



# 'Post Traumatische Stress Stoornis in relatie tot informed consent'

Adviesrapport



## Voorwoord

In september 2016 zijn wij als projectgroep, bestaande uit Gerja Grootens, Anja Kremer en Marije Mink, van start gegaan tijdens de minor Public Health Promotion (PHP), gevolgd op de Verloskunde Academie te Groningen (VAG).<sup>1</sup> Naar aanleiding van onderzoek door E. Bosch, in opdracht van Stichting Bevallingsstrauma, hebben wij de opdracht van Stichting Bevallingsstrauma gekregen om te onderzoeken of verloskundigen durante partu wel of geen informed consent verlenen. De resultaten en de aanbevelingen zijn opgenomen in dit adviesrapport.

Via deze weg willen wij Tosca Gort-Gaakeer, Merim van Hazendonk en Daniëlle Verstraete - Kooij van Stichting Bevallingsstrauma bedanken voor het vertrouwen die zij ons gaven door het aanbieden van deze opdracht. Daarnaast willen we hun bedanken voor de expertise en begeleiding die wij van hen hebben ontvangen tijdens het project.

Ook willen wij Aline Goldschmidt, docente aan de VAG, bedanken voor de begeleiding en steun die zij ons heeft gegeven bij het schrijven van het plan van aanpak en de verantwoording gedurende het project.

Wij wensen jullie veel leesplezier!

Gerja Grootens

Anja Kremer

Marije Mink

Groningen, 27 januari 2017

## Inhoudsopgave

Voorwoord .....	1
Samenvatting.....	3
1 Inleiding .....	5
2 PTSS .....	7
3 #Wat speelt er in de media.....	10
4 Wet- en regelgeving .....	12
5 Visie.....	18
5.1. Moeder en kind in de hoofdrol .....	19
5.2. Transparante communicatie .....	19
5.3. Wet- en regelgeving .....	19
5.3.1. Rollenspelen.....	20
5.4. Kwaliteit opleiding.....	20
5.5. Samen verantwoordelijk .....	20
6 Conclusie en aanbevelingen .....	21
6.1    Conclusie en aanbevelingen per determinant.....	21
6.2    Conclusie en aanbevelingen .....	27
Literatuurlijst .....	28
Bijlage 1 Resultaten interviews.....	28
Bijlage 2 Resultaten focusgroep .....	28
Bijlage 3 Kosten .....	28
Bijlage 4 BRAINS Methodiek.....	28
Bijlage 5 Uitwerking en argumentatie aanbevelingen .....	28

## Samenvatting

Dit adviesrapport gaat over Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS) in relatie tot het wel of niet verlenen van informed consent durante partu door verloskundigen. Uit onderzoek van dr. Stramrood blijkt dat 1-3% van de vrouwen PTSS ontwikkelt binnen zes maanden postpartum.<sup>2</sup> In Nederland is Stichting Bevallingsstrauma opgericht om juist deze vrouwen te ondersteunen en meer bekendheid over PTSS te creëren.<sup>3</sup> Zo is er in opdracht van hen onderzoek gedaan door E. Bosch naar informed consent in de geboortezorg.<sup>4</sup> Uit dit onderzoek blijkt dat eenderde van de ondervraagde vrouwen, die een traumatische baring hebben gehad, niet op de hoogte was van de uitgevoerde handelingen durante partu. Dit was de aanleiding voor de projectgroep om te onderzoeken of verloskundigen durante partu wel of geen informed consent verlenen. De hypothese die daarbij is opgesteld is als volgt: 'er bestaat een relatie tussen het niet verlenen van informed consent durante partu door de verloskundige en het ontwikkelen van PTSS postpartum'. Om deze hypothese te beantwoorden is kwalitatief onderzoek uitgevoerd onder veertien verloskundigen werkzaam in de eerste- en tweedelij in Noord-Nederland. De belangrijkste conclusie is dat verloskundigen niet goed op de hoogte zijn van de wet- en regelgeving omtrent informed consent, zoals beschreven staat in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Met name in acute situaties durante partu zijn verloskundigen geneigd te handelen, ook zonder toestemming te vragen aan de zwangere. Of hiermee daadwerkelijk de hypothese beantwoord is, is lastig te zeggen. Wel laten de resultaten uit dit onderzoek zien dat het zeer aannemelijk is dat de link te leggen is tussen het niet verlenen van informed consent en het ontwikkelen van PTSS postpartum. Deze resultaten ondersteunen de resultaten van het onderzoek door E. Bosch, namelijk dat verloskundigen geen informed consent verlenen en dat daardoor de vrouwen niet op de hoogte zijn van de handelingen. Hiermee is volgens de projectgroep de link te verklaren tussen het ontstaan van PTSS en het niet verlenen van informed consent door de verloskundigen.

