



Universiteit  
Leiden  
The Netherlands

## Change

Lith, j. van

## Citation

Lith, J. van. (2009). *Change*. Leiden: Universiteit Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/19598>

Version: Not Applicable (or Unknown)  
License: [Leiden University Non-exclusive license](#)  
Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/19598>

**Note:** To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. Jan M.M. van Lith

# Change



Universiteit Leiden

# Change

Oratie uitgesproken door

**Prof.dr. J.M.M. van Lith**

bij aanvaarding van het ambt van hoogleraar op het gebied van

Obstetrie

aan de Universiteit Leiden

op vrijdag 19 juni 2009



**Universiteit Leiden**



*Mijnheer de Rector Magnificus, mijnheer de Decaan, Leden van de Raad van Bestuur van het LUMC, Hoogleraren van de Universiteit van Leiden en van zusterfaculteiten, Collega's en medewerkers van het LUMC en van de cluster, Gynaecologen, verloskundigen, verpleegkundigen, assistenten, studenten en onderzoekers, Geachte aanwezigen,*

### **Change!**

Change of attitude and focus. Een pakkende en stimulerende slogan, die mijn visie op onderwijs, opleiding, onderzoek en patiëntenzorg recht doet. Obama heeft er velen mee geraakt en geroerd. Luister nog eens naar de openingszin: *'For a better tomorrow, if you could change, the way that we live, what would we gain,...., if we all reach together, joining hands we can say, that a better tomorrow, depends on today'*.<sup>1</sup> Continu werken aan verbetering, betekent steeds bereid zijn tot verandering. 'We are LUMC. Let's discover' gaat hiermee hand in hand.<sup>2</sup> Nieuwsgierigheid is de bron voor vernieuwing en verandering en het aanspreken van het teamgevoel zorgt voor extra inspiratie.

Ik ben een bevoorrecht mens. Geboren in een veilige omgeving met optimale opvang, uitstekend onderwijs genoten, wetenschappelijk kunnen ontplooiën, opgeleid in een goed klimaat en continu bijgeschoold in binnen- en buitenland.

U allen bent bevoorrecht. Wij zijn opgegroeid, of groeien op, in een welvarend land. Een land met een hoog niveau van gezondheidszorg, onderwijs, opleiding en onderzoek. Maar wat kunnen wij erover klagen! Vanuit een ander perspectief is dit onbegrijpelijk. In de grootste delen van de wereld is kindensterfte en moedersterfte een dagelijkse realiteit. In veel landen hongeren kinderen naar een beetje onderwijs. Opleiding, onderzoek en nascholing zijn daar een utopie. Ik vind deze reflectie belangrijk om ons te laten realiseren hoeveel kansen wij hebben, hoeveel keuzen wij kunnen maken en dat wij in staat zijn tot 'change'.

Het is nu ruim twee jaar geleden dat ik, ter gelegenheid van mijn benoeming tot bijzonder hoogleraar Verloskunde aan de Universiteit van Amsterdam, mijn oratie hield. De titel van

deze rede was *Kansen en Keuzen*.<sup>3</sup> Ik opende met de zin 'De werkelijke regisseur van ons leven is het toeval - een regisseur vol wreedheid, barmhartigheid en verrassende charme'. Dit was een uitspraak van de Portugese arts Amadeu de Prado in het boek *Nachttrein naar Lissabon*.<sup>4</sup> Ik besprak het toeval als regisseur en zocht of het toeval enigszins te sturen zou zijn. Ik besprak de vele kansen die er lagen en benadrukte dat er keuzes gemaakt zouden kunnen of moeten worden.

Vandaag ga ik een stap verder. Ik bespreek nu de keuze niet, ik maak de keuze en zet de 'change' in.

Drie 'changes' staan centraal:

- de rol van de dokter; 'wij zorgen voor u',
- de zwangere centraal; één verloskundige organisatie met centralisatie van de spoedeisende verloskunde en electieve zorg geïndividualiseerd en naar de zwangere toegebracht
- de nieuwe afdeling perinatologie-neonatalogie

Ik wil u inspireren tot vernieuwing en verandering. Ik neem u mee naar onderwijs, opleiding, onderzoek en verloskunde. Steeds start ik met de keuze en eindig met de verandering.

### **Onderwijs: Keuze 'wij zorgen voor u'**

In het raamplan 2009 is een mooie keuze gemaakt.<sup>5</sup> Het raamplan beschrijft de gezamenlijke landelijke eindtermen van de initiële opleiding tot arts. Doel is de maatschappij en de patiënt de verzekering te geven dat de juist afgestudeerde arts een bepaald niveau bereikt heeft. Het profiel van de arts wordt beschreven in competenties. In tegenstelling tot het vorige Raamplan zijn de eindtermen in algemene zin beschreven. Dit geeft de Universitair Medische Centra de mogelijkheid tot profilering door eigen invulling en verdieping van onderwerpen. Hierin ligt de kracht van dit raamplan. Niet uitsluitend de medische deskundigheid staat voorop, er is juist ruimte gecreëerd voor de arts als communicator, samenwerker, organisator, gezondheidsbevorderaar, academicus en beroepsbeoefenaar. Krijgen we daardoor betere artsen? Het Commentaar in het NRC van dinsdag 9 juni jongstleden stelt dat het onderwijsniveau gedaald is.<sup>6</sup> Leraren zijn het met elkaar eens dat ze leerlin-

gen te weinig hebben kunnen leren. De kennis is achteruitgegaan. Maar er is ook vooruitgang; kinderen kunnen zelfstandiger werken, beter de stof begrijpen, beter analyseren. Plasterk wil terug naar 'gestrengheid'. Het commentaar beschrijft dat daarvoor te veel veranderd is: de leerling van vroeger keert niet terug, en de ouders zijn er ook te veel een kind van hun eigen tijd voor.

