

# **Leidraad KNOV en NVOG: Omgaan met zwangeren die geadviseerde / geprotocolleerde zorg afwijzen**

Versie 15 juli 2015

## **KERNBOODSCHAPPEN**

- Neem de wensen van de zwangere serieus en toon respect hiervoor.
- Breng de wensen en verschillen in visie samen met de zwangere duidelijk in kaart; ga na of zij over voldoende en juiste informatie beschikt.
- Zoek naar een acceptabele oplossing voor zwangere en hulpverlener. Bied de zwangere alternatieven aan. Probeer een consensus te vinden zonder te oordelen.
- Betrek zo nodig andere verloskundige hulpverleners uit de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> lijn, ga gezamenlijk het gesprek aan.
- Bespreek, indien het niet volgen van het geadviseerde beleid belangrijke consequenties heeft voor de zorgverlening, de casus met de zorgverleners die mogelijk durante partu bij de vrouw betrokken zullen zijn.
- Documenteer zorgvuldig en betrek de zwangere (en haar partner) in uw documentatie: documenteer haar opvattingen en wensen, uw adviezen en tegemoetkomingen, alsmede persisterende discussiepunten.
- Zet 'uw deur open' en houd deze open: de zwangere blijft welkom in het geval van problemen of bij verandering van mening
- U bent verantwoordelijk voor een zorgvuldige procedure en correcte wijze van handelen, niet voor de uiteindelijke uitkomst.
- In het geval u niet tot overeenstemming komt, bespreek dan een 'vangnet', zodat veiligheid voor zwangere en hulpverleners zo goed mogelijk geborgd zijn.
- Uiteindelijk beslist de zwangere nadat zij uw advies heeft gehoord.

## **INLEIDING**

Richtlijnen, protocollen, zorgpaden en de verloskundige indicatielijst (VIL) beschrijven aanbevelingen over de zorg, gebaseerd op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek, afwegingen van voor- en nadelen van verschillende zorgopties en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers in de verloskundige zorg.

Soms wijst een zwangere dergelijke aanbevolen zorg af, zoals een advies tot tweedelijns zorg, extra bewaking of een inleiding. Vaak is het voor zorgverleners lastig hiermee om te gaan.

Dit document geeft achtergrond informatie en biedt praktische handvatten voor situaties waarin de zwangere minder of andere zorg wenst dan geadviseerd.

De wens tot juist meer, intensievere of meer ingrijpende zorg door de zwangere kent andere achtergronden, behoeft veelal een andere benadering, heeft andere consequenties en ligt niet in de strekking van deze leidraad. Evenmin gaat deze leidraad in op de wilsonbekwame zwangere die niet voor zichzelf, noch voor haar (on)geboren kind kan beslissen of zorgen.

### **Achtergronden van discrepanties tussen zorgadviezen en zorgwensen**

De belangrijkste reden voor een zwangere om een advies van de verloskundige hulpverlener niet te accepteren is een andere visie. Deze zienswijze betreft soms een geloof of vertrouwen dat 'niet ingrijpen' en 'een natuurlijk verloop' meer kans geeft op een goede afloop dan 'wel ingrijpen'. Andere motieven kunnen eerdere negatieve ervaringen met hulpverleners/hulpverlening zijn, zoals niet gerespecteerd of gehoord zijn of soortgelijke ervaringen van anderen. Hierbij kan meespelen een feitelijk gebrek aan kennis of een andere risicoperceptie, waarbij risicofactoren verschillend worden ingeschat of gewogen.

Daarnaast speelt mee dat de verloskundige zorg steeds meer wordt verleend volgens protocollen en richtlijnen die zorgverleners als ‘bindend’ ervaren, terwijl ze tegelijkertijd soms te weinig ruimte lijken te laten voor de individuele situatie en wensen van sommige zwangeren.

