpt het dat ik zowel lector ben bij Zuyd als hoogleraar bij de Universiteit Maastricht. Zo kan ik beide werelden vol vertrouwen verbinden.”

WERK AAN DE WETENSCHAPPELIJKE WINKEL / Een grote uitdaging bij het doen van onderzoek is de verbinding met de praktijk. “We willen onderzoek doen met en voor het werkveld. Van de eerste gedachten over de onderzoeksvraag tot de interpretatie en toepassing van de uitkomsten.” Waar het lectoraat de handen vol heeft aan onderzoek doen naar het vak is de verloskundige druk in de weer met uitvoering geven aan het vak. “Hoewel onderzoek als factor van belang wordt omarmd in de praktijk roept deelname ook bezwaren op vanwege de extra taken die het met zich meebrengt.”

Een andere hobbel is volgens Marianne het bereiken van vrouwen in kwetsbare situaties en hen meekrijgen in onderzoeken. “Hoe overtuig je hen dat hun stem ook belangrijk is? Welke instrumenten gebruik je die ook voor hen toepasbaar zijn? Als je bijvoorbeeld een zwangere vrouw met beperkte gezondheidsvaardigheden begeleidt, vraagt dat aanpassingen in de taal [zie p. 14]. Soms moet je opletten of iemand de juiste vragen kan stellen. Er wordt daarom óók onderzoek gedaan naar hoe het lectoraat deze uitdagingen voor elkaar kan krijgen.”



Zwangeren in een eerder stadium bereiken (bij het nadenken over kinderen en zwanger worden) en ze langer volgen, is ook niet gemakkelijk. “Nu komt de verloskundige veelal in beeld aan het begin van een zwangerschap. Ze volgt het verloop, is aanwezig bij de geboorte en blijft nog een paar weken of maanden na de bevalling actief. Ze wil een moeder achterlaten die stevig staat, zodat ze voor zichzelf en haar kind kan zorgen.” Een goede aansluiting met de Jeugdgezondheidszorg is daarom ook belangrijk.

Volgens Marianne valt er ook nog veel winst te behalen op het gebied van de implementatie van onderzoekresultaten. Niet alleen bij verloskundigen maar denk aan zorgverzekeraars, die bepaalde zorg al dan niet moeten vergoeden. “Het Nederlandse systeem van financiering is strak geregeld. Neem de continuïteit van zorg, waar vrouwen gedurende de zwangerschap en geboorte ondersteund worden door een haar bekende verloskundige. Internationaal onderzoek laat zien dat het betere uitkomsten geeft, maar een zorgverzekeraar ziet in eerste instantie alleen een extra uitgave. Je moet dus in gesprek met zo’n partij, en dat vraagt om andere vaardigheden. Als lector en hoogleraar hou ik me daarom veel bezig met het leggen van allerlei verbindingen, in de meest brede zin van het woord.”

PLAKFACTOR / Onderzoek wordt impactvoller door er ruchtbaarheid aan te geven. Niet alleen in wetenschappelijke tijdschriften, ook op de eigen website, via interne en externe nieuwsbrieven, via persberichten in de media en het spreken op congressen. “Het is belangrijk jezelf steeds meer te verweven met allerlei mensen en instanties die bezig zijn met geboortezorg. Om met hen je bevindingen te delen en medestanders te krijgen. Zij moeten immers de resultaten implementeren.”

MARIANNE NOEMT ALS VOORBEELD
de studie rond continuïteit van zorg die de Academie Verloskunde Maastricht samen met de Universiteit Maastricht en kraamzorgorganisaties heeft uitgevoerd.

Hierbij was vanaf het begin van de bevalling een kraamverzorgende ondersteunend aanwezig. De uitkomsten waren betekenisvol: er waren minder ruggenprikken en keizersneden nodig, vrouwen waren tevredener over het verloop van de bevalling en de hele aanpak kostte minder geld.

“We zoeken nu contact met zorgverzekeraars, kraamzorg en andere instanties want er zit een grote hobbel in de financiering om het als reguliere zorg weg te zetten. Hoe vliegen we dat aan? Dat vraagt om andere expertise en vaardigheden. Onderzoekers zijn goed in zaken uitzoeken maar het impactvol wegzetten en implementeren van je resultaten vraagt om inzicht in hoe structuren en organisaties in elkaar zitten. Je moet weten hoe de politiek en het bedrijfsleven werkt. Bij wie je moet zijn om gehoord te worden en invloed uit te oefenen.”

Impact maken vraagt om vasthoudendheid en een lange adem. Mensen veranderen niet zo snel, organisaties dus ook niet. Verandermanagement is inderdaad andere koek. Ook voor onderzoekers is dat lastig. “Je moet bereid zijn bij mensen de deur plat te lopen. Om iedere keer weer de verbinding op te zoeken, totdat ze open staan voor je boodschap. Je moet soms net dat ene haakje vinden waardoor iets blijft plakken.” Over hoe je ideeën kunt laten beklijven is door Dan en Chip Heath een mooi boek geschreven, de Plakfactor. Het is literatuur die elke onderzoeker met leiderschapsambities zou moeten lezen.








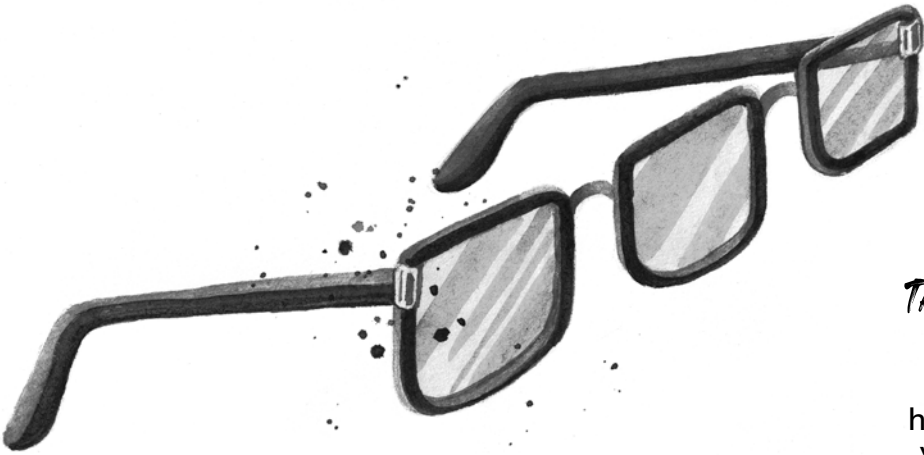
EVIDENCE BASED VERLOSKUNDIG HANDELEN GAAT OOK OVER IDENTITEIT

Een brede blik houden op goed onderwijs. Een brede onderbouwing realiseren van de verloskundige rol. Een breed kenniscentrum realiseren. Tamar van Haaren kijkt, vanuit haar diversiteit aan rollen binnen de Academie Verloskunde, duidelijk door een brede bril naar de driehoek 'onderwijs, onderzoek en praktijk'. Als het gaat om evidence based verloskundig handelen gaat ze echter de diepte in. Wat betekent dit begrip? Waarom is het belangrijk genoeg om er een hele programmaliijn voor in het leven te roepen? En wat zegt dit over de identiteit van de Academie Verloskunde Maastricht?



De verloskundige bekleedt nog steeds een sleutelpositie binnen de geboortezorg. Het gros van de vrouwen komt tijdens zwangerschap, baring en kraambed in aanraking met een verloskundige; 90% van de zwangere vrouwen start haar zorg zelfs bij de verloskundige. De verloskundige wordt gezien als de poortwachter van het fysiologische proces. Tamar van Haaren pleit ervoor om dit niet als vanzelfsprekend te zien en achterover te gaan leunen. “We moeten ons hard blijven maken om die rol te onderbouwen, bewaken en bevorderen.” Die noodzaak om de verloskundige rol aan te scherpen, bij te stellen en uit te breiden komt vanuit maatschappelijke verschuivingen. “Zo is er een paradigmaverschuiving gaande van het vertrouwens- naar het risicoparadigma. Dit leidt tot een sterkere medicalisering met meer ingrepen die niet per se leiden tot evenredig betere uitkomsten voor moeder en kind. Er is ook meer aandacht voor de organisatie van zorg: van ketenzorg naar integrale geboortezorg. Passend hierbij is de aandacht voor ‘de juiste zorg op de juiste plek’. Ik zou hier nog aan toe willen voegen: door de juiste persoon. Daarnaast wordt de rol en de stem van de zwangere vrouw in het verloskundig proces steeds belangrijker.”

TAMAR VAN HAAREN
OPLEIDINGSMANAGER BACHELOR
VERLOSKUNDE, SENIOR ONDERZOEKER
EN PROGRAMMALEIDER EVIDENCE BASED
VERLOSKUNDIG HANDELEN



MEER DAN EVIDENCE / Legitimering van de verloskundige, als sterke autonome professional die de fysiologie bewaakt en bevordert, vraagt volgens de Academie Verloskunde Maastricht en Tamar om een goede wetenschappelijke onderbouwing. Daarom heeft het lectoraat van de Academie Verloskunde een programmaliijn in het leven geroepen die het evidence based verloskundig handelen moet versterken. "Dit kan door onze kennis over het normale, fysiologische proces van zwangerschap en geboorte te vergroten. Hiervoor is het nodig dat we onderzoek doen naar allerlei factoren – medisch en psychosociaal – die van invloed zijn op dit proces."

De noodzaak om onderzoek te doen naar en kennis te genereren over de fysiologie is, behalve al vijftien jaar stap voor stap verankerd binnen het lectoraat, sinds een aantal jaren ook geworteld aan de basis: in het onderwijs. Vanaf jaar één van de bachelor Verloskunde worden studenten getraind in het ontwikkelen van hun Evidence Based Midwifery (EBM-) vaardigheden. De accumulatie daarvan leidt in het vierde jaar van de studie tot een bachelor-thesis [zie p. 52].

EBM is meer dan statistiek en evidence alleen, die associatie leeft sterk bij studenten. "Hen warm maken voor EBM is soms best een lastige klus. In eerste instantie komen ze om het vak, het 'ambacht' te leren. Aandacht voor epidemiologie en statistiek en het lezen van 'lastige' Engelse, wetenschappelijke artikelen staan niet direct garant voor enthousiasme. En toch, op het moment dat je vanuit die wat droge materie de verbinding maakt met de praktijk en hen laat zien waarom het ertoe doet: dan heb je ze!"

EBM is gebaseerd op 3 pijlers die meewegen in je handelen als verloskundige: voorkeuren van de zwangere vrouw op basis van haar waarden, klinische ervaring van de verloskundige en het beste bewijs uit onderzoek. Evidence based handelen versterken, betekent ook meer dan onderzoek uitvoeren en kennis genereren. "Willen verloskundigen een krachtige stem hebben bij het maken van beleid en hierover kunnen meepraten vanuit een fysiologische blik, dan moeten ze in staat zijn evidence te begrijpen en toe te passen. Ze moeten wetenschappelijke artikelen snappen en onderzoeksresultaten kunnen interpreteren."

TAMAR BENADRIJKT dat echt niet iedereen onderzoeker hoeft te worden, maar evidence based verloskundig kunnen handelen is wél van belang. De Academie Verloskunde Maastricht ziet het als taak om verloskundigen te ondersteunen en toe te rusten in het ontwikkelen van de benodigde EBM-vaardigheden. "Zo hebben we onlangs een online bijeenkomst georganiseerd voor verloskundigen om resultaten uit een belangrijke nieuwe richtlijn samen te bespreken: wat is de wetenschappelijke onderbouwing van deze richtlijn? Hoe maak je de vertaling naar de praktijk?"

Reeds afgestudeerde professionals binnen de verloskunde kunnen zich na- of bijscholen in EBM-vaardigheden via Leven Lang Leren [zie p. 72], de na- en bijscholingstak van het kenniscentrum Verloskunde. "Verloskundigen in de praktijk die studenten begeleiden, geven geregeld aan dat ze merken dat de huidige studenten meer bedreven zijn in het toepassen van evidence en dat is goed om te horen."

DATA EN WAARDE GEDREVEN / Onder de programmaliijn 'Evidence based verloskundig handelen' vallen onder andere de VALID studie en het VeCaS-project. "Het VeCaS-databestand biedt een schat aan informatie over het normale verloop van zwangerschap en bevalling. Door onderzoek te doen met deze data kunnen we verloskundigen inzicht geven in processen en hun handelen onderbouwen op basis van goede evidence." Twee mooie voorbeelden van hoe VeCaS-data nieuwe inzichten opleveren, zijn het geboortegewichtcurve project [zie p. 36] van Bert Zeegers en de masterstudie van Anneke Pouwels rond het opsporen van groeiachterstanden bij een kind in de buik [zie p. 39]."

Een ander mooi project binnen deze programmaliijn is de VALID studie, waarbij er onderzoek wordt gedaan naar praktijkvariatie ten aanzien van het inleiden van de bevalling. "We constateren dat er grote, regionale verschillen zijn tussen VSV's: Verloskundige Samenwerkingsverbanden."

Kort gezegd: in de ene regio heb je als zwangere vrouw meer kans om ingeleid te worden dan in een andere regio. Hoe kan dat? En is dat wel gewenst? Welke stem hebben zwangere vrouwen hier zelf in? Met de uitkomsten van dit project willen we bijdragen aan zinnige zorg, die aansluit bij de behoeften van aanstaande ouders.” [zie p. 43, p. 47].

ONDERWIJS IDENTITEIT / Het idee van de programmalijnen is nog jong, ze zijn ontstaan vanuit de praktijk en ingevoerd in september 2021. “Marijke en ik doen, samen met tal van andere mensen, ons best om deze lijnen binnen het lectoraat en de opleiding verder te vertalen naar onderzoek en onderwijs. “Via de programmalijnen geeft de bacheloropleiding studenten ook een stukje identiteit mee. We maken ze bewust van de impact van zorginnovaties op hun vak en het belang van evidence based verloskundig handelen. Met beide kunnen zij zich profileren en onderscheiden in de markt.”



Dit geldt ook voor de academie zelf die via beide programmalijnen meer focus aanbrengt in haar missie en visie. “Wat DNA en identiteit betreft is het goed om te weten dat wij standaard opereren binnen de driehoek Onderwijs – Praktijk – Onderzoek” aldus Tamar. Noem het circulair onderwijs met een holistische, verbindende en breed onderbouwde blik.”

Om impact te maken met onderzoek moet je vooraan in de keten beginnen: ‘bij de verbinding met het onderwijs’. Tamar wil niets liever dan dat studenten beslagen ten ijs komen in het huidige verloskundige werkveld. EBM-vaardigheden ontplooiën zou idealiter ook moeten leiden tot het ontwikkelen van bewustzijn en een kritische attitude. Waar ze in sommige landen ‘too little, too late’ doen, gaan we in Nederland steeds meer richting ‘too much, too soon’. Dat heeft niet alleen impact op de zorgkosten die we met zijn allen betalen. Het levert soms juist negatieve uitkomsten op voor moeder en (ongeboren) kind.”

