



Academie Verloskunde
Maastricht

ZU
YD



Ontwikkeling van een Opleidingscontinuüm Verloskunde

**(met speciale aandacht voor de
MSc Verloskunde)**

Visiedocument

Samenwerkende Opleidingen Verloskunde en KNOV

04-11-2020 Definitieve versie

Dr. Wim Gorissen (directeur, AVAG)

Willemijn Eekhof (opleidingsmanager bachelor verloskunde, VAR)

Prof. Dr. Marianne Nieuwenhuijze (hoogleraar en lector Midwifery en vakgroepvoorzitter, AVM)

Drs. Carola Groenen (voorzitter bestuur, KNOV)

Met ondersteuning van

Prof.dr. Janke Cohen-Schotanus (emeritus-hoogleraar Onderzoek van Medisch Onderwijs, RUG)

Prof.dr. Rob de Bie (hoogleraar Fysiotherapie Wetenschap, Maastricht Universiteit)

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. De verloskundige van straks: nu investeren in een verloskundig opleidingscontinuüm	1
2. Aanleiding van deze notitie	3
2.1 Ontwikkelingen in de geboortezorg	3
2.2 Ontwikkelingen binnen de verloskunde opleidingen	5
2.3 De actualiteit van 2020	5
3. Waarom een opleidingscontinuüm met een master verloskunde?.....	7
3.1 Wat heeft de cliënt aan een opleidingscontinuüm verloskunde?	7
3.2 Maatschappelijke noodzaak master verloskunde: balans in paradigma's en kosten	9
3.3 Inhoudelijke noodzaak tot een opleidingscontinuüm: kennisontwikkelingen	10
3.4 Arbeidsmarktperspectief	11
3.5 Noodzaak vanuit de huidige beroepsopleidingen: spanning met beroepsprofiel.....	12
3.6 Waarom nu een landelijke visie en het initiatief tot een MSc Verloskunde	13
4. Overwegingen voor verdere uitwerking	15
4.1 Eerst voor een brede voorhoede, daarna voor alle verloskundigen.....	15
4.2 Uniformiteit en differentiatie	16
4.3 Een civiel effect.....	16
4.4 Overige overwegingen	17
4.5 Vervolgstappen.....	17
Bijlage 1: CONCEPT-Opdracht inhoudelijke outline MSc Verloskunde	18
Bijlage 2: CONCEPT-Opdracht geaccrediteerde en bekostigde master verloskunde	20

Voorwoord

De Samenwerking verloskunde opleidingen (SOV) en de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) hebben het afgelopen jaar samen gewerkt aan het vormen van een visie op de toekomst van de verloskunde opleidingen. Wij zijn zeer trots op het behaalde resultaat waarbij het gelukt is om een gezamenlijke en gedragen toekomstvisie te formuleren.

In deze notitie zijn gezamenlijke argumenten en kaders geformuleerd om het verloskundig onderwijs aan te laten sluiten op de ontwikkelingen van de toekomst. Wij benoemen dit als het opleidingscontinuüm verloskunde (BSc-MSc-PhD) en binnen dat kader formuleren wij de noodzaak om een ontwikkeltraject vorm te geven voor een MSc Verloskunde.

Een eerste versie is voorbereid door de drie SOV-leden en de voorzitter van de KNOV. De eerste versie is besproken met twee externe adviseurs (prof. dr. Janke Cohen-Schotanus en prof. dr. Rob de Bie) en daarna voorgelegd aan een interne klankbordgroep van AVAG, AVM, VAR en KNOV. De verwerking van de commentaren en adviezen daarvan heeft tot deze visie geleid.

Deze notitie beschouwen wij als interne onderligger om bekrachtiging te verkrijgen bij de besturen van de hogescholen waarin de verloskunde academies zijn ingebed en bij de KNOV. Daarna worden opdrachten uitgezet om een gezamenlijke outline voor een MSc Verloskunde te ontwikkelen. Dit proces zal leiden tot accreditatie aanvraag voor een bekostigde MSc Verloskunde opleiding bij de huidige drie verloskunde opleidingen (op vier locaties).

Willemijn Eekhof,
Wim Gorissen,
Carola Groenen,
Marianne Nieuwenhuijze

November 2020

1. De verloskundige van straks: nu investeren in een verloskundig opleidingscontinuüm

De Nederlandse geboortezorg is een van de beste ter wereld. De Nederlandse bacheloropleidingen verloskunde zijn in 2019 allemaal als 'goed' beoordeeld in de accreditatie door de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO). Om ook in de toekomst deze positie te behouden en om de kwaliteit van de verloskunde opleidingen en de geboortezorg te blijven borgen, werken we nu met elkaar aan een verloskundig opleidingscontinuüm waar een master verloskunde een belangrijk onderdeel van is.

Naast de bestaande bacheloropleiding (BSc) en promotietrajecten (PhD) is het nodig om een substantieel deel van de verloskundigen op te leiden met een verloskundige master (MSc). Deze schakel ontbreekt nu nog. De inschatting is dat met alleen een BSc opleiding en PhD mogelijkheden, het in de toekomst lastiger wordt de verloskunde als zelfstandige beroepsgroep een solide en duurzame toekomst te geven.

De belangrijkste vier argumenten om verloskundigen in de toekomst een MSc Verloskunde aan te bieden zijn :

- 1) Het versterken van de balans en synergie tussen de complementaire beroepen van verloskundige en gynaecoloog,
- 2) De verdere ontwikkeling van contextueel onderzoek vanuit verloskundig perspectief,
- 3) De regieverschuiving in de geboortezorg naar de regio met regionale richtlijnontwikkeling en zorgafspraken en naar individueel cliëntniveau met maatwerk voor de zwangere vrouw en
- 4) De kostenontwikkeling in de geboortezorg.

Hieronder worden de argumenten kort toegelicht:

- Ad 1. De beroepen van verloskundige en van gynaecoloog zijn complementair in scope, expertise en paradigma; binnen de gezamenlijke kaders van de integrale geboortezorg. De verloskundige richt zich in de basis op de fysiologische zwangerschap en geboorte en gaat daarbij vooral uit van het vertrouwensparadigma: in fysiologische (en psychologische) processen praktiseer je zoveel mogelijk '*watchful attendance*'. Je intervenueert niet onnodig maar zet wel tijdig interventies in.

De zorg van verloskundigen ondersteunt vrouwen om zwanger te zijn en een kind te krijgen op een manier die het beste bij hen past. Deze zorg helpt vrouwen bij het maken van keuzes, samen met degenen die hen na staan, en die aansluiten bij hun individuele en culturele waarden. Bij risicofactoren of complicaties wordt tijdig extra monitoring en behandeling ingezet of specialistische zorg geboden. Dit geldt ook voor aanvullende zorg of hulp die vanuit het psycho-sociale domein nodig is.

Het aan de verloskunde complementaire vak gynaecologie richt zich als medisch-specialistisch beroep primair op de pathologische en hoog-risico zwangerschap en geboorte en gaat daarbij logischerwijs vooral uit van het risicoparadigma: risico's signaleren tijdens zwangerschap en het monitoren en managen van geboorte.

De complementariteit in combinatie en met de gedeeltelijke overlap van de verloskunde en de gynaecologie, vraagt om een balans en synergie tussen deze scopes, expertises en paradigma's. In die synergie kan optimale zorg worden geleverd: zoveel als nodig voor een optimale uitkomst, niet meer en ook niet minder.

Het bewaken van deze balans en synergie op micro- (individuele cliënt), meso- (regionaal VSV) en macroniveau (landelijk) vraagt in toenemende mate om verloskundigen met een master werk- en denkniveau.

- Ad 2. Duurzame kwaliteitsborging van de integrale geboortezorg vraagt om doorontwikkeling van contextueel onderzoek vanuit verloskundig perspectief. Dit is gericht op de effectiviteit van verloskundig handelen, de organisatie van de geboortezorg vanuit cliëntperspectief en een gezond werkklimaat voor professionals, dat recht doet aan de diversiteit in populatie. Hiervoor zijn de afgelopen jaren lectoraten ingericht in Rotterdam en Maastricht en universitaire leerstoelen midwifery science / verloskundige wetenschap in Amsterdam (met een dependance in Groningen) en in Maastricht.

Het borgen van kwaliteit en kennisontwikkeling vraagt echter ook om master (en PhD) opgeleide verloskundigen in de praktijk die met de lectoraten en leerstoelen onderzoek kunnen initiëren en uitvoeren. Een brede beroepsgerichte MSc Verloskunde kan de lacune beter invullen dan generiek masters gericht op onderzoek en gezondheidswetenschappen.

- Ad 3. De regie op integrale geboortezorg verschuift steeds meer van landelijk naar de regio middels (op dit moment) 71 VSV's, regioprotocollen en regionale zorgafspraken; en naar het individuele cliëntniveau (maatwerkzorg). Dit betekent dat op drie niveaus de vertaling van kennis naar de praktijk plaats moet vinden en op drie niveaus de scopes, expertises en paradigma's van verloskundigen en gynaecologen met elkaar in balans en in synergie moeten worden gehouden.

Hierbij is niet alleen op landelijk niveau een master werk- en denkniveau noodzakelijk, maar ook bij een substantieel deel van de verloskundigen in de regionale uitvoeringspraktijk, zowel in de eerste lijn als in de ziekenhuizen. Daar moet immers de verbinding tussen de wetenschappelijke kennis, de eigen praktijkervaring en de wensen en voorkeuren van zwangere vrouwen worden uitgewerkt in regioprotocollen en regionale zorgafspraken. Dit met gezamenlijke besluitvorming met de cliënt en daarvoor een verantwoorde omgang met protocollen om de juiste zorg op maat te kunnen bieden. Vooral voor het borgen van evidence-based practice op mesoniveau is een MSc vereist.

- Ad 4. Master opgeleide verloskundigen in de uitvoeringspraktijk bieden op termijn mogelijkheden aan gynaecologen en verloskundigen om meer op basis van complementariteit en gelijkwaardigheid onderling taken te verdelen. Dit is in lijn met de ontwikkelingen in de visie op zorg en zorgberoepen, hetgeen op macroniveau de zorg goedkoper kan maken.