Dit commentaar kan in vrijwel dezelfde bewoordingen toegepast worden op de artsenopleiding. Sinds kort ben ik voorzitter van het Uitvoerend Orgaan Klinische Fase, ofwel de co-assistentenperiode. Een roep over te kort aan kennis van de co-assistent is elke vergadering aan de orde. Maar wat is vooruitgegaan? Een dokter wordt niet meer uitsluitend op zijn medische kennis en vaardigheden beoordeeld. De maatschappij vraagt meer en juist daarin heeft de student de vooruitgang geboekt. De aandacht voor communicatie, samenwerking en professioneel gedrag stelt de moderne arts in staat om continu te kunnen verbeteren en veranderingen vorm te kunnen geven. Te veel wordt nog gedacht in de term 'ik ben uw dokter'. Dat is verleden tijd. De dokter van vroeger keert niet meer terug. In dit informatietijdperk is iets minder kennis geen bron van zorg. Toegerust zijn om te kunnen functioneren in een team en te kunnen zeggen 'wij zorgen voor u' is de werkelijke vooruitgang. Dus, ja, we krijgen betere artsen. Onder leiding van AJ de Beaufort wordt nu gewerkt aan een nieuw Leids curriculum. Een geweldige uitdaging dankzij een gemaakte keuze in het raamplan.

Change! De rol van de dokter: 'Wij zorgen voor u'

### **Opleiding: Keuze de AIOS centraal**

De instelling van het opleidingsfonds in 2006 heeft voor veel onrust gezorgd. De minister is er kalend van geworden, opgerichte instellingen zoals het CBOG doen niet veel meer dan hun plaats bevechten en de wetenschappelijke verenigingen en ziekenhuizen, verenigd in BOLS, willen niet te veel verandering. Opvallend is dat we degene die het betreft, de arts-assistent in opleiding, kortweg de AIOS, vrijwel niet horen.

Wordt op middelbare scholen geknabbeld aan de 'urennorm' en gediscussieerd over kwaliteit dan staat de scholier op; LAKS is bij iedereen bekend. Waarom horen we de AIOS niet? De AIOS moet de eigen verantwoordelijkheid nemen en veel meer proactief meedenken over de ontwikkeling van de specialistische opleiding.

Modulair competentiegericht opleiden werd in 2004 door het Centraal College Medisch Specialisten (CCMS) geïntroduceerd.<sup>7</sup> De NVOG startte het project Herziening Opleiding Obstetrie en Gynaecologie (HOOG), het was een genoegen daaraan mede vorm te kunnen geven.<sup>8</sup> De implementatiefase startte met In VIVO, Vaart in Innovatie Vervolgopleidingen.<sup>9</sup> In de Leidse cluster werden modules geïntroduceerd, het portfolio ter hand genomen en vliegen de KPB's en OSAT's je om de oren. De introductie van de differentiatiestage is een geweldige stap voorwaarts. Tijdens het laatste universitaire jaar kiest de AIOS zelf uit een aantal modules. Hiermee is de mogelijkheid gecreëerd tot verdieping en profilering.

Competentiegericht opleiden in een werkweek die steeds verkort wordt betekent keuzes maken. Dit is nog relevanter in het licht van de toenemende ontwikkeling van aandachtsgebieden en zelfs subspecialisaties binnen maatschappen en vakgroepen. Moet elke opgeleide gynaecoloog de vaginale chirurgie en het structureel echoscopisch onderzoek van de foetus beheersen? De kant en klare specialist moet blijven leren en aantonen dat hij vaardigheden bezit. De Royal College of Obstetrics and Gynaecology geeft daar concreet invulling aan door Continuous Professional Development. Ik verheug me op mijn rol binnen het door de NVOG gestarte project BOEG, Bezinning op Eindtermen Gynaecologen. In dit project wordt naast de evaluatie van de eindtermen ook nadrukkelijk aandacht gegeven aan het onderhouden van competenties en het onderhoud en verkrijgen van nieuwe vaardigheden.

Een continuüm is bereikt: De artsenopleiding, de specialistenopleiding en continuous professional development zijn nu allen competentiegericht. In dit veranderde spectrum kan de keuze gemaakt worden niet alle vaardigheden in elke fase te hoeven

leren, te beheersen of uit te voeren. Het is vanzelfsprekend dat de specialistenopleiding meer mogelijkheden gaat bieden.

Change! De AIOS kiest zelf welke onderdelen van de opleiding wel en welke niet worden gevolgd, leidend tot een eigen profiel.

### **Onderzoek: Keuze integratie fundamenteel en klinisch onderzoek**

Binnen de afdeling Verloskunde vindt veel en goed onderzoek plaats. Het betreft onderzoek naar evaluatie van maternale uitkomsten, jonge zwangerschap en herhaalde miskramen, pijnbestrijding tijdens de baring, doelmatigheids- en implementatie-onderzoek, evaluatie van simulatietrainingen, beleving van de bevalling en prenatale diagnostiek. Samen met de staf heb ik twee speerpunten van onderzoek benoemd: De foetale behandeling en reproductieve immunologie.

Het onderzoek rondom aspecten van foetale behandeling sluit aan bij de zeer specifieke patiëntenstroom, waarvoor de afdeling Verloskunde samen met de Neonatologie het nationale behandelcentrum is. Prominent hierin is het internationaal unieke follow-up onderzoek van intra-uterien behandelde kinderen. Een voorbeeld hiervan is de LOTUS-studie, in nauwe samenwerking met Sanquin, worden kinderen onderzocht die tot 20 jaar geleden zijn behandeld met intra-uteriene bloedtransfusies.

Natuurlijk vindt onderzoek naar verbetering van bestaande ingrepen plaats. Voorbeelden hiervan zijn het onderzoek naar foetale pijn, de door ons geïnitieerde internationale SOLOMON-studie, waarbij beoordeeld wordt welke intra-uteriene lasertechniek bij het tweelingtransfusie syndroom de beste uitkomsten geeft en er is veel geïnvesteerd in onderzoek samen met technische universiteiten naar betere beeldvorming van de bloedvaten in de placenta. Ook nieuwe vormen van intra-uteriene behandeling worden geëvalueerd, zoals de internationale LUTO studie, waarbij het intra-uterien opheffen van blaasobstructies ter voorkoming van verdere nierschade geëvalueerd wordt.