Om in het Westen de balans te vinden tussen onder- en overbehandeling biedt het Oosten misschien uitkomst. ‘Wu wei’ is een grondbeginsel van taoïsme dat betekent ‘weten wanneer wel te handelen (actief optreden)’ en ‘weten wanneer niet te handelen’. Dat onderscheid kunnen blijven maken is in de kern het doel van evidence based verloskundig (kunnen) handelen. Volgens de fysiologische verloskunde is dat niet alleen de betere maar de beste optie.

EBM-VAARDIGHEDEN

WORDEN INGEZET OM TE
BEOORDELEN VOOR WIE,
WAT, WANNEER WEL OF NIET
WERKT EN WAAROM.
ZE BESTAAN UIT
3 COMPONENTEN:

1. EXPERTISE VAN PROFESSIONAL
2. VOORKEUREN VAN DE CLIËNT
3. EVIDENCE: WETENSCHAPPELIJK BEWIJS

LENGTE KOPPELEN AAN GEWICHT TOT IN LENGTE VAN DAGEN



BERT ZEEGERS

DOCENT, ONDERZOEKER EN VANAF HET BEGIN

BETROKKEN BIJ VECAS

Met wiskunde, slimme technieken en minder data dan gebruikelijk is het Bert Zeegers gelukt om goud te delven uit het VeCaS-project. VeCaS, het Verloskundig Casus Registratiesysteem, is met meer dan 62.000 casus een inmiddels overvloedige bron van data over de fysiologische verloskunde. Het geboortegewichtcurve project koppelt de invloed van de lengte van de moeder aan het geboortegewicht van het kind. Zo kunnen kopzorgen en zorgingrepen mogelijk voorkomen worden.

Grote moeders baren grote kinderen, het klinkt logisch en dat blijkt ook uit de data. Tenminste als je die weet te interpreteren en slim weet te koppelen. Er moest namelijk een ervaren onderzoeker aan te pas komen om die link te leggen. Bert Zeegers, al bijna 30 jaar werkzaam op het gebied van onderzoek en onderwijs in de verloskunde, blijft er bescheiden onder. Zijn ogen glinsteren van plezier.

De Academie Verloskunde Maastricht ligt letterlijk aan de wortels van het leven en de carrière van Bert, want hij is geboren op de Vroedvrouwschool in Heerlen. Hij studeerde geneeskunde en onderwijskunde, maar raakte als docent al snel gefascineerd door onderzoek. Dat was ook nodig volgens Bert. "De behoefte om wetenschap een plek te geven binnen het verloskunde onderwijs lag er 25 jaar geleden al. Toch heeft het nog even geduurd voordat er in het curriculum aandacht voor kwam. Er zijn ook lang geen promovendi geweest op het gebied van de verloskunde."

Als nestor heeft Bert kunnen bijdragen aan het ontstaan van het lectoraat. VeCaS, gestart in 2011, was een van de eerste onderzoeksprojecten, geïnitieerd door verloskundige Hennie Wijnen, nu met pensioen. Bert is al vanaf het begin betrokken bij VeCaS. Het is het langstlopende project binnen het lectoraat en dat zal het blijven, want de data blijven binnenstromen. "VeCaS is ook het eerste project waar we met de Academie Verloskunde Amsterdam en Groningen (AVAG) een nauwe samenwerking in onderzoek hebben kunnen realiseren."



DATA OVER FYSIOLOGIE/ Het VeCaS-project is gestart omdat er kennis nodig was over de fysiologie in de Nederlandse setting. Veel data kwamen uit het buitenland, waar de verloskunde niet te vergelijken is met het geboortesysteem bij ons. In Nederland wordt zwanger zijn en bevallen benaderd als een fysiologisch proces en is het aantal ingrepen beperkt. Buitenlandse data zijn veelal afkomstig van een mix van 'high risk' en 'low risk' zwangere vrouwen. Uitkomsten van onderzoek kunnen daardoor moeilijker toegepast worden op zwangere vrouwen die onder begeleiding zijn in de eerste lijn.

"Nu doen er meer dan veertig verloskundige praktijken mee uit heel Nederland aan het VeCaS-project. Ook zij zien het belang van dit onderzoek en vinden het leuk om te participeren." Via 'informed consent' van zwangere vrouwen krijgt het onderzoeksteam de beschikking over digitale dossiers. "We krijgen alleen geanonimiseerde gegevens uit de vaste invulvelden, niet de open velden. Er rollen geen kant-en-klare data binnen op de onderzoeksafdeling, maar dossiers die verschillend opgebouwd zijn."

De dossiers worden 'omgetoverd' tot geschikte onderzoekbestanden. Het vraagt de nodige expertise om aangeleverde informatie naast elkaar te kunnen leggen voor vergelijking. "Ik opereer hierin niet alleen maar werk samen met Pien Offerhaus, Anneke Pouwels en Astrid Merckx. Omdat we dit samen doen versterken we elkaar, lukt het en verbeteren we de kwaliteit van het onderzoek."



LENGTE EN GEWICHT / Een van de succesvolle datatoepassingen die is bedacht door Bert zelf is het koppelen van de lengte van de moeder aan de geboortegewichtcurve. "De lengte van de vader heeft maar beperkte invloed, het gaat om de baarmoedergrootte en die is groter bij grotere vrouwen."


Het doel van een geboortegewichtcurve is om kinderen met een groeiwijking op te sporen. Kinderen kunnen echter vanuit zichzelf klein of groot zijn; zo zijn ze gebouwd, zeker als de moeder klein of groot is. "De huidige Perined-geboortegewichtcurven houden daar echter geen rekening mee; ze nemen het geslacht van het kind mee maar niet de lengte van de moeder."

"Bij het maken van de Perined-curven waren lengte data van de moeder niet beschikbaar. Gebruik van de Perined-curven creëert bij een deel van de pasgeborenen onderbehandeling en bij een ander deel overbehandeling. Denk bij laatste aan aanvullend onderzoek naar lage bloedsuikers, wat voor pasgeborenen belastend is."

Met VeCaS-data is het gelukt geboortegewichtcurven te maken die rekening houden met het geslacht van het kind én de lengte van de moeder. De methode van ontwikkeling en de eerste testresultaten van de geboortegewichtcurven heeft Bert voorgelegd aan experts, waaronder kinderartsen, gynaecologen en verloskundigen. Ze juichen de ingeslagen weg toe. Voor Bert extra motivatie om de nieuwe geboortegewichtcurven in de praktijk te gaan testen en toe te werken naar implementatie.

SLEUTEL TOT SUCCES / "Vragen uit de praktijk verzamelen, zodat verloskundigen zich herkennen in het vraagstuk." Dat is volgens Bert de sleutel tot impactvol onderzoek. Hij doelt daarmee op relevantie. "Met onderzoek kun je een klein stukje toevoegen aan de bestaande puzzel. Het inspireert om met onderzoek in teamverband te mogen bijdragen aan de best mogelijke zorg voor moeder, vader en kind. Dat wil ik graag tot in lengte van dagen blijven doen."





MASTER ONDERZOEK
GROEIAFWIJKINGEN:
NIEUWSGIERIGHEID
NEXT LEVEL

ANNEKE POWELS

WERKZAAM ALS DOCENT EN ONDERZOEKER
BIJ ACADEMIE VERLOSKUNDE MAASTRICHT

EN ALS VERLOSKUNDIGE IN MAARHEEZE

Aneke Pouwels is in 2015 afgestudeerd aan de Academie Verloskunde Maastricht. Ze was altijd al nieuwsgierig, wat helpt wanneer onderzoek bij het academische curriculum hoort. Maar er is meer voor nodig om vervolgens de vrije minor 'Onderzoek' te volgen, daarna als junior onderzoeker bij het lectoraat te gaan werken en 'on top of that' een master studie Evidence Based Practice in Health Care aan de Universiteit van Amsterdam te gaan doen. Waar gaat Anneke's masterthesis over en waarom specialiseert een verloskundig professional zich in onderzoek?

"Bert Zeegers is eigenlijk de reden dat ik hier zit" zegt ze met een grote glimlach, "en Hennie Wijnen. Als je van de vakkundigheid en de onderzoekspassie van die twee mensen niet enthousiast wordt, dan weet ik het ook niet meer". Hennie Wijnen stond in 2012 aan de voet van het VeCaS-project. Anneke's onderzoeksvuur is aangestoken door haar afstudeeronderzoek bij de bachelor Biomedische Wetenschappen en opgevlamd tijdens de minor Onderzoek, toen ze voor het eerst gebruik maakte van VeCaS. "Break it or leave it" was de titel van mijn onderzoek, over het wel of niet breken van de vliezen en de invloed daarvan op de ontsluitingsduur. Dat de input voor VeCaS rechtstreeks uit de praktijk komt, is van grote betekenis voor alle betrokken partijen: het werkveld, de student, de cliënt en de onderzoeker zelf."

GOUDEN EI / 'Foetale groei screenen middels fundus-symfyse metingen' is het onderwerp van Anneke's master onderzoek, of in gewone mensentaal: hoe kan een verloskundige een eventuele groeiafwijking van het kindje in de buik opsporen bij haar zwangere cliënt? Dit kan namelijk leiden tot complicaties en zelfs babysterfte, en dat is wel het laatste wat je wil als verloskundige.

"Om afwijkingen in groei op te sporen is ooit de GROW-methode ontwikkeld. De implementatie daarvan is echter nooit helemaal goed van de grond gekomen. Dat maakt dat er momenteel geen referentiecurve bestaat om je meting als verloskundige tegen af te zetten. Dit bracht ons op het idee om zo'n curve voor Nederland te ontwikkelen. We hebben gekeken naar gemiddelden en hier percentielen (P) bij gecreëerd".

Voor het onderzoek zijn VeCaS-data gebruikt, in dit geval bepaalde standaard metingen uit het reguliere fysiologische onderzoek. "Vanaf ongeveer halverwege in de zwangerschap wordt de afstand gemeten tussen de fundus (bovenrand baarmoeder) en de symfyse (bovenrand schaambot). Met de groei van de buik, wordt deze afstand groter. Logisch, maar wanneer is er nou sprake van een zorgelijke groeiafwijking?"

Goede vraag... geeft een curve hierop antwoord? "De curve an sich is niet het gouden ei. Hij is ook niet in beton gegoten. Groei in de gaten houden vraagt om een veelzijdige benadering. Je kunt niet zomaar zeggen, 'nu is het goed en nu niet'. Fundus-symfyse metingen worden al snel beïnvloed door bijvoorbeeld de Body Mass Index (BMI), maar ook het aantal zorgverleners dat de metingen uitvoert en hoé zij meten. Met de curve hopen we richting te geven en te bereiken dat er een bepaalde awareness is als de groei onder de P10 of boven de P90 zit, of als er langere tijd weinig of geen groei is. Maar het is uiteindelijk het gehele plaatje dat doorslaggevend is."

METEN IS METEN / Eén van de factoren die meespeelt bij het inschatten van zorgwekkende afwijkingen is logischerwijs hoe er gemeten wordt. Daarin zitten nogal wat verschillen in, zo blijkt. "We weten dat de variatie tussen zorgverleners groot is. Met de screening middels fundus-symfyse metingen lukt het ook niet zo goed om zeer nauwkeurig kinderen met een groeiafwijking terecht aan te wijzen. Echter de kans dat een kind met een niet afwijkende meting ook geen groeiafwijking heeft is beduidend beter. Daarnaast zijn er ook weinig andere



MINOR LECTORAAT

methoden die betere uitkomsten opleveren als het gaat om het inschatten van groei. Een standaard echo in het derde trimester levert niet per definitie betere uitkomsten op en is een stuk kostbaarder dan de fundus-symfyse meting, de tool waar mijn hele onderzoek over gaat.”

Met de metingen en de curve als screeningstool probeert een onderzoeker iets te zeggen over de groei van de foetus in het algemeen, met name om het werkveld richting te geven. “Over het algemeen krijg je gelukkig een kind dat qua grootte bij je past. Bij onderliggende problematiek, denk aan een placenta die niet goed functioneert of zwangerschapsdiabetes, moet je eerder in actie komen. Het is belangrijk om juist in die situaties waarin je vooraf geen problemen verwacht, een eventuele groeifwijking op te sporen.”

VOORSPRONG / Anneke's onderzoek is praktisch ingestoken, er komen nog geen dure software applicaties bij kijken. Verloskundigen krijgen in eerste instantie straks een simpele tabel met waarden. Daar kunnen ze direct en zonder scholing mee aan de slag. “Wat wij ontwikkeld hebben, loopt parallel aan de ontwikkeling van een richtlijn over dit thema door de beroepsvereniging KNOV, de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen”.

Die aansluiting bij de praktijk is volgens Anneke een van de voorwaarden om impact te maken met onderzoek. Dat ontdekte ze al in de minor Onderzoek en bij het realiseren van haar afstudeerscriptie. Nu ze vanuit het lectoraat zelf voor het VeCaS-project werkt, is ze keer op keer getuige van het effect van die werkveld connectie.

“Niet alleen alle data maar ook de onderzoeksvragen komen uit de praktijk. Als het veld er zelf om vraagt, heb je urgentie en draagvlak. Praktijken die data en onderzoeksvragen aanreiken, zien meteen wat het kan opleveren. Daarom zijn ze gemotiveerd om mee te doen en er extra tijd voor in te ruimen.” VeCaS biedt de unieke mogelijkheid om het fysiologische verloop van zwangerschap, baring en kraambed te analyseren. Vaak zijn verloskundigen zich al langer bewust van bepaalde problemen waar ze in de praktijk tegenaan lopen. Denk bijvoorbeeld aan de invloed van de lengte van de moeder op de classificatie van geboortegewichten [zie p.37]. Maar dat verband is niet wetenschappelijk te onderbouwen zonder de juiste data.

“Mooi toch, dat we hier met VeCaS een bijdrage aan kunnen leveren”, zegt Anneke. Het verwondert haar niet dat inmiddels ook bijna 25 praktijken uit Amsterdam - Groningen aangehaakt zijn bij het project. “Dat geeft de data ook meer representativiteit in de Randstad.” Onderzoek uitvoeren dat direct verbonden is met het werkveld heeft dankzij VeCaS al vanaf de start een voorsprong. Dat is meer dan mooi wanneer het om zulke belangrijke zaken gaat als de groei van nieuw leven.