Door meer verantwoordelijkheid bij de master-opgeleide verloskundigen te leggen, kunnen we ook in het mid-risk gebied meer vanuit fysiologie blijven denken en handelen en hoeven minder niet persé gynaecoloog-gebonden taken door gynaecologen te worden gedaan. Dat effect wordt nog versterkt doordat vanuit het vertrouwensparadigma minder snel (kostenverhogende) interventies worden gedaan dan vanuit het risicoparadigma.

De trend tot steeds verdere medicalisering van de geboortezorg met meer en eerdere interventies waarvan de noodzaak vaak niet is aangetoond of effecten minimaal zijn, kan zo binnen de kaders van de integrale geboortezorg beter worden gekeerd. Dit vraagt om een master werk- en denkniveau bij een aanzienlijk deel van de uitvoerend verloskundigen in de eerste lijn en in de ziekenhuizen.

Gezien bovengenoemde argumenten is het noodzakelijk in eerste instantie een substantieel deel van de Nederlandse verloskundigen master opgeleid is. Op langere termijn zal er gewerkt moeten worden aan uiteindelijk alle verloskundigen op te leiden met een master.

In de volgende paragrafen wordt deze noodzaak verder onderbouwd en uitgewerkt.

2. Aanleiding van deze notitie

2.1 Ontwikkelingen in de geboortezorg

De ontwikkelingen in de geboortezorg van de afgelopen decennia, hebben ertoe geleid dat de geboortezorg complexer is geworden en steeds hogere eisen stelt aan praktiserende verloskundigen. Deze ontwikkelingen vinden plaats binnen het beroep, in de samenwerking tussen beroepsgroepen binnen de geboortezorg, in de positionering van de cliënt en in technische mogelijkheden tot monitoring en interventie.

De toenemende complexiteit, vraagt om verloskundigen die deze verschillende ontwikkelingen kunnen integreren in het dagelijks werk op niveau van de individuele cliënt én van de samenwerking in de regio (VSV's). Tegelijkertijd heeft de afgelopen jaren de visie op gezondheid en zorg zich ontwikkeld. Was de afgelopen decennia de WHO-definitie van gezondheid leidend, de laatste jaren is het denken in termen van positieve gezondheid steeds dominanter aan het worden. De aansluiting tussen de geboortezorg en het denken in termen van een 'kansrijke' start wordt ook steeds belangrijker.

De belangrijkste ontwikkelingen betreffen:

a) *De zwangere cliënt als actieve deelnemer bij keuzes in de zorg*

De cliënten van verloskundigen komen uit alle lagen van de bevolking en kennen een grote diversiteit. Dat vraagt zorg op-maat die goed is afgestemd op de behoeften, persoonlijke situatie en wensen voor betrokkenheid van ieder zwangere vrouw.

Er is een groep vrouwen die zelfbewust eigen keuzes willen maken in de zorg, zelf op zoek gaan naar informatie en op basis van gelijkwaardigheid met de verloskundige de informatie willen beschouwen om te komen tot keuzes, passen bij haar waarden, leefstijl en omstandigheden. Keuzes die niet altijd passen bij de aanbevelingen in richtlijnen van professionele organisaties. Dit vraagt om hoogwaardige communicatievaardigheden en inhoudelijke deskundigheid van verloskundigen om soms complexe informatie helder en overtuigend toe te lichten.

Een andere groep vrouwen leeft in kwetsbare omstandigheden waar adequate, respectvolle ondersteuning noodzakelijk is. Dit wil niet zeggen dat ook deze vrouwen niet betrokken willen zijn bij de keuzes in hun zorg en daarin geen eigen voorkeuren hebben. Vanuit de overheid en vanuit de cliënt worden verloskundigen gevraagd de cliënt op-maat, aangepast aan behoeften en omstandigheden, actief te betrekken bij keuzes in de zorg vanuit de principes van shared decision-making en in te zetten op meer zelfregie van de cliënt. Continuïteit van zorg voor iedere cliënt is daarbij een belangrijk middel om dit doel te bereiken.

b) *De ontwikkeling richting integrale geboortezorg*

De verloskundige van de toekomst werkt binnen de kaders van de integrale geboortezorg. Dit vraagt om voortdurende afstemming met, en onderling begrip tussen, de verschillende partners in die integrale geboortezorg: de verloskundigen, de gynaecologen, de kinderartsen, de kraamverzorgenden in de thuissituatie en de verpleegkundigen in de ziekenhuizen. Maar ook met aangrenzende partijen als jeugdgezondheidszorg (denk aan het prenataal consult in de JGZ, de vaccinatie voor kinkhoest van zwangeren en programma's als Voorzorg), huisartsen, jeugdzorg en sociale wijkteams (denk aan huisvestingsproblematiek, schulden en opvoedproblemen bij zwangere vrouwen die al kinderen hebben).

De ontwikkeling van geboortecentra, waar vrouwen nu vaak nog binnen ziekenhuizen onder leiding van verloskundigen bevallen, maar in de toekomst 'midwife-led' meer naast ziekenhuizen (zeker ook in regio's waar steeds meer ziekenhuizen sluiten en andere overvol

raken), past bij deze ontwikkeling. Zoals ook bij de ontwikkeling in het denken over zorgberoepen en -opleidingen ¹.

De verloskundige van de toekomst moet in staat zijn in dit complexe speelveld adequaat te opereren in het belang van de (aanstaande) moeder, kind en gezin. Zij doet dit vanuit het perspectief van zwangerschap en geboorte als 'normale' fysiologische en psychologische gebeurtenissen in het leven van de (aanstaande) moeder, kind en gezin: het vertrouwensparadigma.

c) *De regionalisering van de aansturing van de geboortezorg*

Net als in de rest van de gezondheidszorg, verschuift met de ontwikkeling richting integrale geboortezorg, de aansturing van de geboortezorg van landelijk naar regionaal. In de regio's moeten VSV-verbanden van samenwerkende ziekenhuizen en eerstelijnsverloskundigen-praktijken werkafspraken maken in de vorm van onder meer regioprotocolen. In elke regio moeten vanuit landelijke kaders die afspraken worden ingevuld.

Te verwachten valt dat – net als elders in de gezondheidszorg – op termijn ook de verloskundige zorg een verschuiving naar buiten het ziekenhuis zal gaan doormaken. Bijvoorbeeld in de richting van geboortecentra of bevalcentra onder de regie van verloskundigen, maar wel gelieerd aan een ziekenhuis (VSV of IGO verband). Wat regionale operationele afspraken over taken, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en procedures extra noodzakelijk maakt.

De verloskundige van de toekomst moet in de eigen regio in staat zijn deze afspraken vorm te geven en daarbij de balans en synergie tussen scopes (zorg voor alle zwangere en barenden vrouwen en hun kinderen versus zorg voor alle zwangere en barenden vrouwen en kinderen met complicaties ²), expertises en paradigma's van de verloskundige en de gynaecologie te bewaken.

d) *De benodigde aansluiting van de geboortezorg op de ontwikkelingen rond positieve gezondheid en het VWS-actieprogramma 'kansrijke start'.*

Er is steeds meer aandacht voor preventie en voor sociaaleconomische en culturele factoren die de uitkomsten van de zwangerschap en de perspectieven van kinderen beïnvloeden. Vanuit het perspectief van de 'kansrijke start' is de verloskundige de eerste 'vindplaats' van zwangere vrouwen die extra aandacht nodig hebben.

De verloskundige van de toekomst moet in staat zijn dat bredere perspectief te overzien en te kunnen verbinden met het verloskundig perspectief als onderdeel van de integrale geboortezorg. Daarbij moet de verloskundige in een groter en divers regionaal netwerk kunnen opereren met ook partners uit de hoek van preventieve gezondheidszorg, het sociaal domein en lokale/regionale bestuurders (o.a. gemeentes).

e) *De toename van kennis over de fysiologie en psychologie van zwangerschap en geboorte en over de positieve en iatrogene effecten van interventies.*

Het voortschrijden van de inhoudelijke kennisontwikkeling (in de diepte van het vak verloskundige en de geboortezorg, én in de breedte van de aansluiting op andere kennisdomeinen) maakt dat de nadruk in het vak verschuift. Was dit ooit vooral weten en doen, tegenwoordig gaat het om de combinatie van een kern van basaal weten met een breder overzicht op aanverwante terreinen. Een overzicht dat nodig is om relevante kennisbronnen te kunnen aanboren en integreren in het werk bij zowel actuele casuïstiek, zoals het samen beslissen met de (aanstaande) moeder en haar omgeving, als bij de genoemde ontwikkelingen.

1 Zie:
Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren. Advies Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 10 april 2015.
Ander kijken, anders leren, anders doen. Grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Advies Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, 17 november 2016.

2 Zie bijvoorbeeld de Lancet Series over Midwifery: <https://www.thelancet.com/series/midwifery>

De verloskundige van de toekomst moet niet alleen kunnen handelen vanuit parate actuele kennis en vaardigheden en voortdurend kritisch kunnen reflecteren op de actuele stand van kennisontwikkeling; maar ook de hiaten en onduidelijkheden daarin onderkennen en bijdragen aan kennisontwikkeling.

f) *Sterkere aanhaking op internationale ontwikkelingen*

Voor de cliënt is het van belang om de verloskundige zorg optimaal te houden en voor verloskundigen is van belang om nieuwe kennis te kunnen implementeren in de eigen praktijk. Hierbij is internationale kennisontwikkeling onontbeerlijk.

Het is noodzakelijk dat Nederlandse verloskundigen enerzijds goed op de hoogte blijven van de nieuwste wetenschappelijke inzichten, daarnaast is het van belang dat de Nederlandse verloskundigen een bijdrage leveren in het internationale onderzoeksveld. Met name het unieke verloskundig systeem in Nederland heeft een grote meerwaarde in kennisontwikkeling op internationaal terrein.

