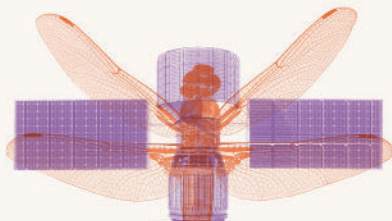
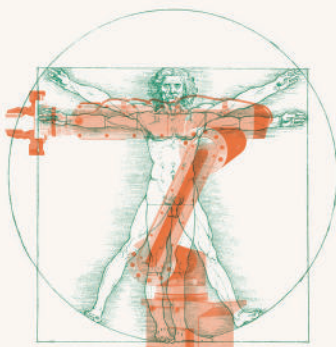
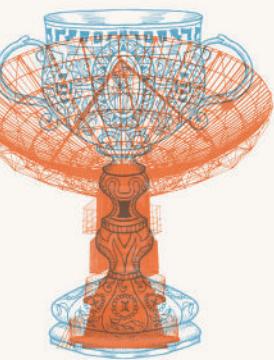
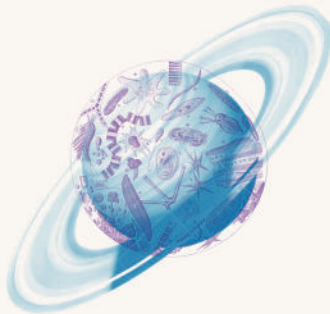
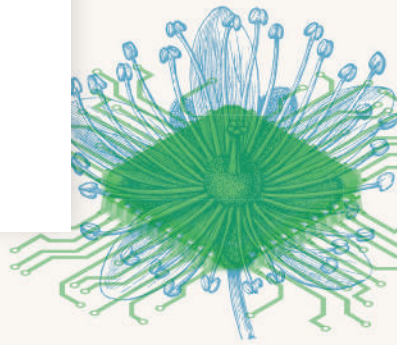
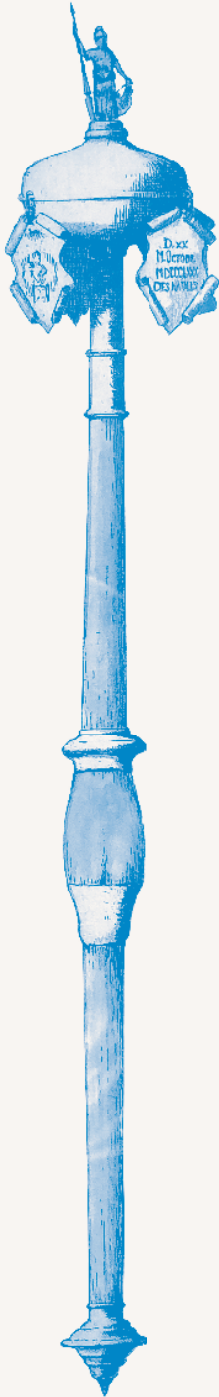


Van onschatbare waarde

prof.dr. C.J.M. Verhoeven





prof.dr. C.J.M. Verhoeven

Van onschatbare waarde

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
hoogleraar Waardegedreven geboortezorg, aan de
Faculteit der Geneeskunde / Amsterdam UMC
op 26 juni 2025.

Zeer geachte rector en leden van het college van bestuur van Amsterdam UMC, beste collega's, lieve familie en vrienden,

Het is voor mij een groot genoegen om vandaag mijn inaugurele rede uit te spreken. In deze rede wil ik stilstaan bij de ontwikkelingen binnen de Nederlandse geboortezorg, met in het bijzonder aandacht voor het vakgebied van de verloskundige. Vervolgens zal ik ingaan op de manier waarop ik vanuit deze leerstoel 'Waardegedreven geboortezorg' wil bijdragen aan verbetering van de geboortezorg en aan de verdere versterking en ontwikkeling van het vakgebied.

DE IMPACT VAN ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE

Enkele weken geleden sprak ik een 92-jarige dame. Toen ze hoorde dat ik verloskundige was, begon ze spontaan te vertellen over haar eigen bevallingen, over wat ze destijds had meegemaakt en welke impact dit had gehad op haar leven. Ze kon zich de gebeurtenissen nog zó levendig voor de geest halen en zich nog letterlijk herinneren wat er tijdens haar bevalling tegen haar was gezegd. Ze herinnerde zich de mooie, wijze en bemoedigende woorden, en voelde zich daardoor gesteund. Maar ze herinnerde zich ook opmerkingen die ze als heel vervelend en, zelfs nu nog na al die tijd, als pijnlijk had ervaren. Haar ervaringen met de geboortes van haar kinderen, en met de zorgverleners die haar toen bijstonden, hebben een grote impact gehad op haar leven. Dit voorbeeld laat zien dat zwangerschap en geboorte een life-event is, een significante levensgebeurtenis die grote veranderingen veroorzaakt en vaak een blijvende indruk achterlaat. Een gebeurtenis die van onschatbare waarde is. Zorgverleners hier in de zaal zullen dit ook herkennen: soms hebben barenden nauwelijks besef van tijd, en lijken ze zich afgesloten te hebben voor wat er om hen heen gebeurt. Maar tegelijkertijd zijn ze ook hoog sensibel voor kleine signalen, een blik of woorden. Deze kunnen in het geheugen gegrift staan. De ervaring van een baring is van onschatbare waarde.

DE GEBOORTEZORG IN NEDERLAND

We kunnen dankbaar zijn voor en trots op de geboortezorg zoals die in Nederland georganiseerd is. Velen van u hier aanwezig hebben het geluk gehad dat hun wieg in Nederland stond, dit wordt ook wel de geboorteloterij genoemd. In Nederland hebben we namelijk kwalitatief goede en toegankelijke geboortezorg. Onze sterfte- en ziektecijfers zijn laag. De geboortezorg wordt geleverd door goed opgeleide zorgprofessionals. We delen, over het algemeen gesproken, de visie dat zwangerschap en geboorte natuurlijke processen zijn. We werken in een kwalitatief goed geboortezorgsysteem dat keuzevrijheid biedt voor zwangere vrouwen en hun partners. De goede samenwerking tussen de eerste lijn, de verloskundige in de wijk, en de tweede lijn, de zorgverleners in het ziekenhuis, maken het

mogelijk dat vrouwen kunnen kiezen waar zij hun kinderen willen baren, thuis, in een geboortecentrum of in het ziekenhuis. Al deze keuzes zijn veilig dankzij ons Nederlandse geboortezorgsysteem.

UITDAGINGEN IN DE GEBORTEZORG

Maar, en er is helaas altijd een maar, er zijn grote uitdagingen in de geboortezorg. Ik bespreek er een aantal in willekeurige volgorde. Het zorgsysteem werkt namelijk niet voor iedereen even goed. Achter de lage sterftecijfers in Nederland schuilt een pijnlijke waarheid: afkomst en inkomen bepalen nog te vaak hoe goed de zorg écht is voor moeder en kind. We zien grote gezondheidsverschillen tussen regio's en tussen vrouwen. Vrouwen in kwetsbare omstandigheden, zoals die met een lagere socio-economische status of positie, lopen een hoger risico op slechte geboorte-uitkomsten. Ook is er een sterk verband tussen leefstijl en slechte geboorte-uitkomsten.