Een van de grote voordelen van de minor Onderwijs en Onderzoek bij het Lectoraat is dat je als student met data en onderzoeksvragen werkt die rechtstreeks uit de verloskundige praktijk komen. Dit doet iets met studenten voor wie de connectie met het werkveld van groot belang is. Om je Evidence Based Midwifery-vaardigheden te ontwikkelen, is een opdracht maken alleen vanuit de theorie niet voldoende. Het is de verbinding met de praktijk die het hem doet. Binnen de minor ontwikkel je deze skills met hulp van relevante en actuele thema's binnen je vakgebied. De intrinsieke motivatie groeit, de theorie wordt begrijpelijker, het enthousiasme stijgt en vaak vallen puzzelstukjes op hun plek.



ONDERZOEK DAT ERTOE DOET

Wat was het effect van de sluiting van ziekenhuis Lelystad op de geboortezorg? Dat was de centrale vraag van Verloskundige praktijk Madelief, regio Urk en omstreken, na de sluiting van het ziekenhuis Lelystad in oktober 2018. Behalve een aantal vragen leefden er ook zorgen, en er ontstond een discussie met een zorgverzekeraar over de praktijkuitbreiding waartoe besloten werd. Dankzij het VeCaS-project en een aantal studenten van de Academie Verloskunde Maastricht kon er snel een antwoord worden gevonden op de onderzoeksvraag. De resultaten stelden gerust en maakten een voorlopig einde aan de discussie met de zorgverzekeraar.

Meer ziekenhuisbevallingen, meer inleidingen, meer bloedingen. Dit waren in een notendop de zorgen van verloskundige Karine van der Heijden-Straatsma en haar inmiddels 6 collega's na sluiting van ziekenhuis Lelystad. De zorgen waren ontstaan door een aanrijtijd die ineens verdrievoudigde: van 25 minuten ineens naar 45 minuten. Vanaf Urk reden de ambulances nu naar het ziekenhuis in Sneek, Heereveen, Zwolle, Harderwijk of Almere.

KARINE VAN DER HEIJDEN-STRAATSMA

VERLOSKUNDIGE

VERLOSKUNDIGENPRAKTIJK MADELIEF IN URK

Urk had een hoog percentage thuisbevallingen, daar waren de verloskundigen heel trots op. Maar er was een vermoeden dat dit door de sluiting veranderd was. Het ergste waren echter de zorgen over de kwaliteit van de dienstverlening: was die nog wel veilig? Creëerde de praktijk niet meer noodgevallen? Verloskundige praktijk Madelief besloot om het team te verdubbelen: van 3 naar 6 verloskundigen. Op een dienst worden nu standaard 2 mensen gezet, zodat er op tijd gehandeld kan worden bij constatering van een noodgeval. De uitbreiding kostte veel geld, de praktijk raakte in een discussie verwickeld met de zorgverzekeraar.

GERUSTSTELLING / Onder de hoede van het VeCaS-project stortte een team van studenten zich op de onderzoeksvraag. Praktijk Madelief doet vanaf de start van de praktijk al mee aan het VeCaS-project. Daardoor kunnen dossiers van voor en na de sluiting in oktober 2018 goed met elkaar vergeleken worden. Behalve gegevens op een juiste manier documenteren hoeft een 'VeCaS-praktijk' verder niets te doen. VeCaS trekt data vanzelf uit het programma, het levert verder geen extra werk op.

De onderzoeksresultaten bevestigden het vermoeden dat er door de ziekenhuissluiting meer overnames waren door de tweedelijnszorg. Dit aantal is overigens na 2 jaar sluiting weer genormaliseerd; op Urk bevallen de vrouwen weer vaker thuis. Het vermoeden dat er meer bloedingen waren na een thuisbevalling klopte niet. Het aantal bloedingen bij thuis bevallen en bij bevallen in het ziekenhuis liet geen betekenisvol verschil zien. Dat was een grote geruststelling voor de verloskundigen. Ze konden gewoon hun werk blijven doen op Urk. Ook de discussie met de zorgverzekeraar stopte omdat de praktijkuitbreiding met cijfers onderbouwd kon worden.

Volgens Karine is de impact van dit VeCaS-onderzoek groot en betekenisvol geweest, omdat het onderwerp zo dicht bij de praktijk ligt. De praktische toepasbaarheid van onderzoek en het produceren van concrete resultaten maken volgens haar het verschil. Het bepaalt of je onderzoek uitvoert dat ertoe doet, want alleen dan kun je impact creëren.



SPIEGELTJE, SPIEGELTJE AAN DE WAND:

HOE BLIJVEN WE
DE BESTE ZORG
LEVEREN IN
DIT LAND?



PIEN OFFERHAUS

DOCENT

SENIOR ONDERZOEKER

In haar promotieonderzoek was Pien Offerhaus al bezig met het duiden van praktijkvariatie. Toen was het onderdeel van het onderzoeken van de trends in verwijspatronen binnen eerstelijns verloskunde, met de nadruk op verwijzingen tijdens de baring. In de VALID studie staat die praktijkvariatie centraal omdat het percentage inleidingen van de baring tussen Verloskundige Samenwerkingsverbanden (VSV's) sterk verschilt. Samen met senior onderzoekers Judit Keulen en Tamar van Haaren geeft Pien het onderzoek vorm. Pien licht de onderzoeksvragen toe en legt uit waar en waarom onderzoek het verschil kan maken binnen de fysiologische geboortezorg.

Laten we bij het begin beginnen: wat is een VSV en hoe selecteer je die binnen zo'n onderzoek? "Een VSV is een regionaal samenwerkingsverband binnen de geboortezorg, meestal gecentreerd rond een ziekenhuis. Het bestaat uit verloskundige praktijken, de verloskunde afdeling van het ziekenhuis, kraamzorgorganisaties en andere geboortezorg professionals. Samen maken ze beleid en voeren dat volgens de gemaakte regionale protocollen uit."

Met gegevens van stichting Perined, de landelijke database voor de geboortezorg, kun je VSV-cijfers met elkaar vergelijken. "Via de gegevens die zij aanleveren, kun je bepalen welke vrouwen uit de onderzochte populatie tot welk VSV behoren. De VSV's zelf verschillen van grootte en samenstelling. Soms zitten er kinderartsen in het netwerk, soms doen er twee ziekenhuizen mee in plaats van één. Maar binnen een VSV verwacht je een zekere eenheid van denken, doen en laten."

Uit eerder RIVM onderzoek bleek al dat er grote verschillen zijn tussen ziekenhuizen en verloskundige centra op het gebied van inleiden. Daarom ligt de focus bij VALID op inleidingen van de baring. Op basis van de eerste resultaten zijn er twee groepen VSV's gedefinieerd: een groep die relatief weinig inleidt en een groep die relatief veel inleidt. Uit elke groep zijn 3 VSV's geselecteerd die meedoen aan het onderzoek. De VSV's die meedoen komen uit alle hoeken van Nederland. In beide groepen is er één met een academisch ziekenhuis in het VSV. "We kijken naar een relatief eenvoudig samengestelde groep vrouwen: zij die na 37 weken bevallen van hun eerste kind, waarbij het kind met het hoofdje naar beneden ligt."

SCHRIK BAREN / De VALID studie wil drie dingen weten: hoe groot is de variatie, waar komt de variatie vandaan en in welke mate is de variatie ongewenst? Over de grootte van de verschillen: die is enorm - om niet te zeggen schrikbarend. "Er komen inleidingspercentages voor van 14% tot 42%, dat zijn grote verschillen. Of die verschillen ook van invloed zijn op de uitkomst van een zwangerschap is wel interessant, maar daar kan dit onderzoek, door hoe het is opgezet, alleen een eerste indruk van geven en geen harde uitspraken over doen. Wij willen vooral weten hoe die verschillen ontstaan en in welke mate ze ongewenst zijn."

Het VALID-team is momenteel druk doende met het doorspitten van alle dossiers en lokale protocollen. Ze zijn al een eind met de analyse maar ze kunnen helaas nog weinig zeggen over de herkomst van de grote variatie. Onderzoekers van het Nivel helpen om bij de analyse de diepte in te gaan. Het Nivel doet al heel lang onderzoek naar praktijkvariatie en heeft een model ontwikkeld waarmee je kan analyseren waar verschillen vandaan komen.

"Volgens het zogenaamde sociologisch model kijken we naar hoe zo'n VSV in elkaar zit, hoe cliënten en zorgverleners zich gedragen en hoe besluiten worden genomen. We nemen landelijke richtlijnen mee en afspraken die een VSV zelf maakt. Behalve dossiers, richtlijnen en regionale protocollen analyseren, sturen we vragenlijsten rond en houden we diepte-interviews met zorgverleners en cliënten, individueel en in groepsverband. Met die dataverzameling zijn we nu volop bezig. We kunnen die verschillen dus nog niet verklaren."

MEDEWERKING / Een verklaring voor de variatie is er dus nog niet, wel een vermoeden. "Onze hypothese is dat dit voor een belangrijk deel bij de zorgverlener ligt, niet bij de cliënt. Dat cultuurverschillen binnen de verloskunde een rol spelen, is vroeger ook al wel eens beschreven bij gynaecologen in het OBINT-onderzoek in de jaren negentig. Maar het veld en de opleidingen veranderen en daarmee ook de verloskundig zorgverleners. Teamlid en promovenda Lianne Zondag onderzoekt de invloed van verloskundigen op de fysiologische interventies [zie p. 57]. Daar is weinig over bekend en het zou ook wel eens een rol kunnen spelen. Niets is nog zeker."

Dat de meeste VSV's graag mee wilden doen met het onderzoek vindt de voorzitter van de Federatie van VSV's Eric Hallensleben logisch [zie p. 49]. Zowel Eric als Pien hopen dat ze de VSV's die nu meedoen aan het eind van de rit waardevolle feedback kunnen teruggeven. "Als we eenmaal weten hoe groot de variaties zijn en waar ze vandaan komen, gaan we samen met het veld bepalen in hoeverre de variaties ongewenst zijn."

HET NIVEL
IS EEN NATIONALE PUBLIEKE
KENNISORGANISATIE DIE
ONDERZOEK DOET NAAR
DE GEZONDHEIDZORG OP
HET BREDE TERREIN VAN
DE EERSTELIJNS- EN OOK
TWEDELIJNSZORG.
 [ZIE P. 51]

Het samen bespreken en beoordelen van de onderzoeksresultaten gebeurt in een zogenaamde expertmeeting. "Samen met vertegenwoordigers van de 6 participerende VSV's en andere deskundigen gaan we in gesprek over hoe we omgaan met wat we gevonden hebben. Hoe gaan we daarmee de zorgkwaliteit verbeteren? Moeten we protocollen beter laten aansluiten bij landelijke richtlijnen? Moet de onderlinge samenwerking gesmeerd worden? Moeten besluiten vaker samen met de cliënt worden genomen?"

Maar hoe bepaal je dat, of iets wel of niet gewenst is? "Dat moeten we echt samen vaststellen. Op dit moment kunnen we daar nog weinig over zeggen. Volgens de definities is praktijkvariatie gewenst wanneer bijvoorbeeld de situatie van een cliënt daarom vraagt. Gewenste variatie kan ontstaan als een vrouw zelf goed kan meebeslissen over een inleiding. Ongewenste variatie zou bijvoorbeeld zijn als een ziekenhuis of een verloskundige maatschap vaker tot inleiden besluit om organisatorische of financiële redenen of om redenen die niet overeenkomen met wetenschappelijke inzichten."

Binnen het onderzoek worden meerdere landelijke richtlijnen en aanbevelingen onder de loep genomen over wel of niet inleiden. Er wordt gekeken naar de wens van de cliënt, de cliënt zelf, naar de duur en het verloop van de zwangerschap, de sociale context enz. Daarnaast worden regionale afspraken geanalyseerd. Neemt een VSV een landelijke aanbeveling over of hebben ze zelf een variatie op een richtlijn bedacht?

Een van de uitdagingen zit in de data, dit beaamt ook Eric Hallensleben. Dossiers moeten gevuld zijn met de juiste informatie. "Wij doen geen kwaliteitscheck, daar maakt de Federatie zich wel hard voor. We vellen ook geen oordeel: was de inleiding terecht of niet? We kijken naar de redenen die worden aangegeven om wel of niet in te leiden. Wijken die redenen af bij de groep die veel inleidt ten opzichte van de groep die weinig inleidt?"

"Even een praktijkvoorbeeld. We weten dat sommige VSV's afspraken maken bij macrosomie, dus wanneer ze een grote baby verwachten van 4 of 4,5 kg. De afspraak kan dan zijn dat de baby gehaald wordt bij 38 of 39 weken. De zwangere wordt dan ingeleid. Deze afspraak geldt dus niet voor alle VSV's en kan daarom een reden zijn voor het verklaren van praktijkvariëaties."

SPIEGELTJE SPIEGELTJE / Begin 2024 hoopt het VALID-team de expertmeeting te kunnen houden. Later dat jaar hopen ze het gehele onderzoek af te ronden en aanbevelingen te kunnen schrijven. "Voor onderzoek heb je een lange adem nodig maar dat is het waard. Als voormalig verloskundige geloof ik sterk in de fysiologische bevalling en zwangerschap. Het zijn normale processen waar je goede zorg voor moet leveren maar waar je in wezen meestal niet heel veel aan hoeft te verbeteren. De natuur heeft dat in de meeste gevallen prima geregeld voor ons. Alleen leven we in een wereld waarin je dat keer op keer moet bewijzen, op zijn minst bij elke nieuwe uitvinding. Toen de echoscopie kwam, ging iedereen ervan uit dit een verbetering was. Maar is dat zo, is elke vernieuwing automatisch een verbetering?"





**EEN VERLOSKUNDIG
SAMENWERKINGSVERBAND
(VSV) IS EEN REGIONAAL
NETWERK WAARIN VERLOSKUNDIG
ZORGVERLENERS (O.A.
VERLOSKUNDIGEN, GYNAECOLOGEN),
KRAAMZORGORGANISATIES
EN ANDERE GEBORTEZORG-
PROFESSIONALS GEZAMENLIJK
HET BELEID VASTSTELLEN RONDOM
ZWANGERSCHAP EN GEBORTE. VSV'S
ZIJN VEELAL GECENTREERD RONDOM
ZIEKENHUIZEN. ER ZIJN CIRCA 71
VSV'S IN NEDERLAND.**

PERINED

**IS EEN ORGANISATIE, VOOR EN
DOOR ZORGVERLENERS, DIE ALS
DOEL HEEFT OM DE KWALITEIT VAN
DE GEBORTEZORG IN NEDERLAND
TE VERBETEREN. AAN DE HAND VAN
EEN LANDELIJKE REGISTRATIE LEVERT
PERINED SPIEGELINFORMATIE AAN
DE ZORGVERLENERS TEN BEHOEVE
VAN DE KWALITEITSCYCLUS: HOE
DOEN WE HET EN WAT ZOU BETER
KUNNEN? DAARNAAST BIEDT DE
DATAREGISTRATIE VAN PERINED
GOEDE MOGELIJKHEDEN OM
WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK
TE DOEN.**

Volgens Pien is het belangrijk om dingen in perspectief te blijven zien. Zo is het percentage keizersneden stabiel, het stijgt niet meer zo hard. Maar het is nog wel twee of drie keer zo hoog als twintig jaar geleden. "Of neem het prenatale onderzoek naar aangeboren afwijkingen. Daarin hebben wij niets te bieden als verloskundigen, ik bedoel, we kunnen de uitkomst niet veranderen. We kunnen een zwangere vrouw alleen vragen wat zij wil en een goed gesprek met haar voeren over de mogelijke implicaties van zo'n onderzoek."