2.2 *Ontwikkelingen binnen de verloskunde opleidingen*

Sinds in 2008 de verloskunde opleidingen zijn ingebed in HBO-instellingen (en daarvóór³) is er al nagedacht over een masteropleiding verloskunde als vervolg op de bacheloropleiding. Daarbij zijn zowel door de beroepsvereniging⁴ als door de drie verloskunde academies⁵ verschillende initiatieven ontplooid, die niet landelijk waren afgestemd.

Er zijn aan de drie verloskunde academies in samenwerking met de verbonden universiteiten PhD trajecten ontwikkeld. In Amsterdam (VUmc; eerst bijzondere, nu reguliere leerstoel) en Maastricht (UM, bijzondere leerstoel) zijn leerstoelen Midwifery Science / Verloskunde Wetenschap gevestigd. In Rotterdam vinden PhD trajecten plaats binnen het Erasmus MC.

Het 'gat' tussen de BSc Verloskunde en de verloskundige PhD trajecten is tot nu toe echter niet ingevuld met een specifieke MSc Verloskunde. Verloskundigen die naar PhD trajecten willen doorstromen zijn daarvoor nu nog aangewezen op generieke niet specifiek verloskundige masters (bijvoorbeeld gericht op onderzoek of gezondheidswetenschappen).

Een aantal interne ontwikkelingen bij de verschillende verloskunde academies en de nieuwe visie op de verloskundige in 2030 van de KNOV⁶, maken dat er een natuurlijk moment is ontstaan om ons opnieuw te buigen over de manier waarop de - door de gezamenlijke partijen als onderdeel van een opleidingscontinuüm verloskunde noodzakelijk geachte - MSc Verloskunde kan worden gepositioneerd en ingericht.

2.3 *De actualiteit van 2020*

De ervaringen van alle vier de betrokken partijen met eerdere masterontwikkelingen zijn bij elkaar gelegd. Daarbij voegen we de adviezen van de commissie Bruijn⁷, ontwikkelingen in andere beroepsopleidingen en andere relevante informatie, om zo te komen tot één landelijk gedragen visie. De belangrijkste punten hierbij zijn:

3 Project 'De verloskunde as' uit 2004-2005.

4 Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) heeft samen met het AMC eind 'jaren nul' een master verloskunde ontwikkeld met richtingen op beleid, onderwijs en onderzoek. Deze heeft enkele jaren gelopen. Na de startperiode bleef in de praktijk alleen een onderzoeksrichting over, die zich niet meer onderscheidde van de master Evidence Based Practice in Health Care van het AMC. Deze is toen hierin opgegaan.

5 Academie Verloskunde Maastricht (AVM) heeft een internationale WO master samen met drie buitenlandse universiteiten, Verloskunde Academie Rotterdam (VAR) heeft bij de master Physician Assistant een uitstroomrichting ingericht voor klinisch werkende verloskundigen, Academie Verloskunde Amsterdam Groningen (AVAG) heeft een WO master verloskunde voorbereid met VUmc, die nooit tot indiening is gekomen en heeft vooruitlopend daarop tijdelijk een 'route' Midwifery Science binnen de VU-master Health Sciences.

6 Zie: https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/3155/file/KNOV_Visie2030.pdf

7 Zie: <https://www.verloskunde-academie.nl/wp-content/uploads/2019/07/Verloskunde-Advies-DEF.pdf>

- De opleidingen hebben een gezamenlijk vertrekpunt bij de verkenning van de completering van het opleidingscontinuüm verloskunde met een MSc Verloskunde. We ontwikkelen met de gezamenlijke verloskunde opleidingen in SOV-verband ⁸ én de KNOV eerst een visie op een opleidingscontinuüm voor de verloskunde waarin een master verloskunde moet zijn ingebed; en daarna een gezamenlijk opleidingsprofiel, om hierna gezamenlijk afgestemd de formele toelatingsroute in te gaan.
Daarmee sluiten we ook aan op de strategische agenda van OCW, die instellingen oproept om meer samen te werken en minder onnodig te concurreren ⁹.
- In de zomer van 2019 is een adviesrapport over de verloskunde opleiding uitgekomen van de adviescommissie Bruijn. Dit was een rapport in opdracht van AVAG, maar had in zijn analyse en adviezen betrekking op het gehele verloskunde onderwijs. Onderdelen van het adviesrapport bevatten het advies om als verloskundige beroepsgroep een landelijk gedragen visie te ontwikkelen op de geboortezorgketen, het beroep van verloskundige, de noodzakelijke competenties en het daarvoor benodigde opleidingscontinuüm (BSc-MSc-PhD). Tevens werd geadviseerd om in samenwerking met de verbonden universiteiten een professionele master verloskunde te ontwikkelen “op het snijvlak van toegepast en academisch onderwijs.”
- Alle drie de academies én de KNOV hebben inmiddels ervaringen met masterontwikkeling en hebben lering kunnen trekken uit wat wel en niet gelukt is.

8 Samenwerkende Opleidingen Verloskunde (SOV)

9 Zie: Houdbaar voor de toekomst. Strategische agenda hoger onderwijs en onderzoek. Ministerie van OCW, december 2019.

3. Waarom een opleidingscontinuüm met een master verloskunde?

In welke behoefte voorziet een beroeps specifieke masteropleiding verloskunde. Wat levert dit op naast de bestaande bacheloropleiding en incidentele PhD trajecten?

Om het antwoord te geven op deze vragen, onderscheiden wij zes perspectieven:

1. Cliëntperspectief
2. Maatschappelijk perspectief
3. Inhoudelijk (wetenschappelijk) perspectief
4. Arbeidsmarktperspectief
5. Opleidingsperspectief
6. Tijdperspectief

In zes deelparagrafen werken we deze perspectieven uit.

3.1 *Wat heeft de cliënt aan een opleidingscontinuüm verloskunde?*

Met een goede basiszorg voor iedereen en goed toegankelijke specialistische zorg waar nodig, ondersteunen verloskundigen (aanstaande) moeders, partners en hun kind bij een positieve, gezonde start van het leven. Gezondheidsbevordering, voorkómen van en vroegtijdig opsporen van problemen en ziekten én de behandeling van die laatste zijn allemaal even belangrijk en moeten in goede balans en synergie in een zorgcontinuüm kunnen plaatsvinden.

De Nederlandse geboortezorg wordt door vrouwen over het algemeen positief beoordeeld; vrouwen zijn ook positief over hun hulpverlener(s). Maar er zijn ook signalen dat zij zich te weinig gehoord voelen en meegenomen in beslissingen over zichzelf en hun kind ¹⁰. De maatschappij is toegenomen in complexiteit en vrouwen uit de generatie Y (Millennials) hebben weer andere behoeftes dan vrouwen uit voorgaande generaties.

Het geboortezorglandschap is veranderd in organisatie en bekostiging. De huidige verloskunde heeft de trends en ontwikkelingen bij kunnen benen, maar de cliënt is naar de toekomst gebaat bij verloskundigen die meer verdieping brengen in het interpreteren van en omgaan met de in diversiteit toenemende populatie waaraan zorg wordt verleend. De vrouw is dan gebaat bij een verloskundige die leiderschap toont ¹¹ en van daaruit regie voert en de belangen van de zwangere en haar omgeving behartigt in een integraal zorgstelsel.

Daarbij moet niet alleen een optimale begeleiding en zorg zijn gegarandeerd, maar moet ook het 'samen beslissen' voorop staan. Samen beslissen met name ook in de verbinding tussen het denken in termen van zwangerschap en geboorte als natuurlijke fysiologische en psychologische gebeurtenissen en het denken in termen van zwangerschap en geboorte als risicovolle gebeurtenissen.

Het goed in balans en synergie hanteren van het vertrouwensparadigma en het risicoparadigma binnen en tussen de beroepsgroepen verloskundige en gynaecoloog, heeft binnen de kaders van de integrale geboortezorg een demedicaliserend effect; dat is meteen de belangrijkste bijdrage aan goede zorg voor iedere cliënt. Er is een sterke eerstelijns geboortezorg nodig die in evenwicht is en werkt met de tweedelijns geboortezorg. We moeten niet 'over'medicaliseren én niet 'onder'medicaliseren.

10 Zie b.v. Hollander MH et al: Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28553692/>

11 Zie ook het 'Raamwerk medisch leiderschap': <http://platformmedischleiderschap.nl/rml-2/>

Ook binnen de tweedelijns zorg blijft de verloskundige de 'hoeder' van de balans en synergie tussen de paradigma's¹². Waar die paradigma's in balans blijven en in synergie samenwerken, kunnen echte keuzemogelijkheden voor en 'samen beslissen' met zwangeren en hun partners ook naar de toekomst toe blijven bestaan. Dat wordt extra belangrijk wanneer de trend doorzet om steeds meer zorg buiten het ziekenhuis (in engere zin) te laten plaatsvinden.

Die balans en synergie werd voorheen vooral landelijk geregeld en gereguleerd. In de hedendaagse en toekomstige integrale geboortezorg worden landelijk nog steeds kaders ontwikkeld, maar moet de nadere uitwerking daarvan in samenspraak tussen de verschillende beroepsgroepen en instellingen in de regio's plaatsvinden, aangepast aan de vragen en behoeften van de betreffende populatie.

Een belangrijk gevolg van de regionalisering van de geboortezorg (Verloskundige Samenwerkingsverbanden of VSV's, waarin eerstelijns verloskundigen en één of meer ziekenhuizen afspraken maken over zorgaanbod en beleid in hun regio) is dat op termijn iedere individuele verloskundige dat moet kunnen. Op regionaal niveau (meso) gaat het om het maken van afspraken en regionale richtlijnen.

Op het niveau van de individuele cliënt (micro) om samen beslissen, bijvoorbeeld bij een verwijzing vanuit de eerste lijn naar de tweede lijn en de wens/noodzaak tot zorg buiten de richtlijnen. Ook op dat individuele niveau, juist bij een (mogelijke) verwijzing, is de balans tussen vertrouwensparadigma en risicoparadigma van groot belang. Waar de balans goed functioneert kan vanuit daaruit voortkomende synergie, de overdracht (over en weer) van een individuele cliënt beter verlopen en is beter overleg rondom informatie en evidence-based argumenten nodig.