## **COMMUNICATIEVE ASPECTEN**

### **Uw attitude en uitstraling**

Zwangere vrouwen die zich niet willen conformeren aan de adviezen van verloskundige hulpverleners, kunnen irritatie oproepen. Dit gevoel is sterker naarmate de zwangere minder open staat voor uw argumenten en een in uw ogen meer onverantwoorde beslissing dreigt te nemen.

Uw attitude en uitstraling zijn dan erg belangrijk om in gesprek te blijven en vertrouwen te winnen. Een basisattitude waaruit blijkt dat u de wensen van de zwangere hoort en respecteert is noodzakelijk. U toont daarmee dat u haar serieus neemt. Zo kunt u haar achterliggende gedachten en visie exploreren. Een belangrijke voorwaarde voor het winnen van vertrouwen is dat de zwangere ervaart dat u belangstelling toont.

### **De eerste stap: exploratie van discrepantie in wensen en visie**

Indien de zwangere uw advies inzake prenatale zorg of zorg rond de baring niet wil volgen, breng dan eerst de verschillen in wensen duidelijk in kaart. Bespreek en beoordeel de feitelijke discrepantie, bijvoorbeeld de wens om niet naar de tweede lijn verwezen te worden, om niet ingeleid te worden, om geen continue CTG-bewaking te willen hebben, of om überhaupt niet in het ziekenhuis te willen bevallen. Doe dit zo gedetailleerd mogelijk: een verzoek om thuis te bevallen kan een wens tot begeleiding door eerste lijns verloskundige of tot geen continue CTG bewaking blijken te zijn. Inventariseer vervolgens de achterliggende ervaringen, angsten, kennis, visie en argumenten van de zwangere.

Doorloop dit proces samen met de zwangere zodat u het eens bent waarover u van mening verschilt.

### **De tweede stap: het zoeken naar een oplossing met de vrouw**

Nadat u gezamenlijk hebt vastgesteld op welke punten u van mening verschilt, vraagt u de zwangere of zij bereid is samen met u te zoeken naar een oplossing die voor u beiden zo veel mogelijk acceptabel is. Shared Decision Making kan hierbij uitkomst bieden.

Een voorbeeld van een gesprek is: ik hoor dat u graag langer dan 42 weken wilt afwachten met ingeleid te worden omdat u van mening bent dat ... ; als verloskundige of gynaecoloog adviseer ik op grond van onze richtlijnen niet langer dan 42 weken af te wachten omdat ... ; is er voor u een termijn denkbaar waarop u wel in het ziekenhuis wilt bevallen of ingeleid wilt worden?; is het voor u acceptabel dat in die tussentijd uw kind extra gecontroleerd wordt?

Het is belangrijk in deze fase van zoeken naar overeenstemming en gezamenlijk gedragen beleid, de zwangere en haar keuzes te blijven respecteren. Geef zo objectief mogelijke informatie met bij voorkeur absolute risico's en geen relatieve risico's. Wees eerlijk over de beschikbare kennis en de wetenschappelijke bewijskracht. Blijf geïnteresseerd naar de motieven en spreek eventueel uw verwondering uit over de keuze van de zwangere. De kans dat de zwangere ook oog en oor heeft voor uw argumenten is daarmee groter dan als zij het vertrouwen in u verliest doordat u haar (on)bewust veroordeelt. De wilsbekwame zwangere zal ondanks een andere visie of risicoperceptie altijd het zelfde doel als u voor ogen hebben, een gezond kind ter wereld brengen zonder zelf blijvende schade op te lopen.

Geef ook uw grenzen aan en toon concreet hoe uw zorg eruit ziet, zodat de zwangere een objectief beeld krijgt over wat u wel of niet kunt bieden. Een bezoek aan de verloskamers of een gesprek met een verpleegkundige of verloskundige in het ziekenhuis kan soms bijdragen aan inzicht over mogelijkheden die in het ziekenhuis aanwezig zijn.

