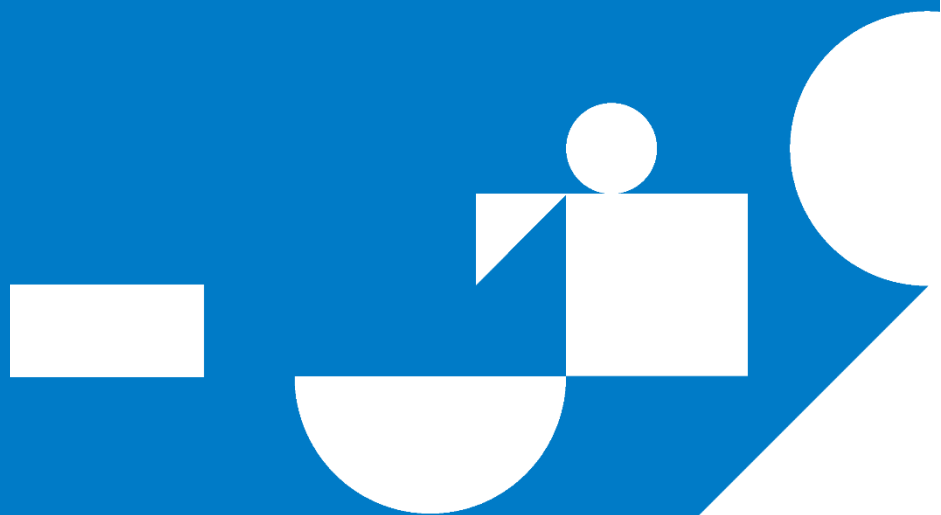


Sociale zorg in de verloskunde: **samen** bouwen aan gelijke kansen



Lectorale rede
Marijke Hendrix
23 mei 2025

Where and how a child is born is like a mirror of society. Your further life seems completely mapped out by those few square metres where your mother brings you into the world. In the womb there is no room for outward show. Poor, rich, black, white, believers or not ... every child starts off life with the same first cry. That moment lasts no more than a fraction of a second. After that we are all different.

Lieve Blancquaert, 2013

Inhoudsopgave

Opening..... 3

Intermezzo

Positionering bijzonder lectoraat..... 5

Deel 1

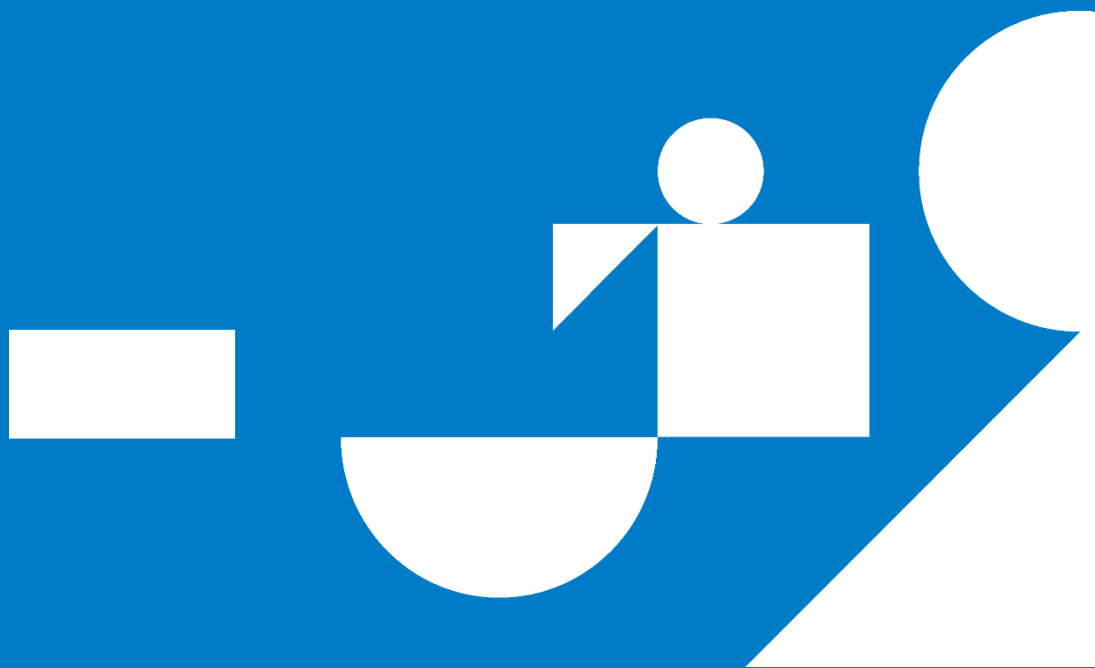
Sociale zorg in de verloskunde: context en uitdagingen..... 7

Deel 2

Bouwstenen voor onderzoek en onderwijs..... 13

Deel 3

Het bijzonder lectoraat Sociale zorg in de verloskunde..... 19



Opening

Geacht College van Bestuur en directie van Zuyd Hogeschool, geachte bestuursleden van de Stichting Bijzondere Voorzieningen Moederschapszorg, beste collega's, vrienden en familie,

Ik ben trots om hier vandaag mijn lectorale rede uit te spreken voor het bijzonder lectoraat **Sociale zorg in de verloskunde**. Het eerste verloskundige lectoraat wat zich specifiek richt op sociale factoren die een rol kunnen spelen bij een gezonde start voor aanstaande ouders en hun kinderen en de rol die verloskundigen hierin spelen.

En dat in Zuid-Limburg, bij de Academie Verloskunde Maastricht die een rijke historie kent in het opleiden van verloskundigen en de zorg aan zwangere vrouwen in Limburg.

In 1913 opende de Vroedvrouwschool in Heerlen haar deuren als antwoord op de hoge kindersterfte en een tekort aan verloskundigen in Limburg en Noord-Brabant. Er was behoefte aan goed opgeleide verloskundigen die vrouwen tijdens de zwangerschap en bevalling konden bijstaan met medische en psychosociale zorg. De Vroedvrouwschool bestond, naast een opleiding voor verloskundigen, uit een vrouwenkliniek waar vrouwen konden bevallen en een doorgangshuis voor gehuwde en ongehuwde moeders. Ook was er, om vrouwen te informeren en te begeleiden in het ouderschap, een consultatiebureau en waren er moedercursussen die verzorgd werden door verloskundigen.

Daarnaast is het niet onbekend dat Zuid-Limburg al decennialang minder goed scoort op gezondheid in vergelijking met de rest van Nederland. De regio trok in de tijd van de mijnindustrie veel laagopgeleide werknemers. De sluiting van de mijnen in de jaren 70, leidde tot hoge werkloosheid en gezondheidsproblemen. Nu, 50 jaar later blijkt dat die achterstanden nog steeds niet zijn ingehaald. Een achterstand die zich manifesteert in alle domeinen en doorwerkt in volgende generaties: van fysieke en mentale gezondheid tot sociale vaardigheden, arbeidsomstandigheden en onderwijs.

Er is landelijk toenemende aandacht voor de impact van sociale factoren op de gezondheid, zoals leefstijl, werk en inkomen, sociale contacten en toegang tot zorg. Dat geldt ook voor zwangerschap en geboorte. Er is veel aandacht voor de eerste 1000 dagen: de periode van zwangerschap tot de leeftijd van 2 jaar van het kind is cruciaal voor het verdere leven. In die periode wordt de basis gelegd voor vaardigheden en vermogens voor een gezond en kansrijk leven. Maar om ieder kind een kansrijke start te geven, hebben zwangere vrouwen, die te maken hebben met kwetsbare omstandigheden, meer aandacht nodig en de juiste ondersteuning door de juiste zorgverlener. Dat is de focus van mijn bijzonder lectoraat: gelijke kansen voor een gezonde start voor moeder en kind! Daar is meer onderzoek voor nodig en die kennis moet vervolgens de weg vinden naar praktijk en onderwijs.

In de titel van mijn rede heb ik bewust gekozen voor het werkwoord 'bouwen', want dat is namelijk wat we samen doen. We bouwen aan betere relaties, met de zwangere vrouw en haar omgeving, met andere zorgverleners in het medisch en sociaal domein. Maar we bouwen ook aan meer kennis, innovaties, goede zorg en goed onderwijs.

Ik heb het in deze rede over vrouwen maar daarmee bedoel ik ook de eventuele partners en andere naasten van vrouwen. Met het medisch domein bedoel ik de zorgverleners in de eerste- en tweedelijns zorg, zoals verloskundigen, gynaecologen, kraamverzorgende, verpleegkundigen en andere medische professionals. Met het sociaal domein bedoel ik professionals die uitvoering geven aan de Jeugdwet, Participatiewet en de wet Publieke gezondheid. Zij werken vooral bij de gemeenten, in de jeugdgezondheidszorg en GGD en bij maatschappelijke en welzijnsorganisaties.

Mijn rede bestaat uit drie delen:

1. In het eerste deel licht ik toe waarom het belangrijk is om aandacht te hebben voor de sociale factoren in de zwangerschap en wat de huidige context is.
2. In het tweede deel ga ik dieper in op bouwstenen die aandacht vragen om sociale zorg in de verloskunde vorm te geven.
3. In het derde deel presenteer ik de plannen van het bijzondere lectoraat met betrekking tot onderzoek en onderwijs.

Maar eerst ga ik kort in op de positionering van het bijzonder lectoraat in de Academie Verloskunde Maastricht en in Zuyd Hogeschool.

Positionering bijzonder lectoraat

Als bijzonder lector *Sociale zorg in de verloskunde* heb ik de opdracht om door onderzoek en onderwijs kennis te ontwikkelen over de integratie van sociale zorg in de verloskunde en hiermee bij te dragen aan goede verloskundige zorg voor zwangere vrouwen die te maken hebben met kwetsbare omstandigheden.

Het bijzonder lectoraat, ingesteld door Zuyd Hogeschool wordt gefinancierd door de Stichting Bijzondere Voorzieningen Moederschapszorg. De Stichting Bijzondere Voorzieningen Moederschapszorg is opgericht in 1932 en heeft als doel:

1. Ondersteunen van de verloskundige zorg in Limburg
2. Geldelijke ondersteunen van de opleiding verloskundigen Academie Verloskunde Maastricht
3. Beheren van het historisch erfgoed, dat aan de stichting is overgedragen door de R.K. Stichting Moederschapszorg.

Het bijzonder lectoraat is onderdeel van het lectoraat Midwifery Science, wat samen met de bachelor Verloskunde en Leven Lang Leren, de Academie Verloskunde Maastricht vormt. Daarnaast zijn we partner in de master Verloskunde die we samen met de andere opleidingen Verloskunde aanbieden. Ook hebben we een goede link met de Universiteit Maastricht via de leerstoel Fysiologische Verloskunde.