Dit wordt nog belangrijker als de ontwikkeling binnen de geboortezorg doorzet van denken in eerste en tweede lijn naar denken in termen van integrale geboortezorg en IGO's (Integrale Geboorte Organisaties; een over het algemeen nog in het beginstadium verkerende doorontwikkeling van VSV's). Goede zorg op de juiste plek: niet meer en niet minder dan nodig; dat vraagt om verloskundig 'medisch' leiderschap. Dit betekent dat de verloskundige adequaat is in het nemen van besluiten waarbij zij keuzes afweegt aan de hand van de behoeftes van de cliënt en haar omgeving, protocollen en regionale werkafspraken. Zorg op maat vraagt om overstijgend denken en een master werk- en denkniveau.

Een aanvullende opbrengst voor alle cliënten, maar zeker voor een specifieke groep kwetsbare cliënten, is de doorontwikkeling van de 'sociale verloskunde'; waar de zorgverlener oog heeft voor de sociale context van de cliënt en de verbinding maakt naar andere zorgonderdelen en het sociale domein, daar waar dat nodig is.

Dit is een terrein waar nog veel gezondheidswinst en verbetering van zwangerschapsuitkomsten te halen is, maar waar effectieve interventies en multiprofessionele samenwerking nu nog een grote uitdaging vormen. Dit wordt in Nederland gestimuleerd via de 'Kansrijke Start' aanpak, waar verloskundigen een grotere rol in kunnen en moeten spelen dan nu het geval is. Dit is uiteraard niet alleen een opleidingskwestie (die is daarin wel randvoorwaardelijk vanwege de noodzaak tot inhoudelijke kennis van die domeinen én vanwege het nog grotere belang van het kunnen opereren in complexe contexten op micro- en mesoniveau), maar ook een financieringsvraagstuk in de zorg.

12 Zie b.v. Miller S et al, Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31472-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31472-6/fulltext)

3.2 *Maatschappelijke noodzaak master verloskunde: balans in paradigma's en kosten*

De beweging naar regionalisering in de integrale geboortezorg vraagt om goede samenwerking tussen de verloskundigen en de gynaecologen in diezelfde regio's; een gelijkwaardige relatie opbouwen en onderhouden vraagt van alle partijen een krachtige inbreng. Zo ontstaat balans en synergie tussen scopes, expertisegebieden en paradigma's van verloskundigen en gynaecologen.

In die synergie kan optimale zorg worden geleverd: zoveel als nodig voor een optimale uitkomst, niet meer en ook niet minder. Beide paradigma's en expertisegebieden van waarde en noodzakelijk. Ze moeten in de geboortezorg met elkaar in balans zijn, en in synergie kunnen opereren; waarbij de kern van het ene paradigma c.q. expertisegebied in het andere ingesloten is om een balans te vormen.

Deze noodzakelijke balans en synergie is kenmerkend voor de inrichting van het Nederlandse zorgsysteem. We zien dit bijvoorbeeld ook in bredere zin bij huisartsen en medisch specialisten. De complementariteit van de expertises van verloskundigen en gynaecologen maakt dat voortdurend zowel op micro-, meso- als macroniveau de beide paradigma's elkaar ontmoeten en elkaar in balans kunnen houden en in synergie te kunnen werken.

De verloskundige moet maatschappelijke ontwikkelingen in de geboortezorg op micro-, meso- en macroniveau kunnen overzien en daaruit volgende keuzes kunnen onderbouwen. Op het mesoniveau (denk aan de regioprotocollen binnen VSV's) is daarvoor ook kennis nodig over specifieke kwetsbare groepen in de eigen regio. Ook de aansluiting met preventie en het sociaal domein moeten daarin worden meegenomen.

Om beide paradigma's in balans te houden en in synergie te laten opereren, is het nodig dat de primaire hoeders van beide paradigma's elk zowel een master (plus) werk- en denkniveau hebben als hun eigen inhoudelijke kennisontwikkeling in een opleidingscontinuüm van BSc-MSc-PhD.

De zorg wordt complexer; daardoor zien we twee belangrijke trends:

- In het algemeen zien we in de geboortezorg een trend richting risicoparadigma. Het is steeds moeilijker de balans tussen het vertrouwensparadigma en het risicoparadigma te bewaren. Twee voorbeelden hiervan zijn:
 - Een toename van verwijzingen naar specialistische zorg waarbij grote regionale verschillen bestaan. Een toename in interventies door zowel verloskundigen als door gynaecologen.
 - Nieuwe met name technologische, diagnostische interventies die leiden tot nieuwe verwijscriteria voor specialistische zorg, terwijl de doelmatigheid daarvan niet altijd duidelijk is. Denk bijvoorbeeld aan CTG, screeningstesten, echo's.
- In de regio's komen er steeds meer multidisciplinaire en transmurale protocollen. Daarvoor is het nodig dat verloskundigen meer worden betrokken bij de ontwikkeling van die protocollen en richtlijnen. De expertise die nodig is om binnen protocollencommissies de benodigde gelijkwaardige en verbindende positie in te kunnen nemen vraagt om een (master) niveau.

Om bij de voortgaande regionalisering zowel de complementariteit van de beroepsgroepen verloskundigen en gynaecologen als de balans en synergie tussen de beide paradigma's te kunnen borgen, is het noodzakelijk dat op termijn uiteindelijk alle, maar in eerste instantie ten minste een substantieel deel van de verloskundigen op masterniveau kan werk en denken.

Hiermee hangt samen dat bij een goede bewaking van de complementariteit tussen de beide beroepsgroepen en hun scopes, expertisegebieden en paradigma's, in de praktijk meer mogelijkheden ontstaan voor gynaecologen en verloskundigen om op basis van die complementariteit en gelijkwaardigheid onderling taken te verdelen.

Dit is een goede ontwikkeling, omdat de grenzen van wat als pathologisch en 'risico' wordt gezien te ver zijn opgerekt. Additionele monitoring voor slechts matig verhoogde risico's (midrisk) of ondersteuning van in principe fysiologische zwangerschappen en bevallingen (bijvoorbeeld met pijnbestrijding of bijstimulatie) worden in het huidige systeem als hoog risico gezien en vallen dan onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog.

In de praktijk verlenen verloskundigen in het ziekenhuis in deze situaties meestal de zorg. Meer continuïteit van zorg is nodig om hierin doelmatig te kunnen werken (de juiste zorg op de juiste plek). Door meer verantwoordelijkheid bij de master-opgeleide verloskundige te leggen, kunnen we ook in het mid-risk gebied meer vanuit fysiologie blijven denken en handelen. De ontwikkeling van 'midwife-led' geboortecentra naast maar niet 'in' ziekenhuizen versterkt deze noodzaak en is ook in lijn met de ontwikkeling in het denken over zorgberoeven en -opleidingen.

Zo'n nieuwe taakverdeling leidt op twee manier ook tot goedkopere zorg. Enerzijds is verloskundige zorg sowieso goedkoper dan (medisch specialistische) gynaecologische zorg door de lagere tarieven die voor de verloskundige zorg gelden. Daarnaast leidt het bij verloskundigen dominante vertrouwensparadigma tot minder niet-noodzakelijke (kostenverhogende) interventies dan het bij gynaecologen dominante risicoparadigma.

Tenslotte leidt de 'Kansrijke Start' aanpak ertoe dat de verloskunde meer nog dan nu actief kwetsbare zwangeren zal moeten opzoeken, die niet zelf naar de zorg toekomen of zelfs zorg mijden. Dit zal – in combinatie bij het bij deze doelgroep nog grotere belang van continuïteit van zorgverlener – naar verwachting de aanzet tot extramuraliseren van de geboortezorg stimuleren en meer druk richting taakherschikking.

3.3 *Inhoudelijke noodzaak tot een opleidingscontinuüm: kennisontwikkelingen*

Een belangrijk argument voor de doorontwikkeling van het opleidingscontinuüm verloskunde is het investeren in kennisontwikkeling. Dat maakt dat we nu geen genoegen kunnen nemen met het feit dat de bacheloropleidingen verloskunde met een 'goed' worden beoordeeld. Een duurzame kwaliteitsborging van de geboortezorg vraagt om doorontwikkeling zodat we niet achterop raken. Het kennisargument wordt door de adviescommissie Bruijn stevig onderschreven; zij ziet dit als de belangrijkste reden om door te gaan met de 'academisering' van de verloskunde in samenwerking tussen HBO en universiteit.

Het betreft kennisargument betreft drie deelaspecten:

- *De hoeveelheid kennis die verloskundigen moeten bezitten*
Dit gaat zowel in de diepte (meer kennis over specifiek verloskundige onderwerpen) als in de breedte (kennis over aanpalende terreinen binnen – zoals gynaecologie, kindergeneeskunde, kraamzorg – en buiten – zoals publieke gezondheid, sociaal domein en organisatiekunde – de geboortezorg in engere zin). Kennis die nodig is om binnen de complexiteit van de geboortezorg effectief samen te kunnen werken en te kunnen vernieuwen naar optimale zorg.
- *De manier waarop kennis wordt gebruikt.*
Waar het werken volgens de principes van 'evidence based practice' (de integratie van wetenschappelijke kennis met de praktijkkennis van de professional en de ervaringen en voorkeuren van de cliënt) al een uitdaging is, komt daar steeds meer een vierde component bij: de context waarbinnen de zorg moet worden geleverd. Dat gaat enerzijds om de context van de in complexiteit toenemende geboortezorg, anderzijds om de maatschappelijke context van de sociaal gesegregeerde multiculturele samenleving. Ook in de geboortezorg wordt de slag gemaakt van richtlijnzorg naar personalized care in voortdurende samspraak met de cliënt.
- *De structurele ontwikkeling van nieuwe kennis om kennislacunes op te vullen.*
Hier spelen lectoraten en universitaire vakgroepen een leidende rol, maar ook praktiserende verloskundigen. Deze laatste moeten het belang onderkennen om nieuwe kennis in de praktijk te ontwikkelen en daaraan bij te dragen, in staat zijn zelf kleinschalig onderzoek te entameren en de kennis uit deze bronnen kritisch te implementeren in de balans tussen

wetenschappelijk bewijs, individuele behoeften van de cliënt en de maatschappelijke context. Om context gericht onderzoek te doen in de geboortezorg en naar het werk van de verloskundige (op bijvoorbeeld inhoud, organisatie/context en effecten) is nodig dat een grote groep verloskundigen een masteropleiding heeft gevolgd.