Een interessante ontwikkeling is de intra-uteriene behandeling van foetale hartafwijkingen. In samenwerking met de afdelingen Thoraxchirurgie, Kindercardiologie en Neonatologie is de voorbereiding in volle gang om vroeg in de zwangerschap vernauwingen van hartkleppen op te heffen. Door deze hartafwijking is de functie van de hartspier vaak minder goed. Onderzoek naar de plaats van stamceltherapie ter verbetering van de functie van de ontwikkelende hartspier heeft veel aandacht. De protocollen om stamceltherapie toe te passen bij bijvoorbeeld immunodeficiënties en Osteogenesis Imperfecta zijn goedgekeurd. Deze laatste ernstige aandoening kan intra-uterien mogelijk beïnvloed worden, waardoor de prognose voor deze kinderen aanzienlijk verbetert door een vermindering van het risico op botbreuken.

Het tweede speerpunt is de reproductieve immunologie. Het is zeer bijzonder dat de zwangerschap, die lichaamsvreemd is, niet wordt afgestoten. Onderzoek hiernaar kan verder inzicht geven in redenen van afwijkend beloop van een zwangerschap en nieuwe behandelingsopties creëren. Bovendien is het relevant voor de transplantatiegeneeskunde. Als we begrijpen waarom de zwangerschap wordt geaccepteerd, kan die kennis bijvoorbeeld toegepast worden bij niertransplantaties om afstoting te voorkomen. Het onderzoek richt zich op lokale afweerreacties op het grensvlak van moeder en kind; de placenta en de vliezen. Stamcelonderzoek neemt ook hier een steeds grotere plaats in.

Hiervoor heeft de afdeling een eigen zelfstandig laboratorium waarin de afgelopen periode veel geïnvesteerd is. In samenwerking met andere afdelingen, immunohematologie en bloedtransfusie, pathologie, kindergeneeskunde en anatomie en embryologie worden deze projecten uitgevoerd. Internationale samenwerkingen bestaan met Boston en het Karolinska Instituut in Stockholm.

Change! De afdeling Verloskunde zal meer dan voorheen binnen nationale en internationale teams gaan fungeren en daarin initieënd zijn.

### Verloskunde: Keuze de zwangere centraal

De verloskundige zorg in Nederland beschouwen we als bijzonder. Uniek is het aantal thuisbevallingen in vergelijking met andere ontwikkelde landen. Maar het percentage thuisbevallingen daalt; in 1953 beviel nog 78% thuis, in 1997 was dat 36% en nu nog slechts 29%.<sup>10</sup>

Jarenlang hebben we de illusie gehad dat ‘ons’ systeem van eerste en tweedelijns verloskundige zorg gebaseerd op selectie van laag- en hoogrisico, niet alleen tot lage interventies leidde, maar ook tot uitstekende uitkomsten. Wat een domper waren dan ook de Peristat rapporten in 2003 en 2008.<sup>11,12</sup> In deze rapporten wordt een ranglijst gepresenteerd van de perinatale sterfte in Europa in de jaren 1999 en 2004. In beide rapporten bleek Nederland vrijwel laatste, bijna rode lantaarndrager. Iets waar je in de Tour de France je best voor doet, levert tenslotte publiciteit op, maar in deze ranglijst wil je daar niet eens bij in de buurt gezien worden! De juistheid van de getallen en vergelijkbaarheid van de registraties werden betwijfeld. Vele plausibele verklaringen werden aangevoerd: De relatief hoge leeftijd van de moeders, de vruchtbaarheidsbehandelingen en meerlingzwangerschappen, het rookgedrag en demografische factoren en het ontbreken van prenatale screening in Nederland. Ondanks veel aandacht in de media, discussies binnen de beroepsgroepen en zorgen bij de beleidsmakers werden vrijwel geen concrete stappen gezet.

De uitkomsten van de moeder zijn ook niet om in de etalage te zetten. Analyse van de maternale sterfte in Nederland toont relatief hoge sterfte ten gevolge van hypertensieve aandoeningen. Evaluatie van de maternale morbiditeit geeft ook geen rooskleurig beeld. De LEMMoN studie toont schrikbarende getallen voor wat betreft het voorkomen van insulden en ernstige bloedingen rondom de bevalling.<sup>13,14</sup>

De getallen liegen er niet om, maar keuzes zijn niet gemaakt. Mijn keuze is duidelijk; stel de zwangere daadwerkelijk centraal en bewerkstellig een optimale uitkomst voor moeder en kind. De huidige inrichting van de verloskundige zorgorganisatie kan daar niet aan voldoen. De scheiding in eerste en tweedelijns zorg en de vele autonome aanbieders hebben geleid tot

een zeer versnipperd systeem. Bovendien zijn de verantwoordelijkheden gescheiden en is er geen regie. Vele zwangeren beginnen aan het traject zwangerschap zonder te weten hoe dat traject er uit zal zien. De begeleiding van zwangeren wordt door de zorgverleners wisselend ingevuld met eigen niet direct overdraagbare dossiers. Er zijn vele overdrachtsmomenten. De communicatie tussen de lijnen, hoe goed bedoeld ook, is niet gestructureerd en een potentiële bron van fouten. De rollen van huisarts en kraamzorg sluiten vaak niet goed aan bij het traject van de zwangerschap.

Oorzaak is de selectie in laag en hoogrisico zwangerschappen, waardoor twee strikt gescheiden systemen zijn ontstaan. Dat is echter geheel in tegenspraak met de werkelijkheid nu 83% van alle zwangeren door zowel eerste als tweede lijn gezien wordt en ruim 70% van alle zwangeren in het ziekenhuis bevalt. Het systeem suggereert directe individuele aandacht, bereikbaarheid en beschikbaarheid van één zorgverlener voor elke zwangere. Maatschappelijke ontwikkelingen hebben ervoor gezorgd dat dát allang niet meer zo is.

De hardnekkigheid waarmee sommige zorgverleners, bestuurders en beleidsmakers vasthouden aan de bestaande rollen en het huidige systeem is aandoenlijk. Veranderen is niet eenvoudig. Een citaat : *‘Reorganiseren zou meer moeten zijn dan het denken in structuren, kolommen, zuilen en formaties. Bij ‘echte’ reorganisaties zouden de werkprocessen centraal moeten staan, gericht op de eindgebruiker of afnemer: die werkprocessen moeten permanent worden geoptimaliseerd om zo het beste resultaat te genereren. Niet denken in procedures, maar in vertrouwen, in chemie tussen mensen. Begin bij de afnemer en geef die afnemer een prominente rol bij het herinrichten van die werkprocessen. Zo dwing je de organisatie tot samenwerking en breng je de buitenwereld naar binnen!’*<sup>15</sup>

De afnemer, de zwangere, is afhankelijk, onwetend, maar vol vertrouwen. Het traject van de zwangerschap is het werkproces. De zwangere beweegt zich in één rechte lijn. Stel de zorgverleners rondom de zwangere op. Dit dwingt tot samenwerking, de rol van de zorgverleners en het systeem wijzigen zich vanzelf.