Het lectoraat kent twee programmalijnen voor onderzoek: *Verloskundig vakmanschap* en *Gezonde Start*. Binnen de programmalijn *Gezonde Start* vindt al enkele jaren onderzoek plaats op het gebied van het thema van het bijzonder lectoraat, zoals de projecten *Samen voor Gezondheid* en *Samen Beslissen met (aanstaande) ouders afgestemd op gezondheidsvaardigheden*.

De primaire focus in deze projecten is het verbeteren van de verloskundige zorg voor aanstaande ouders in kwetsbare omstandigheden en deze projecten zijn een goede basis voor verdere invulling en positionering van het bijzonder lectoraat. Daarmee krijgt het thema sociale zorg in de verloskunde specifieke aandacht, zowel regionaal als landelijk. In deze projecten werken we samen met hen die daar belang bij hebben: zorgverleners in de geboortezorg en het sociaal domein, (aanstaande) ouders en cliëntvertegenwoordigers, onderzoekers, beleidsmakers, studenten en docenten en beroepsvereniging(en).

De Academie Verloskunde Maastricht is onderdeel van het domein Gezondheidszorg en Welzijn van Zuyd Hogeschool. Het domein kent momenteel zeven lectoraten en zeven bijzondere lectoraten, zie tabel 1, die samen zijn verenigd in het Kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving. De missie van het kenniscentrum is het ondersteunen van burgers, professionals (in spé) en organisaties in Limburg en daarbuiten bij het realiseren van transitie om zorg en welzijn beter, betaalbaar(der) en inclusiever c.q. toegankelijker te maken. De lectoraatsopdracht vraagt bij uitstek om een samenspel tussen onderzoek, onderwijs en praktijk. Met deze rede hoop ik dan ook de verschillende belanghebbenden aan te spreken en te inspireren.

Tabel 1

(Bijzonder) lectoraten en lectoren in het domein Gezondheidszorg en Welzijn, verbonden aan het Kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving

Lectoraat	Lector
Autonomie en Participatie van Chronisch Zieken <i>Begrijpelijk Communiceren</i> <i>Samen Beslissen door Verpleegkundigen</i>	Emmylou Beekman <i>Ruth Dalemans</i> <i>Albine Moser</i>
Kennisontwikkeling Vaktherapieën	Susan van Hooren
Midwifery Science <i>Sociale zorg in de verloskunde</i>	Marianne Nieuwenhuijze <i>Marijke Hendrix</i>
Ondersteunende Technologie in de Zorg <i>Passende Revalidatiezorg</i>	Ramon Daniels <i>Ivan Huijnen</i>
Maatwerk in Leefstijl en Beweegzorg	Susy Braun
Wijkgerichte Zorg <i>Interprofessionele Samenwerking in de Wijk</i> <i>Verpleegkundig leiderschap</i>	Erik van Rossum <i>Jerôme van Dongen</i> <i>Judith Meijers</i>
Sociale Integratie <i>Beroepsvorming Professionals in het Publiek Sociaal Domein</i>	Maja Ročak <i>Lineke van Hal</i>

Sociale zorg in de verloskunde: context en uitdagingen

Goede verloskundige zorg draagt bij aan positieve gezondheidssuitkomsten voor moeder en kind, zowel op fysiek gebied als op psychosociaal welbevinden. Door toegenomen welvaart en door verbeteringen in leefomstandigheden en medische zorg zijn de kansen op een goed en gezond verloop van zwangerschap en geboorte in de vorige eeuw enorm verbeterd. De meeste kinderen in Nederland maken een goede start in het leven en groeien gezond op in een veilige en beschermde omgeving.

Er is echter nog een groep waar verbetering achterblijft: zwangere vrouwen die zich bevinden in kwetsbare omstandigheden. Hiermee doel ik op vrouwen die te maken hebben met psychosociale problemen, zoals armoede, mentale problemen, huiselijk geweld of een klein sociaal netwerk. Deze vrouwen hebben een hoger risico op ongunstige uitkomsten tijdens de zwangerschap of geboorte, zoals vroeggeboorte, laag geboortegewicht of perinatale sterfte.

We zien in Nederland grote regionale verschillen in uitkomsten voor zwangerschap en geboorte, welke vooral zijn terug te voeren op niet-medische en psychosociale factoren [1]. De sociale omstandigheden waar mensen in leven, zoals het wonen in achterstandswijken, het leven in armoede en materiële en psychosociale tekorten hebben substantiële effecten op de uitkomsten van moeder en kind aan het begin van nieuw leven [2,3]. Opvallend daarbij is dat het risico op ongunstige uitkomsten in achterstandswijken juist de gezinnen met een Nederlandse achtergrond hard treft [2]. Zuid-Limburg is zo'n regio waar vaker sprake is van de combinatie zwangere vrouwen zonder migratieachtergrond en het leven in armoede.

Prevalenties van determinanten van gezondheid kunnen echter sterk regionaal verschillen, wat een uniforme aanpak lastig maakt. Uit onderzoek blijkt ook dat een opeenstapeling van een mix van factoren kan leiden tot minder adequate en toegankelijkheid tot zorg omdat casemanagement en afstemming van zorg, tussen verschillende professionals en over domeinen heen, complex is [4].

Deze grotere kans op een minder goede start bij de geboorte voor vrouwen en kinderen in kwetsbare omstandigheden en het besef dat dit, naast medische problemen ook samenhangt met psychosociale problemen, zorgen voor nieuwe vragen en een brede blik op de geboortezorg.

In 2018 is in Nederland het landelijke actieprogramma 'Kansrijke Start' gelanceerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport [5,6]. Het programma heeft als doel om elk kind de beste start in het leven te bieden door 1) het stimuleren van aandacht voor het biopsychosociaal perspectief op gezondheid en 2) door lokale samenwerking te bewerkstelligen tussen het sociale domein en de gezondheidszorg afgestemd op de lokale omstandigheden en behoeften van de burgers. In elke gemeente wordt een lokale coalitie gevormd en een brede, wijkgerichte en integrale aanpak ontwikkeld. Binnen deze coalities maken zorgverleners, werkend in de geboortezorg, de jeugdgezondheidszorg en het sociaal domein, samenwerkingsafspraken over tijdige signalering van gezinnen in kwetsbare omstandigheden en de inzet van effectieve en preventieve ondersteuning. Bijvoorbeeld de inzet van een huisbezoek tijdens de zwangerschap door de jeugdgezondheidszorg of het beschikbaar maken van bewezen interventies zoals VoorZorg of Nu Niet Zwanger door de gemeente.

Binnen deze aanpakken moet het denken verschuiven van ziekte naar gezondheid, van zorg naar preventie en van focus op slechte uitkomsten naar de aanpak van gezondheidsverschillen. En van een puur individuele aanpak naar een maatschappelijke, collectieve aanpak van de omstandigheden waarin mensen worden geboren, opgroeien en leven. Dat kan alleen maar als

zorgverleners aandacht hebben voor de sociale omstandigheden in hun zorgverlening en als zorgverleners samenwerken vanuit ieders expertise om alle zwangere vrouwen ondersteunende en preventieve zorg aan te bieden. Deze beweging wordt landelijk ook wel sociale verloskunde genoemd [7].

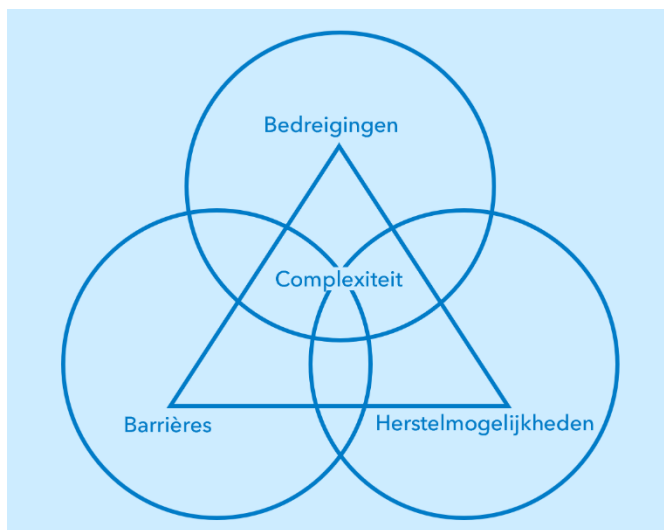
Ondanks de vele initiatieven en de landelijke aandacht voor gezondheidsverschillen, hebben we de afgelopen jaren in onze onderzoeksprojecten ook wel gezien dat dit geen eenvoudige klus is. Een echte transitie naar integratie van sociale zorg in de verloskunde blijft uit en implementatie van aanpakken en interventies is een weg van lange adem. Daar liggen mijns inziens een aantal uitdagingen aan ten grondslag, die ik hieronder zal toelichten.

Kwetsbaarheid: een dynamisch en complex concept

Ten eerste het concept 'kwetsbaarheid', een complex en veelzijdig concept en daarom moeilijk aan te pakken. Met de toenemende aandacht voor de sociale zorg in de verloskunde heeft ook het begrip 'kwetsbare zwangere' haar intrede gedaan. Deze term wordt gebruikt om vrouwen aan te duiden met één of meerdere psychische en/of sociale problemen. Zelf geef ik de voorkeur aan het gebruik van de term 'zwangere vrouw in een kwetsbare omstandigheid', want het is de situatie of omstandigheid waarin iemand leeft, die kwetsbaar maakt.

Maar het concept kwetsbaarheid wordt in de literatuur niet eenduidig gedefinieerd en operationalisering van het concept voor onderzoek, beleid en praktijk ontbreekt. In de praktijk wordt veelal de definitie Kwetsbaarheid van Rotterdam gebruikt [8]. Kwetsbaarheid definiëren ze als een disbalans tussen risicofactoren en beschermende factoren. Risicofactoren zijn bijvoorbeeld psychische klachten, ongezonde huisvesting of wonen in een achterstandswijk, armoede, beperkt sociaal netwerk of lage gezondheidsvaardigheden. Voorbeelden van beschermende factoren zijn een breed sociaal netwerk of het hebben van motivatie of zelfvertrouwen. De inschatting van de mate van kwetsbaarheid gebeurt in dialoog tussen hulp- en zorgverleners en de vrouw en haar partner. Onduidelijk is hoe risicofactoren en beschermende factoren gewogen moeten worden met als mogelijk gevolg dat kwetsbaarheid een optel- of aftreksom wordt van factoren. Dat kan leiden tot 'hokjes denken' en stigmatisering. Ook houdt deze definitie geen rekening met de complexiteit van de situatie waarin zwangere vrouwen kunnen leven en de invloed van bepaalde barrières in de organisatie van de zorg, de rol en attitude van de zorgverlener, de zwangere vrouw of haar omgeving zijn hier niet in meegenomen.

Deze complexiteit komt meer tot uiting in het theoretisch model van Briscoe et al. [9]. In dat model interacteren drie aspecten met elkaar: bedreigingen, herstelmogelijkheden en barrières, zie figuur 1.