Deze drie ontwikkelingen (waarvan de eerste twee voor alle praktiserend verloskundigen relevant zijn) maken dat er een inhoudelijke noodzaak is om uiteindelijk alle en in eerste instantie in elk geval een aanzienlijk deel van de verloskundigen, toe te rusten met steeds meer kennis én om ze naar een hoger (master) werk- en denkniveau te leiden dat hen toerust om de verschillende componenten van die kennisontwikkelingen te kunnen integreren. Dit past bij het masterniveau zoals dat in de Dublin Descriptoren ¹³ is omschreven, zowel waar het gaat om kennis en inzicht als waar het gaat om het toepassen van kennis en inzicht, zelfstandige oordeelvorming en leervaardigheden.

De grote toename van kennis maakt het wel steeds lastiger en in de toekomst zelfs onmogelijk om te blijven eisen dat alle verloskundigen alle beschikbare kennis moeten hebben. Het pleit daarmee ook voor het in al in de masteropleiding toewerken naar zogenoemde 'T-shaped professionals', die een brede kennisbasis hebben die alle verloskundigen moeten bezitten, met daarbij verdiepingsaccenten die gezamenlijk het vak en de geboortezorg steunen en doorontwikkelen. De commissie Bruijn adviseerde (paragraaf 5.12 uit het adviesrapport) ook expliciet een professionele master verloskunde te realiseren, in samenwerking met de verbonden universiteit "op het snijvlak van toegepast en academisch onderwijs", om zodoende tot een totaaltraject van vijf jaar opleiding te komen.

3.4 Arbeidsmarktperspectief

De in de vorige paragrafen (3.1, 3.2 en 3.3) aangegeven argumenten maken ook duidelijk waar de arbeidsmarktbehoefte ligt. In eerste instantie zal voor verloskundigen in coördinerende en vertegenwoordigende rollen in de eerstelijnspraktijken (en samenwerkingsverbanden daarvan) en in de ziekenhuizen de masteropleiding een oplossing bieden. Zeker waar de coördinerende en synergistische rollen in de context van de integrale geboortezorg steeds complexer worden.

Uiteindelijk zal dat – gezien de eerder beschreven ontwikkelingen in de geboortezorg – voor de overgrote meerderheid van de praktiserend verloskundigen gaan gelden. Verloskundigen kunnen die coördinerende rol op micro- en mesoniveau immers goed vervullen, omdat ze contacten hebben met de overgrote meerderheid van de zwangere vrouwen (85%) en door hun aanwezigheid in de wijken ook de verbinding leggen naar andere eerstelijnszorg, publieke gezondheid, jeugdzorg en het sociaal domein.

Zij zijn de enige professionals in de geboortezorg die contact hebben met alle andere professionals die betrokken zijn bij de zorg voor zwangere vrouwen en daarmee de aangewezen professional voor de rol van de gewenste coördinerend zorgverlener ¹⁴. De verwachting is dat voor het adequaat vervullen van deze rollen de komende jaren steeds meer duidelijk zal worden dat een masteropleiding een vereiste is.

Voor docentschappen aan de verloskunde academies en voor het doen van wetenschappelijk onderzoek geldt dat nu al. Voor een duurzame kwaliteitsborging naar de toekomst zal dit waarschijnlijk voor steeds meer rollen gaan gelden. Een beroeps specifieke masteropleiding kan naar verwachting beter aan die behoefte voldoen dan een generieke master of een master in een ander beroepsdomein.

13 Zie: <https://web.archive.org/web/20070930193548/http://www.minocw.nl/documenten/dublin-descriptoren-beschrijving-20060608.pdf>

14 Groenen et al. De Verloskundige de beste casemanager. Tijdschrift voor Verloskundigen, 2017. Zie: <https://werkgroepen.kennisnetgeboortezorg.nl/kennisbank/coördinerend-zorgverlener/documenten/15857-wetenschap-de-verloskundige-de-beste-casemanager-groenen-et-al-2017-tijdschrift-voor-verloskundigen>

Voor een goede positionering van de masteropgeleide verloskundigen in de arbeidsmarkt lijkt van belang, dat dit masterniveau gewaardeerd wordt in bijvoorbeeld functiedifferentiatie en beloning (b.v. coördinerend verloskundige) of beroepsregistratie (b.v. verloskundig specialist zowel binnen eerstelijns en tweedelijns zorg). Omgekeerd is zo'n civiel effect ook een bevorderende factor (naast inhoudelijke drive en de behoefte in het veld) voor de animo om een masteropleiding te gaan volgen.

In de voorbereiding op een eventuele aanvraag voor een WO MSc (die overigens destijds niet tot een aanvraag bij CDHO of NVAO heeft geleid) heeft AVAG in 2017-2018 door bureau KBA een macrodoelmatigheidsonderzoek laten uitvoeren¹⁵. Dat onderzoek onderschrijft op hoofdlijnen de maatschappelijke en inhoudelijke argumenten die hiervoor genoemd zijn en geeft aan dat er voldoende 'arbeidsmarkt' is voor master opgeleide verloskundigen.

3.5 Noodzaak vanuit de huidige beroepsopleidingen: spanning met beroepsprofiel

Een aanvullend belangrijk argument is dat er spanning zit tussen de eisen uit het beroepsprofiel 2014 en de praktische mogelijkheden van een vierjarige bachelor. Het beroepsprofiel vraagt om een niveau dat feitelijk dat van een bachelor te boven gaat; het vraagt om een masterniveau. De inspanning van de verloskunde academies om dit toch zo veel mogelijk te kunnen doen, leidt tot overvolle curricula waarbij nog steeds dingen blijven liggen. Dit werd ook erkend in de recente accreditatie door de NVAO.

Al decennia wordt erkend dat de opleiding tot verloskundige een HBO-plus BSc is (AMvB, 2008) die direct opleidt tot zelfstandige beroepsuitoefening. De spanning tussen opleidingsprofiel en beroepsprofiel kan niet met 'levenslang leren' worden opgelost. Elke verloskundige die wordt beëdigd moet immers vanaf de eerste dag volledig zelfstandig zorg kunnen leveren tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed waar regelmatig snelle en cruciale beslissingen nodig zijn.

De verdere ontwikkeling van het beroep conform de visie 2030 van de KNOV, leidt tot een verder toenemende complexiteit van de beroepsuitoefening en een nog grote opgave voor de opleidingen om verloskundigen op te leiden die daarin moeten kunnen opereren. De aanleidingen voor deze visie liggen in de noodzakelijke betrokkenheid van verloskundigen bij het opstellen van richtlijnen en protocollen en het maken van samenwerkingsafspraken in de eigen regio; bij de wenselijkheid van het terugdringen van het aantal verwijzingen en onterechte toepassingen van interventies (zie hiervoor); en bij de noodzaak voor de goede balans tussen geen overmedicalisering en geen ondermedicalisering (Miller et al., 2018).

Hier is brede inzet van alle verloskundigen nodig, omdat het zowel gaat om aanpak op microniveau (de individuele cliënt) als op mesoniveau (regionale afspraken). Het vormgeven van integrale zorg vraagt op beide niveaus om overlegvormen, kennis van organiseren en samenwerken en ontwikkeling van persoonlijk leiderschap. De verloskundige van de toekomst moet zowel horizontaal als verticaal kunnen samenwerken op een niveau dat om een master werken denkniveau vraagt.

Deze twee argumenten maken ook duidelijk hoe de nieuwe afgestudeerden in het geboortezorgstelsel (gaan) passen. Zowel in de individuele geboortezorg als in de vormgeving van regionale afspraken en samenwerking is de kennis en kunde van de masteropgeleide verloskundigen nodig om in een goede balans tussen het vertrouwensparadigma en het risicoparadigma de beschikbare kennis te kunnen duiden en om te kunnen zetten in afspraken. Daarmee ondersteunen zij de implementatie van de adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving in de adviesrapporten "Zonder context geen bewijs"¹⁶ en "Heft in eigen handen"¹⁷.

15 Macrodoelmatigheid WO-Masteropleiding Verloskunde. KBA Nijmegen, 9 februari 2018.

16 Zie: <https://www.raadrivs.nl/documenten/publicaties/2017/06/19/zonder-context-geen-bewijs>

17 Zie: <https://www.raadrivs.nl/documenten/publicaties/2017/10/10/heft-in-eigen-hand>

3.6 *Waarom nu een landelijke visie en het initiatief tot een MSc Verloskunde*

Begin jaren negentig is de verloskunde opleiding een vierjarige opleiding geworden. Tot dan betrof het een driejarige opleiding. In de jaren daarna heeft de professionalisering van de opleiding een vlucht genomen. Dit leidde in 2008 tot de opname van de toenmalige kweekscholen voor vroedvrouwen in het HBO-stelsel (formeel als HBO-plus opleiding met een Bachelor of Science Verloskunde) en de overgang van de financiering van de opleiding van het ministerie van VWS naar het ministerie van OCW.

