

AVAG-Symposium Samen willen groeien

Ontwikkelingen in verloskundig en medisch onderwijs

28 november 2014

Opening Gea Vermeulen

Dames en heren,

Van harte welkom op dit symposium over opleiden in de gezondheidszorg, en in de geboortezorg in het bijzonder.

Een belangrijk en actueel thema want wij zijn met elkaar verantwoordelijk voor het opleiden van de zorgprofessionals van morgen en in 2030 ziet de zorg er geheel anders uit. De regie over de zorg komt in hand van de burger. Waar mogelijk en zoveel mogelijk mobiliseert de burger de eigen omgeving om de zorg te verlenen. Aldus de commissie Kaljouw, die het gewenste stelsel van zorgberoepen in 2030 in kaart brengt.

De geldende opvatting over gezondheid is een positieve, die uitgaat van de veerkracht van burgers. Nieuwe definitie gezondheid WHO opgesteld door Huber et al is: 'gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. In plaats van: vrij zijn van ziekte en gebrek, de oude definitie. De zorgprofessionals van de toekomst werken vraaggericht, als een schil rondom burgers en hun hulpbronnen, familie, vrienden en in de wijk. Centraal staan voorzorg, gemeenschapszorg en vervolgens laagcomplexe zorg in de wijk. Hoogcomplexe zorg echt hoogcomplex, is geconcentreerd en wordt uitgevoerd in gespecialiseerde centra.

Deze visie op gezondheid en zorg is de verloskunde uit het hart gegrepen. Onlangs verscheen de Lancet Series over Midwifery, waarin de wereldwijd meest krachtige evidence bijeen gebracht over optimale zorg voor zwangere vrouwen en pasgeborenen, in hun omgeving, gezinnen, families en gemeenschappen. Wat geeft hen de beste uitkomsten? De visie van de Lancet op wat zij 'verloskundigenzorg' noemen is: optimalisatie van biologische, psychologische, sociale en culturele processen, versterken van de capaciteiten van vrouwen. Afwachtend beleid, gebruik van interventies, alleen indien geïndiceerd. Hieraan ten grondslag liggen de waarden waarmee de geboortezorg zou moeten worden ingericht: respect, communicatie, kennis en begrip van de gemeenschap, zorg toegesneden op de omstandigheden en behoeften van vrouwen. De Lancet ziet de verloskundige als de spil in deze zorg voor vrouwen: midwifery led care, in een effectieve interprofessionele samenwerking met alle partners die samen de zorg voor zwangeren en pasgeborenen geven.

Hoe sterk lijkt de visie van de Lancet op de visie op de gezondheid en zorg van de commissie Kaljouw. En hoe logisch is het dat verloskundigen zich gesteund en

erkend voelen, zowel door de commissie Kaljouw als door de Lancet, in wat zij van oudsher als goede zorg zien en bieden, uitgaand van de kracht van zwangere en barende vrouwen.

Echter, dit is niet de enige ontwikkeling die in de zorg in Nederlanden in de geboortezorg in het bijzonder gaande is. Sinds bekend werd dat Nederland laag scoort op de lijst van Europese landen op het gebied van de perinatale sterfte, staat de geboortezorg op z'n kop. De verloskundige zorg waar Nederland altijd zo trots op was en waar vanuit andere landen zo met jaloezie naar werd gekeken, deugde niet meer. De samenwerking tussen de beroepsgroepen laat te wensen over, vooral zwangeren uit achterstandsgroepen worden onvoldoende bereikt. Over leefstijl wordt onvoldoende geadviseerd. De risicoselectie zou niet optimaal zijn. Een uitgebreidere medisch-specialistische begeleiding moet uitkomst bieden. Deze analyse staat niet los van de maatschappelijke context. Jonge vrouwen die in deze tijd zwanger worden vragen om een andere zorg. Zij willen voorgelicht worden over alle beschikbare evidence, zij willen geen risico lopen voor hun kind, ongeacht de omvang van dit relatieve risico, zij willen steeds minder vaak pijn ervaren tijdens de baring, zij waarderen de deskundigheid van de vertrouwde verloskundige maar willen daarnaast ook de hoogst mogelijke deskundigheid, en zien deze bij de gynaecoloog. Als gevolg van al deze ontwikkelingen is de zorg voor zwangere vrouwen en pasgeborenen enorm verschoven, van in de eigen wijk en thuis naar het ziekenhuis, dat ook nog eens veel vaker als fusieziekenhuis ver weg ligt van die eigen gemeenschap. Een ontwikkeling die paradoxaal is in het licht van de visie van de commissie Kaljouw en de aanbevelingen uit de Lancet series.

Uniek voor de verloskunde? Nee, dat denk ik niet. De gezondheidszorg in z'n geheel laat verschillende tendensen zien die deels samenvallen en elkaar versterken maar ook paradoxaal zijn. Ook op andere plekken in de zorg zijn mensen burger met de wens tot in de regio over eigen leven en gezondheid, en zoeken zij tegelijkertijd de best mogelijke zorg die beschikbaar is, de beste specialist, het beste ziekenhuis, een second opinion en misschien nog een, levensverlengende ingrepen, enzovoorts. Om een paar andere voorbeelden uit gezondheidszorg te noemen: wil de burger wel naar de basis-GGZ bij de huisarts of toch liever naar de psychotherapeut of psychiater in de GGZ? Wil de burger op zaterdag met een ongelukje bij het sporten wel naar de huisartsenpost of, omdat zij het beste willen, toch liever meteen naar de eerste hulp van een ziekenhuis.