### **De derde stap: het zoeken naar een oplossing in overleg met andere hulpverleners**

Indien de tweede stap niet heeft geleid tot een voor de zwangere en hulpverlener acceptabel beleid, geef dan aan dat u andere hulpverleners in de keten wilt consulteren. Bespreek, indien het niet volgen van het geadviseerde beleid belangrijke consequenties heeft voor de zorgverlening, de casus met de zorgverleners die mogelijk durante partu bij de vrouw betrokken zullen zijn. De uitkomst van dit overleg wordt aan de zwangere teruggekoppeld.

### **De vierde stap: indien geen simpele oplossing mogelijk is**

Mocht u, ondanks bovengenoemde pogingen en meerdere gesprekken, toch geen overeenstemming bereiken over de zorg die u wilt en kunt leveren, dan zult u met de zwangere naar andere oplossingen moeten zoeken. Immers, de geboorte van een kind zonder enige vorm van professionele hulp, is het laatste wat u als hulpverlener wenselijk acht.

Bent u eerstelijns verloskundige en van mening dat tweedelijns zorg geïndiceerd is, wees daar dan duidelijk over en bespreek of er voorwaarden zijn waaronder deze zorg acceptabel is voor de zwangere. Staat zij open voor een gesprek met de gynaecoloog waarbij u ook aanwezig bent? Zijn er tussenvormen van zorg mogelijk waarbij u een rol kunt spelen? Geef ook aan waar uw bekwaamheid en bevoegdheid ligt, zodat de zwangere een reëel beeld krijgt van wat zij redelijkerwijs van u mag verwachten.

Bent u gynaecoloog, bespreek dan wat de rol van de eerstelijns verloskundige kan zijn in de zoektocht naar een acceptabele tussenoplossing en betrek deze bij het gesprek.

Persisteert de zwangere in een wens die u niet kunt ondersteunen, bespreek dan goed een 'vangnet'. Bij welke signalen of alarmsymptomen accepteert de vrouw (zonder uitgebreide discussie) wel een actie als insturen? Naar welk ziekenhuis? Is zij akkoord dit ziekenhuis hierover vooraf te informeren? Wat doet de vrouw als de eerste lijns verloskundige geen hulp wil of kan bieden?

Overweeg en bespreek in alle situaties waarin u er niet uitkomt, ook een second opinion of overname van zorg door een collega. Bij voorkeur gebeurt het zoeken naar een andere hulpverlener door zwangere en verloskundige en/of gynaecoloog samen. Overweeg daarbij, zoals gemeld, ook een second opinion elders.

## **DOCUMENTATIE**

Documenteer de wensen van de zwangere goed. Betrek haar zo veel mogelijk bij uw documentatie. Vraag of wat u opschrijft de opvattingen en wensen van de zwangere goed verwoordt. Documenteer vervolgens uw advies en daarna de knelpunten voor de zwangere. Doe dit ook samen met haar, zodat u consensus over de discussiepunten bereikt. Beschrijf welke tegemoetkomingen u hebt voorgesteld ten aanzien van de wensen van de zwangere, zoals intermitterend CTG, douche in plaats van bad, eventuele begeleiding door de eerste lijn in het ziekenhuis, etc. Vermeld of deze alternatieven acceptabel voor haar zijn, en wat resterende discussiepunten zijn waarover u geen consensus hebt bereikt. Zo maakt u ook medicolegaal duidelijk waarom beleid buiten gebruikelijke paden of in afwijking van richtlijnen of protocollen is voorgesteld.

## **JURIDISCHE ASPECTEN**

### **Afwijken van richtlijnen**

Richtlijnen van de KNOV en NVOG, transmurale en regionale richtlijnen alsmede de VIL geven als regel evidence based adviezen over wenselijke zorg. Bij de besluitvorming spelen ook de praktijkervaring van de hulpverlener en de voorkeuren van de cliënt/patiënt een rol.<sup>1</sup> De hulpverlener adviseert op basis hiervan over de door de beroepsgroep wenselijke geachte vorm en inhoud van de zorg. Na afweging van individuele wensen en beoordeling van de individuele situatie vindt gezamenlijke besluitvorming plaats over de uiteindelijke gewenste en geadviseerde zorg. Afwijken van richtlijnen mag dus, mits gefundeerd, goed beargumenteerd alsmede gedocumenteerd.