De belangrijkste ontwikkelingen in de jaren daarna betroffen:

- De kwaliteit van onderwijs en onderzoek:
 - De opname in het HBO-stelsel maakte dat accreditatie onderdeel werd van de kwaliteitscyclus.
 - Het aantal masteropgeleide en gepromoveerde verloskundigen nam toe. Een aanzienlijk deel van hen is nu werkzaam in onderwijs en onderzoek.
 - Wetenschappelijke vakgroepen (lectoraten/professoraten) zijn nu verbonden aan de opleidingen.
- Ontwikkelingen in de geboortezorg: met name de toenemende complexiteit als gevolg van ontwikkelingen binnen het beroep, tussen beroepsgroepen en in de positionering van het cliëntbelang (zie verderop). Inclusief de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg¹⁸ met daarin de rol van coördinerend zorgverlener, die voor de meeste cliënten wordt vervuld door de verloskundige. Zie verder paragraaf '2.1. Ontwikkelingen in de geboortezorg'.
- Een ambitieus nieuw toekomstgericht beroepsprofiel (2014)¹⁹ en bijpassend nieuw landelijk opleidingsprofiel (2017)²⁰.
Daarmee ontstond een spanning tussen het ambitieuze beroepsprofiel (dat feitelijk op onderdelen al om een masterniveau vraagt) en de mogelijkheden invulling te geven aan het bijpassende opleidingsprofiel binnen een vierjarige bacheloropleiding. Het gegeven dat de bacheloropleidingen als goed zijn beoordeeld, laat onverlet dat ze niet voldoende kunnen bieden om het door de beroepsgroep (KNOV) in de toekomst gewenste beroepsprofiel te bereiken.
- De nieuwe visie van de KNOV op de verloskundige in 2030²¹ gaat nog verder dan het laatste beroepsprofiel (en vraagt op nog meer onderdelen een masterniveau; en benoemt dat ook expliciet), waarmee de discrepantie tussen de wens van de beroepsgroep en de mogelijkheden van een vierjarige bachelor nog verder toeneemt.

Gezien deze ontwikkelingen is er nu een noodzaak tot reflectie en gezamenlijk doen wat nodig is. We denken nu met elkaar na over de toekomst van de beroepsgroep en de opleiding tot het beroep. We beginnen met het formuleren van een gezamenlijke visie op het opleidingscontinuüm voor de verloskunde (BSc-MSc-PhD). We kijken van daaruit naar de invulling van de lacune die we zien in het ontbreken van een brede beroepsspecifieke verdiepende master verloskunde.

Onze gezamenlijke ervaringen van de afgelopen ruim 10 jaar binnen de HBO-setting en onze ervaringen met masterontwikkeling in die periode, maken dat we nu beter dan in het verleden in staat zijn zo'n gezamenlijke visie te formuleren en gezamenlijk te overzien waarom en op welke wijze de lacune aan een masteropleiding verloskunde ingevuld moet en kan worden. We hebben nu ook meer ervaring in de gezamenlijke positionering rond belangrijke gemeenschappelijke thema's, zoals de positionering van het beroep, onderwijsontwikkeling en wetenschapsontwikkeling. En we weten nu beter wie we daarbij naast SOV (AVM, VAR en AVAG) en KNOV in het vervolgtraject moeten betrekken. Met de input op landelijk en regionaal niveau én in de individuele beroepsuitoefening, van de reeds master- en PhD opgeleide verloskundigen in de afgelopen jaren, zijn we gezamenlijk al jaren bezig het beroep verder te professionaliseren. Die ervaringen helpen ook bij het voorliggende traject.

18 Zie: https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2564/file/Zorgstandaard_Integrale_Geboortezorg_1_28_juni_20161.pdf

19 Beroepsprofiel Verloskundige. KNOV, juni 2014.

20 Landelijk opleidingsprofiel verloskundige. SOV, versie 15 april 2016.

21 Zie: https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/3155/file/KNOV_Visie2030.pdf

Tenslotte zien we de strategische agenda van OCW ²² ook als een steun in de rug bij ons streven naar een master verloskunde. De daarin geformuleerde ambities rond samenwerking, flexibel hoger onderwijs, aansluiting op de arbeidsmarkt en samenleving en regionale verankering en internationale samenwerking, zijn in lijn met onze ambities.

Visie op Opleidingscontinuüm verloskunde

De opleidingen verloskunde hebben een structuur nodig van Bachelor of Science – Master of Science - PhD waarbij de master een verloskunde gericht verdiepend karakter heeft. Dit om de uitvoering van het verloskundig vak als zelfstandige beroepsgroep binnen de integrale geboortezorg, een solide en duurzame toekomst te geven.

²² Zie: Houdbaar voor de toekomst. Strategische agenda hoger onderwijs en onderzoek. Ministerie van OCW, december 2019.

4. Overwegingen voor verdere uitwerking

In dit hoofdstuk formuleren we enkele eerste gedachten, die richting geven aan de projectgroepen die de vraagstukken gaan uitwerken die we in de verdere ontwikkeling van de master verloskunde gaan tegenkomen.

Daarbij richten we ons op drie deelaspecten:

1. Kan het voor alleen een voorhoede, of moet het voor iedereen?
2. Is er noodzaak tot differentiatie, of kan het met één opleiding?
3. Wat moet het civiel effect zijn en hoe los je de knelpunten op die daardoor ontstaan?

Tenslotte formuleren we enkele slotoverwegingen over het verdere proces

4.1 *Eerst voor een brede voorhoede, daarna voor alle verloskundigen*

Een belangrijke vraag bij een masteropleiding verloskunde is of de master voor een 'voorhoede' moet zijn of voor alle verloskundigen. Als hiervoor omschreven (zie met name paragraaf '3.2 Maatschappelijke noodzaak master verloskunde: balans in paradigma's en kosten') is het van belang dat op termijn voor alle verloskundigen op dagelijkse basis de competenties beschikbaar zijn die passen bij een masterniveau.

De toenemende complexiteit doet zich immers niet alleen op macro (landelijk) niveau voor, maar ook op meso (regionaal) en micro (individuele cliënt) niveau en raakt daardoor de komende jaren steeds meer de dagelijkse beroepsuitoefening van alle verloskundigen. Vanwege de toenemende complexiteit vraagt het meso niveau er nu al om dat in een aanzienlijk deel van de eerstelijnsverloskundigen op masterniveau is opgeleid om te kunnen participeren in de activiteiten die nodig zijn om de kwaliteit van de zorg in de regio te kunnen organiseren, bewaken en vernieuwen.

Parallel geldt voor klinische werkende verloskundigen een vergelijkbare toenemende complexiteit binnen het ziekenhuis; daarvoor geldt dat een aanzienlijk deel al master opgeleid is via de bestaande master Physician Assistant – Klinische Verloskunde, die daarvoor een goede oplossing blijkt. Voor de bredere beroepsgroep is een vergelijkbare oplossing nodig. De complexiteit op microniveau vraagt als gezegd in de toekomst om een masterniveau voor elke verloskundige, in de eerste én tweede lijn.

Tegelijkertijd is de vraag of het realistisch is om nu te streven naar een master voor alle verloskundigen. De arbeidsmarkt lijkt er niet klaar voor (zie paragraaf '3.4 Arbeidsmarktperspectief'), binnen de beroepsgroep is nog geen consensus en buiten de eigen beroepsgroep lijkt er nu nog onvoldoende draagvlak. Daarom lijkt het realistischer voor de komende periode te streven naar een brede voorhoede van master opgeleide verloskundigen die de weg kan bereiden, als (wetenschappelijk) adviseur kan functioneren voor de verloskundigen die dit niveau (nog) niet hebben en het voortouw kan nemen bij zaken als (regionale) protocolontwikkeling.

Zij kunnen – zoals de kleine voorhoede (zo'n 150 masteropgeleide verloskundigen van de in totaal ongeveer 3500 verloskundigen in Nederland) nu al doet – in de overgangsfase in coördinerende en innoverende rollen, niet alleen in onderzoek en onderwijs maar ook in het uitvoerende werkveld, verder de weg bereiden voor de bredere doorontwikkeling van het vak. En in de praktijk de meerwaarde van de masteropgeleide verloskundigen zichtbaar maken voor de eigen achterban en stakeholders.

Het ligt voor de hand in de naamgeving van de master dan hierop aan te sluiten (b.v. een Nederlandstalig equivalent van 'master advanced midwifery').

4.2 Uniformiteit en differentiatie

Omdat het belangrijkste doel van de master verloskunde is om het werk- en denkniveau van verloskundigen te verhogen en daarvoor een aantal competenties noodzakelijk zijn, ligt het voor de hand een gezamenlijk opleidingsprofiel te ontwikkelen en gezamenlijk de hoofdlijn van het curriculum te ontwikkelen. Een vanaf het begin gedifferentieerde master zou de suggestie inhouden dat aan de voorkant van de zorg al gedifferentieerd kan worden tussen verschillende verloskundige profielen. Zelfs voor de differentiatie tussen enerzijds het (kunnen) bevallen bij een verloskundige versus het (op indicatie moeten) bevallen bij een gynaecoloog blijkt dit al lastig; laat staan voor verdere differentiatie tussen verloskundige profielen. Ook tussen eerstelijns en tweede-/derdelijns werkende verloskundigen lijken de benodigde competenties niet zo wezenlijk te verschillen dat het twee afzonderlijke curricula (en afzonderlijke beroepen) zou rechtvaardigen. De ontwikkeling van de integrale geboortezorg maakt dat ook onwenselijk: verloskundigen moeten in de integrale geboortezorg in zowel de eerstelijns- als de tweedelijnssetting kunnen opereren. Bovendien heeft de KNOV in haar visie op de verloskundige in 2030 expliciet aangegeven toe te willen werken naar één verloskundige die academisch is opgeleid,

Omdat de inhoudelijke onderwerpen waarop competenties op masterniveau worden opgedaan voor een deel niet uniform hoeven te zijn, lijkt het wel zinvol studenten de mogelijkheid te bieden om al in de master verdiepingsaccenten te ontwikkelen rond bepaalde inhoudelijke onderwerpen of competenties. Bijvoorbeeld in de onderzoeksmodule of in minoren. Die zouden kunnen aansluiten op de specifieke kenmerken van de bestaande verloskunde academies en de daaraan verbonden lectoraten en universiteiten.