De verloskundige zorg heeft twee componenten: Zorg met een spoedeisend karakter, de bevalling, en zorg met een electief karakter, de preconceptie, prenatale en postnatale zorg.

### *Spoedeisende Verloskunde*

De belasting van de verloskundige organisatie zit vooral in het onvoorspelbare spoedeisende deel, de bevalling.

*Tring ... Mevrouw Bé Valling belt de verloskundige: "Ik denk dat mijn weeën zijn begonnen" ... "Ze komen om de 15 minuten" ... "OK, ik ga onder de douche en bel straks weer". Twee uur later ... tringtring ... "Ja, met Bea, verloskundige" ... "OK Bé, elke 5 minuten, ik ben nog even bezig hier, maar kom zo snel mogelijk naar je toe, als je persdrang krijgt bel dan nog even" ... Een uur later arriveert Bea bij Bé ... ze stelt vast dat het vruchtwater er groen uitziet, meconiumhoudend. Dat is een reden voor bewaking van de conditie van het kind en dus moet Bé naar het ziekenhuis. "Hallo met Bea, verloskundige, ik wil mevrouw Bé Valling insturen in verband met meconiumhoudend vruchtwater" ... "He, te weinig personeel, OK dan bel ik het andere ziekenhuis wel". Het lukt om mevrouw daar geplaatst te krijgen. De arts-assistent onderzoekt Bé en stelt vast dat er 9 centimeter ontsluiting is, maar dat de conditie van het kind niet optimaal is. Hij belt de gynaecoloog, die thuis slaapt. "Ja, wat nu weer ... dus we kunnen een vacuum doen ... ik kom wel". Aangekomen in het ziekenhuis, twintig minuten later, stelt de gynaecoloog vast dat een vacuümextractie te veel risico met zich meebrengt en hij belt de anesthesist en het OK team om een keizersnede uit te voeren. Uiteindelijk, nog eens 30 minuten later, bevalt Bé Valling van een gezonde dochter Bep. Bep wordt opgevangen door de anesthesist, omdat in alle hectiek vergeten is de kinderarts te waarschuwen. De volgende dag komt Bea, de verloskundige, eens kijken hoe het gaat. "Nou Bé, jammer die keizersnede, maar jij hebt je best gedaan. Wat is de bloedgroep van Bep?" Wat blijkt in de overdracht en drukte van de nacht is de bloedgroep niet goed overgedragen en Bep moet hiervoor extra geprikt worden.*

Inmiddels bevalt ruim 70% van alle zwangeren in het ziekenhuis en van alle primigravida, die thuis met hun bevalling beginnen eindigt 50% uiteindelijk ook nog eens in het zie-

kenhuis. In de eerste lijn is de zwangere een groot deel van de ontsluitingsfase zonder verloskundige. In de tweede lijn is de meest seniore obstetrisch professional, de gynaecoloog, over het algemeen op afroep te bereiken. Op gezette tijden kampen vele ziekenhuizen met ruimte- en personeelsgebrek op de verloskamers leidend tot verwijzen van patiënten naar een ander ziekenhuis. De sterfte van kinderen in de avond-, nachturen en het weekend ligt duidelijk hoger dan overdag.<sup>16</sup> Perinatale sterfte audits op verschillende momenten en verschillende regio's tonen een uniform beeld, in zo'n 20-30% is sprake van substandard care.<sup>17,18</sup> Kortom, dit beperkte overzicht geeft al aan dat er veel ruimte voor verbetering is.

De bevalling is complexe, spoedeisende, niet planbare zorg. In Nederland is de opvang vooral gebaseerd op bereikbaarheid, in tegenstelling tot de meeste ons omringende landen waar de zorgverleners beschikbaar zijn.<sup>19,20,21</sup>

Ook in Nederland moet beschikbaarheid van alle zorgverleners, inclusief kinderarts-neonatoloog, anesthesist en OK-team, bij de bevalling uitgangspunt zijn. In het versnipperde systeem kan dat natuurlijk niet gerealiseerd worden. Plaats alle zorgverleners rondom de barenden en richt het werkproces opnieuw in. Dit betekent opheffen van de eerste en tweede lijn. De verloskundige praktijken en ziekenhuizen moeten zich regionaal verenigen.

In Nederland kan vrijwel 100% van alle zwangeren binnen 30 minuten een ziekenhuis bereiken, en zelfs 71% kan dat binnen 15 minuten.<sup>22</sup> Niet alleen is de bereikbaarheid goed, ook de keuze is groot. Ruim 90% van de zwangeren kan kiezen uit twee ziekenhuizen bereikbaar binnen 30 minuten. Het is dus realistisch te stellen dat regionale verloskundige organisaties gezamenlijk spoedeisende verloskunde kunnen bieden met een goede geografische dekking.

De tien derdelijns centra met Obstetrische High Care en Neonatale Intensive Care worden de regisseur binnen de tien regio's. De beide afdelingen fuseren en gaan geleid worden door een multidisciplinair bestuur. Binnen de tien regio's ko-

men afhankelijk van geografische ligging 3 tot 6 spoedeisende verloskundecentra. De thuisbevalling is veilig, mits de juiste selectie wordt toegepast en kan blijven bestaan.<sup>23</sup> Tussen de thuissituatie en het spoedeisende verloskundecentrum kunnen meerdere geboortecentra worden gepositioneerd bedoeld voor zwangeren met een laag risico, die niet thuis willen bevallen. De leiding in de spoedeisende verloskundige centra verantwoordelijk voor de verloskunde in het gehele gebied komt in handen van een verpleegkundige, een verloskundige, een gynaecoloog, een kinderarts, een kraamverzorgende en een huisarts. Teams van verloskundigen, verpleegkundigen en kraamverzorgenden zijn vanuit de centra beschikbaar voor bevallingen thuis en in de geboortecentra. In het spoedeisende verloskundecentrum zijn 24 uur 7 dagen per week direct alle benodigde zorgverleners beschikbaar.