De cijfers spreken voor zich. Een onderzoek in Noord-Nederland liet zien dat de babysterfte onder asielaanvragers zeven keer zo hoog is als onder zwangere vrouwen zonder migratieachtergrond.¹ Uit een analyse van ruim 16.000 geboortes in Nederland bleek dat zwangere vluchtelingen en hun baby's aanzienlijk vaker te maken hebben met ernstige complicaties zoals perinatale sterfte, laag geboortegewicht en spoedkeizersnedes, vergeleken met vrouwen zonder achtergrond van gedwongen migratie.² Een andere studie wees uit dat de moedersterfte in asielzoekerscentra maar liefst tien keer zo hoog is als ons landelijk gemiddelde.³ Ook andere vrouwen met een niet-westerse migratieachtergrond, lopen meer risico tijdens zwangerschap en bevalling. Deze vrouwen - en hun baby's - hebben een grotere kans op complicaties, ziekte of overlijden. Die kans neemt nog verder toe wanneer er ook sprake is van een lage sociaaleconomische positie.

Baby's van ouders die in armoede leven overlijden vaker of worden vaker te vroeg geboren.

Uit deze cijfers blijkt dat niet iedereen in Nederland gelijke toegang heeft tot onze goede geboortezorg. We zien dat sociale ongelijkheid tot uitdrukking komt in medische ongelijkheid - en dat vereist onze doelgerichte aandacht en actie.

Om alle vrouwen, en vooral ook alle pasgeborenen, een gelijke kans te geven op een gezonde start, zullen we vrouwen juist ongelijk moeten behandelen. Hiermee bedoel ik dat er meer ingezet moet worden op zorg die afgestemd is op de behoefte van iedere specifiek individu, op het bieden van gepersonaliseerde zorg, en het geven van zorg op maat. Alleen dan kunnen we echt bijdragen aan gelijke kansen op een gezonde start voor iedereen. En zo zorg bieden die van onschatbare waarde is.

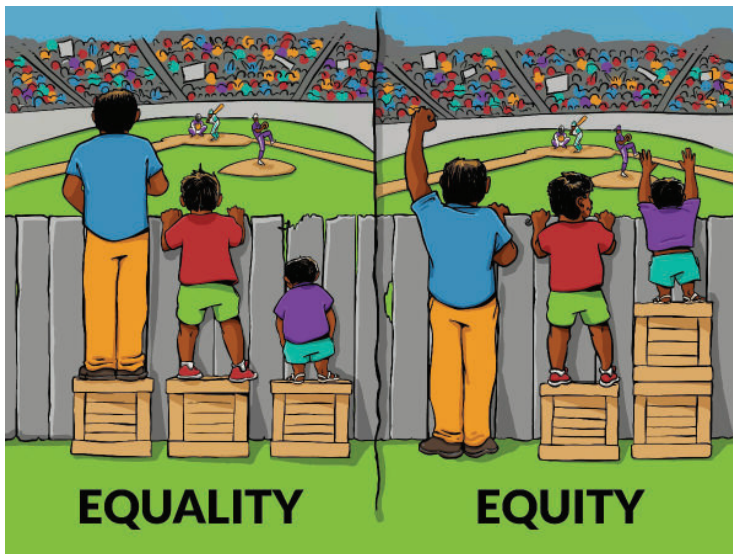


Image Credit: Interaction Institute for Social Change | Artist: Angus Maguire ⁴

Naast het feit dat de zorg niet voor iedereen gelijk is, zijn er in de afgelopen decennia maatschappelijke en epidemiologische veranderingen opgetreden die van invloed zijn op de geboortezorg. Zo zien we een stijging in de leeftijd van zwangeren. Was de gemiddelde leeftijd waarop een vrouw haar eerste kind kreeg veertig jaar geleden nog 25 jaar, inmiddels is dit opgelopen tot ruim 31 jaar. Veel zorgelijker nog is dat ook het gemiddelde BMI van de zwangeren stijgt. Op dit moment heeft nog slechts zo'n 60% van de zwangeren een gezond gewicht. We zien bij de jeugd van nu al veel overgewicht: 1 op de 7 meisjes tussen 4 en 17 jaar heeft overgewicht ⁵ waardoor zij, als zij later zwanger worden, meer kans hebben op zwangerschapsdiabetes of co-morbiditeit. Als maatschappelijke veranderingen zien we onder andere een toename van armoede, van migratie, en van het aantal zwangeren met een asielaanvraag. Dit heeft geleid tot een toename van het aantal zwangeren in kwetsbare situaties.

Bovendien is er in de afgelopen jaren een toename in de mogelijkheden voor screening en diagnostiek. Zo werd in 2021 de eerste trimester SEO, een uitgebreid echoscopisch onderzoek naar aangeboren afwijkingen vroeg in de zwangerschap, ingevoerd. En sinds 2023 is de NIPT, een bloedtest die een betrouwbare kansberekening geeft op o.a. het syndroom van Down, als regulier screeningsonderzoek toegevoegd. ⁶

Al deze genoemde factoren hebben er aan bijgedragen dat de zorgvraag complexer is geworden.

Daarnaast zien we ook een toename in protocollering en de vaak daaruit voortvloeiende interventies, zoals bijvoorbeeld het routinematig bij 38 weken inleiden bij het vermoeden van een groot kind, of het vroegtijdig in het baringsproces breken van de vliezen, of standaard elke twee uur de vordering van de baring beoordelen. Deze interventies dragen niet altijd bij aan verbetering van de uitkomsten, terwijl de druk op het zorgsysteem toeneemt, onder andere als gevolg van die interventies.

Dit alles maakt dat we voor een grote uitdaging staan voor ons zorgsysteem: hoe houden we de geboortezorg toekomstbestendig? We zijn op een punt aangekomen dat er meer van ons zorgsysteem gevraagd wordt dan we kunnen bieden. De zorg dreigt onbetaalbaar te worden en er is onvoldoende personeel. De toegankelijkheid van de zorg komt hiermee steeds meer onder druk te staan.

Met mijn leerstoel Waardegedreven zorg wil ik de komende jaren bijdragen aan het verbeteren van zorg die van waarde is voor ieder individu, voor gepersonaliseerde geboortezorg en aan het betaalbaar en toegankelijk houden van deze zorg.

Deze leerstoel is ingebed in de afdeling Verloskundige wetenschap. Op onze afdeling verrichten wij onderzoek naar verloskundige zorg, ook wel het domein *midwifery* genoemd. Het Engelse woord *midwife* is afgeleid van de Oud-Engelse woorden *mid* en *wife*, die respectievelijk ‘met’ en ‘vrouw’ betekenen. Een *midwife* is dus letterlijk iemand die ‘met de vrouw is’, die naast de vrouw staat. *Midwifery* is ondersteunende zorg aan vrouwen bij zwangerschap en geboorte, op een wijze die recht doet aan wie zij zijn en wat zij nodig hebben.⁷

Midwifery-zorg wordt grotendeels geleverd door verloskundigen, maar ook andere professionals - zoals gynaecologen, verpleegkundigen, kraamverzorgenden en kinderartsen - vervullen hierin een rol. In deze vorm van zorg staat de vrouw centraal en werken verschillende disciplines integraal samen om haar optimaal te begeleiden.