Zo zou een master kunnen ontstaan met een gemeenschappelijke basis van theoretisch- en vaardigheidsonderwijs voor alle studenten en een diversificatie in thema's waarop competenties rond bijvoorbeeld onderzoek, organisatie en verdiepende vaardigheden kunnen worden ontwikkeld.

Dit zou ook een natuurlijke overgang naar het 'levenslang leren' op masterniveau vergemakkelijken. In de master kun je niet alle keuzemodules volgen, maar als je in de loop van je loopbaan geïnteresseerd raakt in andere modules, kun je die alsnog volgen als bij- en nascholing (postacademisch onderwijs). Daarmee wordt dan ook weer aangesloten op een van de ambities uit de strategische agenda van OCW waarin ze instellingen oproept meer aanbod te realiseren voor werkenden²³

4.3 Een civiel effect

Tot slot is er de vraag over de positionering van de master opgeleide verloskundige in het veld van de geboortezorg. Uitgaande van de wenselijkheid dat in de toekomst waarschijnlijk elke verloskundige master opgeleid zal moeten worden, zou het voor de hand liggen op langere termijn de BIG-registratie te koppelen aan het bereikt hebben van het masterniveau. De ervaring bij bijvoorbeeld de ontwikkeling van de master fysiotherapie laat echter zien dat dat geen vanzelfsprekendheid is. Er moeten dus ook andere alternatieven worden overwogen. Zonder een civiel effect blijft een investering in een masteropleiding echter te veel een individuele keuze, zelfs als deze gefinancierd wordt via een rijksbijdrage.

Een (voorlopig?) alternatief voor een civiel effect via de wet BIG is nadenken over positionering van de master opgeleide verloskundigen als bijvoorbeeld 'senior' verloskundigen in groepspraktijken c.q. ziekenhuisafdelingen (functiedifferentiatie) en/of via salariëring. Voordeel van dit alternatief is dat het voor verloskundigen een carrièreperspectief biedt anders dan richting onderwijs, onderzoek of management. Ander voordeel is dat dat via de financiering (met of zonder aanpassing van de wet BIG) kan leiden tot stimulering van de motivatie om een master te gaan volgen, als verzekeraars b.v. gaan eisen dat in een te contracteren groep verloskundigen - c.q. in de toekomst een IGO - minimaal een xx% van de verloskundigen een masterniveau heeft.

23 Zie: Houdbaar voor de toekomst. Strategische agenda hoger onderwijs en onderzoek. Ministerie van OCW, december 2019.

Nadeel van dit alternatief is dat het tot een tweedeling in de beroepsgroep kan leiden (wat gedeeltelijk te ondervangen is door te blijven benadrukken dat de verloskundigen als groep werken en niet als verzameling van individuen) en dat de kans dat dit leidt tot een veel langduriger traject in de richting van de noodzakelijk geachte (zie hoofdstuk '3. Waarom een opleidingscontinuüm met een master verloskunde?') ontwikkeling richting een masterniveau voor iedereen.

4.4 Overige overwegingen

Meenemen praktiserende werkveld

Om in het praktiserende werkveld voldoende draagvlak te hebben voor een master verloskunde, is het van belang hen van het begin af aan mee te nemen. Een deel van de beroepsgroep ziet duidelijk het belang van een master, conform de in deze notitie geschetste ontwikkelingen en visie. Een ander deel is gefocust op de bestaande opleiding PA Klinische Verloskunde en de wens om daarvoor een civiel effect te realiseren, liefst ook in de wet BIG. Weer een ander deel kan het zien als een bedreiging voor de eigen positie: wie niet een masteropleiding wil volgen, heeft belang bij het handhaven van de status quo.

Belangrijk in het meenemen van het praktiserend werkveld is dat:

- We transparant zijn in alles wat we doen en duidelijk wordt waar de master toe leidt,
- We via een groeitraject het veld en de stakeholders de meerwaarde willen laten ervaren en het aantal masteropgeleide verloskundigen geleidelijk aan willen laten stijgen,
- De master voor elke verloskundige toegankelijk wordt (de bestaande master hadden allemaal onderling verschillende aanvullende instroomeisen), maar niet voor iedereen verplicht
- De master bekostigd wordt (als streven) en daarmee voor iedereen haalbaar
- SOV en KNOV nu gezamenlijk met deze master de doorontwikkeling van het vak ter hand willen nemen
- We cliëntenorganisaties als partner willen verbinden voor gesprekken met stakeholders
- We toewerken naar een civiel effect, toegang tot PhD trajecten, betere toerusting voor bredere taken in het netwerk en meer toekomstperspectief voor ambitieuze verloskundigen
- In een overgangssituatie er specifieke aandacht is voor de positie zittende beroepsgroep (b.v. een EVC procedure)

Hiervoor is een zorgvuldige en transparante manier van communiceren vanuit de KNOV en SOV naar het werkveld van groot belang.

Juridische en governance implicaties van een gezamenlijke master

Gezien de relatief kleine beroepsgroep is het om redenen van macrodoelmatigheid wenselijk om de masteropleiding als gezamenlijke verloskunde opleidingen vanuit één kader te formuleren en organiseren. Tegelijkertijd is het voor de toegankelijkheid wenselijk om de master verloskunde op alle vier de huidige opleidingslocaties aan te kunnen bieden. De hiervoor beschreven opzet om een deel gezamenlijk te organiseren en een deel lokaal, leidt tot vraagstukken over de juridische aspecten en de governance van zo'n (gedeeltelijk) gezamenlijke master. Hieromtrent moet in het verdere traject deskundig advies worden ingewonnen.

4.5 Vervolgstappen

Deze visie op een opleidingscontinuüm verloskunde en de rol van een MSc Verloskunde daarin, moet leiden tot een consensus tussen de huidige verloskunde opleidingen en de KNOV over noodzaak en hoofdrichting van het opleidingscontinuüm en de master verloskunde. Dit document wordt daartoe besproken met de besturen van de hogescholen waaraan de verloskunde opleidingen verbonden zijn en met bestuur en leden van de KNOV.

De volgende stappen zijn om:

- Gezamenlijk een inhoudelijke outline voor een masteropleiding te ontwikkelen.
- Een proces te ontwerpen dat leidt tot draagvlak bij de relevante partijen en een aanvraag bij NVAO (accreditatie), CDHO (macrodoelmatigheid) en OCW (bekostiging).

Deze twee stappen kunnen parallel aan elkaar plaatsvinden. In de bijlagen zijn hiervoor eerste versies van concept-opdrachtformuleringen bijgevoegd.

Bijlage 1: CONCEPT-Opmacht inhoudelijke outline MSc Verloskunde

Doel: Ontwikkelen van een inhoudelijke outline voor een MSc Verloskunde
Opdrachtgever: SOV
Opdrachtnemer: projectleider:.....
Adviseur: KNOV

Opmerking vooraf:

Dit is een (te) uitgebreide eerste opzet voor een projectopdracht. De eerste vraag aan de projectgroep zal zijn om op basis van het visiedocument en de eerste gedachten in deze Concept-opdracht een plan van aanpak met concrete uitwerking van de opdracht te formuleren.

Aanleiding en probleemstelling

Al enkele decennia willen de verloskunde opleidingen naast een BSc ook een MSc Verloskunde ontwikkelen. Als voorbereiding daarop hebben in 2020 SOV en KNOV gezamenlijk een visie ontwikkeld op een opleidingscontinuüm (BSc-MSc-PhD) voor de verloskunde.

Als voortvloeisel uit dit visiedocument worden twee parallele opdrachten uitgezet:

- De onderhavige opdracht om een inhoudelijke outline voor een master verloskunde te ontwikkelen.
- Een parallele opdracht om een proces te ontwerpen en coördineren dat leidt tot een geaccrediteerde (NVAO) en bekostigde (CDHO en OCW) MSc Verloskunde.

Beide opdrachten moeten in onderlinge samenhang en afstemming worden uitgevoerd.

Opdracht/ programma van eisen

- Ontwikkel een inhoudelijke outline voor een master verloskunde voor de drie bestaande verloskunde opleidingen (op vier locaties)
- Doe desgewenst een voorstel voor een alternatieve naam die helpt bij de positionering
- Bouw daarbij voort op de in het werkdocument visie 'Ontwikkeling van een Opleidingscontinuüm Verloskunde' overeengekomen visie en uitgangspunten
 - o Inventariseer daartoe de spanning tussen het beroepsprofiel verloskunde (inclusief de verwachte aanpassingen daarin op basis van de KNOV-visie op de verloskundige in 2030) enerzijds en de huidige BSc verloskunde anderzijds
 - o Werk vanuit de samenhang tussen kennis, kennisgebruik, kennisontwikkeling en vaardigheden
 - o Werk vanuit de Dublin descriptoren
 - o Hergebruik waar mogelijk onderdelen van eerdere masterontwikkelingen in de verloskunde (AMC/KNOV, AVAG, AVM, VAR) en trek lering uit de ontwikkeltrajecten van die masters
 - o Bekijk ook verloskundige masters in het buitenland en leer van hun ervaringen.
 - o Sluit waar mogelijk aan op wensen en ontwikkelingen bij aanpalende beroepsgroepen die helpen om daar steun te verwerven voor deze masterontwikkeling (zie parallele opdracht)
 - o Geef aan wat noodzakelijkerwijs in de master moet en wat ook in 'levenslang leren' kan
 - o Doe zo nodig suggesties voor overheveling van onderdelen van de BSc naar de MSc om meer ruimte te maken voor reflectief leren in de BSc
 - o Geef, naast de algemene uitwerking van het masterniveau conform de Dublin Descriptoren, in elk geval inhoudelijk aandacht aan:
 - Theorie en praktijk van balans vertrouwensparadigma en risicoparadigma in het werkveld
 - Het belang en de praktijk van 'overleg' en 'onderzoek' in de integrale geboortezorg en in de samenhang met 'kansrijke start'
 - Onderzoek naar Verloskunde vanuit het 'vertrouwensparadigma'
 - o Integreer in het curriculum 21st century skills, zoals digital literacy
- Ga uit van de volgende uitgangspunten:
 - o Een 60 EC bekostigde MSc op het grensvlak van beroepsgericht en wetenschappelijke onderwijs
 - o Deeltijd en modulair als basis; deels tijd en plaats onafhankelijk (blended learning); waarbij keuzemodules ook 'los' zijn te volgen