Figuur 1: Vereenvoudigd model Kwetsbaarheid van Briscoe et al (2016)

Bedreigingen kunnen van biologische, psychische of sociologische aard zijn en zijn vergelijkbaar met de hierboven genoemde risicofactoren. Deze bedreigingen interacteren met de herstelmogelijkheden (of beschermende factoren zoals hierboven genoemd). Daarnaast zijn er barrières die de toegang tot de zorg kunnen belemmeren. Barrières worden gecreëerd door bijvoorbeeld beperkte toegang tot zorg, geen zicht op de organisatie van de gezondheidszorg, maar ook doordat de zwangere zich terugtrekt van de mensen en zorgverleners om haar heen en door een onpersoonlijke benadering van zorgverleners [9].

In de huidige maatschappij neemt het denken vanuit risico's een grote plaats in, ook in de geboortezorg. Bovendien zien we dat met de introductie van sociale verloskunde weer nieuwe risico's worden geïdentificeerd en dat dat nog maar weinig gepaard gaat met kennis over herstelmogelijkheden van de aanstaande ouders en de barrières die de toegang tot zorg kunnen belemmeren. Als we alleen naar bedreigingen kijken, dan definiëren we heel veel vrouwen als kwetsbaar, wat een flinke druk kan leggen op de zorg en de individuele zorgverleners. We zullen dus ook aandacht moeten hebben voor de herstelmogelijkheden en barrières tot zorg, zodat we juist de herstelmogelijkheden kunnen bevorderen en mensen, vanuit vertrouwen en een maatschappelijke, collectieve aanpak, zelf regie geven over hun leven.

Daarmee krijgen we ook meer zicht op de voorspellende factoren voor ongunstige uitkomsten en welke uitkomsten relevant zijn per domein of levensfase. Wat is bijvoorbeeld de invloed van armoede of mentale problemen op de geboorte uitkomsten? En op sociale uitkomsten? Of op uitkomsten van het jonge kind?

De zwangere vrouw en de verloskundige in sociale zorg

Concluderend, kwetsbaarheid is persoonlijk en dynamisch – het is geen status quo. Bepaalde positieve en negatieve veranderingen of gebeurtenissen in iemands leven, maken iemand meer of minder kwetsbaar. Dat sluit ook aan bij de levensloopbenadering, waar binnen de gezondheidszorg steeds meer aandacht voor is [13,14]. Deze benadering beschrijft hoe gezondheid zich ontwikkelt gedurende het hele leven en welke factoren van invloed zijn. De invloeden van deze factoren zijn extra groot tijdens belangrijke transitiefases en overgangen in de levensloop: dus als je wordt geboren, opgroeit, woont, werkt, en ouder wordt. Gebeurtenissen en effecten in een eerdere fase, werken door in een nieuwe levensfase.

Juist de zwangerschap is een gunstige transitieperiode om de omstandigheden waarin mensen leven en kinderen krijgen aan te pakken en te verbeteren. Zwangere vrouwen en hun partners zijn in de zwangerschap vaak meer bereid om op hun gezondheid te letten of zorg te aanvaarden in het belang van het kind. Dat zagen we ook terug in interviews met zwangere vrouwen. Zij gaven aan niet als 'kwetsbare zwangere' gelabeld te willen worden, maar juist als ouders die het beste willen voor hun kind. Sommige vrouwen waardeerden de aangeboden hulp of extra aandacht van de verloskundige, omdat ze zich daardoor beter konden voorbereiden op de komst van hun baby. Vrouwen staan open voor het gesprek en willen hun verhaal graag delen. Dit biedt kansen om hun kennis, vaardigheden en keuzes rondom gezondheid en ouderschap te versterken.

Toch laat onderzoek ook zien dat vrouwen zich soms niet gehoord voelen, of het gevoel hebben dat de verloskundige geen tijd heeft, waardoor ze zich opgejaagd voelen. Ook waren ze bang om in hokje geplaatst te worden of dat er extra op hen werd gelet. Vrouwen ervaren soms een gebrek aan respect of ze voelen zich gestigmatiseerd. Het risico is dat vrouwen zorg gaan mijden of dat de geloofwaardigheid van de zorgverlener wordt geschaad [10,11].

Verloskundigen zijn binnen de geboortezorg belangrijke dragers van de zorg voor alle vrouwen, dus ook voor de groep vrouwen in kwetsbare omstandigheden. Ze hebben een centrale rol in het geboortezorgnetwerk [12]: zij zien bijna 90% van de zwangere vrouwen in het begin van de zwangerschap en zien hen tijdens de zwangerschap ook met grote regelmaat. Zij zijn aanwezig in de wijk, komen achter de voordeur en hebben linken met professionals die betrokken kunnen zijn bij de geboorte van een kind, zoals de huisarts, kraamzorg en jeugdgezondheidszorg. Daarmee spelen zij een cruciale rol in de medische en psychosociale zorg en ondersteuning voor zwangere vrouwen.

Medische verloskundige zorg is georganiseerd tussen verloskundigen en gynaecologen en regionale richtlijnen, protocollen en werkafspraken ondersteunen deze zorg. Eerstelijns verloskundigen zijn verantwoordelijk voor de zorg voor laagrisico vrouwen en indien medische bedreigingen aanwezig zijn of ontstaan, worden vrouwen verwezen naar de verloskundigen en gynaecologen in het ziekenhuis.

Maar signalering op kwetsbaarheid is iets anders dan de medische risicosignalering en diagnostiek. Het gaat dan vooral om een goede relatie, inlevingsvermogen en vertrouwen, om samen in gesprek te gaan over de levensomstandigheden, hoe de vrouw en haar partner het leven willen leiden dat bij hun past en welke keuzes zij daarin willen maken om een goede start met het kind te kunnen maken. Daarin speelt bewustwording bij aanstaande ouders, het aangaan van de dialoog, het bespreekbaar maken van taboeonderwerpen en normaliseren dat zwangere vrouwen met psychosociale vragen (ook later in de zwangerschap) bij de verloskundig zorgverlener terecht kunnen, een rol. Waar de verloskundige de zorg niet zelf kan bieden, kan zij (aanstaande) ouders toe leiden naar de juiste professionals in het sociaal domein en de gemeente. Dat vraagt om samenwerkingsafspraken met het sociale domein. Uit een recent literatuuronderzoek blijkt dat zorgverleners een gebrek aan kennis en vaardigheden ervaren om de psychosociale bedreigingen van vrouwen te beoordelen. Ook ervaren ze een gebrek aan kennis over mogelijke zorgopties en slechte communicatie en samenwerking met andere zorgverleners en met het sociaal domein, waardoor ze niet altijd in staat zijn om zorg op maat te bieden [11]. Daarmee verdienen verloskundig zorgverleners extra aandacht om sociale zorg goed te integreren in de zorg aan zwangere vrouwen in kwetsbare situaties. Er is behoefte aan meer onderzoek om inzicht te krijgen in wat nu wel en niet werkt, en hoe dit breed geïmplementeerd kan worden.

Samenwerking geboortezorg en sociaal domein

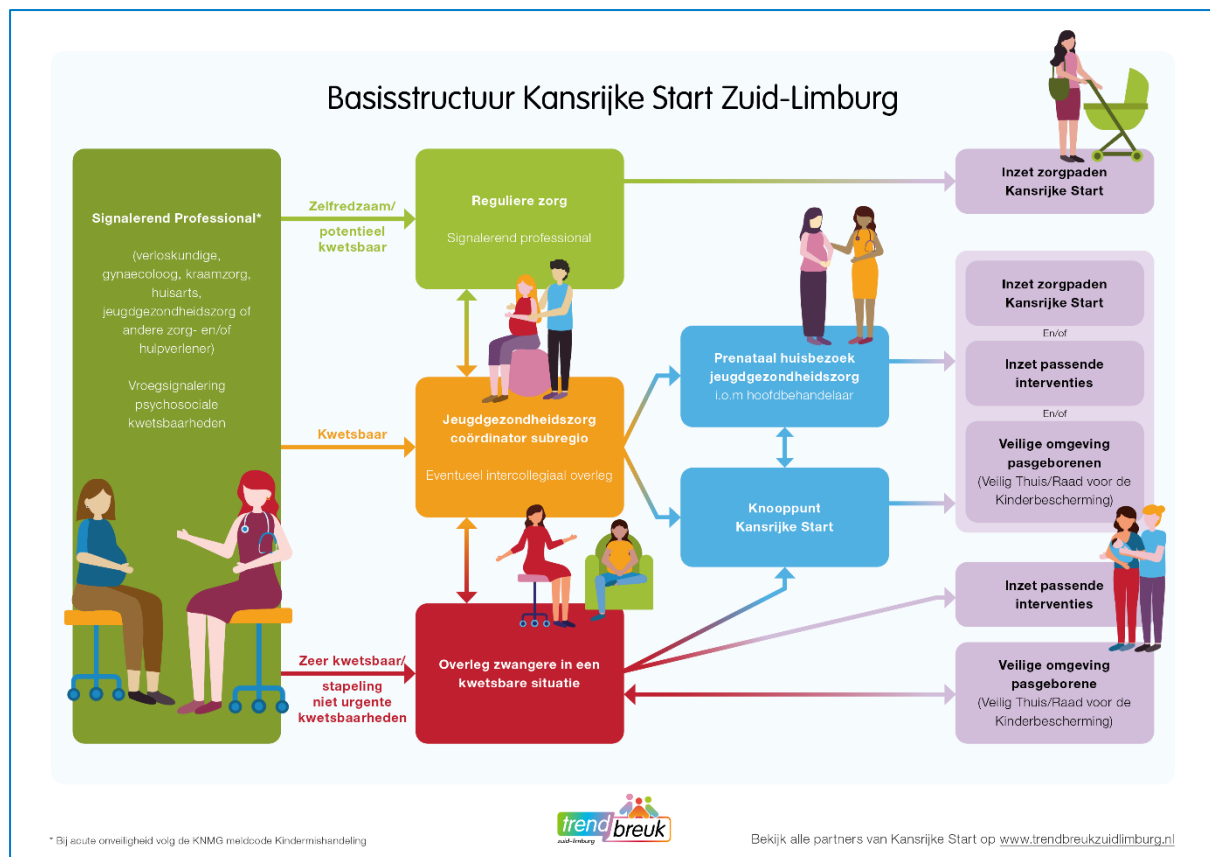
Als laatste uitdaging noem ik de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein. Sociale problematiek, stress door armoede en huisvestingsproblemen zijn niet alleen op te lossen via de medische zorg, zoals verloskundigen, gynaecologen of huisartsen. Daarvoor is een integrale aanpak nodig op gemeentelijk en wijkniveau, met de verbinding tussen medisch en sociaal domein.