Pien is blij met de veranderende rol van de vrouw in haar eigen proces van zwangerschap tot bevalling en nazorg. "Het is niet meer 'de arts weet wat goed voor je is of wij weten wat goed voor je is' maar je mag zelf meebepalen. Jouw stem telt en jouw voorkeur doet ertoe. Op dat vlak kunnen verloskundigen verschil maken door welke informatie ze geven, hoe goed ze die laten landen en in hoeverre ze de cliëntbeleving centraal stellen."

Onderzoek speelt een grote rol, het meer technische en medische onderzoek geeft inzicht in het effect van behandelingen en medicijnen. Maar er is ook onderzoek dat een andere, net zo wezenlijke functie vervult. "Als onderzoeker kun je het veld een belangrijke spiegel voorhouden. Spiegelen vind ik een van de belangrijkste functies van onderzoek. Ik houd niet van voortdurend hollen, ik sta graag stil bij wat we met zijn allen aan het doen zijn."

VALID STUDIE VOORKOMT HET ONNODIG BAREN VAN ZORGEN

Het VSV Nijmegen doet als deelnemer mee aan de VALID studie. In het VSV Nijmegen wordt de baring relatief weinig ingeleid. Waarom doen ze mee aan dit onderzoek? Wat betekent dat voor hen in de praktijk? Klinisch verloskundige Margot Gerdessen van het Radboud UMC geeft tekst en uitleg.

MARGOT GERDESSEN

KLINISCH VERLOSKUNDIGE

BIJ HET RADBOUD UMC

Margot werkt al 14 jaar als verloskundige. Ze begon ooit als waarnemend verloskundige in de eerste lijn. Na een jaar is zij klinisch gaan werken, waarvan de laatste vier jaar in het Radboud UMC. "In het voorjaar van 2021 is de vraag uitgezet om mee te doen met de studie. Ik coördineer het onderzoek vanuit het Radboud UMC. Dat past bij mijn takenpakket maar ik vind onderzoek ook erg leuk. Bij ons VSV zijn overigens twee ziekenhuizen aangesloten, ook het CWZ (Canisius) doet mee.

Zoals de meeste VSV's maakt ook het VSV Nijmegen binnen bestaande protocollen eigen afspraken over inleiden bij de baring. Er is een landelijke richtlijn maar er is veel ruimte voor eigen invulling. De eigen afspraken wegen mee in de overweging om een baring al dan niet in te leiden. "Bij ons zijn medische indicaties leidend voor een inleiding op de baring, denk aan het aantal weken van de zwangerschap, een verhoogde bloeddruk bij de vrouw (hypertensie) of een indicatie voor een baby met groeiachterstand. Als een vrouw er zelf voor kiest om ingeleid te willen worden kan dat bij ons vanaf 39 weken."

EXCLUSIEVE INCLUSIE / Margot is één van de aanspreekpunten binnen het VSV Nijmegen. Ze maakt de studie kenbaar aan collega's, speelt vragen van het Maastrichtse onderzoeksteam door en onderhoudt de relaties met het lectoraat. Als coördinator is haar takenpakket uitgebreid met het aanleveren van data. "Covid zorgde in 2021 voor heel wat extra taken en tijdsdruk. Maar toen er weer meer ruimte kwam, heb ik de dataverzameling naar me toe getrokken."

**GESCHIKTE DOSSIERS
AANLEVEREN IS
GEEN SINECURE:**

SOMMIGE DOSSIERS VOLDOEN NIET AAN DE INCLUSIECRITERIA, DOSSIERS BEVATTEN NIET ALTIJD ALLE BENODIGDE GEGEVENS EN PATIËNTEN HEBBEN NIET ALTIJD TOESTEMMING GEGEVEN VOOR GEBRUIK VAN HUN GEGEVENS. "VAN DE DOSSIERS DIE IK IN EERSTE INSTANTIE VERZAMELD HAD, VIEL HET GROS AF OMDAT DE DOSSIERS NIET GEBRUIKT MOCHTEN WORDEN VOOR WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK. DIT BETEKENDE UITEINDELIJK DAT ER MEER DOSSIERS ONDERZOECHT MOESTEN WORDEN, OVER EEN LANGERE TIJDSPERIODE, DAN GEPLAND."



ZIJ-SPRONG / Naast het dossieronderzoek vindt er ook een vragenlijstonderzoek plaats bij vrouwen na de bevalling. Het werven van geschikte deelnemers gaat niet altijd even makkelijk. Samen met de onderzoeker van het Radboud UMC spart Margot over 'hoe ze het aantal deelnemers uit kan breiden' en 'wie ze nog bij het onderzoek kan betrekken'. "We zijn bezig om te kijken of we vrouwen in het kraambed (dus vlak na de bevalling) kunnen includeren. Die back-up van onze eigen onderzoekskoördinator is heel waardevol."

Onderzoek vindt Margot belangrijk om evidence based verloskundig te kunnen handelen. Dat het vanuit de positie van deelnemer aan een onderzoek de werkdruk kan verhogen, is ook een vorm van impact maar van een andere orde. Waarom ze de taak als coördinator voor de VALID studie op zich heeft genomen? "Ik heb een sterke persoonlijke mening over inleiden, dus het thema heeft mijn interesse. Daarnaast is dit voor mij een leerzame zijsprong want ik wil een Master Physician Assistant gaan doen en ook daar komt onderzoek bij kijken. Dit is een mooie manier om vanaf de zijlijn al een beetje mee te kijken."

VERANDERING

FACILITEREN IN PLAATS VAN TOEKOMST BESTENDIGEN

Na een moeizaam en frustrerend overlegproces met beroepsverenigingen en zorgverzekeraars besluiten het VSV Gouda en het VSV Zoetermeer in 2018 op te gaan in een groter samenwerkingsverband: de Federatie voor VSV's. Twee leden en twee jaar verder is 80% van de 72 VSV's in Nederland lid. "We zijn een ambitieuze club", zegt oprichter en voorzitter Eric Hallensleben. Hij legt uit wat de Federatie doet, waarom ze meedoet aan de VALID studie en wat hun stip op de horizon is.

"Kunnen we ons goedlopende VSV Gouda juridisch, organisatorisch en financieel versterken?" Het was de vraag die alles in gang heeft gezet. "We hebben een korte maar turbulente geschiedenis", zegt Eric Hallensleben, oprichter en voorzitter van de Federatie voor VSV's en al 30 jaar werkzaam als gynaecoloog in de geboortezorg. In eerste instantie vraagt het VSV Gouda modulegelden aan bij de zorgverzekeraar. "Een frustrerend proces met uitermate teleurstellende resultaten, ik kan niet anders zeggen."

De overheid zet 100% in op integrale geboortezorg. Bepaalde wetgeving is nog niet goed uitgekristalliseerd. Er zijn veel onopgeloste praktische vragen. "Sociaal, cultureel, juridisch en financieel waren er te veel hobbels en drempels om nader tot elkaar te komen." Aangezien het proces een eventuele verbetering van de geboortezorg niet dichterbij brengt, wordt er een andere koers bepaald.

ERIC HALLENSLEBEN

VOORZITTER VAN DE FEDERATIE VAN VERLOSKUNDIGE

SAMENWERKINGS-VERBANDEN (VSV'S)

"Als je in die tijd met enige afstand naar de geboortezorg keek, was het heel vreemd dat VSV's, als kernpunten in die zorg, nergens vertegenwoordigd waren. In een VSV komen alle partijen samen, we hebben taken en verantwoordelijkheden die buiten de reguliere budgetten vallen. En juist wij hadden geen juridische status en structurele financiering. Eigenlijk werd de geboortezorg dus gedragen door vrijwilligers."

PARTNER EN PODIUM / Sinds de oprichting in 2018 dringt de Federatie voor VSV's langzaam maar zeker door in de wereld van de verloskunde. De club voert intensief overleg met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Nederlandse Zorg Autoriteit (NZA) en andere invloedrijke partijen in de geboortezorg. Ze hebben onder andere overleg over de taken en verantwoordelijkheden van een VSV en hoe de Federatie van VSV's zijn leden structureel en op een professionele manier kan ondersteunen.

"Ons doel is op de eerste plaats het ontzorgen van de VSV's. Er waren 72 clubs aan het uitzoeken hoe je een juridische entiteit kon worden, hoe je kwaliteitsbeleid moest voeren enz. Er kwamen steeds meer taken bij zonder dat daar geld tegenover stond, of tijd. Daarnaast wilden we de VSV's, gezien de spilfunctie, een stem geven in het bepalen van beleid."

De Federatie ziet onderzoek als een essentieel onderdeel van het maken en bepalen van beleid. "We faciliteren onderzoeken die de kwaliteit van de geboortezorg in Nederland bewaken en versterken. Dat hebben we opgenomen in onze statuten. We motiveren onze leden om aan studies mee te doen en we bieden onderzoekers een podium om te komen vertellen waar ze mee bezig zijn. Maar we doen niet aan elk onderzoek mee."

Momenteel participeert de Federatie als partner in de COMIC-studie die onderzoekt of continuïteit van zorg tijdens de zwangerschap en de baring een kwaliteitsverbetering geeft. Ook de VOICE-studie heeft hun aandacht, waarbij wordt gekeken of de cliënt het een verbetering vindt als een voorheen exclusieve tweedelijns handeling door de verloskundige zou worden gedaan. Tot slot investeert de Federatie in de VALID studie.

VALID IS VALIDE / De VALID studie voldeed aan de federale criteria om mee te doen aan onderzoek. Het thema is concreet, het onderzoek is uitvoerbaar en niet te belastend voor VSV's, de vraagstelling sluit goed aan bij de praktijk, de relevantie is groot en de impact is enorm - zowel voor de zwangere vrouw in het bijzonder als de zorg in zijn algemeenheid.


"Zonder al te diep op het onderzoek in te gaan wil ik nog kwijt dat we deze studie steunen omdat het uit de morele oordeelssfeer blijft. We gaan op zoek naar goede redenen waarom er bij de ene groep VSV's relatief veel en bij de andere groep relatief weinig wordt ingeleid bij de baring. Daarna kijken we samen naar de (on)wenselijkheid hiervan. Bij het bepalen van het optimale beleid laat de studie ruimte om als VSV je eigen koers te blijven varen."

ONDERZOEKSAGENDA / "Wij zijn klaar met vrijwilligersorganisaties zijn", zegt Eric onomwonden. In het begin werd hem die directe communicatie soms verweten, maar hij houdt van klare taal. "We zijn ook een ambitieuze club die een blijvende structuur wil opzetten en een cultuur wil creëren waarin cijfers met een grotere regelmaat kunnen worden geanalyseerd. Vanuit die cijfers kunnen we ook eigen onderzoeksvragen genereren en praktijkvariëaties laten onderzoeken."

Het bepalen van de onderzoeksagenda is een van de ambities die hopelijk dichterbij komt door het strategisch partnerschap met de NSCG. Dat is niet alles. "Wat nog achterblijft vinden wij, is de implementatie van onderzoek. Stel dat er een andere aanpak of een nieuw protocol moet komen, dan hopen wij dat wij dankzij dit nieuwe partnerschap een stevige structuur kunnen bieden die de inbedding van onderzoek normaliseert."

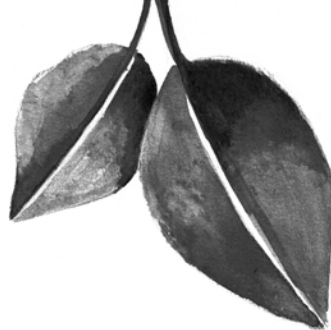
De gezamenlijke coördinatie moet ook een betere verdeling mogelijk maken in welke VSV's aan welke studies meedoen, zodat ze niet overbelast raken. Ook moet het de zogenaamde PDCA-cyclus verbeteren - Plan, Do, Check en Act. Zo'n model bewaakt of het beoogde resultaat ook daadwerkelijk wordt behaald. Die cycli duren volgens Eric nu te lang. Evaluatie en implementatie volgen daardoor eerder het principe 'mosterd na de maaltijd' dan 'spijkers met koppen slaan'.

HOE DE FEDERATIE MEEDOET AAN ONDERZOEK? "WE DENKEN MEE IN DE ONDERZOEKSAANVRAAG EN KIJKEN NAAR DE HAALBAARHEID EN UITVOERBAARHEID. ELKE VERGADERING KOMT ER EEN ONDERZOEKER OVER DE VOORTGANG VAN EEN PROJECT VERTELLEN. ZO CREËREN WE DRAAGVLAK VOOR ONDERZOEK EN ZEGGEN WE EIGENLIJK 'KIJK HET HOORT ERBIJ'." DAARNAAST IS DE FEDERATIE ONLANGS EEN STRATEGISCH PARTNERSCHAP AANGEGAAN MET DE NRCG, NETWERK REGIONALE CONSORTIA GEBOORTEZORG. DE VERWACHTINGEN DAAROMTRENT LIGGEN HOOG.

STOKPAARDJE IN GALOP / "Eenmalig goed registreren aan de bron, oftewel: de zorgverlener die aandacht heeft voor het zorgdossier en dit goed invult en bijhoudt". De juiste informatie is de eerste voorwaarde om impact te maken met onderzoek. De cliënt wordt daarin ook steeds belangrijker; ook zij wordt een leverancier van informatie in de geboortezorg informatieketen. "Maar dat duurt nog wel even vanwege meer praktische ICT-uitdagingen in de zorg." 

Daarnaast moet een VSV zijn eigen cijfers kennen en ze analyseren. "Dat is de kracht van de VALID studie, wij wisten dat er praktijkvariatie van 8% tot 48% inleidingen bij de VSV's was. Dat was de aanleiding om verder te kijken. Als je niet op de hoogte bent van die verschillen, komt er helemaal geen onderzoek. Dan word je nieuwsgierigheid niet gewekt en dat is toch de oorspronkelijke functie van de wetenschap."