### **Informed consent**

De WGBO stelt dat voor elke (be)handeling van de zwangere toestemming nodig is. U moet informatie verstrekken over het doel en de uitvoering van de (be)handeling en toestemming vragen. Dit geldt voor alle handelingen bij patienten en in dit geval bij zwangeren zoals bijvoorbeeld het meten van de bloeddruk, het beoordelen van de fundus, het maken van een CTG, het doen van inwendig onderzoek en handelingen die inbreuk maken op de integriteit van het lichaam, zoals het zetten van een episiotomie of het verrichten van een sectio caesarea (SC).

Naarmate de (be)handeling electiever en minder spoedeisend is, zijn de eisen aan het informed consent stringenter. Ook in een spoedsituatie hoort u informed consent te verkrijgen. De wijze waarop kan verschillen. Bij een primaire geplande SC moeten uitgebreid de mogelijke complicaties en lange termijn gevolgen besproken worden, alsmede het alternatief van een vaginale partus. Bij ernstige foetale nood is opting-out mogelijk: 'ik stel voor een spoed SC te doen omdat uw kind in nood is, ik neem aan dat u daarmee akkoord gaat?'

Idealiter zijn dit soort situaties al bij de bespreking van het geboortepan aan bod gekomen. Indien een vrouw bijvoorbeeld geen episiotomie wenst, ook niet bij foetale nood, is het verstandig deze wens te exploreren, ook ten tijde van de baring. Bijvoorbeeld: 'ik weet dat u niet ingeknipt wilt worden, maar ik vind dit nu wel wenselijk omdat ... Blijft u bij uw wens?' U dient de wens van de zwangere als zij bij haar standpunt blijft altijd te honoreren, ook al hebt u een andere opvatting over wat wenselijk is. Zie hiervoor artikel 7:450 lid 1 van de WGBO: Geeft de patiënt geen toestemming, dan kan het onderzoek of de behandeling geen doorgang vinden.

### **Mag een vrouw thuis bevallen bij een medische indicatie?**

Een zwangere heeft het recht zelf te bepalen waar zij wil bevallen en bijvoorbeeld thuis te bevallen ook al bestaat er een medische indicatie. Zij heeft dit recht ook als de verloskundig hulpverlener een thuisbevalling onwenselijk vindt.<sup>ii</sup> Volg in een dergelijke situatie de adviezen zoals boven beschreven en zoek of het mogelijk is een oplossing te vinden die wél acceptabel is voor de zwangere en voor de zorgverlener. Streef naar een gezamenlijk gesprek van eerste en tweede lijn met de zwangere om opties te bespreken. Ga na of de zwangere de informatie heeft begrepen en documenteer dit ook. Bespreek wat de zwangere van plan is mocht haar wens niet gehonoreerd worden, bijvoorbeeld als de eerstelijns verloskundige haar (thuis) niet bij wil of kan staan. Mocht de vrouw besluiten het advies van de gynaecoloog te negeren, laat dan als gynaecoloog in ieder geval blijken dat zij toch welkom is in het geval van problemen of bij verandering van mening. Geef haar zo goed mogelijke instructies mee over signalen die kunnen duiden op pathologie welke ingrijpen wenselijk maakt. Bespreek ook bij welke alarmsignalen zij wel handelen of ingrijpen accepteert zonder dat een meningsverschil ontstaat.

### **De belangen van de foetus versus die van de vrouw**

Naarmate de zwangerschap vordert, wordt de foetus steeds meer beschermwaardig. Er zijn in de praktijk weinig mogelijkheden om dit recht af te dwingen als een zwangere een behandeling weigert. Een Rechterlijke Machtiging (RM) voor een In Bewaring Stelling (IBS) is alleen mogelijk bij een zwangere die geestesgestoord en daardoor wilsonbekwaam is. Een melding bij het AMK (sinds 2015 Veilig Thuis) is niet zinvol/wenselijk indien u met een wilsbekwame zwangere van mening verschilt over het obstetrische beleid. Wel is dit noodzakelijk als u zich ernstige zorgen maakt over de psychosociale omstandigheden zoals dreigende verwaarlozing bij verslaving of ernstige psychiatrische problematiek. U kunt dan al dan niet anoniem om advies vragen. In dergelijke situaties kan vanaf 24 weken een Voorlopige Ondertoezichtstelling (VOTS) worden uitgesproken. Zo'n maatregel betreft niet het beleid en de medische zorg rond de partus.