Zoals al eerder geschetst, is met de start van het actieprogramma Kansrijke Start in 2018 een impuls gegeven aan de vorming van lokale coalities binnen gemeentes voor samenwerkingsafspraken tussen organisaties in medisch en sociaal domein [5,6].

Samenwerking in Zuid-Limburg: Basisstructuur Kansrijke Start

In Zuid-Limburg bestaat sinds 2019 de regionale coalitie 'Kansrijke Start', als onderdeel van de netwerkorganisatie Trendbreuk. De coalitie bestaat uit 16 gemeenten, zorg- en maatschappelijke partners en onderzoekers. Doel van Trendbreuk is om de trend van gezondheidsachterstanden te doorbreken door uit te gaan van de levensloopbenadering: van zwangerschap tot jongvolwassenen worden bewezen preventieve interventies beschikbaar gemaakt voor iedereen in Zuid-Limburg.

Het lectoraat Midwifery Science is partner in de regionale coalitie. We hebben met de onderzoeken *Samen voor Gezondheid I* en *II* een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling en implementatie van de Basisstructuur Kansrijke Start in Zuid-Limburg. Deze Basisstructuur bestaat uit een integrale aanpak met samenwerkingsafspraken, tools en interventies, waardoor professionals uit de geboortezorg, jeugdgezondheidszorg en sociaal domein samen zorg verlenen aan zwangere vrouwen en hun partners, specifiek die in kwetsbare omstandigheden, zie figuur 2 [10,13].



Figuur 2: Visuele weergave van de Basisstructuur Kansrijke Start Zuid-Limburg

In de Basisstructuur gebruiken we de definitie Kwetsbaarheid van Rotterdam als theoretisch kader en gemeenschappelijke taal [8]. Afhankelijk van de mate van kwetsbaarheid en de behoeften van de zwangere vrouw worden verschillende ondersteuningsopties aangeboden.

Alle 16 gemeenten in Zuid - Limburg, de twee verloskundige samenwerkingsverbanden (alle eerstelijns verloskundigenpraktijken, twee ziekenhuizen en kraamzorgorganisaties) en de GGD/Jeugdgezondheidszorg hebben zich gecommitteerd aan de Basisstructuur en deze opgenomen in hun beleid. De Basisstructuur wordt sinds 2021 geïmplementeerd en binnen het onderzoek Samen voor Gezondheid II evalueren we de implementatie en de impact van de Basisstructuur. Dat doen we samen met de collega-onderzoekers van de Verloskunde Academie /onderzoeksgroep Verloskundige Wetenschap in Groningen. Groningen kent namelijk een vergelijkbare problematiek in een vergelijkbare populatie als Zuid-Limburg, waardoor kennis en ervaring gedeeld kunnen worden.

Samenwerking: uitdagingen en kansen

Maar de (tussentijdse) resultaten van de onderzoeken *Samen voor Gezondheid I* en *II* laten zien dat er meer nodig is om interprofessionele samenwerking tussen medisch en sociaal domein echt te realiseren [10,14]. Een routekaart, zorgpaden en werkafspraken alleen lijken niet voldoende. Samenwerking met en doorgeleiding naar zorgverleners in de jeugdgezondheidszorg en sociaal domein blijven achter.

Implementatie van dergelijke complexe interventies en interprofessionele samenwerking vraagt een attitude- en gedragsverandering bij stakeholders (o.a. zorg- en hulpverleners, beleidsmedewerkers en (aanstaande) ouders). Factoren zoals kennis, vaardigheden, professionele

rol of identiteit en omgevingsfactoren kunnen een rol spelen bij het al dan niet implementeren van een interventie [15], maar dit vraagt wel verder onderzoek.

Daarnaast benadrukt de evaluatie van het Actieprogramma Kansrijke Start de noodzaak van duurzame financiering en ondersteunende regelgeving voor systeemverandering [16]. Het medisch en sociaal domein verschillen in wetgeving, financiering en werkwijze: zorgprofessionals werken met de Zorgverzekeringswet, terwijl het sociaal domein onder de Participatiewet of Jeugdwet valt. Ook de financiering is anders ingericht. Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de medische zorg en sociale zorg wordt betaald vanuit de gemeente.

In de praktijk zien we dat veel projecten enthousiast starten maar na korte tijd weer stoppen. Verankering in de huidige organisatie en financiering van zorg is lastig, mede door de domeinschotten. Een voorbeeld hiervan is de signalering door verloskundigen op sociale factoren. Vanuit de basisstructuur Kansrijke Start doen zij dat nu preventief bij elke zwangere. Vroegtijdige signalering en inzet van de juiste zorg kan voorkomen dat de situatie later uit de hand loopt en dat duurdere of intensievere zorg nodig is. Maar deze extra tijd van de verloskundige wordt nu niet of nauwelijks vergoed, waardoor verloskundigen minder geneigd zijn om te investeren of weer stoppen als de pilotfase voorbij is.

Als we preventie echt zou belangrijk vinden, dan zouden we daar met elkaar, over alle domeinen heen, meer aandacht voor mogen hebben en samen tot oplossingen komen voor duurzame samenwerking en implementatie. De aanpak van brede gezondheidsdeterminanten en volksgezondheid is niet alleen een taak van het ministerie van VWS, maar van meerdere ministeries en beleidsterreinen [17].

Deze analyse maakt ons bewust van de barrières die een rol spelen in de zorg voor zwangere vrouwen in kwetsbare situaties. Kwetsbaarheid is dus meer dan een disbalans tussen bedreigingen en herstelmogelijkheden, maar vraagt ook aandacht voor barrières die de toegang tot de juiste zorg of ondersteuning belemmeren. We zien barrières op het niveau van de zwangere vrouw en haar gezin, zoals gebrek aan vertrouwen en angst voor stigmatisering met mogelijke zorgmijding als gevolg. Ook op het niveau van de zorgverlener zien we barrières. Denk aan onvoldoende kennis, aannames, maar ook de angst om te stigmatiseren. Daardoor wordt het gesprek niet gevoerd of wordt niet doorgevraagd op signalen. Hierdoor krijgen vrouwen mogelijk niet de zorg aangeboden die ze nodig hebben. Ten slotte zien we barrières op het niveau van de organisatie van zorg. Verschillende wetten en financiering, onduidelijke taakverdeling in samenwerking en onvoldoende implementatie belemmeren het aanbod in en toegang tot zorg. Daardoor krijgen niet alle vrouwen een gelijke kans op een gezonde start.

Deel 2

Bouwstenen voor onderzoek en onderwijs

Om er voor te zorgen dat sociale zorg in de verloskunde niet slechts een ambitie blijft, maar daadwerkelijk vorm krijgt en bijdraagt aan gelijke kansen voor een gezonde start voor moeder en kind, zijn er naar mijn mening een aantal zaken die aandacht nodig hebben. Ik licht dit toe aan de hand van drie bouwstenen voor onderzoek en onderwijs en die daarmee ook centraal staan binnen het bijzonder lectoraat.

Zo ontwikkelen we kennis en effectieve aanpakken die duurzaam in de praktijk kunnen worden gebracht:

- Bouwsteen 1 **Vertrouwen krijgen & normaliseren**
Relaties met de zwangere vrouw en omgeving
- Bouwsteen 2 **Netwerk versterken & verbreden**
Interprofessionele samenwerking tussen medisch en sociaal domein
- Bouwsteen 3 **Toegang tot zorg & effectieve implementatie**
Gelijke kansen op een gezonde start

Bouwsteen 1

Vertrouwen krijgen & normaliseren

Ik wil graag beginnen met de relaties met zwangere vrouwen en hun partners. Voor sociale zorg is een goede relatie met de vrouw nodig. Een relatie die uitgaat van vertrouwen, maar ook om het normaal te vinden om bepaalde onderwerpen te bespreken en dat bepaalde gebeurtenissen iemand meer of minder kwetsbaar maken. En dat het dan ook normaal is om daar bepaalde ondersteuning voor te krijgen. Maar om die goede relatie op te bouwen zijn volgens mij een paar zaken nodig. Zoals een bredere kennis over kwetsbaarheid, een juiste attitude en goede gespreksvaardigheden.

Als eerste een *bredere en eenduidige kennis* over het concept kwetsbaarheid. Hierbij moeten we ons niet alleen richten op de medische en niet-medische bedreigingen, maar juist ook op de herstelmogelijkheden van zwangere vrouwen, zoals hun sociaal netwerk, motivatie en zelfvertrouwen, en de barrières tot zorg en hoe deze elkaar beïnvloeden. We hebben nog onvoldoende inzicht in welke herstelmogelijkheden er zijn, welke mechanismen bescherming bieden en hoe zorgverleners deze kunnen benutten. Ook het perspectief van (aanstaande) ouders op kwetsbaarheid en ondersteuning is nog nauwelijks onderzocht. Deze kennis is cruciaal om te begrijpen wie onze zorg echt nodig heeft en hoe we de zorg beter kunnen afstemmen op hun werkelijke behoeften.

Ten tweede is de *juiste attitude* belangrijk. Een attitude gaat om de percepties (meningen, normen en waarden, gevoelens en gedragingen) van een persoon ten opzichte van zichzelf, anderen, bepaalde onderwerpen en gebeurtenissen in de omringende wereld. Een goede relatie met de zwangere vrouw vraagt om een attitude van respect, vertrouwen, inlevingsvermogen en begrip, alsook om het normaal te vinden om bepaalde onderwerpen te bespreken. Het is van belang om niet te snel aannames te maken over wat iemand denkt, zou willen of belangrijk vindt. Dat vergroot het risico op stigmatisering en stereotypering.

In dit proces kunnen we naar mijn mening leren van competenties en handvatten van professies zoals sociaal werkers, jeugdwerkers of wijkagenten. Zij werken aan de hand van de presentiebenadering en relationeel werken [18]. Presentie is een relationele manier van mensen benaderen. Het gaat erom dat de zorgprofessional zich volledig afstemt op de situatie van de cliënt en actief luistert naar het verhaal zonder direct te oordelen of snel met oplossingen te komen. Het draait om het creëren van een relatie van vertrouwen, waarbij de cliënt zich gezien en gehoord voelt terwijl ook lastige onderwerpen aan bod kunnen komen. Deze benadering is gericht op het inleven in de ervaring van de ander en het bieden van ruimte voor de cliënt om zelf met ideeën of oplossingen te komen, terwijl de professional naast hen staat. Het idee is dat de aanwezigheid van de zorgprofessional—de empathie, het luisteren en het begrip—zelf al een krachtig hulpmiddel kan zijn in de zorg. We exploreren op welke manier deze benadering kan worden ingebed in het onderwijs voor zorgverleners.