Tot slot verdient die implementatie van onderzoeksresultaten zoals gezegd aandacht. Die verbazen mensen soms en ook dan is er meteen een bodem voor verder onderzoek. Je moet als onderzoeker dicht bij de praktijk blijven. Hou mensen nieuwsgierig en betrek ze. "Dat is ook waarom wij vanuit de Federatie bij de beleidsmakers aan tafel willen zitten. Anders krijg je mensen die vanuit een ivoren toren bedenken dat alles wat we doen toekomstbestendig moet zijn. Maar we kennen de toekomst niet, dus de toekomst zelf is helemaal niet bestendig. Je kunt beter met elkaar afspreken hoe je met veranderingen omgaat. Die zijn er binnen de geboortezorg en daarbuiten, genoeg."



SAMENSPEL IN ONDERZOEK

Onderzoek doe je niet alleen. Het lectoraat Midwifery Science van de Academie Verloskunde Maastricht werkt binnen de onderzoeksprojecten nauw samen met relevante en toonaangevende partners op het gebied van onderzoek, onderwijs, beroepsverenigingen, subsidieverstrekkers, beleidsorganen, zorgorganisaties, zorgprofessionals, patiëntenverenigingen en natuurlijk cliënten zelf. Eén van de partners is **het Nivel**.

'KENNIS VOOR BETERE ZORG'

Het Nivel doet hoogwaardig onderzoek met maatschappelijke impact naar de kwaliteit en effectiviteit van de gezondheidszorg en het eraan gerelateerde sociale domein. Het Nivel heeft hierbij een verbindende rol tussen wetenschap, beleid en praktijk en bedient een verscheidenheid aan doelgroepen die met elkaar gemeen hebben dat zij alle 'beslissers in de zorg' zijn. Het Nivel is als onderzoekspartner betrokken bij een aantal projecten van het lectoraat zoals het ZANGG-project en de VALID studie. Zo zijn prof. dr. Judith de Jong en dr. Anne Brabers (programmameerder resp. senior onderzoeker Zorgstelsel en sturing van het Nivel) betrokken bij de VALID studie vanuit hun expertise op het gebied van praktijkvariatie in de zorg en de betrokkenheid van de zorggebruiker hierin.



BACHELOR THESIS

De 4-jarige opleiding Verloskunde wordt onder andere afgesloten met een stage en een bachelor thesis. Daar komt alles samen wat studenten in de opleiding geleerd hebben: verloskundige vaardigheden en onderzoeksvaardigheden. In een onderwijsblok van 10 weken doen studenten een literatuurstudie en schrijven ze hun bachelor thesis. Hier wordt hun wetenschappelijke competentie op de proef gesteld.

Studenten moeten vragen kunnen beantwoorden en toepassen als: 'Hoe lees ik een artikel?', 'Hoe gebruik ik dit onderzoek straks in de praktijk?' en 'Hoe moet ik deze onderzoeksresultaten lezen en interpreteren?'. Onderzoeksvaardigheden zijn onderdeel van de zogenaamde EBM-vaardigheden. Evidence based kunnen handelen is binnen de Evidence Based Midwifery (EBM) een belangrijke vaardigheid voor een verloskundig professional. Naast onderzoek spelen de eigen expertise als professional en de ervaring van de cliënt een hoofdrol binnen EBM.

Het blok scoort goed bij studenten, de bachelor thesis krijgt zeer positieve feedback. Studenten ontwikkelen zich zichtbaar op het gebied van onderzoeksvaardigheden en maken een enorme leercurve door. Bovendien draagt het blok bij aan onze vindbaarheid en circulaire onderwijseconomie, want alle kennis gaat weer terug het veld, het onderwijs en het lectoraat in. Soms is een bachelor thesis de opmaat voor een groter onderzoeksproject. Dan is de cirkel rond.

STAP 1

Na de zomervakantie worden eerst werkveldvragen opgehaald. Dit gebeurt via een mailing naar het onderzoeksnetwerk: stagepraktijken, community of practices, verloskundige praktijken enz. De academie doet dit nu een aantal jaren op deze manier en er worden steeds meer vragen ingediend: van 15 in het begin tot ruim 50 dit jaar. Sommige vragen zijn te groot, andere te klein, soms zijn ze te moeilijk en soms is een vraag al onderzocht. Het lectoraat heeft de eindverantwoordelijkheid en bepaalt met welke onderzoeksvragen studenten aan de slag gaan. Hiermee geeft het lectoraat richting en focus aan de kennis die wordt ontwikkeld.

STAP 2

De volgende stap is het formeren van onderzoeksgroepen van 3 tot 4 studenten. Elke groep krijgt 2 begeleiders: een is wetenschappelijk onderlegd en een is verloskundige. Vroeger waren er wat minder gepromoveerde verloskundigen, tegenwoordig zie je steeds meer de combi van beide vakken vertegenwoordigd in één persoon. Sowieso is het mooi om duo's te formeren want je leert van elkaar.

STAP 6

Op basis van de resultaten van het literatuuronderzoek doen studenten een aanbeveling. Het geheel wordt gepresenteerd tijdens een Refereer Dag, waarbij mensen uit het werkveld, docenten en studenten worden uitgenodigd. Dan wordt ook de scriptieprijs uitgereikt voor de beste scriptie van het academiejaar.



STAPPENPLAN



STAP 5

De onderzoeksvraag vertalen naar zoektermen die ingevoerd kunnen worden in wetenschappelijke databases. Op basis van zoektermen ontstaat een schat aan informatie, tijd om het kaf van het koren te scheiden: welke artikelen zijn het meest geschikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden?



STAP 3

Het verkennen van de onderzoeksvraag, want 10 weken is kort. Normaal wordt ook de methode van onderzoek bepaald, maar de bachelor thesis bestaat altijd uit literatuuronderzoek.

Een probleemanalyse schrijven: hoe groot is het te onderzoeken probleem, voor wie is het een probleem, wat zijn de gevolgen? Uiteindelijk leidt de probleemanalyse tot een afgebakende onderzoeksvraag.

STAP 4

WAAR BEVALLEN HET BEST BEVALT



JACQUELINE WESTENBERG
OUD-STUDENT EN WINNAAR
SCRIPTIEPRIJS 2021

Maakt het uit waar het bed staat waar een vrouw in bevalt? Heeft het licht in de kamer nog invloed? Wat doet de aanwezigheid van planten of een projectie op de muur? Samen met drie collega-studenten onderzocht Jacqueline Westenberg de invloed van de inrichting van de bevalkamer op de bevalbeleving van de vrouw bij een poliklinische bevalling. Ze wonnen er de Scriptieprijs 2021 mee. Wat hebben de studenten ontdekt met hun onderzoek ‘Waar bevallen het best bevalt’?

Tijdens de vele verloskunde stages viel het Jacqueline op hoeveel thuis bevallen verschilt van poliklinisch bevallen. Bij een thuisbevalling is een vrouw in haar natuurlijke omgeving. Wanneer de weeën beginnen gaat ze niet meteen de slaapkamer in om op bed te gaan liggen. Ze blijft rondlopen en neemt verschillende houdingen aan. Dat schijnt goed te zijn voor het baringsproces. Meestal is er gedempt licht en worden de gordijnen dichtgedaan. “Er wordt een nestje gebouwd.”

Hoe anders is dat bij een poliklinische bevalling, waar een vrouw met hulp van een verloskundige in een ziekenhuiskamer bevalt. Meestal wordt ze ontvangen door felle tl-lampen en een bed dat midden in de ruimte staat. Dat is vooral handig voor de verloskundige, maar de zwangere vrouw interpreteert het meestal als een teken om direct op het bed te gaan zitten. De gordijnen blijven open en de ruimte is onpersoonlijker.

Het grote verschil tussen beide bevalopties zette Jacqueline aan het denken over de invloed van de bevalomgeving op de uitkomsten. Niet zozeer op de uitkomst van de bevalling maar op de beleving van de vrouw.

ONDERZOEKSBELEVING / “Het ging ons er niet om met ons onderzoek aan te tonen: wat is nou beter of niet. We wilden ons voornamelijk met de beleving bezighouden. Het gaat in de geboortezorg vooral om de gezondheid van moeder en kind. Met ons onderzoek wilden wij heel graag iets betekenen voor de vrouw zelf.” Sowieso ‘het verschil maken terwijl je nog studeert’ is iets wat de vier studenten dreef om dicht bij de praktijk te blijven met hun thema.

Jacqueline zelf deelt openhartig haar eigen onderzoeksbeleving. “Vanaf jaar één word je getraind in EBM-vaardigheden, voor mij is dat synoniem aan statistiek. Je leest daardoor veel onderzoeken tijdens je studie maar ik ging redelijk blanco het thesisblok in. Het was leuk om toegewezen te worden aan een groep op basis van voorkeur voor het onderwerp, dan werk je sneller met mensen die je nog niet zo goed kent. Daar leer je veel van, we hadden veel (online) contact.”

Het vierdejaars thesisblok bestaat uit het gezamenlijk opzetten en uitvoeren van een literatuurstudie. "Je doorloopt het hele proces stap voor stap maar aan iedere stap hangt een deadline. Voor mijn gevoel had ik meer tijd nodig om de resultaten te verwerken. Dat vind ik lastig en het is een belangrijk onderdeel van het hele onderzoek."

Hoe moet je resultaten interpreteren? Wanneer is iets betrouwbaar en wanneer niet? Wat neem je wel mee in onderzoek en wat is bijzaak? Over dit soort vragen werd goed nagedacht. "Dat vond ik uitdagend, net als het zoeken naar relevante literatuur. We ontdekten dat er nog vrij weinig onderzoek is gedaan naar de ervaring van de vrouw zelf. Ook mooi, want daardoor konden we met ons onderzoek wel iets bijdragen."

VRAAG NAAR MEER / Om tot een conclusie te kunnen komen binnen het onderzoek, is gekeken naar zowel het verloop van de baring als de bevalervaring zelf. In hoeverre is er sprake van het verminderen van ingrepen zoals kunstverlossingen, niet-geplande keizersnedes en bijstimulatie? Hoe zit het met pijnbeleving en angst van de vrouw? In hoeverre is er sprake van comfort, ontspanning, tevredenheid en een betere bevallingservaring?

Bij de bevalomgeving is gekeken naar de aanwezigheid en de plaats van een bed, het soort licht in de kamer, gordijnen en projecties. Laatst worden gebruikt in sensorische bevalkamers -soms snoezelkamers genoemd- om de zintuigen te prikkelen.

"Als omgevingsfactoren konden we ook niet alles meenemen, zoals de aanwezigheid van een partner. Wel is het zo dat er in Nederland ten opzichte van het buitenland een groot verschil is in de aanwezigheid van verloskundige zorgprofessionals. Bij een eerstelijnsbevalling in Nederland zijn alleen de verloskundige en eventueel kraamzorg aanwezig. In het buitenland beval je altijd klinisch en is er meer medisch personeel aanwezig, zoals een verpleegkundige, een klinisch werkende verloskundige en/of gynaecoloog."

Dat het Nederlandse systeem zo afwijkt van het grootste deel van de rest van de wereld heeft ook gevolgen voor de bruikbaarheid van data. "Er is minder literatuur voorhanden over de situatie in Nederland. Wij konden in totaal 6 studies includeren maar die spraken elkaar bij sommige uitkomstmaten tegen. Er zijn aanwijzingen gevonden dat een aangepaste verloskamer een positief effect heeft op de uitkomsten van de bevalling en de bevallingservaring, maar de onderzoeksgroepen in de studies waren klein."

De conclusie van 'Bevallen waar het bevalt' is dus ook 'dat er meer onderzoek nodig is om betere conclusies te kunnen trekken.' "Hopelijk gaat dat gebeuren, dat zouden we erg leuk vinden. Cliënten zijn ook nieuwsgierig naar dit soort onderzoeken, überhaupt naar cijfers. Ze vragen ernaar in de spreekkamer. Toch vinden ze het zelf spannend om aan onderzoek mee te doen."

EEN WONDER BELEVEN / Scripties worden beoordeeld op inhoud en opbouw. Is het onderzoek systematisch en kwalitatief goed uitgevoerd en zijn de juiste conclusies getrokken? De winnaar gaat er met de eer en oprecht veel aandacht vandoor. "Als winnaar mag je je onderzoek presenteren voor een groter publiek en mensen vanuit het lectoraat."

Helaas gooide Covid roet in het eten toen de vier studenten hun thesis afronden in het voorjaar van 2021. De uitreiking van de scriptieprijs vond hierdoor online plaats. "Ik ben in juli 2022 officieel beëdigd en heb nu pas letterlijk mijn diploma op zak. Als dit gesprek klaar is, ga ik weer naar Woudenberg, bij Amersfoort, daar kom ik vandaan. De verloskundige praktijken daar staan te springen om personeel. Ik had voor mijn afstuderen al een baan en kan meteen als waarnemster (zzp'er) aan de slag."

De succesfactor van impactvol onderzoek is voor Jacqueline 'dicht bij de praktijk blijven'. "Het helpt om actuele onderwerpen te kiezen en thema's te nemen waar cliënten veel mee bezig zijn. Als je onderzoek daarop aansluit gaat het meer opvallen en wordt het sneller opgepakt." Volgens Jacqueline is hun thesis best relevant, ondanks dat er meer onderzoek nodig is. "De beleving van de vrouw wordt steeds belangrijker. Als verloskundige probeer je dat te stimuleren door de eigen wensen boven tafel te krijgen. De bevalling mag voor de vrouw net zo'n bijzondere ervaring zijn als voor ons, want dat is hoe ik het ervaar. De wereld lijkt even stil te staan bij het wonder van een geboorte."



PROMOVEREN ALS VERLOSKUNDIGE

Eerstelijns verloskundige Lianne Zondag runt met twee collega's een maatschap in Geldermalsen, rondde in 2015 in Hannover haar Europese Master of Science in Midwifery af en is nu aan het promoveren aan de Universiteit Maastricht. Dit doet ze onder begeleiding van Pien Offerhaus en Tamar van Haaren, twee senior onderzoekers van de Academie Verloskunde Maastricht en prof. dr. Marianne Nieuwenhuijze. Ten tijde van het interview zit ze in de Franse Pyreneeën op slechts vijftien kilometer afstand van Spanje want onderzoek vraagt onafgebroken schrijftijd. Wat vergt het nog meer van een jonge, internationaal georiënteerde promovenda in de verloskunde?