### **Hoe gaat u om met de VIL, richtlijnen en zorgpaden?**

Zowel de VIL als richtlijnen en zorgpaden zijn bedoeld om de verloskundig hulpverlener kaders te geven voor de zorg en begeleiding voor de zwangere. U bespreekt op basis van deze documenten met de zwangere waarom u bepaalde zorg passend vindt en adviseert. U kunt (gemotiveerd en gefundeerd) afwijken van een richtlijn, protocol of zorgpad. Soms omdat u de situatie anders inschat, soms omdat de zwangere niet akkoord gaat met het voorgestelde beleid. Documenteer deze overwegingen, bij voorkeur samen met en geaccordeerd door de zwangere. Betrek ook de partner hierbij, alhoewel u strikt genomen geen behandelrelatie met hem (haar) hebt. Bedenk altijd dat zorg, afgestemd op de individuele vrouw, ook als die van de richtlijnen afwijkt, wel degelijk optimaal kan zijn.

### **Wie is er verantwoordelijk bij een verkeerde afloop?**

Wat als het niet goed afloopt voor moeder en/of kind? Wie is dan verantwoordelijk? Kunnen behandelaren tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden gehouden voor een slechte afloop? De verloskundige hulpverlener zal dan moeten aantonen dat hij/zij al datgene wat in zijn/haar professionele vermogen ligt te hebben gedaan om de zwangere van informatie, advies en hulp te dienen. U bent niet verantwoordelijk voor een weloverwogen keuze van een wilsbekwame zwangere.<sup>iii</sup> U bent wel verantwoordelijk voor een zorgvuldige procedure en wijze van handelen, maar niet voor de uiteindelijke uitkomst. U moet er wel alles aan gedaan hebben om de zwangere in zorg te houden en dit ook hebben gedocumenteerd. Dit geldt zowel voor de eerste als de tweedelijns hulpverlener. Daarbij is het niet toegestaan om schriftelijke afspraken met de zwangere te maken met als doel de verantwoordelijkheid voor de afwijkende zorgvraag neer te leggen bij de zwangere. Wel dient gedocumenteerd te worden welke informatie is gegeven, welke discussie heeft plaatsgevonden en welk vangnet is besproken.

### **Het opzeggen van de behandelingsovereenkomst**

Uit de WGBO en jurisprudentie blijkt dat beëindiging van de behandelingsovereenkomst door de hulpverlener alleen op grond van gewichtige redenen kan plaatsvinden en dat, alvorens daadwerkelijk beëindiging kan plaatsvinden een overgangperiode in acht genomen moet worden. Ook moet voor alternatieve hulpverlening worden gezorgd. Alleen het door de zwangere niet volgen van een verloskundig advies zal de rechter niet als gewichtige reden accepteren. Voor zover bekend, ontbreekt jurisprudentie over het opzeggen van de behandelovereenkomst bij verloskundige zorg. Indien een verloskundige hulpverlener zou besluiten de behandelingsovereenkomst op te zeggen, dan is deze verplicht te voldoen aan zorgvuldigheidseisen zoals een redelijke termijn. Deze termijn wordt mede bepaald door de mate van afhankelijkheid van zorg. Ook is voortzetting van zorg noodzakelijk totdat een andere hulpverlener gevonden is.<sup>iv</sup>

In acute situaties is er altijd een zorgplicht, ook zonder een geneeskundige behandelingsovereenkomst. De eerste lijns verloskundige is in een acute situatie - ook als die door de cliënt zelf is gecreëerd - gehouden de cliënt bij de bevalling zo goed als mogelijk bij te staan en te handelen naar wat er binnen haar of zijn vermogen ligt. In een dergelijke situatie kan de verloskundige niet snel verweten worden dat zij niet bevoegd of bekwaam is. Ook de gynaecoloog heeft in een dergelijke situatie een zorgplicht. Informed consent blijft nodig voor alle handelingen.