De kern van verloskundige zorg bestaat uit preventieve en ondersteunende zorg, waarbij medische interventies worden ingezet wanneer zich risicofactoren of complicaties voordoen én deze interventies de uitkomsten van de zorg verbeteren. Het doel van verloskundige zorg is het bevorderen van een zo fysiologisch mogelijk beloop van zwangerschap en bevalling, met tijdige interventie of doorverwijzing naar specialistische zorg zodra er risico's of complicaties ontstaan.

WAARDEGEDREVEN GEBORTEZORG

Door de toenemende complexiteit van de geboortezorg en de stijgende kosten in de gezondheidszorg krijgt het concept ‘waardegedreven geboortezorg’ steeds meer aandacht. Michael Porter is de grondlegger van het concept waardegedreven zorg (value-based healthcare).⁸ Deze benadering richt zich op het leveren van hoogwaardige, efficiënte en cliëntgerichte zorg, waarbij verschillende disciplines binnen de zorg nauw samenwerken. Naast de klinische uitkomsten van zorg, omvat waardegedreven zorg ook de uitkomsten die van belang, uitkomsten die van waarde, zijn voor de cliënt, de ervaring van de cliënt en de kwaliteit van leven van de cliënt.

Waardegedreven geboortezorg richt zich daarom op drie belangrijke waarden:

1. **Persoonlijke waarde:** wat belangrijk is voor vrouwen, hun partners en families;
2. **Technische waarde:** het zo efficiënt mogelijk leveren van zorg; zorg dichtbij huis waar dat kan en in het ziekenhuis waar dat moet.
3. **Allocatieve waarde:** een optimale verdeling van mensen en middelen over de verschillende vormen van de geboortezorg.

Dit betekent dat er bij waardegedreven geboortezorg wordt gestreefd naar optimale en rechtvaardige uitkomsten, een prettig en goed georganiseerd zorgproces, en het zo efficiënt mogelijk inzetten van beschikbare middelen zoals geld, tijd, CO₂-uitstoot en ruimte. Het gaat bij deze vorm van zorg dus ook om duurzame zorg.

Het onderzoek binnen de leerstoel ‘Waardegedreven geboortezorg’ richt zich op het identificeren, ontwikkelen, implementeren en evalueren van verloskundige zorg die een natuurlijk beloop van zwangerschap en bevalling bevordert en cliëntgericht is. Dit geldt voor de gehele periode: van vóór de conceptie tot en met de overgang naar het ouderschap. Hierbij is het doel om optimale resultaten voor zowel moeder als kind te bereiken en nadrukkelijk ook om te streven naar een positieve bevalervaring voor alle vrouwen en hun dierbaren.

SAMEN MET DE CLIËNT

Uit ons eerdere onderzoek naar respectvolle geboortezorg blijkt dat één op de vijf vrouwen haar zorg als onvoldoende respectvol ervaarde. Één op de vijf vrouwen kijkt negatief of zelfs traumatisch terug op haar baring.⁹ Een negatieve of traumatische bevalervaring heeft grote impact op de lichamelijke en mentale gezondheid van de moeder en kan leiden tot PTSS, een suboptimale moeder-kind binding en zelfs tot ontwikkelingsproblematiek bij het kind.¹⁰ Ook kan ontevredenheid met de aangeboden zorg tijdens de zwangerschap, bevalling en postpartum periode nadelige gevolgen hebben voor de keuzes die vrouwen maken ten

aanzien van hun zorg bij een volgende zwangerschap, zoals bijvoorbeeld een verzoek om een keizersnede terwijl deze medisch gezien niet noodzakelijk is, of kiezen voor minder of andere zorg dan medisch wel noodzakelijk is.^{11,12}

Bij een negatieve ervaring gaat het vaak niet om de pijn of complicaties tijdens de baring. Belangrijke factoren die aan negatieve ervaringen bijdragen zijn ineffectieve communicatie, onduidelijke of incomplete informatie, verlies van autonomie en gebrek aan consent.^{9,13} Dit laat zien dat de interactie met de zorgverlener een grote rol speelt. Goede, heldere communicatie, vriendelijke en respectvolle bejegening, het luisteren naar, en het respecteren van de autonomie van de cliënt, dragen bij aan goede interactie. Vooral het versterken van de eigen regie en de autonomie van cliënten door middel van geïnformeerde keuzes en gezamenlijke besluitvorming, staat hierin centraal. De cliënt en de verloskundig zorgverlener gaan met elkaar in gesprek over de mogelijke beleidsopties. Bij dit gesprek worden de drie principes van Evidence Based Medicine gehanteerd: het best beschikbare wetenschappelijke bewijs, de persoonlijke waarden en voorkeuren van de cliënt, en de kennis en ervaring van de zorgverlener. Het proces is dus meer dan een opsomming van de voor- en nadelen. De zorgverlener mag wel degelijk een advies geven of een behandeling voorstellen, mits hierbij alle alternatieven - en de voor- en nadelen van die alternatieven - , zoals die van 'niets doen' oftewel een afwachtend beleid voeren, genoemd worden. Het proces van gezamenlijke besluitvorming begint met de vraag 'Wat is belangrijk voor jou? Wat heb jij nodig en hoe kan ik je daarbij helpen?'. Ik noem het heel bewust 'het proces van gezamenlijke besluitvorming', want de uiteindelijke beslissing ligt bij de zwangere zelf. Zij heeft de beslissingsbevoegdheid. De term 'geïnformeerde keuze' vind ik dan ook een beter passende term dan 'shared decision'.

Een voorwaarde voor het proces van gezamenlijke besluitvorming is dat de zwangere beschikt over betrouwbare en volledige informatie. Helaas is niet alle informatie die de zwangere bereikt eerlijk en betrouwbaar. Steeds vaker halen zwangeren hun informatie van platforms als TikTok en Instagram. Deze zijn tegenwoordig belangrijke en invloedrijke bronnen van desinformatie. Dit is dan ook een van de redenen dat ik het Childbirth Network opgericht heb. Het Childbirth Network is een innovatief netwerk met als doelstelling het stimuleren van samenwerking tussen zwangeren, zorgprofessionals en onderzoekers. Binnen deze kruisbestuiving tussen onderzoek, onderwijs en praktijk staat de zwangere centraal.