LIANNE ZONDAG
VERLOSKUNDIGE

VERLOSKUNDIGE PRAKTIJK DE TOEKOMST
IN GELDERMALSEN EN PROMOVEDA
IN DE VERLOSKUNDE





Lianne Zondag neemt ons in dit artikel mee in de uitdagingen van haar promotie-traject. Alleen al de tijd die het duurt om straks een doctorstitel te mógen dragen, staat gelijk aan de tijd die het kost om vier of vijf zwangerschappen te voldragen.

Lianne onderzoekt de invloed van de verloskundig zorgverlener op interventies die worden gedaan. “Op provincieniveau in Nederland zien we veel verschillen wat ingrepen betreft, of het nu gaat om een knip, inleiden of het gebruik van medicijnen. Deze verschillen zijn niet geheel te verklaren doordat de zwangere vrouwen per provincie zoveel verschillen. Ook de uitkomsten van zwangerschappen variëren niet significant, of je nu in Brabant, Overijssel, Noord-Holland of Groningen bevalt.”

Onder de streep blijft er één factor over die van grote invloed is op het aantal ingrepen: de verloskundig zorgverlener zelf. Wat maakt dat dit zoveel varieert tussen verloskundigen? “Er zijn duidelijk twee groepen verloskundigen waar te nemen, die binnen elke regio voorkomen: eentje die relatief weinig ingrijpt en een andere groep die relatief veel ingrepen doet.”

INTENTIE EN GEDRAG / Via diepte-interviews heeft Lianne onderzoek gedaan naar attitudes bij verloskundig zorgverleners vanuit de ‘Theory of Planned Behaviour’. De theorie beschrijft welke factoren van invloed zijn op attitudes en het uiteindelijke gedrag. Denk aan: kennis en vaardigheden, maar ook aan belemmerende factoren zoals een hoge werkdruk en de mate waarin iemand bang is om veroordeeld te worden voor zijn of haar gedrag.

Vanuit de resultaten onderscheidt Lianne twee groepen op basis van gedrag: de ‘wait and see’-groep, die zich wat meer afwachtend opstelt en reflecteert op wat ze ziet en de ‘check en control’-groep, die meer controle wil en wat meer volgens protocollen werkt. Hun zorgverlening is meer gestandaardiseerd te noemen, terwijl de ‘wait and see’-groep persoonlijker lijkt te werken op basis van wie ze voor zich heeft. Lianne constateert dat er veel verschil lijkt te zijn in de zogenaamde EBM-vaardigheden. De ‘wait and see’-groep laat het gedrag zien van een ‘reflective practitioner’ en gebruikt beduidend meer wetenschappelijke literatuur. Ook bepaalde communicatieve vaardigheden zijn bij hen sterker ontwikkeld. “Laat ik vooropstellen dat dit geen oordeel is. Het is niet zo dat je met bepaalde kennis of vaardigheden een goede of slechte uitkomst krijgt. Het gaat om de vraag: hoe bereik je als geboortezorgverlener optimale zorguitkomsten met passend gebruik van interventies, dus geen onder- of overbehandeling?”

MEDISCH OF NATUURLIJK / Lianne heeft ook een documentanalyse gedaan naar landelijke richtlijnen. Deze vormen de basis voor regionale protocollen. “Regionaal zie je grote verschillen in de ontwikkeling van protocollen. Sommige regio’s kiezen ervoor de landelijke richtlijn zo letterlijk mogelijk te volgen en andere regio’s ontwikkelen eigen protocollen. In die laatste groep zie je dan ook veel verschil ontstaan in de uitwerking, de rol van de zwangere binnen zorg en of het beleid tot meer of minder interventies leidt. Daarnaast zien we ook dat de kwaliteit van de landelijke richtlijnen verschilt.”

Tot slot kijkt Lianne naar hoe verloskundig zorgverleners zelf tegen een bevalling aankijken. Vinden zij dit meer een medisch of een natuurlijk proces? Dat bepaalt je attitude en je gedrag: wel of niet (neigen tot) ingrijpen.

BEWUSTWORDING / Er is nog maar weinig onderzoek gedaan naar de verloskundige zelf. Het eerste gewenste resultaat van dit promotieonderzoek ligt dus in de lijn van de bewustwording. “Er wordt soms te weinig stilgestaan bij de rol die de verloskundige speelt bij het uitvoeren van interventies. Ik heb zeker niet de illusie dat ik de wereld kan veranderen, maar ik hoop wel dat ik collega’s kan aanzetten tot zelfreflectie. Binnen ons vak(gebied) is dat niet heel vanzelfsprekend, we werken vaak alleen tijdens spreekuur en dienst en er wordt onderling (te) weinig gereflecteerd over gevoerd beleid en achterliggende redenen en gevoelens.”

Natuurlijk wil Lianne impact maken met haar onderzoek. Dat is waarom ze al twee jaar met haar onderzoek bezig is en nu aan het schrijven is in Zuid-Frankrijk. “Nee, onderzoek doen is geen straf. Ik hoop dat ik onderbouwde iets kan ontwikkelen dat verloskundigen verder helpt en de geboortezorg nog beter kan maken. “Ik vind het een uitdaging om goede zorg te verlenen aan mijn cliënten en daarbij innovatief te zijn.”

HET GOEDE VOORBEELD / Lianne wil als onderzoeker dicht bij de praktijk blijven, zodat ze snel en goed kan aansluiten bij wat daar gebeurt. “Ik ben niet gemaakt om vanuit een ivoren toren onderzoeken te doen waar niemand ooit meer naar kijkt.” Als successleutel om impact te maken benoemt Lianne haar passie voor het onderzoek. “Met passie duik je beter en dieper in het onderwerp en kun je het beter aan de man – of in dit geval eerder: de vrouw – brengen. Ik word heel blij van onderzoek, dat is voor de implementatie en het succes ervan heel belangrijk.” Een mooi staaltje zelfreflectie.



GEDEEELDE KUNDE IS HOLISTISCHE KUNDE

AVM / INTERVIEW

De laatste jaren van haar academische carrière wil ze besteden aan onderzoek dat gericht is op mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Trudy van der Weijden ziet dat juist bij kwetsbare doelgroepen de nood het hoogst is, daar kun je als onderzoeker het verschil maken. Die visie deelt ze met Marianne Nieuwenhuijze, en het is niet het enige raakvlak. Wat is de connectie tussen de Academie Verloskunde en de Universiteit Maastricht? Waarom is die verbinding belangrijk? En hoe hangt dit samen met onderzoeksimpact?



PROF. DR. TRUDY VAN DER WEIJDEN
HOGLERAAR IMPLEMENTATIE VAN RICHTLIJNEN
EN SAMEN BESLISSEN IN DE GENEESKUNDE,
UNIVERSITEIT MAASTRICHT

Artsen vond ze niet zo leuk, ze wilde gezondheids-wetenschappen komen doen in Maastricht. Toch schreef ze zich ook in bij geneeskunde, tot haar verbazing werd ze ingeloot. Dertig jaar, twee kinderen, een opleiding tot arts en een leerstoel verder, lacht ze erom. De hardwerkende en hartelijke Brabantse Trudy van der Weijden is persoonlijk hoogleraar 'Implementatie van richtlijnen in de geneeskunde' bij de vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Maastricht.

Tijdens geneeskunde kwam ze voor het eerst in aanraking met verloskunde. Ze roemt de Academie Verloskunde Maastricht, met haar lectoraat en Leven Lang Leren vanwege de groei en de emancipatie die ze hebben bereikt in slechts 15 jaar.

Tijdens haar studie viel het haar al op dat ze bepaalde uitgangspunten en een drive deelde met de fysiologische verloskunde. "Als basisarts in opleiding keek ik holistisch naar de patiënt; vanuit meerdere brillen en niet alleen vanuit ziekte, ook vanuit gezondheid. Ik wilde niet medicaliseren als dat niet nodig was en niet simpelweg een protocol afdraaien."

Trudy heeft weinig ervaring opgedaan als praktiserend arts. Terwijl haar collega-studenten zich specialiseerden binnen de geneeskunde kreeg zij op haar achtentwintigste haar eerste kind. "Deeltijd in opleiding tot huisarts, dat kon in 1991 écht niet. Dat is gelukkig aan het veranderen. Mij heeft het richting de wetenschap geleid."

EMANCIPATIE / Trudy was kritisch richting haar eigen beroepsgroep. Ze zag veel dingen misgaan en besloot zich vast te gaan bijten in het verbeteren van kennisoverdracht middels klinische praktijkrichtlijnen, en de besluitvorming bij individuele patiënten. Het ontwikkelen en opstellen van richtlijnen moest zorgen voor een emancipatie. "Zoals verloskundigen poortwachters zijn van de geboortezorg zijn huisartsen poortwachters van de gewone zorg. Dat was niet altijd zo, huisartsen stonden ooit onder aan de ladder van de geneeskunde."

Trudy wilde artsen helpen om hun vak beter te kunnen uitoefenen en moeilijke medische knopen samen met de patiënt te kunnen doorhakken. "We moesten als beroepsgroep bepalen waar we voor stonden en gingen middels richtlijnen definiëren wat goede zorg was. Dat onderzoeken we nog steeds, het ontwikkelt zich door. Er zijn 'guidelines' gekomen die ons richting geven, maar daar stopt het niet. Hoe moet je als professional vervolgens een goed besluit nemen en de aanbevolen zorg daadwerkelijk leveren?"

"Ik wil het laatste deel van mijn carrière vooral bezig zijn met het helpen van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Het voelt alsof ook binnen de gezondheid een kloof aan het ontstaan is, zoals tussen rijk en arm in de samenleving. Inclusiviteit en participatie, daar gaat het om."

Trudy's vragen leverden haar in 2010 een leerstoel op die draait rondom het ontwikkelen en implementeren van goede richtlijnen en samen beslissen in de geneeskunde. Het weten hoe je tot een goed gemeenschappelijk besluit kunt komen is iets wat ze deelt met Marianne Nieuwenhuijze. Marianne promoveerde op het thema 'Gezamenlijke besluitvorming in de verloskundige zorg' en bekleedt sinds 2021 een leerstoel Midwifery/Fysiologische Verloskunde aan dezelfde universiteit. Haar inaugurele rede had als thema: 'Samenspel rond de geboorte'.

INCLUSIVITEIT / Dat beide vrouwen veel samenwerken is logisch, samenspel is een thema dat op alle 'kundes' rap aan terrein wint: binnen de verloskunde, de geneeskunde en de wetenschapskunde. "Marianne en ik werken veel samen, vooral als het gaat om 'samen beslissen projecten'. Maar ook met gynaecoloog-perinatoloog Liesbeth Schepers heb ik contact wanneer het gaat om complexe besluitvorming in de verloskunde. Denk aan stuitbevallingen en fysiologische bevallingen na een keizersnede."

Bij de start van het lectoraat Verloskunde was Trudy vooral betrokken bij het opstellen van de onderzoeksagenda. Tegenwoordig wordt ze 'ingevlogen' om projectvoorstellen van het lectoraat aan te vullen en haar steun voor bepaalde projecten te expliciteren. "Een universiteit heeft theoretische expertise en opereert meer in een internationale context, daarom is het belangrijk om je ermee te verbinden."

“Maar beide vormen van onderzoek versterken elkaar”, benadrukt Trudy. “Hogescholen zijn vaak regionaal beter ingebed en vooral praktisch aan de slag met onderwijs en onderzoek. Ze houden zich bezig met problemen uit de directe praktijk. Het dwingt ons, abstracte denkers, uit de ivoren onderzoekstoren te komen en veel meer bottom-up te werken. Wij volgen steeds meer het principe van participatief en inclusief onderzoek. Dat gebeurt al bij het schrijven van het voorstel.”



Extra lastig wordt het wanneer je samen wil beslissen en ‘informed consent’ wil krijgen van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Maar dat is volgens Trudy wel voorwaarde nummer twee voor impact. Het is waar de meeste winst te behalen valt, de belangrijkste behoefte ligt en de grootste uitdaging. “Ik realiseer me steeds meer dat ik in 30 jaar onderzoek vooral heb gewerkt met data van mensen die het al goed doen; die vaak hoogopgeleid zijn, welbespraakt en gezondheidsvaardig.”

“Samen beslissen is een werkwoord, het is niet een moment maar een proces. Het vraagt je te verplaatsen in anderen, je autoriteit te delen, je bewust te zijn van je eigen cultuur en taal als wetenschapper. Ik wil het laatste deel van mijn carrière vooral bezig zijn met het helpen van mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden. Het voelt alsof ook binnen de gezondheid een kloof aan het ontstaan is, zoals tussen rijk en arm in de samenleving. Inclusiviteit en participatie, daar gaat het om. Kunnen wij ons heel voelen zonder?”



CO-CREATIE / Er is niet één simpele formule om impact te creëren met onderzoek. Maar succes begint bij een goede stakeholdersanalyse en hen vanaf de start betrekken. “Probleemgericht onderzoek, daar gaat het om. Hoe doe je dat? Wie zijn je stakeholders? Hoe betrek je hen? Daar wordt door ons collectief onderzoek naar gedaan. Een dialoog tot stand brengen is namelijk niet zo makkelijk, daarom hebben wij het Co-creatie Kompas ontwikkeld.”

“ALS BASISARTS IN OPLEIDING KEEK IK HOLISTISCH NAAR DE PATIËNT; VANUIT MEERDERE BRILLEN EN NIET ALLEEN VANUIT ZIEKTE, OOK VANUIT GEZONDHEID. IK WILDE NIET MEDICALISEREN ALS DAT NIET NODIG WAS EN NIET SIMPELWEG EEN PROTOCOL AFDRAAIEN.”

TRUDY WILDE ARTSEN HELPEN OM HUN VAK BETER TE KUNNEN UITOEFENEN EN MOEILIJKE MEDISCHE KNOPEN SAMEN MET DE PATIËNT TE KUNNEN DOORHAKKEN.



FACTS / FIGURES



25% van de Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden.



Bijna **20%** van de onderzochte zwangere vrouwen in Zuid-Limburg lijkt kwetsbaar.



Ongeveer **een kwart** van de vrouwen in Nederland wordt bij de bevalling ingeleid. (Bron: peristat.nl)



In 2021 was **1%** van de verloskundigen mannelijk.



Bijna **driekwart** van de onderzoekers (69%) van het lectoraat Midwifery Science van de Academie Verloskunde Maastricht is gepromoveerd.



Het aantal thuisbevallingen is tijdens Covid toegenomen van **14%** naar **16%**.