Als laatste hebben verloskundigen *gespreksvaardigheden* nodig om echt goed zicht te krijgen op de levensomstandigheden van zwangere vrouwen en de behoeften van vrouwen om het leven te leiden dat bij hen past. Signaleringsinstrumenten, zoals vragenlijsten, kunnen hierbij helpen, maar het effect van het instrument is vooral afhankelijk van het gesprek tussen verloskundige en zwangere vrouw. Dat zagen we ook in Zuid-Limburg, waar verloskundigen behoefte hadden aan een brede anamnese en een gesprek over alle levensdomeinen, zoals mentale gezondheid, relaties met anderen en kunnen meedoen in de samenleving. We ontwikkelden een digitale medische en psychosociale vragenlijst als voorbereiding op het eerste consult bij de verloskundige, waarin de resultaten dan worden besproken [10,13,14].

Alles draait om de manier waarop en de context waarin je een instrument gebruikt, en de attitude, kennis en vaardigheden van zorgverleners om het gesprek aan te gaan, te luisteren en de juiste vragen durven te stellen. Handelingsverlegenheid kan hierbij een belemmering zijn. Handelingsverlegenheid is het twijfelen om te handelen, niet weten hoe je moet handelen of niet handelen in een situatie [19]. Uit gesprekken met verloskundigen en jeugdverpleegkundigen blijkt dat zij handelingsverlegenheid ervaren om de juiste vragen te stellen over bijvoorbeeld financiën of huiselijk geweld, of het bespreekbaar maken van eventuele ondersteuning, bijvoorbeeld een prenataal huisbezoek. Verloskundigen denken dat gesprekken over moeilijke onderwerpen de vertrouwensband kan schaden en dat vrouwen niet open staan voor ondersteuning. Ze laten de verantwoordelijkheid en het initiatief liever bij de vrouw. Van de andere kant geven vrouwen aan dat ze signalen uitzenden en dan observeren of deze signalen worden opgepikt. Deze wederzijdse terughoudendheid leidt tot gemiste kansen voor goede zorg.

Vanuit een goede relatie en vertrouwen is het aan de verloskundige om samen met de zwangere en haar partner de balans tussen bedreigingen, herstelmogelijkheden en barrières te maken en te bespreken welke ondersteuning of interventie mogelijk is. Dat vraagt niet alleen om signaleren, maar ook weten wat je kunt of moet doen en daarop te acteren. Welke mogelijkheden heb je binnen je eigen expertise en waar heb je de hulp van anderen nodig? Hoe verloopt de samenwerking met de JGZ en het sociale domein? Kun je makkelijk doorverwijzen naar de juiste ondersteuning? Dat biedt aanknopingspunten voor verder onderzoek binnen de verschillende domeinen.

We zijn bezig, samen met de vakgroep Verloskundige Wetenschap van het UMCG/Verloskunde Academie Groningen, het MUMC, Universiteit Maastricht, GGD/Academische Werkplaats Publieke Gezondheid MOSA en regionale partners in de geboortezorg, JGZ en het sociale domein, met de voorbereiding van een nieuw onderzoek naar het concept kwetsbaarheid en de benodigde competenties van zorgprofessionals. Dit onderzoek is gericht op het verbeteren van de signalering, doorgeleiding en inzet van ondersteuning.

Netwerk versterken & verbreden

Het belang van de levensloopbenadering, een bredere kijk op gezondheidsverschillen en het principe dat hulp en ondersteuning voor vrouwen in kwetsbare omstandigheden integraal georganiseerd zouden moeten zijn, wordt inmiddels breed gedeeld [17,20]. Maar dat vereist goede netwerken van professionals, verbreding over domeinen heen, duidelijke rollen en werkafspraken met de behoefte van de vrouw en haar gezin centraal [21].

In een recent rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving wordt echter gesteld dat zorg- en hulpinstanties tekortschieten bij ongelijkheid en achterstanden [20]. Hulp is versnipperd, gericht op de korte termijn en vooral gericht op zelfredzaamheid van het individu, zonder oog voor de kracht van sociale netwerken. Door de nadruk op zelfredzaamheid is hulp erop gericht om zo kort en licht mogelijk te zijn, en alleen zo zwaar als dat moet. Zodra het enkelvoudige probleem (schuld, werk, huisvesting) is opgelost, stopt de hulp. Terwijl we hebben gezien dat maatschappelijke problemen en gezondheidsproblemen juist op elkaar inwerken.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving pleit voor een nieuwe aanpak waarin *bloei* centraal staat, met drie kernopdrachten voor beleid en hulpverlening:

1. Focus op ontplooiing en ontwikkeling van mensen;
2. Maak ruimte voor sociale relaties;
3. Breng meer samenhang in de hulp en ondersteuning aan mensen die dat nodig hebben.

In *Samen voor Gezondheid I* en *II* onderzoeken we hoe we samenhang kunnen krijgen in de hulp en ondersteuning aan zwangere vrouwen in kwetsbare omstandigheden en wat de effecten hiervan zijn op de gezondheidsuitkomsten van vrouwen en hun kinderen. Hierbij focussen we ook expliciet op de impact van de zorg op de mate van welbevinden en zelfregie van aanstaande ouders. Heeft de ondersteuning hen geholpen in hun ontplooiing als ouders?

Succesfactor in de aanpakken, zoals de Basisstructuur Kansrijke Start, is het laagdrempelige, persoonlijke contact tussen verloskundigen en verpleegkundigen Jeugdgezondheidszorg [10,13,14,16,22]. Toch blijkt in de praktijk dat de samenwerking niet altijd optimaal verloopt en dat aanmeldingen voor ondersteuning achterblijven op de verwachtingen. Dit roept belangrijke vragen op: Welke belemmeringen ervaren zorgverleners en cliënten? En hoe kunnen we deze drempels structureel wegnemen?

We hebben maar weinig zicht op barrières bij zwangere vrouwen, mede omdat het lastig is om deze doelgroep te bereiken voor onderzoek. Toch moeten we daar naar blijven streven en zoeken naar mogelijkheden, eventueel ook via informele en sociale netwerken van vrouwen in de wijk. In de gesprekken die we afgelopen jaren met zorgverleners hadden, hoorden we het belang van een gezamenlijke taal, gemeenschappelijke waarden en een eenduidige definitie voor het concept kwetsbaarheid als basis voor goede samenwerking. Barrières voor goede samenwerking zijn een gebrek aan kennis, vaardigheden en tijd en personele tekorten. Daarnaast ontbreekt landelijke sturing op rol- en taakverdeling binnen geboortezorg, jeugdgezondheidszorg en het sociaal domein, wat leidt tot onduidelijkheid en discussie over verantwoordelijkheden.

Genoemde barrières hebben ook te maken met *de professionele identiteit*. Voor goede zorg en samenwerking, moet je ook stevig verankerd zijn in een beroep [23]. Een professionele identiteit omvat een beroepsidentiteit, waarmee professionals uitdrukking geven aan de wijze waarop zij zich tot hun beroep en beroepsgenoten verhouden. Beroepsidentiteit geeft aan wie een beroepsbeoefenaar is en wil zijn in het beroep en bepaalt hoe zorg wordt gegeven en hoe wordt samengewerkt [23,24]. Identiteitsvorming draait niet alleen om wie je als professional bent, maar ook om waar je je onderscheidt van andere zorg- en hulpverleners. Dit is met name relevant voor verloskundigen binnen de sociale verloskunde: welke aspecten zien zij als kern van hun beroepsidentiteit?

Bewustwording van deze identiteit kan zorgverleners houvast geven en richting bieden bij de organisatie van hun werk, expertiseontwikkeling en scholing. Hierdoor ontstaat niet alleen een

sterkere professionele basis, maar wordt ook interprofessionele samenwerking een vanzelfsprekende en effectieve stap.

Een duidelijke rol- en taakafbakening tussen zorg- en hulpverleners is essentieel voor een effectieve en efficiënte samenwerking. Dit vraagt om onderling vertrouwen, laagdrempelig contact en een gedeeld begrip van elkaars beroepsidentiteit. Door elkaars expertise te kennen en te erkennen, kan samenwerking structureel worden versterkt en wordt het gemakkelijker zwangere vrouwen tijdig de juiste zorg en ondersteuning te bieden.

Met ons onderzoek binnen het bijzonder lectoraat dragen we bij aan meer kennis over interprofessionele samenwerking over de domeinen heen. We onderzoeken hoe we zorg en ondersteuning beter op elkaar kunnen laten aansluiten, terwijl de unieke beroepsidentiteit van iedere zorgverlener behouden blijft. Dit biedt ook kansen voor het ontwikkelen van toekomstbestendig, interprofessioneel onderwijs voor zowel huidige als toekomstige professionals in de geboortezorg en het sociaal domein.

Bouwsteen 3

Toegang tot zorg & effectieve implementatie

Om gelijke kansen op een gezonde start mogelijk te maken, zullen we ongelijk moeten investeren. Dat wil zeggen dat maatwerk nodig is, ofwel persoonsgerichte zorg. Gelijkwaardigheid en gericht zijn op de behoefte en de leefwereld van zwangere vrouwen zijn hierin sleutelbegrippen. In bouwsteen 3 beogen we om de geboortezorg inclusiever en effectiever te maken door interventies en communicatie af te stemmen op de gezondheidsvaardigheden en behoeften van (aanstaande) ouders. Daarbij zetten we in op persoonsgerichte zorg, innovatieve technologieën en bewezen effectieve interventies.

Ten eerste willen we ons richten op het *afstemmen van informatie en interventies op de behoeften en gezondheidsvaardigheden* van ouders. Verloskundigen hebben uitgebreide communicatieve en verloskundige vaardigheden en interventies en er bestaan vele websites, tools, en informatiemiddelen. Toch zien we vaak dat niet alle zwangere vrouwen informatie en interventies op dezelfde manier krijgen aangeboden of dat vrouwen informatie niet altijd op dezelfde manier begrijpen of toepassen. Ook zit er variatie in deelname aan interventies.

Dat heeft te maken met gezondheidsvaardigheden: het verkrijgen, begrijpen en beoordelen van gezondheidsinformatie en deze gebruiken bij het maken van keuzes. Volgens het NIVEL is 35% van de bevolking van 18 jaar en ouder niet voldoende gezondheidvaardig [25]. In ons ZANGG-project hebben we met verloskundigen en kraamverzorgenden de CHAT-geboortezorg ontwikkeld, een gesprekinstrument met vragen en observaties op vier aspecten, waarmee een inschatting gemaakt kan worden van de gezondheidsvaardigheden (Figuur 3) [26]. Zorgverleners ervaren dat de CHAT het bewustzijn over gezondheidsvaardigheden vergroot en hen helpt om ouders gericht te ondersteunen [27].

CHAT-geboortezorg: zie volgende pagina.

We bouwen voort op deze inzichten door innovatieve leermethoden te ontwikkelen, zoals een spel waarmee verloskundigen leren hoe ze gezondheidsvaardigheden beter kunnen inschatten en Samen Beslissen effectiever kunnen toepassen. Resultaat is dat een verloskundige bij de ene vrouw misschien wel een andere manier van informeren kiest met andere communicatiemiddelen om samen bepaalde keuzes te maken tijdens de zwangerschap of geboorte, dan bij een ander.