De centralisatie leidt tot meer veiligheid en bovendien tot efficiënter en doelmatiger inzet van mens en middel. De faciliteiten en mensen zijn er, dus zonder ingrijpende aanpassingen kan deze reorganisatie gerealiseerd worden. Wel zal de geografische spreiding dekkend moeten zijn en kan het zijn dat spoedeisende verloskunde in minder bevolkte gebieden met een lager volume zal moeten werken.

In Leiden is een proces gestart om deze verandering te realiseren.<sup>24</sup> De drie ziekenhuizen, het Rijnland, het Diaconessen en het LUMC, hebben de afgelopen maanden de wenselijkheid en haalbaarheid onderzocht. In deze oriëntatiefase is ook de eerste lijn betrokken en hebben we de mening van de consument gevraagd. De tweede fase gericht op planning en organisatie is gestart.

#### *Electieve verloskunde*

De planbare of electieve verloskundige zorg, bestaande uit preconceptie, prenatale en postnatale zorg is uitstekend inpasbaar in het geschetste model. Uitgangspunt hierbij is de zorg veel meer te individualiseren en naar de cliënt toe te brengen. Eerder benoemde ik dat door te stellen: ‘Geef de zwangere haar zwangerschap terug’. Ik citeer: ‘Door de zwangere haar zwangerschap terug te geven met het elektronische vehiculum kunnen de

*fysieke muren van het ziekenhuis worden geslecht en ontstaat een moderne virtuele zorgorganisatie. De zorgverlener treedt de zwangere tegemoet op door haar gewenste momenten en door haar bepaalde situaties.’* Dit sluit prima aan bij de oriëntatie van de Raad voor Volksgezondheid op de rol van netwerken binnen de gezondheidszorg in het kader van Health 2.0.<sup>25</sup>

De verloskundige zorg heeft medische en psychosociale aspecten. De medische zorg die elke zwangere moet krijgen wordt geprotocolleerd aangeboden, denk hierbij aan afname van bloed, informatie rondom prenatale screening en borstvoeding en het aantal controles. Hier kan een forse winst in doelmatigheid worden gemaakt. Daarnaast wordt medische en psychosociale zorg op maat geleverd. Denk hierbij aan zorg voor zwangeren met diabetes of obesitas, emotionele begeleiding en voorbereiding op het ouderschap.

Het bestaande fijnmazige netwerk van verloskundige praktijken en ziekenhuizen is uitermate geschikt om hier invulling aan te geven. Dit netwerk blijft dus bestaan.

De electieve zorg wordt voornamelijk geleverd door verloskundigen, ondersteund door een team van verpleegkundigen en kraamverzorgenden. De huisarts dient in dit traject veel meer betrokken te worden, met name met het oog op lange termijn begeleiding van moeder en kind. De gynaecoloog is in beeld bij het medische maatpak.

#### *Obstetrisch professionals*

Verpleegkundigen beschikken over competenties die zeer geschikt zijn om zorg bij de zwangere te brengen. Onderdelen van prenatale zorg, bijvoorbeeld voorlichting, en verloskundige thuiszorg projecten worden vaak al ingevuld door verpleegkundigen. Bredere inzet van deze beroepsgroep geeft meer carrièreperspectief en maakt het aantrekkelijk binnen de verloskunde te werken.

De opleiding tot verloskundige is uitstekend. In het veranderende perspectief moet wel nagedacht worden of de inhoud van de opleiding nog voldoende blijft aansluiten bij de praktijk. Momenteel zijn de Koninklijke Nederlandse Organisatie

voor Verloskundigen (KNOV) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) met elkaar in overleg over de eindtermen en het beroepsprofiel van de klinisch verloskundige. Splijtzwam is de discussie of een klinisch werkend verloskundige een eigenstandige beroepsgroep moet worden. Concreet betekent dat verwijzing van verloskundige uit de thuis-situatie naar de verloskundige in het ziekenhuis en die verwijst vervolgens weer naar de gynaecoloog, allen met hun eigen autonomie en verantwoordelijkheden. ...Over versnippering gesproken..... Een herijking van de opleiding is mijns inziens veel zinvoller. Binnen de bestaande vierjarige opleiding kunnen een aantal eindtermen voor klinische zorg worden ondergebracht. De nieuw opgeleide verloskundige is dan uitstekend toegerust en inzetbaar in de nieuwe regionale organisatie.

De gynaecoloog kan zich veel meer met hoogrisico zwangeren gaan bezighouden, zorgen voor goede afstemming tussen alle groepen, werken aan onderwijs, opleiding en spoedeisende zorg. De specialistische opleiding kan hier geheel aan voldoen door de mogelijkheid van profileren van de AIOS, als eerder besproken.

In Leiden spreken we met alle verloskundige zorgverleners om de discussie over deze integrale benadering van de grond te krijgen. De eerste stappen zijn gezet door een samenwerkingsverband met het eerstelijns verloskundig centrum De Poort aan te gaan. Binnen de regio is overleg gestart om alle invasieve prenatale diagnostiek en geavanceerde echoscopie samen met de satellieten HAGA, Haaglanden en Bronovo op één locatie in Den Haag te gaan verrichten. Ook mijn grote wens meer samen optrekken met de regio op klinisch en onderzoeksgebied wordt geleidelijk ingevuld. Met enige regelmaat hebben stafleden Verloskunde een dag supervisie Verloskamers in het HAGA verzorgd en vanuit het Westeinde ziekenhuis is Christianne de Groot het eerste staf lid met wekelijkse activiteiten in het LUMC. De ziekenhuizen in Den Haag, Gouda, Zoetermeer, Leiden en ook Delft en Hoofddorp zullen binnenkort het eerste regionale verloskundige protocol over hypertensieve aandoeningen in de zwangerschap gaan implementeren. De vroeggeboorte als volgend onderwerp is opgepakt.

De implementatie van een patiëntenportal in het LUMC is dichtbij, waardoor nieuwe mogelijkheden ontstaan de zwangere tegemoet te treden en centraal te positioneren.

Change! De change of attitude and focus voor de verloskundige zorg is een uitdaging. De zwangere centraal met een optimale uitkomst is leidend in het werkproces en zorgt voor innovatie van het systeem. De tijd is er rijp voor.