{Introductievideo Childbirth Network: https://youtu.be/etyCWC_xwl4}

Goed aansluiten bij de veranderende wensen en verwachtingen van de zwangere en haar omgeving, en bij de veranderende zorgvraag vraagt om een andere benadering: één waarin samenwerking met cliënten centraal staat. Door actief te luisteren naar hun behoeften en

voorkeuren, en deze te integreren in behandelplannen en zorgpaden, kunnen we zorg bieden die echt aansluit bij wat ertoe doet. Het bieden van persoonsgerichte zorg die zich richt op uitkomsten die voor de cliënt belangrijk zijn is essentieel en sluit aan bij het gedachtegoed van waardegedreven geboortezorg. Een belangrijk doel binnen mijn leerstoel is het onderzoeken hoe we de verloskundige zorg mét en vóór cliënten beter kunnen vormgeven, zodat deze bijdraagt aan respectvolle geboortezorg. Hoe kunnen we op dit aspect beter leren reflecteren op ons eigen handelen en erkennen dat er vaak meerdere opties mogelijk zijn?

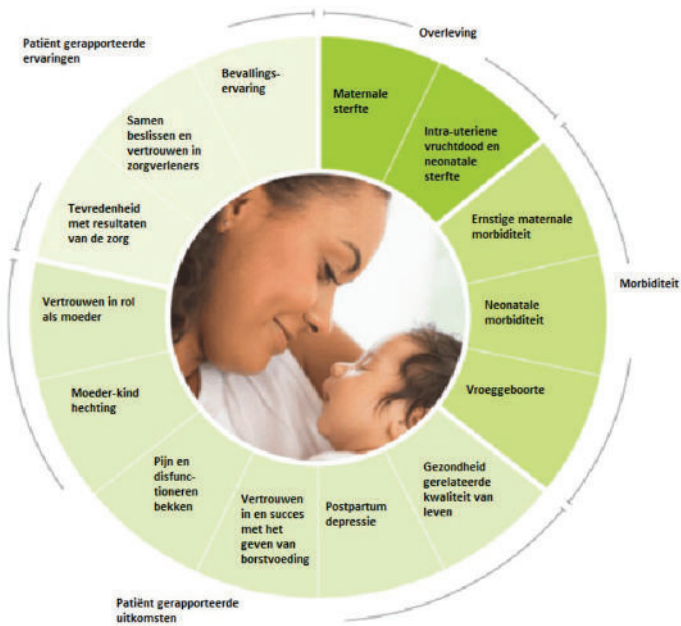
Samen met de cliëntenorganisatie Het Buikencollectief willen we graag onderzoeken hoe we de voorbereiding op de bevalling kunnen verbeteren, zodat deze bijdraagt aan het behoud van de eigen regie en autonomie van de vrouw, en daarmee aan een positieve en respectvolle ervaring met de geboortezorg voor iedere vrouw. Dit draagt bij aan een goede start van het jonge gezin. Hierbij is het ook van belang om te onderzoeken hoe we professionals kunnen ondersteunen bij het bieden van respectvolle zorg waarin de waardigheid en de autonomie van vrouwen centraal staan. Een goede bevalervaring is van onschatbare waarde.

RELATIONELE GEBOORTEZORG

Door de toename in de complexiteit van zorg en de veranderende wensen van barenden, bijvoorbeeld rondom pijnstilling, is de kans dat de zorg van een vrouw tijdens haar zwangerschap of bevalling wordt overgedragen aan een andere zorgverlener, steeds groter geworden. Het percentage verwijzingen van de eerste naar de tweede lijn stijgt al jaren.¹⁴ Het bieden van continuïteit van zorg, van relationele zorg - waarbij een vrouw gedurende haar zwangerschap en bevalling wordt begeleid door een vertrouwde zorgverlener of een klein team van zorgverleners -, komt hiermee onder druk te staan. Het bieden van relationele zorg kent veel voordelen. Het leidt tot betere zorguitkomsten voor zowel moeder als kind. Bovendien zijn vrouwen meer tevreden met deze zorg en geeft het verloskundigen meer werkplezier. Gezien het hoge verloop in de beroepsgroep is dit een belangrijk punt. Maar liefst 40% van de verloskundigen stopt binnen 15 jaar na afstuderen met het vak.¹⁵ In de COMIC studie, gezamenlijk opgezet met de Academie Verloskunde Maastricht en de Verloskunde Academie Rotterdam, onderzoeken we hoe het geven van relationele zorg, continuïteit van zorg, zo ingezet kan worden dat het zowel effectieve als duurzame zorg is. Het onderzoek is daarmee stevig verankerd in de principes van Waardegedreven geboortezorg.

DE ICHOM UITKOMSTENSET ZWANGERSCHAP EN GEBOORTE

Om de uitkomsten van zorg, die het meest van betekenis zijn voor vrouwen zelf, te rapporteren, is door patiënten en professionals gezamenlijk, een internationale uitkomstenset voor Zwangerschap en Geboorte ontwikkeld binnen een internationaal samenwerkingsverband ICHOM (The International Consortium for Health Outcomes Measurement) om de uitkomsten van de geboortezorg te meten en te vergelijken.¹⁶ De ICHOM set geeft inzicht in voor de cliënt relevante uitkomsten, wat bijdraagt aan het bepalen wat voor de cliënt de best passende zorg is. Dat betekent niet automatisch alles doen wat medisch mogelijk is, maar cliënten de behandeling bieden die in hun specifieke situatie voor hen de meeste waarde biedt.



De ICHOM uitkomstenset voor Zwangerschap en Geboorte bestaat uit medische gegevens, zoals vroeggeboorte, morbiditeit en sterfte; patiëntgerapporteerde uitkomsten (Patient-Reported Outcome Measures, ofwel PROMs) over gezondheid en welzijn, en patiëntgerapporteerde ervaringen met de zorg (Patient-Reported Experience Measures, ofwel PREMs). De uitkomsten zijn op deze afbeelding weergegeven in een cirkel. Alle uitkomsten doen er toe, de ene uitkomst weegt niet zwaarder dan de andere.

De cliënt ontvangt op vijf momenten in haar zwangerschap en daarna vragenlijsten. De antwoorden worden gebruikt om vrouwen en hun partners te ondersteunen in het nemen van beslissingen, en om de zorg persoonlijker en effectiever te maken. Daarnaast beantwoordt de cliënt ook vragen over haar ervaringen en tevredenheid met de zorg. Deze gegevens dragen bij aan benchmarking en kwaliteitsverbetering, wat kan helpen om zorgkosten te verlagen. En het vormt een bron van informatie voor (wetenschappelijk) onderzoek, mits de cliënt hier consent voor heeft gegeven.

Het verzamelen van uitkomsten op grote schaal is alleen mogelijk wanneer het proces daartoe verregaand is geautomatiseerd. De set met vragenlijsten dient hiervoor ingebouwd te zijn in het elektronisch patiëntendossier. Wat zou het toch geweldig zijn als we allemaal in hetzelfde elektronisch systeem zouden werken.

FYSIOLOGIE

Binnen mijn leerstoel wil ik me ook richten op het beter begrijpen van de fysiologische processen die een rol spelen tijdens zwangerschap en bevalling. Op deze manier kunnen we inzicht krijgen in hoe deze natuurlijke processen het beste ondersteund kunnen worden, bijvoorbeeld door preventieve en ondersteunende zorg of door het effectief inzetten van interventies.

Als voorbeeld hiervan wil ik een belangrijk onderwerp binnen mijn onderzoekslijn extra belichten: baringsgerelateerde bekkenbodemschade en aandacht voor bekkenbodemgezondheid.