In gesprek over gezondheidsvaardigheden | november 2022

CHAT - GEBOORTEZORG

Gezondheidsvaardigheden zijn de vaardigheden van mensen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen.

Doel: Inzicht krijgen in de gezondheidvaardigheden van (aanstaande) ouders.

25%

van alle Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden

Om een goed beeld te krijgen van gezondheidsvaardigheden bespreek je de volgende vier domeinen:



Ondersteunende
relatie met
zorgverleners



Ondersteunende
relatie met sociale
omgeving



Informatie vinden,
begrijpen en
gebruiken



Huidig gezondheidsgedrag
en
gezondheidsbevordering

Hoe gebruik je de gesprekstool:

De gesprekstool bevat voorbeeldvragen en -observaties voor de vier domeinen waarin ouders beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen hebben.

- Combineer vragen en observaties voor een goede inschatting.
- Stel vragen over elk domein, gebruik hierbij de vragen die het meest passend zijn.
- Verdeel de domeinen over meerdere momenten of bespreek alle domeinen op één moment.
- Maak aantekeningen in het cliëntendossier.
- Gebruik de praktijkkaart werkwijzen bij (aanstaande) ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden.

SCHRIJF OP IN HET CLIËNTDOSSIER:

Domein	Besproken	Aandachtspunten
1	✓	...
2		
3		
4		



Figuur 3: CHAT-geboortezorg

Daarnaast kijken we ook naar *de toekomst van communicatie in de geboortezorg*. De hedendaagse manier van communiceren, die voornamelijk bestaat uit 'zenden' via mondelinge voorlichting, folders en websites, sluit mogelijk niet meer volledig aan bij de behoeften van de huidige en nieuwe generatie zwangere vrouwen [28]. Daarom willen we de inzet van technologie verder onderzoeken, zoals apps, video's, sociale media, influencers en zelfs augmented of virtual reality. Daarbij verkennen we ook de mogelijkheden van een hybride zorg model, waarin fysieke zorgcontacten optimaal worden gecombineerd met digitale innovaties. Dit gaat verder dan het gebruik van losse technologieën (bijvoorbeeld een app voor prenatale screening); we streven naar een geïntegreerde aanpak waarbij verschillende digitale tools flexibel worden ingezet in een bepaalde periode (bijvoorbeeld in de postnatale zorg) en afhankelijk van de behoeften van de zwangere vrouw. Belangrijk hierbij is dat deze vormen van zorg en communicatie ook toegankelijk zijn voor hen met minder gezondheidsvaardigheden. En het is ook goed om te monitoren of deze hybride zorg wel leidt tot persoonsgerichte zorg.

Ten slotte ligt de focus van het bijzonder lectoraat op de *brede en duurzame implementatie van bewezen effectieve interventies en zorgmodellen*, zoals CenteringZorg, Samen Beslissen of continuïteit van zorg [29-33]. In de toekomst willen we ervoor zorgen dat alle zwangere vrouwen toegang krijgen tot deze zorg, ongeacht hun achtergrond of omstandigheden. Momenteel worden deze interventies nog vaak op beperkte schaal toegepast, hebben ze een beperkt maatschappelijk bereik en dus ook maar een marginale publieke impact.

Een belangrijk speerpunt is de bredere toegankelijkheid van CenteringZorg, een effectief zorgmodel waarin individuele consulten worden vervangen door groepsconsulten met vrouwen die in dezelfde fase van hun zwangerschap zitten. Hoewel dit model aanzienlijke voordelen biedt, zoals minder stress, betere zwangerschapsuitkomsten en sociale verbondenheid, maken met name zwangere vrouwen in kwetsbare omstandigheden hier nog te weinig gebruik van [34], terwijl juist die groep veel baat kan hebben bij deelname [35].

Om dit te veranderen, werken we samen met TNO, Universiteit Maastricht en verloskundigen aan een strategie om de implementatie van CenteringZorg te versterken. We richten ons op het toerusten van verloskundigen, zodat zij deze zorgvorm effectief kunnen aanbieden en meer zwangere vrouwen –ongeacht hun achtergrond– hieraan kunnen deelnemen. Daarnaast onderzoeken we hoe CenteringZorg een structurele plaats kan krijgen binnen het bacheloronderwijs, zodat toekomstige verloskundigen goed voorbereid zijn om deze aanpak in de praktijk toe te passen.

Om de gezondheid van zwangere vrouwen en hun partners te optimaliseren en de opeenstapeling van problemen te verminderen, is het belangrijk dat *deelname aan en gebruik van interventies* wordt vergroot, vooral onder groepen die hier het meeste profijt van hebben. Tegelijkertijd moeten we kritisch blijven kijken naar de effectiviteit en impact van interventies. Onderzoek in Groningen heeft bijvoorbeeld veertig interventies voor zwangere vrouwen in kwetsbare omstandigheden in kaart gebracht, waarvan velen niet volledig geïmplementeerd zijn of optimaal worden benut [36].

Dit laat zien dat implementatie van interventies continue aandacht vraagt en betrokkenheid van alle partijen. Duurzame implementatie van complexe zorg en interventies, zoals de basisstructuur en CenteringZorg, kan misschien bevorderd worden door meer inzicht te krijgen in de werkzame mechanismen van die interventies. Als we weten welke onderdelen van een interventie tot betere uitkomsten leiden, kunnen we die misschien beter verankeren in de zorg en toespitsen op de doelgroep en context.

Deel 3

Het bijzonder lectoraat Sociale zorg in de verloskunde

De bouwstenen in Deel 2 vormen de basis voor de focus en ambities van het bijzonder lectoraat voor onderzoek en onderwijs in de komende periode. Het bijzonder lectoraat sluit daarmee aan bij het centrale thema van het lectoraat *Midwifery Science* van Zuyd Hogeschool en de leerstoel *Midwifery/Fysiologische Verloskunde* van de Universiteit Maastricht: het bevorderen van een gezonde, fysiologische zwangerschap, geboorte en kraamperiode voor moeder en kind. Net als het lectoraat *Midwifery Science* richten we ons met name op de verloskundigen en zwangere vrouwen en hun partners.

Missie

Het bijzonder lectoraat Sociale zorg in de verloskunde heeft als missie om de zorg voor aanstaande ouders in een kwetsbare situatie te optimaliseren en normaliseren vanuit een biopsychosociaal perspectief, om zo bij te dragen aan het ondersteunen en voorbereiden van aanstaande ouders op een gezonde groei en ontwikkeling van hun (ongeboren) kind. Dat willen we bereiken door enerzijds het vormgeven en uitvoeren van interdisciplinaire projecten en wetenschappelijk onderzoek. En anderzijds door de implementatie van kennis en innovatie in de praktijk en het onderwijs voor (toekomstige) verloskundigen. Daarmee dragen we bij aan de transitie naar integratie van sociale zorg in de geboortezorg en aan betere zorguitkomsten voor pasgeborenen en zwangere vrouwen.

Ons hogere doel:

Gelijke kansen voor elke vrouw op een gezonde zwangerschap en een gezonde start voor moeder en kind!

Dit doen we met een sterk team van onderzoekers, docenten, studenten en experts, want goed en impactvol onderzoek vraagt om inzet van velen en kun je niet alleen. Met de brede expertise binnen het lectoraat *Midwifery Science*, de stevige regionale en landelijke positionering, en de samenwerking met de Universiteit Maastricht met de leerstoel Fysiologische Verloskunde, bouwen we voort op een sterk fundament. **Samen maken we impact!**

Onze kernwaarden

Het bijzonder lectoraat werkt, net als het lectoraat en de leerstoel, vanuit de theorie van **salutogenese** en het gedachtegoed van **Positieve Gezondheid**. Deze benaderingen leggen de nadruk op wat wél goed gaat en zien gezondheid als een dynamisch proces, beïnvloed door (levens)omstandigheden en het vermogen om hiermee om te gaan.

Preventie speelt hierin een sleutelrol: wat is nodig om gezondheid te bevorderen en hoe kunnen organisaties, zorgverleners en ouders hieraan bijdragen.

Ons onderzoek sluit aan op de waarde **sociale rechtvaardigheid** – ieder individu recht doen en tot zijn of haar recht laten komen. Hiermee dragen we bij aan themalijn 1 van het Kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving: een sociaal rechtvaardige samenleving, waarvan ik één van de katrekkers ben.

Onderzoek

Er liggen veel vraagstukken om de sociale zorg voor aanstaande ouders in kwetsbare situaties te verbeteren en om zorgverleners toe te rusten om alle ouders gelijke kansen te geven op een gezonde start.

Het vraagt om onderzoek naar het concept Kwetsbaarheid, en dan specifiek het versterken van beschermende factoren en het wegnemen van barrières die toegang tot zorg belemmeren. Ook vraagt het om meer inzicht in de wijze waarop zorgverleners het gesprek kunnen voeren en hun communicatie en voorlichting kunnen afstemmen op de diversiteit in en de gezondheidsvaardigheden van zwangere vrouwen en hun partners.

Daarnaast is er behoefte aan meer onderzoek naar het adequaat inzetten van preventieve interventies door de juiste zorgverlener. Het gaat dan om interprofessionele samenwerking tussen zorgverleners in het medisch en sociaal domein, maar ook om het beschikbaar en toegankelijk maken van interventies voor alle doelgroepen. Daarbij moeten we rekening houden met de capaciteiten van (aanstaande) ouders en de omgeving waarin zij leven. Maar we moeten ook samen zorgen dat effectieve interventies de weg naar de praktijk vinden en dat duurzame implementatie geborgd worden.

Het is belangrijk dat kennis en innovaties aansluiten bij de dagelijkse zorg van zorgverleners en weinig aanpassing vragen in het dagelijkse werk. Maar implementatie van innovaties en samenwerking over domeinen heen vraagt ook om structurele verandering op organisatie- en beleidsniveau. In onze onderzoeksprojecten zetten we dus in op co-creatie met professionals en cliënten om optimale toepasbaarheid te garanderen.

Impact door een mix van onderzoeksmethoden

In de evidence-based medicine worden gerandomiseerde studies als enige vorm van onderzoek gezien waarmee bewezen kan worden of een interventie werkt. Voor eenvoudige vragen, bijvoorbeeld welk medicijn het beste werkt, lijkt dat een goed onderzoeksdesign. Maar de genoemde vraagstukken, zeker op het snijvlak van fysiek en sociaal, zijn te complex om de werkzaamheid en de volledige impact te kunnen vaststellen in gerandomiseerde studies [37]. Dan hangt de onderzoeksmethode af van de onderzoeksvraag.