### *Derde lijnszorg*

Lang, lang geleden gingen de afdelingen Verloskunde en Gynaecologie hun eigen weg in Leiden. De landelijke ontwikkelingen in de gynaecologische oncologie, de urogynaecologie en bekkenbodembodem, de voortplantingsgeneeskunde en zoals ik besprak de perinatologie passen bij het kiezen van je eigen weg. Maar in Leiden kruipen we weer naar elkaar toe. De Verloskunde richt zich meer en meer op de vroege periode van de zwangerschap en zelfs daarvoor. Inmiddels is een uitstekende jonge zwangerschapspoli ontstaan in nauwe samenwerking met de subafdeling Voortplantingsgeneeskunde.

De Maternale Geneeskunde staat nogal in de schaduw van de Foetale Geneeskunde. Speciale spreekuren voor zwangeren met diabetes, autoimmuunziekten en hoge bloeddruk en de gezamenlijke grote visite met de Cardiovasculaire Geneeskunde gaan daar verandering in brengen.

Sinds enige jaren is erkend dat niet alleen de Neonatale Intensive Care (NICU) een specifieke functie is. De Obstetrische High Care is daar direct aangekoppeld. Deze twee functies zijn communicerende vaten op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs, opleiding en onderzoek. In het LUMC zijn de contacten met de afdeling Neonatologie uitstekend. We pogen te functioneren als een eenheid. Wekelijks zijn gezamenlijke patiënt- en onderzoeksbesprekingen en het hoofd van de afdeling, Frans Walther, participeert in het managementoverleg van de afdeling Verloskunde. Natuurlijk heeft de afdeling Neonatologie eveneens een intensieve samenwerking met haar moeder, de afdeling Kindergeneeskunde. Een samengaan van de afdelingen Verloskunde en Neonatologie is echter de hoog-

ste tijd. De afnemer hier zijn moeder en kind; zij zijn degenen waaromheen de werkprocessen zich afspelen. Hoe lastig ook: Change of focus en attitude! Moeder Kindergeneeskunde moet haar nu volwassen geworden kind maar eens laten gaan. Haar kind heeft een partner gevonden en wil daarmee het leven gaan delen. Ze zullen vaak samen bij moeder Kindergeneeskunde een borreltje komen drinken.

Change! De nieuwe afdeling Moeder en Kind.

### *Foetale geneeskunde, de vierde lijn*

Tot in de recente geschiedenis was de zwangerschap een 'black box'. Er stond ons niet veel meer ter beschikking dan een toeter om de kinderlijke harttonen te beluisteren. Met name door de introductie van de echoscopie werd het mogelijk in de 'black box' te kijken. Heel lang is het gebleven bij kijken, vaststellen en bij een mogelijke afwijking een zwangerschap termineren. Inmiddels is het mogelijk in een aantal gevallen het kind in de baarmoeder, intra-uterien, te behandelen.

In het LUMC hebben de pioniers Jack Bennebroek Gravenhorst en later Humphrey Kanhai hierin een enorme stap voorwaarts gezet. Het startte met de behandeling van ernstige bloedarmoede van de foetus bij de erythrocytenimmunisatie door het geven van intra-uteriene bloedtransfusies.<sup>26</sup> Een chirurgische stap voorwaarts was de lasercoagulatie van de placentaire vaatverbindingen bij het tweeling transfusiesyndroom.<sup>27</sup> Het palet van intra-uteriene behandelingen heeft zich uitgebreid om de foetus te behoeden voor sterfte en te beschermen tegen schade, ondermeer bij foetaal bloedplaatjes tekort<sup>28</sup>, bij de vijfde ziekte, de parvovirus B19 infectie<sup>29</sup>, en bij aangeboren longafwijkingen, de zogenaamde CCAM. Ook kan verdere schade voorkomen worden om de postnatale uitkomst te verbeteren, bijvoorbeeld shunting van hydrothorax en lage urinewegobstructies en behandeling van hernia diafragmatica. Door de lange historie in Leiden is een hecht en ingespeeld team ontstaan. De perinatoloog, de neonatoloog, de kinderdeelspecialisten, maar zeker ook de artsen prenatale geneeskunde, verpleegkundigen, maatschappelijk werk en doktersas-

sistenten staan dag en nacht klaar. Als vanzelf heeft dat geleid tot centralisatie in Nederland en we mogen ons daarmee gelukkig prijzen. Het gaat om zeldzame afwijkingen, die hoog complex zijn. Wij behandelen zo'n 100 kinderen per jaar. Het is fantastisch dat dat in goede harmonie met alle verwijzers in Nederland verloopt. Dat deze centralisatie absoluut nodig is wordt zichtbaar in leercurves van intra-uteriene transfusies. Binnen het zeer deskundige team is duidelijk geworden dat minder behandelingen direct leiden tot een minder goede uitkomst. Het buitenland volgt inmiddels het Nederlandse model van centralisatie. Mijn afdeling staat open voor verdere ontwikkeling van de foetale behandeling met alle anderen in het land. Een voorbeeld hiervan is de samenwerking met de afdeling Verloskunde in Groningen. Paul van den Berg is actief betrokken bij het ontwikkelen van een soort kunsthuid, voor het bedekken van huiddefecten bij bijvoorbeeld spina bifida. Wij ondersteunen hem door stamcel kennis ter beschikking te stellen en hebben afgesproken dat hij, zodra opportuun, deze groep van patiënten in het LUMC komt behandelen. In Nederland kan hierdoor optimaal geprofiteerd worden van het door centralisatie ontstane deskundige en ingespeelde team en de aanwezige faciliteiten voor foetale behandeling.

Duidelijk is dat de foetale therapie nog in haar kinderschoenen staat. De waardering voor deze vorm van verloskunde is hoog, dat heeft natuurlijk met emotionele aspecten en ethische waarden te maken. De winst in zwangerschapsuitkomst is al bewezen; minder zwangerschapsafbrekingen en het jaarlijks voorkomen van 100 gevallen van perinatale sterfte. De afdeling prijst zich gelukkig dat de Raad van Bestuur ons nationale én ook internationale foetale behandelcentrum actief steunt.