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

UIT: 'MIDWIFERY: SAMENSPEL ROND DE GEBOORTE'

Inaugurele rede prof. dr. Marianne Nieuwenhuijze

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

In de komende jaren staan we voor de uitdaging om een geboortezorg vorm te geven waar de psychosociale en medische kanten van het ouderschap integraal worden aangepakt. Dat vraagt een brede blik op geboorte als een gebeuren waar de hele mens bij betrokken is. Een geboortezorg die we vormgeven vanuit een samenspel tussen ouders en zorgverleners, tussen verloskundige professionals onderling en met professionals buiten het gezondheidsdomein. En waarbij onderzoek helpt om bruikbare, effectieve aanpakken te ontwikkelen die duurzaam geïmplementeerd kunnen worden.

MOEDER EN KIND SAMEN CENTRAAL / Het is belangrijk dat we moeder en kind samen centraal stellen in de zorg. ‘Samen Beslissen’ vraagt veel van zorgverleners in de interactie met zwangeren en hun partners. Niet zwart-wit omgaan met richtlijnen maar op basis van beschikbare evidence de meest toepasselijke optie zien. Durven aangeven wat je wel en niet kan als professional en kijken hoe dat anders georganiseerd kan worden. Iedere beslissing bespreken als een keuze, ook als er geen heldere evidence is. De zwangere ondersteunen om te komen tot de keuze die het beste bij haar past.

VERSCHILLEN IN GEZONDHEIDSUITKOMSTEN / Een andere opgave is het dichten van de verschillen in gezondheidsuitkomsten in Nederland. Zwangeren die leven in kwetsbare omstandigheden hebben meer kans op ongunstige zwangerschapsuitkomsten.



Meer onderzoek is nodig om tot een duidelijker profiel te komen van wat kwetsbaarheid is, met niet alleen aandacht voor risicofactoren maar ook voor beschermende factoren en mogelijkheden van aanstaande ouders.

BUITENGEWOON NORMAAL / Terwijl bevallen nog nooit zo veilig is geweest, zijn de zorgen om de risico's van bevallen toegenomen, dit leidt tot meer angst. In angst ligt niet het antwoord voor een geboortezorg die moet aansluiten bij de diversiteit in de samenleving en die zelfmanagement als belangrijk doel ziet voor een duurzame inzet op gezondheid en om de groeiende kosten van de zorg beheersbaar te houden. Daarvoor moeten we zoeken naar een benadering die het krijgen van een kind en de geboorte als iets buitengewoons normaal beschouwt. In die context wil ik de noodzaak benadrukken voor het bevorderen van zwangerschap, bevalling en kraamperiode als een fysiologisch normaal proces.

DE GEBOORTEZORG
IS VERANDERD,
DE BEVALLING ZELF NIET





ESTHER SCHOFFELEN
VERLOSKUNDIGE

VERLOSKUNDIGENPRAKTIJK SCHOFFELEN - VAN VLEUTEN
EN PRAKTIJKOPLEIDER IN MAASTRICHT

Tijdsdruk in de verloskundige praktijk is de grootste hobbel bij het uitvoeren van onderzoek. Hoe brengt een verloskundige de praktische waarde van wetenschap succesvol in balans met de hectiek van alledag? Verloskundige en praktijkopleider Esther Schoffelen beschrijft de relatie die ze heeft met de Academie Verloskunde als vruchtbaar. Als veelgevraagd en drukbezet verloskundige is ze vol lof, maar ze heeft ook een kritische kanttekening.

Allerlei geplastificeerde kaarten en voorbeelden worden er letterlijk en figuurlijk uit de kasten getrokken bij Verloskundigenpraktijk Esther Schoffelen (Maastricht) wanneer het thema onderzoek wordt aangekaart. Ze laat een gesprekstool voor gezinnen zien. Een boekje met poppetjes diagrammen dat bepaalde cijfers rond zwangerschap visueel presenteert. En tot slot een 'ouderde' kaart met curves voor gezonde gewichtstoename bij zwangere vrouwen waar ze nog steeds gebruik van maakt.

Esther Schoffelen (afgestudeerd als verloskundige in 1995) houdt van praktisch en toepasbaar. Dat onderzoek bruikbaar moet zijn motiveert haar om mee te doen en de resultaten ervan later ook echt toe te passen. Als eerstelijns verloskundige met 27 jaar ervaring heeft ze nooit wat anders gewild dan verloskundige zijn. Het docentschap heeft ze overwogen, maar 'ze is gewoon meer geschikt voor het werkveld', zoals ze zelf zegt. Ook een klinische opleiding heeft haar nooit bekoren. Misschien dat ze ooit nog een tijdelijke uitzending naar het buitenland wil doen. Maar dat wil alleszins zeggen dat Esther al die tijd heeft stil gestaan, integendeel. "De bevalling is hetzelfde gebleven maar de zorg eromheen is radicaal veranderd."

BELANG VAN DICHTBIJ / Esther onderhoudt de relatie met de Academie Verloskunde op twee manieren. Mede door haar relatie met collega verloskundige en onderzoeker Judit Keulen wordt ze vaker direct betrokken bij onderzoek. Ze doet mee aan focusgroepen en vult soms uitgebreide vragenlijsten in. Indien nodig vraagt ze cliënten om die in te vullen. Dat is tijdrovend maar het levert soms hele goede en onverwachte resultaten op die haar werk beter en gemakkelijker maken. Een van de voorbeelden komt vanuit het onderzoek 'Samen voor Gezondheid', dat draait om goede geboortezorg voor kwetsbare zwangeren [zie p. 12]. Darie Daemers overtuigde haar dat 95% van de mensen dat een digitale vragenlijst krijgt deze eerlijker en completer invult. Esther was sceptisch maar stond open voor een experiment. Ze kreeg inderdaad meer informatie van de cliënt terug en kon ook nog de anamnesetijd drastisch verkorten.

Ook neemt ze deel aan live trainingen en e-learnings. "In beide word je stap voor stap meegenomen, dat vind ik fijn. E-learnings kun je ook nog eens in je eigen tijd doen. Ook dat is prettig."

Tot slot hoort en leert Esther veel via de studenten die stage bij haar lopen. Zij lopen tegen dingen aan en stellen veel vragen. Daar wil Esther antwoord op kunnen geven. Ze wordt hierin ook geprikkeld, want verloskundigen worden heel anders opgeleid. "Het is een vierjarige studie geworden die tegen academisch niveau aanschurkt, waarbij je ook moet beschikken over wetenschappelijke vaardigheden. Studenten hebben ook een andere grondhouding, ze vragen bijvoorbeeld overal toestemming voor en kondigen de hele tijd aan wat ze gaan doen. Daar leer ik ook van."

IN HET EVIDENCE BASED WERKEN VOELT ESTHER ZICH TEKORT SCHIETEN, MAAR DAAR KAN EN WIL ZE ZICH NIET ACHTER VERSCHUILEN. "IK ONDERKEN HET BELANG VAN ONDERZOEK EN BEN GRAAG OP DE HOOGTE, MAAR IK HEB MIJN EIGEN MANIEREN EN KANALEN OM MEZELF TE INFORMEREN. EEN GYNAECOLOGOOG ZWAAIDE EENS MET CIJFERS DIE IK NIET KON PLAATSEN OF WEERLEGGEN. BIJ NAVRAAG BLEEK HET OM EEN HELE KLEINE STUDIE VAN 100 VROUWEN IN AMERIKA TE GAAN. DAT VERANDERT DE ZAAK NATUURLIJK." IN ZULKE GEVALLEN EN WANNEER ESTHER BEHOEFTE HEEFT AAN BELEIDSUPDATES EN DE LAATSTE ONDERZOEKEN BOORT ZE HAAR PERSOONLIJKE NETWERK AAN.



TIJD EN ORGANISATIE / "Niet alleen de opleiding, ook het werkveld van de verloskundige is drastisch veranderd. Voor verloskundigen zijn er veel neventaken bijgekomen, zoals onderzoek doen, maar ook overleg voeren: over zwangeren in een kwetsbare situatie, kringoverleg, overleg met de gemeente, intervisie, supervisie en ga zo maar door." Voor een gemiddeld consult heeft Esther 15 minuten, inclusief het fysieke onderzoek: bloeddruk opmeten, naar het hartje van het kindje luisteren enz.

Het vele overleggen is het gevolg van de toegenomen samenwerking met andere partijen in de geboortezorgketen: kraamzorg, gynaecologie, neonatologie, maatschappelijk werk enz. Dat heeft zeker veel voordelen.

Nieuw is ook de mondigheid van de huidige populatie zwangere vrouwen. Ze informeren zichzelf via allerlei websites en sociale media. "Aan hun taalgebruik weet ik precies welke influencer ze volgen", zegt Esther. "Natuurlijk zijn er nog cliënten die volledig op mij en mijn expertise vertrouwen, maar als ik vroeger zei, 'dat ze op hun kop moesten gaan staan', dan deden ze dat. Nu vragen ze door en zeggen ze vaker nee."

Anderzijds be vraagt Esther haar cliënten vaker op wat ze zélf willen. "Kijk, je wil een vrouw toch een goede beleving bezorgen van het proces en de bevalling. Wij begeleiden de geboorte van 2 of 3 baby's per week maar zij krijgt misschien maar 1 kind gedurende haar hele leven. Een kind krijgen is uniek en bijzonder, je moet ervoor gaan en alles geven wat je in huis hebt."

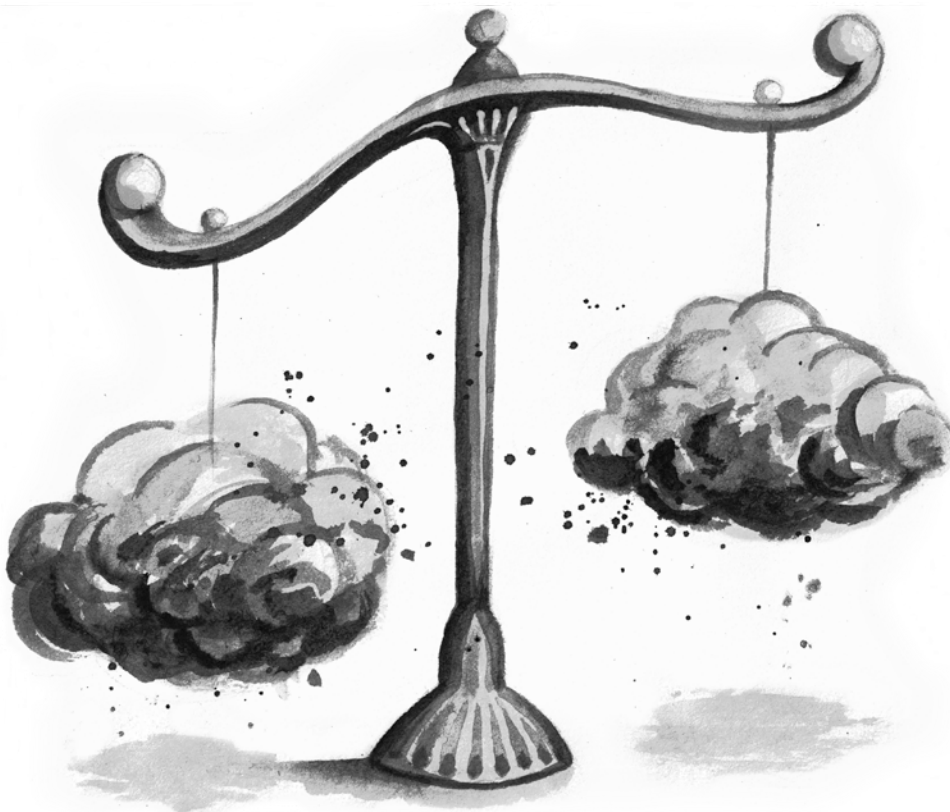
HOE ZE AL DIE TAKEN COMBINEERT?

MOET ZE DAN MINDER CLIËNTEN
AANNEMEN? DAT IS EEN VRAAG 'TEGEN
HET ZERE BEEN' VAN KLEINE PRAKTIJKEN; ZIJ
KRIJGEN DIE KLUS VAAK NIET GEKLAARD.
MAAR ESTHER ZIT IN EEN MAATSCHAP. ER
WERKEN VIJF (BINNENKORT ZES) MENSEN
IN HAAR PRAKTIJK VAN WIE ER TWEE OOK
NOG VERSTAND HEBBEN VAN ONDERZOEK.
DAT HEEFT HEEL VEEL VOORDELEN. "IK
HEB ALTIJD EEN BACK-UP, KAN DINGEN
DELEGEREN EN OVERLEGGEN. HET IS FIJN
OM MEERDERE GEZICHTSPUNTEN EN VISIES
IN HUIS TE HEBBEN EN WIJ ZIJN ALTIJD FIT
TIJDENS EEN DIENST."

BALANS BEWAKEN / Met cijfers heeft Esther niet zoveel, die vindt ze snel 'vaag' en 'ingewikkeld'. Ze werkt liever met poppetjes-diagrammen, 'die maken in één oogopslag duidelijk waar het om gaat'. "Of neem dat hele fijne scheurblokje waarin je allerlei klachten kon afvinken die te maken hebben met zwangerschapsvergiftiging." De manier waarop onderzoeksresultaten gepresenteerd worden is cruciaal voor Esther om ze al dan niet te gaan toepassen in haar werk.

Ze snapt heel goed dat ze geen onderzoeker hoeft te worden om bewust te zijn van de impact van onderzoek. "Ik hoef niet persé zelf heel veel baat te hebben bij een onderzoek. Als iemand me kan overtuigen van de waarde van iets en we kunnen het wegzetten in de tijd, draag ik dolgraag bij. Maar wat er onderzocht wordt, moet wel relevant zijn en ik moet er praktisch mee uit de voeten kunnen." Zelf heeft ze overigens nog nooit een vraag ingediend maar ze verleent graag wetenschappelijke hand- en spandiensten.

"Goede onderzoekers zijn nodig, ik bewonder hen ook. Maar we moeten met zijn allen wel blijven bedenken dat we mensen moeten opleiden die het vak van verloskundige goed in de vingers moeten krijgen. Het moet niet zo zijn dat studenten straks heel goed wetenschappelijk stukken kunnen schrijven maar de knip niet kunnen hechten. Dat is wel iets waar ik me af en toe zorgen om maak, net als om de ambitie van huidige studenten. Ze leggen de lat hoog, willen veel maar zodra ze kinderen krijgen is er nergens meer tijd voor en haken ze af. De balans is belangrijk, laten we die blijven bewaken."