Wat betekent dit nu voor onze visie op de opleiding tot verloskundige? En wat is daarin de parallel met andere zorgopleidingen, wat kunnen wij van elkaar leren? Wij hebben onze opleiding onder een krachtige lens gezet en drastisch vernieuwd. Niet omdat de opleiding niet goed was, integendeel, maar omdat hij nog veel beter kon in het licht van de ontwikkelingen in de zorg en de geboortezorg in het bijzonder. De midwifery kernwaarden zijn onveranderd het hart van de opleiding. En we hebben ze zelfs versterkt. Juist bij onze visie op wenselijke lange termijn ontwikkelingen past de professionele identiteit van de vroedvrouw. Waar sta je voor, waar geloof je in, wat is

je vetrekpunt. Zoals de Lancet zegt: versterken van de kracht van zwangere vrouwen om hen leren vertrouwen op hun eigen lichaam en het vermogen dat zij hebben om te baren, met professionals als schil daaromheen: goed luisteren, geduldig zijn, watchful waiting, om waar nodig bij complicaties de zorg van de gynaecoloog in te roepen. In de verloskundige kernwaarden staat niet de verloskundige centraal, maar de cliënt. Daarom hebben wij ervoor gekozen om de socialisatie van de verloskundige in opleiding niet bij het toekomstige beroep te laten beginnen, maar te starten bij de cliënt. Wat wil zij, wat zijn haar behoeften en hoe kunnen wij haar daarin ondersteunen. Een cliënt en haar ervaring als de start van elke serie colleges, de eerste stage die eruit bestaat om de cliënt in haar proces van zwangerschap, baring en kraambed en bijbehorende zorg te volgen, waar die zorg ook plaatsvindt. Zijn dit de eerste twee rode draden, de derde is de interprofessionele samenwerking: in deze tijd wordt de zorg niet meer alleen verleend. Goede zorg wordt verleend in samenwerking, en daarbij is het kennen en delen van professionele waarden en deskundigheid cruciaal. Elkaar kennen, elkaar vertrouwen, professionele gelijkwaardigheid in plaats van hiërarchie, **gedeelde doelen en visie**, een gezamenlijke cliëntgerichte benadering: cruciale zaken niet alleen voor de geboortezorg gelden maar voor de gehele gezondheidszorg, zoals Daniëlle D'Amour overtuigend heeft aangetoond in haar artikelen. En wat kunnen wij daaraan tijdens de opleiding bijdragen dat blijvend effect heeft in de zorg.

De vierde rode draad is de wetenschap. Zoals Geert ten Dam, voorzitter van de Onderwijsraad eerder deze week heeft uitgesproken: vanaf het eerste jaar dienen alle studenten in het hoger onderwijs, HBO of WO, onderzoekende vaardigheden te ontwikkelen. Wij voegen daaraan toe: het gaat ons om zowel academische als om wetenschappelijke vorming. Academische vorming om morele, maatschappelijke en het wezen van kennis te doordenken, en wetenschappelijke vorming om te leren valide en betrouwbaar onderzoek te doen naar wat effectieve zorg is en te komen tot overstijgend toepasbare kennis die continu op geldigheid wordt getoetst. Zonder wetenschap uitgevoerd door verloskundigen was de Lancet series er nooit gekomen, daar ben ik van overtuigd. En daarvoor willen wij ook onze verloskundigen opleiden. En tot slot: wij geven onderwijs in de 21-eeuw, aan een generatie die tot in de poriën vertrouwd is met technologie, en een overweldigende hoeveelheid informatie tot haar beschikking heeft. Een ambitieuze studentengroep die over het algemeen hoge eisen stelt, en maatwerk wil die tegemoet komt aan de eigen competenties en interesses. Waarbij wij haar in een korte tijd de basis willen geven voor een complex beroep in een steeds complexer wordende wereld. Met welk didactisch concept komen wij hen tegemoet. Wij hebben daarvoor didactische keuzes gemaakt, zoals door maatwerk, maar zijn er nog niet, het kan nog veel beter.

Ik ben er enorm trots op dat wij met al onze medewerkers, met het gehele (interprofessionele) werkveld van de geboortezorg en met onze studenten dit curriculum hebben ontwikkeld. Dat vieren we graag met jullie. Maar we zijn niet klaar, er zijn vele uitdagingen die niet uniek zijn voor onze opleiding. Hoe gaan we met z'n

allen in Nederland nu eens echt werk maken van interprofessioneel opleiden, niet symbolisch maar met blijvend effect. En welke academische en wetenschappelijke vorming past bij het bachelor curriculum, zodat zij een duurzame bodem hebben voor evidence based werken en die hen nieuwsgierig maakt naar de wetenschap. Over deze uitdagingen gaan wij graag op deze dag met elkaar, met jullie in gesprek, omdat wij zo enorm veel van elkaar kunnen leren. Dit is de werkelijke betekenis van deze dag, het vieren van het feest van het delen van kennis over opleiden.