Om te onderzoeken of interventies en innovaties echt werken, is kennis op basis van persoonlijke ervaringen en persoonlijke context ook relevant en deze kennis zouden we als een gelijkwaardige kennisbron moeten gaan beschouwen. Zeker omdat we weten dat de persoonlijke situatie en de achterliggende factoren een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en oplossen van gezondheidsproblemen.

We maken in ons onderzoek veelal gebruik van onderzoeksmethoden waarbij de ontwikkeling en implementatie van nieuwe zorg en de evaluatie hiervan samen gaan, zoals participatief actie onderzoek en realistische evaluatie. Deze methoden helpen om te begrijpen dat iets werkt maar ook waarom iets in de ene regio wel werkt en in de andere niet.

Een ander aandachtspunt binnen ons onderzoek is de evenredige vertegenwoordiging van alle diverse groepen mensen in onderzoek. Vaak nemen mensen in kwetsbare situaties niet deel aan onderzoek, worden ze niet gevonden, onvoldoende benaderd of niet gehoord. Om beter zicht te krijgen op de realiteit en gezondheidsverschillen echt aan te pakken, moeten we actief inzetten op het betrekken van de verschillende doelgroepen en belanghebbenden in ons onderzoek, zoals (aanstaande) ouders in kwetsbare omstandigheden en de professionals in medisch en sociaal domein. [38].

Onderwijs en praktijk

Actueel en goed onderzoek is essentieel om toekomstige verloskundigen voor te bereiden op de veelzijdige uitdagingen binnen de verloskunde en bij te dragen aan goede zorg voor alle zwangere vrouwen, met bijzondere aandacht voor kwetsbare groepen. We hebben al stappen gezet in de implementatie van actuele kennis uit onderzoeksprojecten (zoals *Samen voor Gezondheid I en II*, *ZANGG* en *Samen Beslissen afgestemd op gezondheidsvaardigheden van aanstaande ouders*) binnen de bacheloropleiding. Kennis, theorie en vaardigheden worden geleidelijk verwerkt in de onderwijsblokken, waarbij zowel theoretisch onderwijs als werkplekleren aandacht krijgen. We betrekken studenten bij onderzoeksprojecten tijdens de minoren en als werkstudenten.

De samenwerking tussen geboortezorg en het sociaal domein opent nieuwe mogelijkheden voor interprofessioneel onderwijs, bijvoorbeeld via de interprofessionele minor 'Begrijpelijk Communiceren', waaraan we actief bijdragen. Deze minor is een eerste stap naar intensievere samenwerking tussen verschillende disciplines.

Daarnaast experimenteren we met virtual reality in het onderwijs, waarmee we authentieke, klinische scenario's nabootsen. Studenten oefenen hun verloskundige en communicatieve vaardigheden in realistische, dynamische omgevingen, waarin de diversiteit in zwangere vrouwen en hun behoeften aan bod komt.

In de master Verloskunde is sociale zorg in de verloskunde een actueel en centraal thema, waar studenten zich voorbereiden op een leidende rol in lokale en regionale ontwikkelingen binnen het veld.

Samenwerking in onderzoek, onderwijs en praktijk

Om de ambities van het bijzonder lectoraat te realiseren, is samenwerking essentieel. Onderzoek is een collectieve inspanning, waarbij het bundelen van kennis, expertise en diverse perspectieven de kwaliteit en impact vergroot. Dat draagt bij aan de praktische toepassing en implementatie in zowel het onderwijs als de praktijk.

We werken nauw samen met verschillende opleidingen, andere lectoraten en kennisinstellingen. Cruciaal is ook de samenwerking met het werkveld: verloskundigen, (aanstaande) ouders, geboortezorgprofessionals en sociaal werkers. Deze partners helpen ons bij het ontwikkelen van tools, interventies en bij het evalueren van wat werkt onder verschillende omstandigheden. Deze breed opgezette samenwerking zorgt ervoor dat we (toekomstige) verloskundigen en andere professionals voorzien van actuele en relevante kennis. Zo verbinden we onderzoek, onderwijs en praktijk.

In co-creatie met de praktijk

De complexe vraagstukken die we onderzoeken, vereisen de inzet van diverse professionals. We doen praktijkgericht onderzoek, in nauwe samenwerking met (aanstaande) ouders en professionals, en werken interprofessioneel om gezamenlijke oplossingen te ontwikkelen. In de afgelopen jaren hebben we duurzame relaties opgebouwd met het Geboortezorg Consortium Limburg, verloskundige samenwerkingsverbanden, Jeugdgezondheidszorg, GGD, gemeenten en welzijnsorganisaties. De Adviesraad Onderzoek van de Community of Practices (CoPs) van de AVM, bestaande uit eerste- en tweedelijns verloskundigen, adviseert ons in onze onderzoeksagenda en fungeert als klankbordgroep. De CoPs kunnen fungeren als 'living labs' voor zowel onderzoek als onderwijs, waardoor de praktijk direct invloed heeft op het opleiden van toekomstige verloskundigen.

Dichtbij de student en docent

Onze studenten en docenten spelen een actieve rol in het onderzoek en dragen bij aan de implementatie van nieuwe kennis en vaardigheden. Door samen te werken met andere opleidingen (o.a. Verpleegkunde, Sociaal Werk) en (bijzondere) lectoraten binnen het Kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving (o.a. Sociale Integratie, Wijkgerichte Zorg, Technologie in de Zorg), creëren we waardevolle interprofessionele leer- en onderzoeksmogelijkheden. Studenten en docenten uit verschillende zorg- en welzijnsopleidingen leren van elkaar en voeren samen onderzoek uit, bijvoorbeeld in minoren en in projecten zoals de City Deal Kennis Maken Maastricht.

Met een stevige wetenschappelijke basis

Samenwerking met andere kennis- en onderzoeksinstituten is van groot belang voor ons onderzoek. We bouwen voort op reeds gebouwde netwerken en samenwerkingen met verschillende onderzoeksgroepen binnen het verloskundig domein en de beroepsvereniging. Samen met andere onderzoeksgroepen Verloskundige Wetenschap in het land vormen we het Midwifery Research Network Netherlands. Regionaal zijn we actief betrokken bij Trendbreuk en de coalitie Kansrijke Start. We werken samen met verschillende vakgroepen van de Universiteit Maastricht. Andere samenwerkingspartners zijn UMC Amsterdam, TNO, PHAROS, Academische Werkplaatsen en cliëntenbelangenorganisaties zoals de Nederlandse Patiëntenfederatie en Burgerkracht Limburg. De netwerken die we hebben opgebouwd bieden een solide basis voor toekomstig onderzoek en bieden kansen om onze samenwerkingen verder uit te breiden.

Tot slot

Ik hoop u met mijn lectorale rede meer duidelijkheid te hebben verschaft over mijn werk en ambities in het optimaliseren van de zorg aan zwangere vrouwen en hun partners in kwetsbare omstandigheden. Het bouwen van goede relaties met zwangere vrouwen en de samenwerking tussen medisch en sociaal domein is noodzakelijk, relevant en tegelijkertijd complex, lastig en uitdagend. De vraag of behoefte van de zwangere staat centraal, of deze nu medisch of (psycho)sociaal van aard is. Het vraagt samenwerking met de juiste partner in het netwerk en inzet van de juiste interventies. Dit met de intentie bij te dragen aan het uiteindelijke doel, namelijk:

Gelijke kansen voor elke vrouw op een gezonde zwangerschap en een gezonde start voor moeder en kind!

Dankwoord

Dan rest mij nog het dankwoord. Want ook voor deze rede heb ik kunnen bouwen op de goede relatie met en de expertise en ondersteuning van een heel aantal mensen. Veel dank daarvoor. Een aantal mensen wil ik graag specifiek benoemen.

Als eerste dank ik het College van Bestuur van Zuyd Hogeschool, het bestuur van de Stichting Bijzondere Voorzieningen Moederschapszorg en Rachelle van Haaften, directeur Gezondheidszorg en Welzijn, voor het instellen en mogelijk maken van dit bijzonder lectoraat. Hierdoor kunnen we aandacht geven aan dit relevante maatschappelijke thema.

Marianne, ik dank jou in het bijzonder. Jij staat aan de basis van het midwifery onderzoek in Maastricht en je hebt de lead genomen voor dit lectoraat. Je hebt me altijd de kansen gegeven om mezelf te ontwikkelen en ik waardeer het enorm dat je me ook deze kans en het vertrouwen hebt gegeven om vorm te geven aan dit lectoraat. Dank je wel!

Het is elke dag een feest om te werken in een team van fijne collega's in een inspirerende werkomgeving, zoals bij de Academie Verloskunde Maastricht. We delen als collega's de passie en het plezier om onze studenten op te leiden tot goede verloskundigen die aandacht hebben voor elke zwangere vrouw.

In het bijzonder dank ik mijn collega's van het lectoraat Midwifery Science: Tamar, Darie, Bert, Pien, Luc, Judit, Evi, Evelien, Anneke, Jessie en Marianne. We zijn een goed team en we houden elkaar scherp met inhoudelijke (en soms kritische) discussies, inspireren elkaar en zoeken samen naar oplossingen. Ik heb zin in de toekomst.

Saskia en Simone, jullie hebben mij in aanloop naar deze dag volledig ontzorgd. Jullie rust, creativiteit en aandacht voor detail hebben ervoor gezorgd dat ik mij geheel op de inhoud kon focussen. Jullie zijn fantastisch!

Studenten, jullie zijn de verloskundigen van de toekomst. Het is altijd leuk om met jullie te werken, te discussiëren en de verbinding te maken tussen onderzoek en praktijk. Daarin leer ik ook veel van jullie. Jullie vragen, soms andere kijk op het leven, opmerkingen en ideeën houden me scherp. Collega-onderzoekers in de verloskunde dank ik hartelijk voor de samenwerkingen. Samen delen we de passie om de verloskundige zorg voor vrouwen te verbeteren. We doen samen mooi onderzoek en weten elkaar steeds beter te vinden.

Onderzoekscollega's in Groningen, Esther en Kaying, het is mooi hoe we elkaar hebben gevonden binnen dit thema en hoe we Zuid-Limburg en Groningen weten te verbinden in onderzoek. We leren veel van elkaar en erkennen elkaars verschillen.

Ook dank ik mijn collega's bij de lectoraten van Zuyd, het Kenniscentrum Gezonde en Rechtvaardige Samenleving en alle onderzoekers en andere professionals van de vele partners waarmee ik samen werk in onderzoeksprojecten. Het is fijn om met jullie te werken en door zo'n diversiteit aan expertise het onderzoek in de geboortezorg verder te brengen.

Specifiek dank ik zorgverleners en zwangere vrouwen die deelnemen aan onze onderzoeken of gewoon als sparringpartner willen meedenken. Door jullie deelname, inbreng vanuit de praktijk en inzicht in de realiteit, kunnen we de goede dingen doen, van idee tot uitvoering.

Tot slot wil ik mijn familie en vrienden bedanken.