Bekkenbodemgezondheid is van groot belang voor de kwaliteit van leven voor vrouwen.

De helft van de vrouwen ervaart binnen 20 jaar na de bevalling bekkenbodemklachten, zoals bijvoorbeeld ongewild urineverlies.¹⁷ Dit heeft een grote impact op het dagelijks leven van vrouwen, hun deelname aan de arbeidsmarkt en op maatschappelijke kosten.¹⁸

We weten dat de baring een belangrijke risicofactor is die bijdraagt aan het optreden van bekkenbodemklachten, zowel op korte als op lange termijn. Tijdens de bevalling rekken de bekkenbodemspieren tot ruim drie keer hun oorspronkelijke lengte uit om de geboorte van het kind mogelijk te maken.¹⁹ Bovendien treedt bij een vaginale baring bij 75% van de vrouwen enige vorm van perineumschade op.²⁰ Er zijn meerdere effectieve strategieën die zorgverleners kunnen inzetten bij het voorkomen van perineumschade, zoals bijvoorbeeld het toepassen van warmtecompressen, of een handgreep om de spanning te verminderen, of het adviseren van zijligging tijdens de baring.^{20,21} Verloskundige zorgverleners worden hier ook in getraind zowel tijdens de initiële opleiding als tijdens bijscholingen. Van sommige strategieën echter weten we nog niet goed wat de optimale inzet is. Zo is het advies om het

hoofdje van de baby langzaam geboren te laten worden om de bekkenbodembodem voldoende tijd te geven om op te rekken en zo perineumschade voorkomen. Dit betekent echter dat de bekkenbodemspieren wellicht langere tijd blootgesteld zijn aan rek. We weten nog onvoldoende wat de impact daarvan op de bekkenbodembodemfunctie en op bekkenbodembodemklachten is. We weten namelijk nog weinig van het spontaan herstel van de bekkenbodembodem na een bevalling. Het natuurlijk beloop van dit herstel is nog onvoldoende bekend en onderzocht.

Samen met de urogynaecologie onderzoeksgroep van het Amsterdam UMC van prof.dr. Jan Paul Roovers zijn we fundamenteel en translationeel onderzoek aan het doen naar baringsgerelateerde bekkenbodembodem schade. Het onderzoek zal effectieve preventieve strategieën die we kunnen inzetten tijdens de baring ondersteunen en bekkenbodembodemgezondheid bevorderen. Het verkregen wetenschappelijke inzicht zal zorgverleners in de geboortezorg helpen bij het voorkomen van bekkenbodembodem schade en het zal richting bieden aan toekomstig onderzoek. Met onze onderzoeken voegen we waarde toe aan de geboortezorguitkomsten voor vrouwen, dragen we bij aan een betere kwaliteit van leven van vrouwen na een vaginale bevalling; en dragen we bij aan vermindering van economische en maatschappelijke kosten.

Het onderwerp bekkenbodembodemgezondheid maakt deel uit van de postpartum zorg, de zorg na de zwangerschap en bevalling. Dit onderwerp verdient het om meer onder de aandacht gebracht te worden bij zowel vrouwen en zorgverleners, maar ook als maatschappelijk probleem bij o.a. zorgverzekeraars, werkgevers, en subsidieverstrekkers.

Naast de bekkenbodembodemzorg is er over het algemeen (te) weinig aandacht voor vrouwen die net bevallen zijn en zij geven aan zich vaak alleen gelaten te voelen. De zorg richtte zich tijdens de zwangerschap en de bevalling op hen, maar na de bevalling gebeurt er iets vreemds: de zorg richt zich vanaf dat moment vrijwel alleen nog op het kind. Alsof de moeder er niet meer toe doet.

Veel vrouwen ervaren na de bevalling lichamelijke en/of mentale klachten zoals vermoeidheid, pijn of somberheid, maar nemen vaak aan dat deze klachten er nou eenmaal bij horen, of wellicht vanzelf overgaan. Uit ons eerdere onderzoek blijkt dat ruim 16% van de vrouwen na de bevalling te maken krijgt met depressieve klachten.²² Bijna de helft van de vrouwen heeft na haar bevalling last van urine-incontinentie²³, maar omdat hier door zorgverleners vaak onvoldoende actief naar gevraagd wordt, blijven veel vrouwen onnodig lang rondlopen met klachten die hun kwaliteit van leven en hun lichaamsbeeld sterk beïnvloeden. Vrouwen geven aan ook niet goed te weten waar ze met hun klachten naar toe kunnen. Het zorgpad zwangerschap en bevalling wordt afgesloten met een fysieke

nacontrole zes weken na de bevalling. Een fysieke nacontrole is onderdeel van de standaardzorg. De eerlijkheid gebiedt me te zeggen dat deze lang niet overal standaard wordt aangeboden of, beter nog, wordt ingepland. Helaas zien we dat slechts 30% van de vrouwen daadwerkelijk gebruikmaakt van deze nacontrole. Dat is een gemiste kans. Fysieke, mentale of sociale problemen die zich voordoen, worden daardoor mogelijk niet of pas laat gesignaleerd. Het tijdig herkennen van deze problemen is cruciaal om te verwijzen naar passende hulp, vooral bij gezinnen in kwetsbare situaties. Tijdens een fysieke nacontrole kan aandacht besteed worden aan belangrijke onderwerpen, zoals bevalervaring, fysiek/mentaal welzijn, (bekkenbodem)gezondheid, transitie naar het ouderschap, borstvoeding, sociale/financiële aspecten, leefstijl- en sport- of bewegingsadviezen, anticonceptie en interconceptiezorg. Door bij de nacontrole klachten tijdig te signaleren, kan verergering voorkomen en kan herstel ondersteund worden. Dit zal ook bijdragen aan een gezonde start voor het gezin en aan vermindering van zorgkosten.

Onderzoek laat zien dat het herstel van vrouwen na een zwangerschap en bevalling veel langer tijd nodig heeft dan tot zes weken na de bevalling. We zien dat er een toegenomen zorgvraag is bij vrouwen in het eerste jaar na de bevalling.^{24,25} Daarom onderzoeken we of we al tijdens de zwangerschap kunnen bijdragen aan een betere mentale gezondheid in de postpartumperiode. Met het project *VoluitZwanger* kijken we naar de effectiviteit van een zelfhulp cursus die is gericht op het vergroten van veerkracht bij zwangere vrouwen. Daarnaast zullen we onderzoek doen of en hoe we verlengde zorg zo kunnen vormgeven dat deze waardegedreven is, dus hoogwaardig, doelmatig en cliëntgericht is.

DOELMATIGE ZORG

Binnen waardegedreven zorg gaat het ook om doelmatige zorg. Dat betekent ook het voorkomen of de-implementeren van onnodige zorg of onnodige interventies. Dit is een belangrijk, maar vaak onderbelicht aspect van goede geboortezorg. In sommige situaties is niets doen, of bewust afwachten, juist de beste keuze. Toch vraagt dit veel van zorgverleners: het vergt vertrouwen in het natuurlijke beloop van het proces, klinische scherpheid en het durven verdragen van onzekerheid. Juist in een cultuur waarin handelen vaak wordt gezien als 'beter', is terughoudendheid een kunst. Minder doen betekent niet minder betrokken zijn, maar juist bewust en zorgvuldig afwegen wat écht nodig is – in het belang van moeder en kind.