### **Uw plicht tot hulpverleners**

Verloskundig hulpverleners mogen de zwangere nooit van hulp verstoken laten wanneer de zwangere vrouw een andere mening is toegedaan dan de hulpverlener. Evenmin mogen zij de vrouw medische hulp weigeren als zij zich op het laatste moment (of zelfs te laat) bedenkt. Zie in dit verband de KNOV Beroepscode van Verloskundigen (2009) artikel 2.17: ‘Wanneer een cliënte durante partu een noodzakelijk geachte verwijzing naar een specialist weigert, informeert de verloskundige zo spoedig mogelijk de specialist. Indien de zwangere haar weigering volhoudt, zal de verloskundige, liefst schriftelijk vastgelegd, te kennen geven dat zij tegen haar wens en inzicht, doch naar beste kennen en kunnen, de noodzakelijke zorg zal geven. In dat geval informeert de verloskundige een collega en schakelt zij in acute situaties extra hulp in van een bij voorkeur ervaren collega.’ De eerstelijns verloskundige heeft naast haar plicht om de nodige verloskundige zorg te verlenen ook de plicht om de zwangere tot op het laatste moment te wijzen op de risico’s, die zij op dat moment neemt en haar te adviseren om de geldende richtlijnen te volgen. Zie hiervoor de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege.<sup>v</sup> Dit geldt evenzo voor gynaecologen.

### **TOT SLOT**

Het omgaan met zwangeren met wensen die afwijken van protocollen of richtlijnen is uitdagend en vergt veel communicatieve vaardigheden. Daadwerkelijke interesse, een niet veroordelende houding en respect voor de zwangere dragen bij aan een atmosfeer waarin de zwangere meer open kan staan voor de argumenten van de verloskundig hulpverlener. Het uiteindelijke doel is om de zwangere zo goed mogelijk te informeren, te verifiëren of zij de gegeven informatie goed heeft begrepen, eventuele alternatieven met haar te bespreken, zodat zij uiteindelijk goed geïnformeerd, een beslissing kan nemen.

### **TOT STAND KOMING**

Deze leidraad is geïnitieerd door de Werkgroep ‘Zorgvragen buiten de VIL’ van de KNOV en de Commissie Gynaecoloog en Maatschappij van de NVOG. De uiteindelijke versie is na consultatie door de leden geaccordeerd door de besturen van de KNOV en de NVOG dd ....

---

<sup>i</sup> Opschudding over evidencebased medicine. Van reductionisme naar realisme in de toepassing van richtlijnen. Jako S. Burgers. Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159:A8376

<sup>ii</sup> Europees Hof voor de rechten van de Mens, Ternovsky vs Hungary, ECHR, 14 december 2010, 67545/09

<sup>iii</sup> Perinataal beleid; uiteindelijk eigen keuze van de zwangere?

W.L.J.M. Duijst, J. van Eyck, R.J.P. Kottenhagen. NTOG September 2013, 351-354

<sup>iv</sup> <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/62463/Richtlijn-nietaangaan-of-beeindiging-van-de-geneeskundige-behandelingsovereenkomst-2005.htm>

<sup>v</sup> [http://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2014/ECLI\\_NL\\_TGZCTG\\_2014\\_263?zoekterm=verloskundige&DomeinNaam=gezondheidszorg&Pagina=1&ItemIndex=8](http://tuchtrecht.overheid.nl/zoeken/resultaat/uitspraak/2014/ECLI_NL_TGZCTG_2014_263?zoekterm=verloskundige&DomeinNaam=gezondheidszorg&Pagina=1&ItemIndex=8)