Lieve vrienden en familie, een vakantie, weekendje weg, feestje, borrel, een wandeling of een potje padel. Fijn om dat samen te doen, af te schakelen en weer op te laden.

Pap, mam, Ben, Ine en Kitty: jullie zijn *ons* steunend netwerk. Door jullie hulp, vertrouwen en steun in al die jaren kon ik worden wie ik nu ben. Jullie stonden en staan altijd voor ons klaar. Jullie zijn goud waard!

Lieve Bart, Boo en Juul, bij jullie ben ik thuis, jullie zijn er altijd en daar geniet ik elke dag van. Laten we een mooie toekomst bouwen.

Dank je wel allemaal.
Ik heb gezegd.

Curriculum Vitae

Dr. Marijke Hendrix (Born, 1979) is per 1 juni 2024 benoemd tot bijzonder lector Sociale zorg in de verloskunde. Marijke studeerde Verpleegkunde bij Zuyd Hogeschool. Na het behalen van haar diploma in 2000 vervolgde zij haar studie bij de Universiteit Maastricht waar ze in 2002 haar masterdiploma Gezondheidswetenschappen behaalde met de differentiatie Zorgwetenschappen (nu: Healthcare Policy, Innovation and Management).

Na haar master startte haar carrière in de geboortezorg: eerst als projectcoördinator Transmuraal Zorgcentrum Voortplanting in het MUMC en vanaf 2005 als PhD student bij de Universiteit Maastricht/MUMC. In 2010 promoveerde Marijke op een onderzoek naar de motivaties en ervaringen van zwangere vrouwen en hun partners ten aanzien van de plaats van bevalling en de uitkomsten en kosten van de verloskundige zorg. Daarna ging zij aan de slag als docent-onderzoeker bij de Academie Verloskunde Maastricht. Binnen het lectoraat Midwifery Science is Marijke programmaleider Gezonde Start. Deze programmalijn richt zich op onderzoek, kennisontwikkeling en innovatie om een gezonde start voor moeder en kind te bevorderen. Het thema van het bijzonder lectoraat sluit hierop aan.

Met diverse regionale en landelijke praktijkpartners heeft Marijke onderzoeks- en innovatiesubsidies verworven en leiding gegeven aan omvangrijke projecten binnen de geboortezorg en gerelateerde domeinen. Ze is een expert op het gebied van praktijkgericht onderzoek en dan specifiek in participatief actieonderzoek. Ze was en is co-promotor bij verschillende promotietrajecten. Daarnaast heeft zij interesse in onderzoek naar technologie in zorg en onderwijs.

Contact: marijke.hendrix@zuyd.nl

Website: Sociale zorg in de verloskunde



Referenties

1. Meisters R, Putrik P, Westra D, Bosma H, Ruwaard D, Jansen M. Regionale verschillen in gezondheid nader verklaard. TSG Tijdschrift Gezondheidswetenschappen 2022;100:4-12.
2. de Graaf JP, Ravelli ACJ, Wildschut HIJ, Denktas S, Voorham AJJ, Bonsel GJ, et al. Perinatale uitkomsten in de vier grote steden en de prachtwijken in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2008;152:2734-40.
3. Waelpuut AJM, Sijpkens MK, Lagendijk J, van Minde MRC, Raat H, Ernst-Smelt HE, et al. Geographical differences in perinatal health and child welfare in the Netherlands: rationale for the healthy pregnancy 4 all-2 program. BMC Pregnancy Childbirth 2017;17:254.
4. Posthumis AG. Inequities in perinatal health : Determinants and strategies for improvement. Erasmus University Rotterdam; 2016.
5. Ministerie van VWS. Actieprogramma Kansrijke Start. Den Haag: Ministerie van VWS, 2018
6. Ministerie van VWS. Vervolgaanpak Kansrijke Start 2022-2025. Sterke ouders, gezonde kinderen! Den Haag: Ministerie van VWS, 2022.
7. Steegers EAP. Sociale verloskunde: gelijke kansen op een gezonde start. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2017;161:1-4.
8. Van der Meer L, Ernst H, Blanchette L, Steegers E. Een kwetsbare zwangere, wat is dat eigenlijk? Medisch Contact 2020;34-6.
9. Briscoe L, Lavender T, McGowan L. A concept analysis of women's vulnerability during pregnancy, birth and the postnatal period. J Adv Nurs 2016;72:2330-45.
10. Daemers D, Feijen-de Jong E, van den Hof-Boering M, Quadvlieg L, Nieuwenhuijze M, Hendrix M. Samen voor Gezondheid. Positieve start voor aanstaande moeders en kinderen: onderzoeksverslag. Maastricht: 2023.
11. Dalmaijer M, Emmens N, de Jonge A, Visser SS, Feijen-de Jong EI. Cultural competence of maternity care professionals caring for majority population of women with a low socioeconomic position: a scoping review. Discover Public Health 2025;22:93.
12. Groenen CJM, van Duijnhoven NTL, Faber MJ, Koetsenruijter J, Kremer JAM, Vandenbussche FPHA. Use of social network analysis in maternity care to identify the profession most suited for case manager role. Midwifery 2017;45:50-5.
13. Smeets-Curvers N, Hendrix M, Daemers D, Driittij R, Levelink B, Stijnen M. Integrale domeinoverstijgende samenwerking voor zwangere vrouwen en (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie: Basisstructuur Kansrijke Start Zuid-Limburg. TSG Tijdschrift Gezondheidswetenschappen 2025;
14. Hendrix MJC, Daemers DOA, Osterhaus JMA, Quadvlieg L, van den Hof-Boering M, de Jong EIF, et al. The extent of implementation and perceptions of maternity and social care professionals about two interprofessional programs for care for pregnant women: a mixed methods study. BMC Pregnancy Childbirth 2024;24:528.
15. Atkins L, Francis J, Islam R, O'Connor D, Patey A, Ivers N, et al. A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. Implementation Science 2017;12:77.
16. Molenaar JM, Boesveld IC, Struijs JN, Kieft- de Jong JC. The Dutch Solid Start program: describing the implementation and experiences of the program's first thousand days. BMC Health Service Research 2023;23:926.
17. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Gezondheidsverschillen voorbij. Complexe ongelijkheid is een zaak van ons allemaal. Den Haag: 2020.
18. Baart A. Iemand voor iemand. Handboek Presentie. Uitgeverij Coutinho; 2025.
19. Nederlands Jeugdinstituut. Ondersteuning van uitvoerend professionals. [geciteerd 27 maart 2025];Beschikbaar via: <https://www.nji.nl/kindermishandeling/ondersteuning-van-uitvoerend-professionals>
20. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Van overleven naar bloeien. Bestaansonzekerheid voorkomen en verminderen. Den Haag: 2024.
21. Cellissen E, van Zelm R, Hendrix M, Wildschut HIJ, Nieuwenhuijze M. Integrated maternity care: A concept analysis. PLoS One 2024;19:e0306979.

22. Aquino MR, Olander EK, Needle JJ, Bryar RM. Midwives' and health visitors' collaborative relationships: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Int J Nurs Stud* 2016;62:193-206.
23. Ruijters MCP. Manifest voor de beroepsidentiteit: Over de achterkant van personaliseren en flexibiliseren van beroepsopleidingen. Wageningen: 2021.
24. Ruijters M, van Luin G, van Benthum N, Bierlaagh D. Stevig (leren) staan. Boom; 2023.
25. Rademakers J, Heijmans M. Kennissynthese 2024. Gezondheidsvaardigheden in Nederland: actuele kennis en inzichten. Utrecht: 2024.
26. Vlassak EME, Miteniece E, Keulen JKJ, Gravendeel M, Korstjens I, Budé L, et al. Development of the Conversational Health Literacy Assessment Tool for maternity care (CHAT-maternity-care): participatory action research. *BMC Health Services Research* 2024;24:135.
27. Vlassak EME, Keulen JKJ, Miteniece E, de Ritter R, Hendrix MJC, Nieuwenhuijze MJ. Care providers' and parents' experiences with implementing the Conversational Health Literacy Assessment Tool (CHAT)-maternity-care in the Netherlands: a mixed methods study. *Submitted*
28. Vogels-Broeke M, Daemers D, Budé L, de Vries R, Nieuwenhuijze M. Sources of information used by women during pregnancy and the perceived quality. *BMC Pregnancy Childbirth* 2022;22:109.
29. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, et al. Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024;2024.
30. Rayment-Jones H, Dalrymple K, Harris J, Harden A, Parslow E, Georgi T, et al. Project20: Does continuity of care and community-based antenatal care improve maternal and neonatal birth outcomes for women with social risk factors? A prospective, observational study. *PLoS One* 2021;16:e0250947.
31. Wagijo M, Crone M, Bruinsma-van Zwicht B, van Lith J, Billings D, Rijnders M. The Effect of CenteringPregnancy Group Antenatal Care on Maternal, Birth, and Neonatal Outcomes Among Low-Risk Women in the Netherlands: A Stepped-Wedge Cluster Randomized Trial. *J Midwifery Womens Health* 2024;69:191-201.
32. Wagijo MA, Crone M, van Zwicht BB, van Lith J, Billings DL, Rijnders M. Contributions of CenteringPregnancy to women's health behaviours, health literacy, and health care use in the Netherlands. *Prev Med Rep* 2023;35:102244.
33. Megregian M, Emeis C, Nieuwenhuijze M. The Impact of Shared Decision-Making in Perinatal Care: A Scoping Review. *J Midwifery Womens Health* 2020;65:777-88.
34. Wagijo MA, Crone MR, van Zwicht BB, van Lith JMM, Schindler Rising S, Rijnders MEB. CenteringPregnancy in the Netherlands: Who engages, who doesn't, and why. *Birth* 2022;49:329-40.
35. Wagijo MA, Crone M, van Zwicht BB, van Lith J, Billings DL, Rijnders M. Outcomes for pregnant women with less healthy behaviours participating in CenteringPregnancy. *Submitted*
36. Warmelink JC, Van Der Stouwe RA, Dalmaijer M, Jansen D, Feijen-de Jong E. Onderzoeksverslag Overzicht van de implementatiegraad van interventies voor zwangeren in een kwetsbare situatie in Noord-Nederland. 2021.
37. Enkin MW, Glouberman S, Groff P, Jadad AR, Stern A. Beyond Evidence: The Complexity of Maternity Care. *Birth* 2006;33:265-9.
38. Pawson R. The Science of Evaluation: A Realist Manifesto. London: SAGE Publications Ltd; 2013.

Zuyd Hogeschool
Bijzonder lectoraat Sociale zorg in de verloskunde
Postbus 550
6400 AN Heerlen
www.zuyd.nl
info@zuyd.nl

Colofon

Tekst: Marijke Hendrix
Eindredactie: Dienst Marketing en Communicatie
Vormgeving: Dienst Marketing en Communicatie