- Toegankelijk voor iedereen met een BSc Verloskunde (zonder verdere pre-master)
- Uitvoering op de vier locaties van de huidige drie verloskunde academies, in samenwerking met de onderzoeksgroepen (lectoraten/professoraten) en de verbonden UMC's/Universiteiten.
- Ga uit van een gemeenschappelijk te organiseren generiek deel voor alle studenten (2 x 15 EC; b.v. 15 EC op inhoudelijke kernthema's en 15 EC op organisatorische kernthema's c.q. leiderschap) en een lokaal (met onderlinge uitwisselingsmogelijkheden) te organiseren deel (15 EC keuzemodule voor een inhoudelijk verdiepingsaccent en 15 EC onderzoeks- c.q. afstudeeropdracht; met mogelijkheid van uitwisseling tussen de opleidingslocaties en -instellingen) met de mogelijkheid tot individuele profilering), leidend tot één masterdiploma
- Streef voor de keuzemodules naar vier inhoudelijke keuzemodules (op elke locatie één) met een variëteit aan verloskundig inhoudelijke, breder zorg en welzijn inhoudelijke en organisatorische modules
- Zorg dat de modules ook 'los' te volgen zijn.
- Het gegeven dat kennis een dynamisch proces is en dat studenten moeten worden voorbereid op een leven lang leren, om zo te vermijden dat je alles wat er nu is aan kennis in de studenten wilt proppen en vergeet ze te leren om te gaan met onzekerheid en 'niet weten'
- Bewaak het ambitieniveau dat we allemaal in onze opleidingen stoppen en zorg voor een goede studeerbaarheid van de master (en de bachelor).

Indicaties voor een aanpak

- Vorm een projectgroep met minimaal 2 personen per opleiding. Bij voorkeur van elke partner een inhoudelijk deskundige en een onderwijskundig deskundige. De KNOV heeft niet standaard zitting in de projectgroep. Op specifieke vragen kan de KNOV gevraagd worden mee te denken. Afhankelijk van de opdracht/vraag wordt dan gekeken wie vanuit het bureau of de leden het beste kan aansluiten.
- Betrek een externe adviseur met brede expertise op het gebied van de ontwikkeling van praktijkgerichte en wetenschappelijke masters.
- Betrek een liaison-officer vanuit de parallelle projectgroep die het proces richting accreditatie en bekostiging ontwerpt en coördineert.
- Schrijf een plan van aanpak met een verdere uitwerking en fasering, een nader tijdspad en een nadere begroting.
- Formuleer vanuit de uitgangspunten in het visie-werkdocument een voorstel voor de inhoud van een master en de wijze waarop deze het beste kan worden georganiseerd.
- Consulteer de externe begeleiders bij het formuleren van het visiedocument
- Houd de opdrachtgevers ten minste driemaandelijks actief op de hoogte.

Randvoorwaarden

- De inzet van de externe adviseurs, een 'onderwijs-schrijver' en waar nodig de kosten voor vergaderlocaties, worden bekostigd vanuit de SOV. Declaraties lopen via AVAG.
- De inzet van de projectgroepleden wordt - in natura - bekostigd door de SOV-deelnemers (schatting: 4 bijeenkomsten en huiswerk, totaal ± 50 uur per deelnemer).

Indicatief tijdspad

Start:	januari 2020
Plan van aanpak gereed:	februari 2020
Start ontwikkelen blauwdruk:	maart 2020
Blauwdruk gereed:	mei 2021
Vaststelling blauwdruk:	juni 2021 binnen de hogescholen

Tot slot

Deze opdracht is van groot strategisch belang voor de toekomst van de verloskunde in Nederland. Daarom is nauw voortgangs- en afstemmingsoverleg gewenst met de opdrachtgevers. Het formele overleg met stakeholders vindt plaats door dan wel in nauw overleg met de SOV-verantwoordelijken c.q. het KNOV-bestuur.

Bijlage 2: CONCEPT-Opracht geaccrediteerde en bekostigde master verloskunde

Doel:	Ontwerpen en coördineren van een proces dat leidt tot een geaccrediteerde (NVAO) en bekostigde (CDHO/OCW) MSc Verloskunde
Opdrachtgever:	SOV en bestuur KNOV
Opdrachtnemer:	projectleider:
Adviseur:	KNOV

Opmerking vooraf:

Dit is een (te) uitgebreide eerste opzet voor een projectopdracht. De eerste vraag aan de projectgroep zal zijn om op basis van het visiedocument en de eerste gedachten in deze Concept-opdracht een plan van aanpak met concrete uitwerking van de opdracht te formuleren.

Aanleiding en probleemstelling

Al enkele decennia willen de verloskunde opleidingen naast een BSc ook een MSc Verloskunde ontwikkelen. Als voorbereiding daarop hebben in 2020 SOV en KNOV gezamenlijk een visie ontwikkeld op een opleidingscontinuüm (BSc-MSc-PhD) voor de verloskunde ²⁴.

Als voortvloeisel uit dit visiedocument worden twee parallelle opdrachten uitgezet:

- De onderhavige opdracht om een proces te ontwerpen en coördineren dat leidt tot een geaccrediteerde (NVAO) en bekostigde (CDHO en OCW) MSc Verloskunde.
- De parallelle opdracht om een inhoudelijke outline voor een master verloskunde te ontwikkelen.

Beide opdrachten moeten in onderlinge samenhang en afstemming worden uitgevoerd.

Opdracht / programma van eisen

- Ontwerp en coördineer een proces dat leidt tot een geaccrediteerde (NVAO) en bekostigde (CDHO en OCW) MSc Verloskunde voor de drie bestaande verloskunde opleidingen (op vier locaties)
- Bouw daarbij voort op de in het werkdocument visie 'Ontwikkeling van een Opleidingscontinuüm Verloskunde' overeengekomen visie en uitgangspunten
- Ga uit van de in het parallelle project in ontwikkeling zijnde inhoudelijke outline voor een MSC Verloskunde. Geef input voor dat traject waar dat nodig is om draagvlak bij cruciale stakeholders te creëren voor dit proces en zo de succeskans van de aanvragen te vergroten.
- Ontwikkel vanuit het genoemde visiedocument en de outline voor de master, in samenspraak met de parallelle projectgroep, een aanvraagdocument voor de doelmatigheidstoets door CDHO en een aanvraagdocument voor een toets nieuwe opleiding door NVAO; en daarna een aanvraag bekostiging voor het Ministerie van OCW
- Betrek in eerste instantie interne stakeholders bij de verloskunde academies en de KNOV (N.B. een eerste inhoudelijke toetsing heeft reeds plaatsgevonden in juni 2020).
- Betrek in het verdere proces en verwerf steun voor de aanvraag bij:
 - o Als allereerste: cliënten (bijvoorbeeld Zelfbewust Zwanger, Patiënten Federatie Nederland)
 - o Beroepsverenigingen van aanpalende beroepen; denk daarbij aan: NVOG, LHV, NVK, AJN, V&VN, BO Geboortezorg
 - o Verbonden universiteiten (VUmc, UMCG, Maastricht University, Erasmus)
 - o CPZ, NVZ, ZN
 - o SAC-HGZO (onderdeel Vereniging van Hogescholen)
 - o Ministerie(s?) van (VWS en?) OCW

Indicaties voor een aanpak

- Vorm een projectgroep met minimaal 2 personen per opleiding. Bij voorkeur van de leidinggevenden van de verloskunde academie en een medewerker met inhoudelijke onderwijskundig deskundige. De KNOV heeft niet standaard zitting in de projectgroep. Op specifieke vragen kan de KNOV gevraagd worden mee te denken. Afhankelijk van de opdracht/vraag wordt dan gekeken wie vanuit het bureau of de leden het beste kan aansluiten.

²⁴ Werkdocument visie 'Ontwikkeling van een Opleidingscontinuüm Verloskunde'

- Betrek een externe adviseur met brede expertise op het gebied van de ontwikkeling van praktijkgerichte en wetenschappelijke masters en de daarvoor benodigde formele procedures.
- Win expertadvies in over juridische en governance implicaties en randvoorwaarden voor een gezamenlijke master
- Consulteer de externe begeleiders die hebben ondersteund bij het vormgeven van het visiedocument
- Betrek een liaison-officer vanuit de parallelle projectgroep die de inhoudelijke outline voor de master ontwerpt
- Schrijf een plan van aanpak met een verdere uitwerking en fasering, een nader tijdspad en een nadere begroting.
- Formuleer vanuit de uitgangspunten in het visie-werkdocument een voorstel voor het proces en de coördinatie daarvan.
- Houd de opdrachtgevers ten minste driemaandelijks actief op de hoogte.

Randvoorwaarden

- De inzet van de externe adviseurs en waar nodig de kosten voor vergaderlocaties, worden bekostigd vanuit de SOV. Declaraties lopen via AVAG.
- De inzet van de projectgroepleden wordt - in natura - bekostigd door de SOV-deelnemers en de KNOV (schatting: 4 bijeenkomsten en huiswerk, totaal ± 50 uur per deelnemer).

Indicatief tijdspad

Start:	januari 2020
Plan van aanpak gereed:	februari 2020
Start ontwikkelen proces:	maart 2020
Indienen aanvragen:	najaar 2021
Proces afgerond:	voorjaar 2022

Tot slot

Deze opdracht is van groot strategisch belang voor de toekomst van de verloskunde in Nederland. Daarom is nauw voortgangs- en afstemmingsoverleg gewenst met de opdrachtgevers. Het formele overleg met stakeholders vindt plaats door dan wel in nauw overleg met de SOV-verantwoordelijken c.q. het KNOV-bestuur.