Ik sluit af. We moeten ons bewust zijn van de wereld waarin we leven, wij zijn zeer bevoorrecht. Daar hoort reflectie bij, niet teveel, maar ook niet te weinig. In 1902 formuleerde Henri Poincaré in *Wetenschap en Hypothese* het als volgt: 'Aan alles twijfelen of alles geloven zijn twee even eenvoudig oplossingen om nadenken overbodig te maken'.<sup>30</sup>

De besproken veranderingen zijn:

- de rol van de dokter; 'wij zorgen voor u',
- de zwangere centraal; één verloskundige organisatie met centralisatie van de spoedeisende verloskunde en electieve zorg geïndividualiseerd en naar de zwangere toegebracht
- de nieuwe afdeling Perinatologie-Neonatologie

Laten we hier samen aan werken ... *'if we all reach together, joining hands we can say, that a better tomorrow, depends on today'...*

Pak de kansen, maak de keuzen, vernieuw en verander. *Let's discover and change.*

### **Dankwoord**

Tot slot enkele woorden van dank.

Ik ben mij zeer bewust dat velen hebben bijgedragen aan mijn ontwikkeling. Ik heb van u vele kansen gekregen, ben door u in staat gesteld vele keuzen te maken en heb daardoor samen met u veel 'change' kunnen bewerkstelligen. Aan allen dank!

Ik dank het College van Bestuur van de Universiteit en de Raad van Bestuur van het LUMC voor hun keuze.

De Groningers, Joke Bouma, Tjeerd Tijmstra, Albert Mantingh, Hans Beekhuis, Ton Breed, Ben de Wolf, Gerard Visser en Henk Huisjes, jullie wisten kansen te creëren, het was een geweldige tijd.

De Amsterdammers, de opleiders; Maarten Schutte, Otto Bleker, Pieter Treffers en Frits Lammes en al die anderen, toen al HOOG en competentiegericht en vaak samen belangrijke keuzes gemaakt, dank!

De Amsterdammers, het bijzondere OLVG stel, Dick, Maarten, Sjoerd, Douwe, Rob, Lian, Annet, Harold, Erica, Eugenie, Paul en Eline; wat een 'change' hebben wij samen meegemaakt. Via jullie dank aan al die andere OLVG-ers. Het was een geweldige tijd, wat een team!

De Amsterdammers, AMC-ers en speciaal de Prenatale en

Klinische Genetica, dank voor jullie altijd warme onthaal en leerzame momenten, het vakantiegevoel bestaat nog. En ook al die anderen van zwangeren tot collega's, van studenten en onderzoekers tot AIOS, die mij zoveel geleerd hebben en mooie herinneringen hebben meegegeven naar Leiden.

De Leidenaars, een spannende overgang, zou ik het wel kunnen? Nou, met zo'n team kan iedereen het! Annemieke, Inge, Kitty, Frans, Jos, Dick Sicco, Frank, Kim, Lia, én Frans, Enrico, Gerda, Shirley, Arjan, Monique, Sylvia, Vivianne, Sylke, Gerlinde, Ruben, Esther, Marry en Nico jullie zijn super! Alle medewerkers van de afdeling dank ik voor hun inzet, kwaliteit en betrokkenheid en dat doe ik door de leidinggevenden Esther Zijp, Juliet Droog, Diënné Boltrop, Thea van Wetten en Maria de Taeye een knuffel te geven. Speciaal sta ik stil bij Ivanka; je hebt de 'change' geweldig doorstaan. Jouw kwaliteiten en kennis; van tafels en stoelen, procedures en inhoud en proactief richting geven zijn goud waard! De AIOS, ANIOS, onderzoekers, co-assistenten, verloskundigen-in-opleiding, studenten Geneeskunde en Biomedische Wetenschappen jullie houden me fris en kritisch, ik hoop dat dat omgekeerd ook geldt en denk erom; durf te veranderen.

De Leidenaars, alle anderen, ik noem de afdelingen Gynaecologie, Klinische Genetica, Cardiovasculaire Geneeskunde, Kindergeneeskunde, Immunohematologie en Bloedtransfusie, Sanquin, Pathologie, DOO, het uitvoerend orgaan klinische fase, Divisie 3 en LOD, samen op met veel plezier naar vernieuwing en verandering.

De Leidenaars, de cluster. Ik ben bijzonder onder de indruk van de eenheid Den Haag, Gouda, Delft, Zoetermeer, Hoofddorp en Leiden. Ik zie uit naar de komende periode als opleider, samen met FrankWillem, Annemieke en Baptist, en dank Gemma nu alvast voor haar stevige fundament. Bovendien verheug ik me op de regionale integratie van zorg, onderwijs, opleiding en onderzoek.

De Leidenaars, verloskundigen, ik sta open voor de komende tijd en alle suggesties om het doel de zwangere centraal daadwerkelijk samen te bereiken.

De Nederlanders, de NVOG-ers, de professionaliteit en dynamiek binnen de vereniging zijn een continue bron van inspiratie en energie. Een vereniging met ambitie, die continu met vernieuwing bezig is.

De Nederlanders, waar we mee samenwerken op allerlei terrein, zoals de taak- en stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, de PRN, het Hoofden Overleg Perinatale Centra, de Maastrichtse ethici Guido de Wert, Wybo Dondorp en Antina de Jong, de M.A.K.E. groep met Elisabeth Boormans, Erwin Birnie en Gouke Bonsel en al die anderen; laten we elkaar blijven stimuleren en aanzetten tot verandering.

Lieve familie en vrienden, dank voor alle mogelijkheden en vertrouwen. Mam, Marius en Jorien, Bas en Ingrid, fijn dat jullie er zijn, Pap is er ook. Julietje, al 25 jaar filosoferen we over kansen en keuzen. We hebben ze écht gepakt, écht gemaakt en dat blijven we doen, samen met onze lieve Floris, Pleuntje en Jochem - 'Flop', 'Muk' en 'Boele'. *'Let's discover and change'* is eigenlijk onze lijfspreuk. Wat zijn jullie toch goed! Jullie zijn mijn helden!

Ik heb gezegd.