In april van dit jaar bracht de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) het rapport 'Iedereen bijna ziek' uit, waarin wordt stilgestaan bij de schaduwkanten van de toenemende diagnose-expansie.²⁶ Door de toename van diagnostiek en screeningsprogramma's, en het steeds ruimer interpreteren van ziekte definities, krijgen steeds meer mensen het label

‘ziek’ of ‘pre-ziek’ opgeplakt – zelfs als ze nog geen klachten ervaren. Volgens de RVS wordt er te weinig stilgestaan bij de negatieve gevolgen van deze ontwikkeling. Het leidt tot onnodige medicalisering, meer zorggebruik en een nog grotere druk op het zorgsysteem. Daarom is steun nodig voor zorgverleners die besluiten om géén extra screenings- of diagnostische testen aan te vragen. Dat geldt ook voor de geboortezorg. In veel richtlijnen staat “overweeg dit onderzoek of deze behandeling...”. In de praktijk worden zorgprofessionals vooral beoordeeld op wat ze wel hebben gedaan, maar niet op het aantal vervolgonderzoeken of behandelingen die ze onnodig hebben ingezet. Tegelijkertijd zien we in de praktijk regelmatig dat de cliënt meer zorg vraagt, variërend van extra controles en extra echo’s tot een verzoek om een inleiding zonder dat hier een medische reden voor is. Dat maakt het voor de zorgverlener uitdagend.

De huidige richtlijnen en protocollen zijn vooral afgestemd op de ‘gemiddelde’ cliënt. Dit houdt automatisch in dat niet iedere vrouw passende zorg zal ervaren. Binnen mijn leerstoel wil ik dan ook gaan kijken hoe we beter kunnen inschatten wie risico loopt op complicaties en intensievere zorg nodig heeft, en wie juist minder intensieve zorg kan ontvangen. Er moet meer ruimte komen voor het bieden van gepersonaliseerde zorg in plaats van het automatisch uitvoeren van een protocol. Hiervoor is het nodig dat we onze cliënt goed leren kennen.

Daarnaast moeten we ook kijken wáár die zorg het beste geboden kan worden. In ons onderzoek naar het antenataal CTG, een hartfilmpje van de baby tijdens de zwangerschap, hebben we aangetoond dat voor bepaalde indicaties deze zorg veilig en efficiënt in de verloskundigenpraktijk ingezet kan worden.²⁷⁻²⁹ Er zijn diverse andere regionale initiatieven om zorg te verschuiven en de juiste zorg op de juiste plek te bieden. Deze initiatieven vragen veel tijd en inzet, van zorgverleners uit alle lijnen. Helaas blijft, tot frustratie van de zorgverleners, implementatie op grotere schaal uit. Ons huidige systeem, en dan met name de bekostiging van de zorg, faciliteert zorgverschuiving nog niet. Dit maakt dat we ook kritisch naar het bekostigings- en organisatiesysteem moeten kijken.

Gelukkig ziet ook het Ministerie van VWS de noodzaak van waardegedreven zorg. Zij heeft aan ZonMw de opdracht gegeven om een Kaderprogramma Passende zorg op te stellen. In dit programma wordt opgeroepen om te onderzoeken hoe we passende, veilige en doelmatige zorg kunnen bieden op een plek waar deze het meest effectief is, met als doel de zorg toegankelijker, doelmatiger en cliëntgerichter te maken. Hierbij wordt nadrukkelijk samenwerking tussen zorgverleners, onderzoekers, beleidsmakers en patiëntenorganisaties gestimuleerd.

Ik heb in mijn oratie uw aandacht gevraagd voor waardegedreven geboortezorg, en toegelicht wat dit betekent. Het woord waardegedreven is een samenvoeging van de woorden 'waarde' en 'gedreven'. Ik heb de betekenis van deze woorden even opgezocht in het woordenboek.

'waardegedreven': (*filosofie*) geïnspireerd door deugden, waarden en normen

waar·de (*de; v; meervoud: waardes, waarden*) 1) betekenis in het economisch verkeer, als ruilmiddel; dat wat iets aan geld kan opbrengen. 2) richtinggevend *principe dat belangrijk wordt geacht voor een bepaalde cultuur: iem. in zijn (eigen) waarde laten* hem nemen en waarderen zoals hij is, *een vaste waarde* iem. die er altijd is, op wie je altijd kunt rekenen

ge·dre·ven (*bijvoeglijk naamwoord*) door innerlijke drang geleid: *een gedreven persoon* door idealen beziel

Ik denk dat deze termen erg goed van toepassing zijn op de geboortezorgverleners die zich dagelijks inzetten om goede, en nóg betere, geboortezorg te verlenen.

Zoals ik eerder al noemde is het voor waardegedreven zorg nodig om verbinding te leggen tussen cliënten en zorgverleners. Om waardegedreven geboortezorg te kunnen bieden is ook verbinding tussen alle geboortezorgverleners nodig en een integraal systeem waarin deze verbinding en samenwerking sterk en gelijkwaardig is. De uiteindelijk ervaren waarde voor de client zal immers op het gehele zorgpad betrekking hebben.

En we hebben met elkaar de opdracht om er aan bij te dragen dat deze zorg van onschatbare waarde is.

DANKWOORD

Dank aan allen die aan de totstandkoming van mijn benoeming hebben bijgedragen. Mijn benoeming tot hoogleraar is een hoogtepunt in mijn carrière, het is het resultaat van vele jaren samenwerking met heel veel mensen die ik onmogelijk hier allemaal kan noemen.

Mijn dank gaat in de eerste plaats uit naar het College van Bestuur van de Vrije Universiteit en de Raad van Bestuur van Amsterdam UMC voor de benoeming, en naar de decaan van Amsterdam UMC voor het vertrouwen en de voordracht. Het instellen van deze gewone leerstoel weerspiegelt het belang dat deze Raad van Bestuur hecht aan het onderwerp Waardegedreven geboortezorg. Ik vind het een voorrecht om hier de komende jaren aan te mogen werken.

Mijn dank gaat ook uit naar de Academie Verloskunde Amsterdam Groningen, Inholland. Ons onderzoek en onderwijs zijn nauw met elkaar verbonden. Dank voor de steun voor onze afdeling.

Heel nadrukkelijk wil ik alle vrouwen die hebben deelgenomen aan onze onderzoeken bedanken. Jullie deelname en inbreng is van onschatbare waarde. Dank ook aan alle zorgverleners die zich inzetten voor onze onderzoeken. Jullie dragen hiermee actief bij aan de verbetering van de geboortezorg.