EEN GEZONDE START VOOR ADVIES EN ONDERZOEK

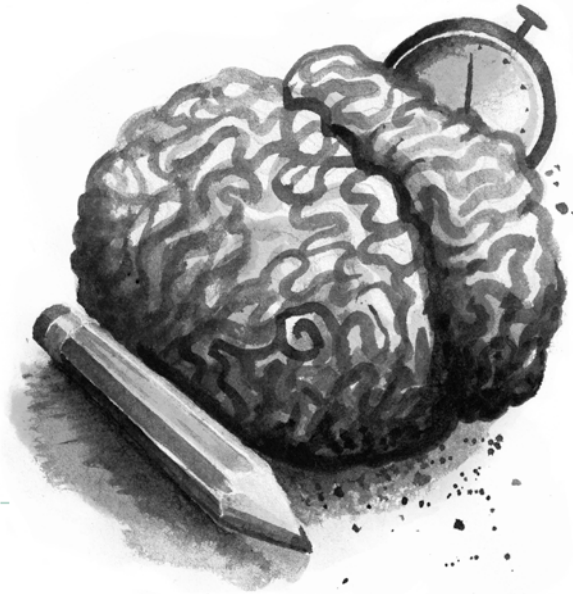


JANNEKE CROONEN

DIRECTEUR COÖPERATIEVE VERLOSKUNDIGEN

NIJMEGEN (CVN)

“Elkaar beter kunnen vinden en op de hoogte kunnen houden van lopende onderzoeken. Veel kennis delen en vooruitgang boeken in de verbinding met het werkveld. Elkaar op al die vlakken ondersteunen en versterken als regio.” Dat is de oogst van ruim een jaar CoP* Adviesraad volgens Janneke Croonen, oud-verloskundige en sinds twee jaar directeur van de Coöperatieve Verloskundigen Nijmegen (CVN)**.



In de CoP Adviesraad, opgericht in het voorjaar van 2021, werken vertegenwoordigers van vijf CoP's samen met het lectoraat van de Academie Verloskunde Maastricht. De raad kan, vanuit haar voelsprietten met het veld, onderbelichte aspecten van onderzoek signaleren, potentiële onderzoeksvragen aandragen en problemen bij de uitvoering van onderzoek ombuigen naar samenwerking.

De leidende vraag bij het verstrekken van advies is hoe je onderzoeksresultaten omzet naar werkbare praktijksituaties. Janneke: “Wij brengen de vragen en zorgen van verloskundigen en de mogelijke verbeterpunten die zij zien, terug naar het lectoraat. Op haar beurt krijgt de CVN vanuit het lectoraat steun en praktische handvatten. Bijvoorbeeld in de vorm van een live bijeenkomst over hoe je een richtlijn implementeert of een onderzoek interpreteert.”

VOORBEELDEN / Janneke noemt een aantal voorbeelden van situaties die de CoP Adviesraad in de praktijk tegenkomt en terugkoppelt. “Neem het BAMl project (een best practice project) dat staat voor ‘Baring Afmaken bij Milde Indicatie’. Soms worden er landelijk succesvolle onderzoeken gepresenteerd die bij regionale implementatie toch problemen opleveren. We zien ook steeds meer dat juridische en financiële vraagstukken moeten worden meegenomen in onderzoek. Wanneer deze vragen al zijn beantwoord, kan dat de implementatie bevorderen. Tevens gaat data steeds meer een rol spelen in de geboortezorg. In afstemming van het beleid maar ook in gesprekken met de zorgverzekeraar. Het is goed je bewust te zijn welke data je verzamelt en waarom. Deze vraagstukken koppelen wij terug zodat onderzoek en data nog meer kunnen worden afgestemd op de vraag vanuit het werkveld.”

BASIS VOOR SUCCES / Thema's die sinds de opstart van de CoP Adviesraad teruggegeven zijn aan het lectoraat hebben betrekking op zowel lopende als afgeronde onderzoeken. “Veel praktijkvragen komen voort uit de voortdurende veranderingen in de zorg. Neem de wens van het werkveld om continuïteit van zorg te kunnen leveren en een spel te willen zijn in de geboortezorgketen. Dat kan door nieuw beleid in de knel komen. Onderzoek kan dan deel zijn van de oplossing, zeker als relevante aspecten meegenomen worden in de onderzoeksvraag.”

Samenwerking is volgens Janneke de basis voor succes op het gebied van onderzoek. Het was ook een uitgangspunt bij de oprichting van de CoP Adviesraad. Bij die basis hoort ook dat je elkaar vertrouwt en op de hoogte houdt. De leden van de CoP Adviesraad komen tweemaal per jaar samen, organiseren live bijeenkomsten en hebben online veel contact.

“Niet ieder onderzoek is een succesverhaal, maar je hoeft niet telkens in dezelfde valkuil te stappen. Samenwerking voorkomt dat, want je leert elkaars mogelijkheden, talenten, vaardigheden en valkuilen beter kennen.”

Als oud-verloskundige is Croonen gedreven om een werkbaar praktijk te creëren waarin de kwaliteit van geboortezorg voorop staat. Het lijkt erop dat de CoP Adviesraad een gezonde start hiervoor heeft gecreëerd door meer en beter te gaan samenwerken op het gebied van onderzoek. Dit sluit mooi aan bij de praktijk, waarin de verloskundige niets liever wil dan een gezonde start realiseren voor moeder en kind. Een goed begin is overal het halve werk.

* Een CoP is een *Community of Practice*, een regionaal samenwerkingsverband tussen een ziekenhuis, de omliggende verloskundige praktijken en de Academie Verloskunde Maastricht.
** De CVN is de Coöperatie Verloskundigen Nijmegen, een regionaal samenwerkingsverband tussen 13 verloskundige praktijken dat al 15 jaar bestaat.

'PASSENDE ZORG BIJ ZWANGERSCHAP', EEN GESCHIKT PROJECT

“Hoe kun je wetenschappelijk onderzoek laten landen in de onderbuik van de verloskundig professional?”

Dat is de vraag die Evelien Cellissen zich minimaal tweemaal per week stelt. Vanuit haar werk als coördinator bij Leven Lang Leren, de voor Nederland unieke bij- en nascholingstak van de Academie Verloskunde Maastricht, onderscheidt ze twee factoren om dit voor elkaar te krijgen. Haar onderbouwing komt onder andere uit het succesvol afgeronde onderzoeksproject 'Passende zorg'.

EVELIEN CELLISSEN

ONDERZOEKER EN COÖRDINATOR

LEVEN LANG LEREN

Wetenschappelijke inzichten kunnen verloskundigen helpen bij het leveren van hoge kwaliteit van zorg. Bijvoorbeeld bij het geven van voorlichting, bij gezamenlijke besluitvorming en bij het overleg met gynaecologen over een cliënte of over regionale zorgafspraken. Maar verloskundigen ervaren belemmeringen bij het verzamelen en interpreteren van wetenschappelijke inzichten, terwijl de praktijk daar meer en meer om vraagt. Het onderzoeksproject 'Passende zorg bij zwangerschap' draagt bij aan het slechten van de drempels die in de professionele verloskundepraktijk ervaren worden.

IMAGOPROBLEEM / 'Wetenschappelijk onderzoek is ingewikkeld, oninteressant en voor mij niet relevant.' Evelien chargeert, maar bekent dat er een kern van waarheid zit in de associatie die verloskundigen hebben bij onderzoek. Lange lappen Engelse tekst en pagina's vol met tabellen nodigen nou niet direct uit om te gaan lezen.

Evelien kan zich voorstellen dat het vergroten van de wetenschappelijke competentie voor een verloskundige bovendien geen topprioriteit is. "Het is niet hun core business en sinds het invoeren van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg in 2016 wordt er sowieso meer gevraagd van de verloskundige.

Door de naweeën van Covid-19 en de huidige krapte op de arbeidsmarkt hebben verloskundigen het drukker dan ooit. Probeer ze dan maar eens te overtuigen van de waarde en de relevantie van onderzoek.”

VAN KENNIS NAAR KUNDE/Om wetenschappelijk onderzoek te laten landen in de onderbuik van de verloskundige moet je de vertaalslag maken naar de praktijk. Je moet ‘wetenschappelijk weten waarom’ kunnen ombuigen naar ‘praktisch weten hoe’. “Daar zijn wij heel goed in”, zegt Evelien, die weet waar ze het over heeft. Cellissen is een gediplomeerd en ervaren verloskundige (1e en 2e lijn) en heeft als adviseur onder meer gewerkt voor het College Perinatale Zorg (CPZ). Momenteel werkt ze ook een dag per week aan een promotieonderzoek rond integrale geboortezorg.

“Onderzoek krijgt pas waarde en relevantie wanneer een verloskundige de resultaten ervan op de werkvloer kan toepassen. Dat geldt ook voor een project als ‘Passende zorg bij zwangerschap’, waarbij het ontwikkelen van een duurzame kennisinfrastructuur centraal staat.” Volgens Evelien gaat dat verder dan het ter beschikking stellen van de lijvige factsheets die daartoe zijn geproduceerd in samenwerking met de AVAG en de KNOV.

Het versterken van de wetenschappelijke competentie is volgens Evelien essentieel. Verloskundigen moeten in staat gesteld worden om hun EBM-vaardigheden te vergroten. Dat betekent dat ze leren hoe je data en onderzoek interpreteert. Middels online kennis en intervisie bijeenkomsten en e-learning trajecten worden ze daarbij geholpen.

Als verloskundige word je als het ware een betere stuurvrouw op het geboortezorgschip. “Naast te vertrouwen op de cliëntbeleving en je eigen onderbuik leer je via evidence ook varen op wetenschappelijk bewijs. Uitspraken als ‘ik vind dit’ en ‘ik voel dat’, als onderbouwing voor keuzes, worden daarmee in een breder perspectief geplaatst.”

AHA-MOMENTEN / “Ik snap nu waar deze richtlijn over gaat en waar deze vandaan komt”, “Ik kan nu zelf argumenten naar voren brengen als ik in een protocol werkgroep zit”, “Ik durf nu het gesprek aan met de gynaecoloog”. Voor de verloskundigen zijn dit ‘aha-momenten’, voor Evelien Cellissen vormt de positieve feedback op het tot dusverre ontwikkelde aanbod de drijfveer om door te gaan. Die motivatie is vooral nodig om de tweede succesfactor te voeden die je helpt om impact te maken met je onderzoek.

Een grotere uitdaging dan het maken van die pragmatische vertaalslag blijkt het bereiken en binnenhalen van de doelgroep. Onderzoek heeft, zoals gezegd, onder verloskundigen niet een heel sexy imago. Vaak speelt er ook wat angst; onbekend maakt onbemind en soms onmachtig. Een verloskundige werkt bovendien momenteel onder grote druk. Je moet voor het voetlicht brengen waarom een verdieping in onderzoek de zorgkwaliteit ten goede komt. Dat is iets waar elke verloskundige het uiteindelijk voor doet.

“Wat helpt is succesverhalen delen van deelnemers aan een training. Dat mogen we meer doen want wanneer mensen eenmaal kennismaken met ons aanbod, zijn ze enthousiast en vol lof. Maar als je als verloskundige denkt, ‘die competentie heb ik niet nodig’, ‘ik doe dit al jaren zo’, en ‘dat kan ik al’, blijft het lastig om iemand te overtuigen om tijd, en op enig moment, geld te investeren in wetenschappelijke bij- en nascholing. ‘Van onbewust onbekwaam naar bewust onbekwaam’, dat is de shift in bewustzijn die nodig is. Onderzoek kan ook daaraan vast bijdragen.”

Het onderzoeksproject Passende zorg bij zwangerschap is uitgevoerd i.s.m. de AVAG en de KNOV. Het is gericht op het ontwikkelen van een duurzame kennisinfrastructuur, rustend op twee pijlers: 1. Het aanvullen van bestaande wetenschappelijk literatuur met up-to-date praktijkkennis (o.a. VeCaS) en de resultaten terugbrengen naar het werkveld; 2. Het ondersteunen van verloskundigen bij het verbeteren van EBM-vaardigheden middels trainingen.

Factsheets behandelen actuele onderwerpen binnen de verloskundige zorg waarvoor geen Nederlandse richtlijnen bestaan. Een factsheet is geen richtlijn, maar zet beschikbare wetenschappelijke kennis op een rij en vertaalt deze naar relevante aspecten voor de zorgverlening. Factsheets kunnen gebruikt worden voor de ontwikkeling van regionale protocollen en zorgpaden en ter ondersteuning van de dagelijkse zorg aan zwangere vrouwen.

ESSENTIAL

Onderwijs met impact

Hoe kun je de eigen-effectiviteit van verloskunde studenten vergroten voor het bevorderen van evidence based fysiologische geboorte? Dat is de centrale vraag van ESSENTIAL, een onderzoek over het ontwerpen en implementeren van een onderwijsprogramma.

Om de daad bij het woord te voegen moeten wij mensen onszelf in staat achten ons voorgenomen gedrag ook uit te voeren. Het gaat daarbij niet om wat we daadwerkelijk kunnen maar om wat we denken te kunnen. Dit noem je de eigen-effectiviteit. ESSENTIAL is opgezet om deze te bekrachtigen bij studenten ten aanzien van het bewaken en bevorderen van de fysiologische geboorte.

De Nederlandse verloskunde staat bekend als een zorgmodel met een fysiologische benadering van zwangerschap en geboorte. Het wordt gekenmerkt door weinig interventies en internationaal vaak als voorbeeld gebruikt. Het Nederlandse zorgsysteem is echter aan het veranderen, waarbij meer bevallingen in het ziekenhuis plaatsvinden en er vaker ingegrepen wordt.

Voor een verloskundige is het essentieel om vaardigheden te ontwikkelen die haar helpen om (zwangere) vrouwen optimale, evidence based zorg te kunnen blijven geven, vanuit een fysiologisch perspectief. Zorg waarin zij, haar baby en haar gezin centraal staan, ongeacht de setting waarin ze bevallen.

Het onderwijsprogramma ESSENTIAL is ontwikkeld in het kader van een promotieonderzoek. Het programma is gericht op het ondersteunen van studenten verloskunde om competenties te ontwikkelen voor het bewaken en bevorderen van de fysiologische geboorte in de verschillende geboorte settings. ESSENTIAL bleek een positief effect te hebben op de eigen-effectiviteit van studenten en werd door studenten zeer gewaardeerd. Het programma omvat een inspiratiesessie, een communicatietraining en intervisiebijeenkomsten en maakt nu deel uit van het reguliere curriculum.

COLOFON

*Onder Handen is een uitgave van de Academie
Verloskunde Maastricht van Zuyd Hogeschool.*

Creatie:

MANA. Bureau voor strategie en marketing communicatie:

Copy Nicole Pol

Fotografie Lindy Wintraecken

Concept & Illustraties Marijke Ludwig

Ontwerp Claudia Rosales

Drukwerk:

DrukpartnersZuid

© 2022 AVM

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd
en/of openbaar worden gemaakt door middel van druk,
fotokopie, elektronisch of op welke wijze dan ook, zonder
schriftelijke toestemming van AVM.



ZU
YD