## Referenties

- 1 Obama B. For a better tomorrow, 2008. [www.obamaforchange.com](http://www.obamaforchange.com).
- 2 Leiden University Medical Center. Let's discover. Veenman Drukkers, 2009.
- 3 Van Lith JMM. Kansen en keuzen. Amsterdam: Vossiuspers UvA, 2007.
- 4 Mercier P. Nachttrein naar Lissabon. Amsterdam: Uitgeverij Wereldbibliotheek, 2006.
- 5 Herwaarden CLA, Laan RFJM, Leunissen RRM. Raamplan Artsopleiding 2009.
- 6 NRC Handelsblad. Het Commentaar. 9 juni 2009.
- 7 Centraal College Medische Specialisten. Kaderbesluit CCMS, 9 februari 2004.
- 8 Scheele F, Schutte MF. Curriculum opleiding tot gynaecoloog op basis van het NVOG-project Herziening Opleiding Obstetrie en Gynaecologie (HOOG). Utrecht: NVOG, 2005. [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl).
- 9 Projectplan In VIVO. Vaart in Innovatie Vervolgopleidingen, 2006. [www.medischevervolgopleidingen.nl](http://www.medischevervolgopleidingen.nl).
- 10 Centraal bureau voor de Statistiek. Minder thuisbevallingen. Webmagazine. [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl).
- 11 Drife JO, Künzel W, Ulmsten U, Bösze P, Gupta J, Lansac J et al. The Peristat project. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003; 111 Suppl 1: S1-78.
- 12 EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT and EURONEONET. European perinatal health report. Better statistics for better health for pregnant women and their babies in 2004. 2008. [www.europeperistat.com](http://www.europeperistat.com).
- 13 Zwart JJ, Richters A, Öry F, De Vries JI, Bloemenkamp KW, Van Roosmalen J. Eclampsia in the Netherlands. Obstet Gynecol. 2008; 112: 820-7.
- 14 Zwart JJ, Richters JM, Öry F, De Vries JIP, Bloemenkamp KWM, Van Roosmalen J. Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371 000 pregnancies. BJOG 2008; 115: 842-50.
- 15 De Bruijn DJ. Verandermanagement bij de overheid, 2009. [www.managementsite.nl](http://www.managementsite.nl).
- 16 Visser GHA, Steegers EAP. Beter Baren. Med Contact 2008; 63: 96-9.
- 17 Alderliesten ME, Stronks K, Bonsel GJ, Smit BJ, Van Campen MM, Van Lith JM, Bleker OP. Design and evaluation of a regional perinatal audit. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2008; 137: 141-5.
- 18 Landelijke Perinatal Audit Studie. Eindrapport van de Commissie Perinatal Audit van het College voor zorgverzekeringen. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2005.
- 19 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Standards for maternity care. Report of a working party. 2008. RCOG Press.
- 20 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe.
- 21 Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.
- 22 Giesbers H, Van Boven PF. Analyse het bereikbare ziekenhuis met spoedeisende hulpverlening. RIVM Briefrapport 2003.
- 23 Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529.688 low-risk planned home and hospital births BJOG.
- 24 Rapport oriëntatiefase 'Centralisatie Acute Verloskunde Leiden'. LUMC-Rijnlandziekenhuis-Diaconessenziekenhuis, 2009.
- 25 Health 2.0. <http://rvz-health20.ning.com/>.
- 26 Van Kamp I. Intrauterine transfusion for red cell alloimmunization. Hoofddorp, AM Groep, 2004.
- 27 Middeldorp AM. Fetoscopic interventions in complicated monochorionic twin pregnancies. Den Haag, Pasmans Offsetdrukkerij BV, 2007.
- 28 Van den Akker ESA. Fetal thrombocytopenia: Preventive strategies. Ruinen, Drukkerij Bariet, 2008.
- 29 De Haan TR, Oepkes D, Walther FJ, Vandenbussche FPHA, Kroes ACM, De Jong EP. Infectie met het Humaan parvovirus B19 ('vijfde ziekte') in de zwangerschap: voor

de foetus soms levensbedreigend. Ned Tijdschr Geneeskd.  
2008; 152: 1185-90.

- 30 Poincaré H. Wetenschap en hypothese. 1902. Vert. van  
W.A. Verloren van Themaat. Inl. van J.J.A. Mooij. Meppel:  
Boom, 1979.





## PROF. DR. JAN M.M. VAN LITH



1989	artsexamen Rijksuniversiteit Groningen
1989-1991	arts-onderzoeker Prenatale Diagnostiek, Groningen
1991-1997	opleiding Obstetrie & Gynaecologie; OLVG en AMC, Amsterdam
1994	promotie op proefschrift 'First trimester screening for Down's syndrome'
1997-2008	gynaecoloog en opleider Obstetrie & Gynaecologie, OLVG, Amsterdam
1997-2008	deeltijd aanstelling Vrouwenkliniek AMC, Amsterdam
2006	benoeming bijzonder hoogleraar Verloskunde, vanwege Stichting Teaching Hospital AMC-OLVG
2008	benoeming hoogleraar en afdelingshoofd Verloskunde, LUMC

Jan van Lith werd per 1 mei 2008 benoemd tot hoogleraar en afdelingshoofd Verloskunde aan de Universiteit van Leiden en van het Leids Universitair Medisch Centrum.

Onderwijs en opleiding hebben zijn warme belangstelling. Belangrijk uitgangspunt is de veranderde rol van de dokter. De dokter is veel meer een teamspeler geworden en zal daarom de patiënt tegemoet treden door te zeggen 'wij zorgen voor u' in plaats van 'ik ben uw dokter'. Dit is goed in te bedden in het onderwijs door het ontstane continuüm artsopleiding-speci-alistenopleiding-continuous professional development, die nu allen competentiegericht zijn.

De verloskundige zorg in Nederland beschouwen we als bijzonder. De uitkomsten van moeder en kind zijn in Europees perspectief matig. De verloskundige zorg wordt mede door maatschappelijke veranderingen zeer versnipperd aangeboden. Change: Plaats de zwangere daadwerkelijk centraal. Creëer één verloskundige organisatie door opheffen van eerste en tweede lijnszorg met centralisatie van de spoedeisende verloskunde en individualisatie van electieve zorg, die meer naar de zwangere toegebracht wordt.

In het licht van het centraal stellen van moeder en kind in het werkproces ligt het voor de hand dat de afdelingen Neonatologie en Verloskunde binnen het LUMC samengaan.