Speciale dank aan mijn beide promotoren, hooggeleerde Ben Willem Mol en hooggeleerde Guid Oei. Jullie hebben me begeleid bij mijn eerste stappen in de wereld van de wetenschap. Ik bewonder jullie passie voor integer en kwalitatief goed onderzoek. Ben Willem, jij bent mijn inspirator. Wat bijzonder dat je vandaag aanwezig bent bij mijn oratie.

Hooggeleerde Ank de Jonge, jouw steun als afdelingshoofd was belangrijk om de leerstoel onder de aandacht te brengen. Jouw hulp was onmisbaar en daar ben ik dankbaar voor. Je hart ligt bij de verloskunde. Jij als eerstelijns en ik als tweedelijns verloskundige vormen samen een mooi team integrale geboortezorg.

Ook wil ik me richten tot mijn collega-onderzoekers op de afdeling Verloskundige wetenschap, in Amsterdam en Groningen. Jullie zijn een inspiratie om mee te werken. We hebben samen mooie gesprekken over de kwaliteit en de toekomst van de geboortezorg. Het is een voorrecht om met jullie samen te werken aan onderzoek naar de verloskundige zorg. Veel dank ook aan mijn eerdere en huidige promovendi en postdocs: samen zetten we ons in voor verbetering van de zorg voor moeder en kind, met daarbij ook aandacht voor de partner en het jonge gezin. Jullie zijn de drijvende kracht achter deze leerstoel. Ik hoop dat we onze samenwerking nog lang kunnen voortzetten.

Many thanks to my PhD students abroad: Fawziya from Saudi Arabia and Hikma from Ethiopia. The work you are both doing to improve the quality of maternity care and the position of midwives in your respective countries is extremely important, and valuable.

Dank ook aan de ondersteuners van onze afdeling in Amsterdam en Groningen, de secretaresses, de onderzoeksassistenten en datamanagers. Jullie inzet is onmisbaar.

Suzanne Sturkenboom, Marieke Mink en Stefanie Hendriks: jullie hebben me geweldig ondersteund in de voorbereidingen rond deze dag. Heel veel dank daarvoor.

Mijn collega-verloskundigen en de maatschap Verloskunde en Gynaecologie van Máxima Medisch Centrum in Veldhoven: dank voor de ruimte die ik van jullie heb gekregen om het onderzoek te kunnen blijven combineren met het 'echte' werk. Het begeleiden van vrouwen tijdens hun bevalling blijf ik zo bijzonder en waardevol vinden.

Lieve vroedjes, Hanny, Marieke, Esther, Christa en Els, 40 jaar geleden studeerden we als verloskundigen af aan de Vroedvrouwschool in Heerlen. We zijn elkaar in al die jaren steeds blijven volgen en hebben lief en leed met elkaar gedeeld. Wat een dierbare, waardevolle vriendschap hebben we samen.

Dank aan mijn lieve familie en vrienden. Jullie waren en zijn altijd oprecht geïnteresseerd in wat ik doe. Jullie zijn er trots op dat ik hier vandaag sta. Bedankt dat jullie er hier vandaag bij zijn. Daar ben ik heel blij mee.

En dan natuurlijk mijn prachtige kinderen en hun lieve partners: Jan en Evelien, Monique en Twan, Paul en Denise, Irene, en Caroline. En niet te vergeten mijn lieve, lieve kleindochter Lauren. Wat ben ik blij met dit fantastische gezin om me heen! En binnenkort hopen we ook onze eerste kleinzoon te mogen verwelkomen. Jullie zijn absoluut van onschatbare waarde!

En tenslotte: lieve Hans, ik herhaal hier graag de woorden van het dankwoord van mijn proefschrift: ik ben net zo trots op jou, als jij op mij.

Hartelijk dank voor uw aandacht.

Ik heb gezegd.

REFERENTIES

1. Verschuuren AEH, Postma IR, Riksen ZM, Nott RL, Feijen-de Jong EI, Stekelenburg J. Pregnancy outcomes in asylum seekers in the North of the Netherlands: a retrospective documentary analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 May 25;20(1):320. doi: 10.1186/s12884-020-02985-x. PMID: 32450845; PMCID: PMC7249627
2. Tankink JB, Bertens LCM, de Graaf JP, van den Muijsenbergh METC, Struijs JN, Goodarzi B, Franx A. Pregnancy outcomes of forced migrants in the Netherlands: A national registry-based study. *J Migr Health*. 2024 Aug 10;10:100261. doi: 10.1016/j.jmh.2024.100261. PMID: 39309072; PMCID: PMC11416604.
3. Van Oostrum IE, Goosen S, Uitenbroek D, Koppenaal H, Stronks K. Mortality and causes of death among asylum seekers in the Netherlands. *J Epidemiol Community Health*. 1 juni 2010 (epub, ter perse)doi:10.1136/jech.2009.087064 Medline.
4. interactioninstitute.org; madewithangus.com
5. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), ism Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2024.
6. www.pns.nl
7. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet (London, England)*. 2014;384(9948):1129-45.
8. Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010 Dec 23;363(26):2477-81. doi: 10.1056/NEJMp1011024. Epub 2010 Dec 8. PMID: 21142528.
9. van der Pijl MSG, Verhoeven CJM, Verweij R, van der Linden T, Kingma E, Hollander MH, de Jonge A. Disrespect and abuse during labour and birth amongst 12,239 women in the Netherlands: a national survey. *Reprod Health*. 2022 Jul 8;19(1):160. doi: 10.1186/s12978-022-01460-4. PMID: 35804419; PMCID: PMC9266084.
10. Simpson M, Catling C. Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women Birth*. 2016 Jun;29(3):203-7. doi: 10.1016/j.wombi.2015.10.009. Epub 2015 Nov 10. PMID: 26563636.
11. Tschudin S, Alder J, Hendriksen S, Bitzer J, Popp KA, Zanetti R, Hösl I, Holzgreve W, Geissbühler V. Pregnant women's perception of cesarean section on demand. *J Perinat Med*. 2009;37(3):251-6. doi: 10.1515/JPM.2009.042. PMID: 19196209.
12. Hollander M, de Miranda E, van Dillen J, de Graaf I, Vandenbussche F, Holten L. Women's motivations for choosing a high risk birth setting against medical advice in the Netherlands: a qualitative analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Dec 16;17(1):423. doi: 10.1186/s12884-017-1621-0. PMID: 29246129; PMCID: PMC5732454.
13. van der Pijl MSG, Kasperink M, Hollander MH, Verhoeven C, Kingma E, de Jonge A. Client-care provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy. *PLoS One*. 2021 Feb 12;16(2):e0246697. doi: 10.1371/journal.pone.0246697. PMID: 33577594; PMCID: PMC7880498.
14. Perined.nl
15. De arbeidsmarkt voor verloskundigen Een capaciteitsraming voor de periode 2022 - 2032/2037, Nivel 2022.
16. [ICHOM | Pregnancy and Childbirth Standard Set | Measuring Outcomes](#)
17. Gyhagen M, Åkervall S, Milsom I. Clustering of pelvic floor disorders 20 years after one vaginal or one cesarean birth. *Int Urogynecol J*. 2015 Aug;26(8):1115-21. doi: 10.1007/s00192-015-2663-3. Epub 2015 Feb 24. PMID: 25708677.
18. Peinado RA. Influence of pelvic floor disorders on quality of life in women. *Front Public Health*. 2023;11:1180907.
19. Lien KC. Levator ani muscle stretch induced by simulated vaginal birth. *Obstet Gynecol*. 2004;103(1):31-40.

20. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 13;6(6):CD006672. doi: 10.1002/14651858.CD006672.pub3. PMID: 28608597; PMCID: PMC6481402.
21. Magoga G, Saccone G, Al-Kouatly HB, Dahlen G H, Thornton C, Akbarzadeh M, Ozcan T, Berghella V. Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019 Sep;240:93-98. doi: 10.1016/j.ejogrb.2019.06.011. Epub 2019 Jun 15. PMID: 31238205.
22. Walker AL, de Rooij SR, Dimitrova MV, Witteveen AB, Verhoeven CJ, de Jonge A, Vrijkotte TGM, Henrichs J. Psychosocial and peripartum determinants of postpartum depression: Findings from a prospective population-based cohort. The ABCD study. *Compr Psychiatry*. 2021 Jul;108:152239. doi: 10.1016/j.comppsy.2021.152239. Epub 2021 Apr 20. PMID: 33905988.
23. Meyling MMG, Frieling ME, Vervoort JPM, Feijen-de Jong EI, Jansen DEMC. Health problems experienced by women during the first year postpartum: A systematic review. *Eur J Midwifery*. 2023 Dec 18;7:42. doi: 10.18332/ejm/173417. Erratum in: *Eur J Midwifery*. 2024 Feb 05;8. doi: 10.18332/ejm/181537. PMID: 38111746; PMCID: PMC10726257.
24. Moran PS, Wuytack F, Turner M, Normand C, Brown S, Begley C, et al. Economic burden of maternal morbidity - A systematic review of cost-of-illness studies. *PLoS One*. 2020 Jan 16;15(1):e0227377. doi: 10.1371/journal.pone.0227377. PMID: 31945775; PMCID: PMC6964978.
25. van der Zee-van den Berg AI, Reijneveld SA, Boere-Boonekamp MM. Impact van postpartumdepressie op zorggebruik en arbeidsparticipatie. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2021;165:D5359
26. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2025), Iedereen bijna ziek - Over de keerzijden van diagnose-expansie, RVS 2025-01, Den Haag: rvs.
27. Neppelenbroek EM, Verhoeven CJM, van der Heijden OWH, van der Pijl MSG, Groenen CJM, Ganzevoort W, Bijvank BSWAN, de Jonge A. Antenatal cardiotocography in dutch primary midwife-led care: Maternal and perinatal outcomes and serious adverse events. A prospective observational cohort study. *Women Birth*. 2024 Feb;37(1):177-187. doi: 10.1016/j.wombi.2023.08.006. Epub 2023 Aug 28. PMID: 37648620.
28. Neppelenbroek EM, Ammerlaan AJM, van der Heijden OWH, van der Pijl MSG, Kaiser A, de Jonge A, Verhoeven CJM. Antenatal cardiotocography in primary midwife-led care: Women's satisfaction. *Birth*. 2023 Dec;50(4):798-807. doi: 10.1111/birt.12725. Epub 2023 Jun 1. PMID: 37261779.
29. Neppelenbroek E, Jornada Ben Â, Nij Bijvank BSWA, Bosmans JE, Groenen CJM, Jonge A, Verhoeven CJM. Antenatal cardiotocography in primary midwife-led care: a budget impact analysis. *BMJ Open Qual*. 2024 Jun 5;13(2):e002578. doi: 10.1136/bmjopen-2023-002578. PMID: 38839395; PMCID: PMC11163679.

SAMENVATTING

De geboortezorg in Nederland is van hoge kwaliteit, veilig en toegankelijk. Zwangerschap en geboorte worden benaderd als fysiologische processen, waarbij de samenwerking tussen eerstelijns- en tweedelijnszorg zorgt voor een integrale aanpak en ruimte biedt voor keuzevrijheid voor zwangeren en hun partners, zoals in de plaats van bevalling. Ondanks goede uitkomsten op populatieniveau, profiteert niet iedere vrouw in gelijke mate van deze zorg. Vrouwen in kwetsbare situaties - met een lage sociaaleconomische positie of migratieachtergrond - lopen significant meer risico op complicaties en sterfte en een negatieve bevalervaring.

Tegelijkertijd staat de Nederlandse geboortezorg onder druk door een toenemende zorgvraag, stijgende complexiteit, personeelstekorten en groeiende zorgkosten. Deze ontwikkelingen zetten de toekomstbestendigheid van het systeem op het spel.

Waardegedreven geboortezorg kan bijdragen aan zorg die echt van waarde is voor elk individu, door in te zetten op gepersonaliseerde geboortezorg, en aan het betaalbaar en toegankelijk houden van deze zorg.

Deze vorm van zorg richt zich op drie kernwaarden:

- **Persoonlijke waarde:** wat belangrijk en van waarde is voor de cliënt;
- **Technische waarde:** zorg die efficiënt en doelmatig is ingericht;
- **Allocatieve waarde:** een eerlijke verdeling van middelen en zorg over populaties en regio's.

Om waardegedreven geboortezorg mogelijk te maken, is sterke verbinding nodig tussen cliënt en zorgverlener. Daarnaast vraagt het om verbinding tussen alle geboortezorgverleners binnen een integraal systeem waarin deze verbinding en samenwerking sterk en gelijkwaardig is. De uiteindelijke waarde die cliënten ervaren, beslaat immers het volledige zorgpad.

Samen hebben we de verantwoordelijkheid om geboortezorg te blijven leveren die van onschatbare waarde is.

CURRICULUM VITAE

Corine Verhoeven is verloskundige en klinisch epidemioloog. In 2013 promoveerde ze aan de Universiteit van Amsterdam. De titel van haar proefschrift luidde '*Management of term and postterm pregnancy*'. Zij is sinds 2014 verbonden aan de afdeling Verloskundige wetenschap aan Amsterdam UMC. Daarnaast werkt zij als verloskundige in Máxima Medisch Centrum, Veldhoven. Tevens is zij als Professor of Midwifery verbonden aan de Universiteit van Nottingham, Verenigd Koninkrijk. Naast internationale publicaties is zij auteur van meerdere leerboeken Verloskunde. Zij is de initiatiefneemster van het Childbirth Network, een innovatief netwerk met als doelstelling het stimuleren van samenwerking en verbinding tussen onderzoek, onderwijs en praktijk; en het bieden van betrouwbare informatie aan cliënten en zorgprofessionals. Enkele van haar onderzoeken zijn: onderzoek naar respectvolle geboortezorg, antenataal CTG in de verloskundigenpraktijk, onderzoek naar detectie van groeivertraging, VoluitZwanger, de MOTHER, COMIC en de VOICE studie. Corine heeft deelgenomen aan verschillende landelijke commissies en heeft zitting in de examencommissie van de masteropleiding Evidence Based Practice in Health Care, UvA.