Vanuit de resultaten, dat verloskundigen niet goed op de hoogte zijn van de wet- en regelgeving, heeft de projectgroep de volgende aanbeveling opgesteld: 'alle verloskundigen werkzaam in Nederland zijn per januari 2018 bijgeschoold over de WGBO omtrent informed consent durante partu en verlenen informed consent bij elke (be)handeling die ze uit willen voeren'. Daarnaast zal informed consent en de WGBO naar voren komen tijdens VSV-bijeenkomsten.

Tot slot is de aanbeveling gesteld dat informed consent en de WGBO een grotere rol dienen te krijgen aan de verloskunde academies. Over vijf jaar verwacht de projectgroep, door de invoering van de bijscholing, dat verloskundigen informed consent verlenen en dat daardoor het percentage vrouwen met PTSS verminderd is.

## 1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt besproken wat de aanleiding was voor het schrijven van dit adviesrapport. Daarnaast wordt er een beschrijving gegeven van het gezondheidsprobleem.

Het gezondheidsprobleem dat centraal staat in dit adviesrapport is PTSS. Uit Nederlands onderzoek naar PTSS door dr. Stramrood blijkt dat 1-3% PTSS ontwikkelt binnen zes maanden postpartum.<sup>2</sup> Dat het probleem niet bij een enkel individu voorkomt, laat zien dat het een collectief probleem is.<sup>5</sup> Voor het bevorderen van de volksgezondheid zullen er collectieve maatregelen genomen moeten worden. Stichting Bevallingsstrauma werkt aan deze collectieve maatregelen. Deze stichting is in 2015 opgericht om vrouwen met een bevallingsstrauma ondersteuning te bieden en hen te laten zien dat zij verreweg niet alleen zijn.<sup>3</sup> Eén van de missies van Stichting Bevallingsstrauma is manieren te vinden om een bevallingsstrauma te voorkomen en meer bekendheid te creëren. Dit doen zij door onderzoek over PTSS te stimuleren onder wetenschappers en studenten.

In 2016 heeft E. Bosch, in opdracht van Stichting Bevallingsstrauma, kwalitatief onderzoek gedaan naar informed consent in de geboortezorg.<sup>4</sup> Hierin heeft zij 69 respondenten, die een traumatische baring hebben meegemaakt, ondervraagd middels een online vragenlijst. Eén van de belangrijkste uitkomsten van dit onderzoek is dat 25 vrouwen niet volledig op de hoogte waren van de uitgevoerde handeling, tegenover 21 vrouwen die aan gaven wel op de hoogte te zijn gebracht. De rest van de vrouwen gaf aan dat ze bij bepaalde handelingen wel goed werden ingelicht en op andere momenten weer niet, of dat ze het niet goed meer wisten. Hieruit blijkt dat er niet in alle situaties informed consent is verleend. Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek is de volgende hypothese opgesteld: *'er bestaat een relatie tussen het niet verlenen van informed consent durante partu door de verloskundige en het ontwikkelen van PTSS postpartum'*.

Eind 2015 is het onderwerp 'sectio caesarea onder dwang' uitgebreid besproken in de Rotterdamse Beraadgroep.<sup>6</sup> Een casus waarbij zonder toestemming van de cliënt een sectio caesarea werd uitgevoerd. Verschillende vragen roept dit op: 'Waarom mag een cliënt niet zelf beslissen wat er met haar lichaam gebeurt?'

Wat doen we met de wet die stelt dat een cliënt recht heeft op lichamelijke integriteit? Mag informed consent in deze situatie overgeslagen worden? Uit bovenstaande blijkt dat dit een omstreden onderwerp is. De vraag blijft: 'Wordt er in de praktijk gehandeld zoals de WGBO voorschrijft?' Hier wordt in dit adviesrapport antwoord op gegeven.

Het adviesrapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk twee wordt nader ingegaan op PTSS. Wat zijn de gevolgen van PTSS? Welke risicofactoren zijn er bekend en wat is de behandeling van PTSS? Deze vragen worden door middel van literatuur beantwoord. In hoofdstuk drie wordt kort een overzicht gegeven van de actualiteit van het onderwerp in de media. In hoofdstuk vier worden de wet- en regelgeving omtrent de rechten en plichten van zorgverleners en cliënten beschreven. De theorie naar aanleiding van informed consent wordt hierbij nader toegelicht. In hoofdstuk vijf wordt de visie beschreven die de projectgroep beoogt ten aanzien van hoe de komende jaren in Nederland gewerkt wordt aan de ontwikkeling van kennis over de WGBO, met nadruk op informed consent. Het adviesrapport eindigt in hoofdstuk zes met een weergave van de belangrijkste conclusies per determinant en de conclusies uit de focusgroep. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met de aanbevelingen die de projectgroep heeft opgesteld. De resultaten van de interviews en de focusgroep zijn opgenomen in bijlage één en twee.

## 2 PTSS

In het vorige hoofdstuk staat beschreven dat PTSS het gezondheidsprobleem is dat centraal staat in dit adviesrapport. In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op PTSS. De gevolgen, behandeling en risicofactoren van PTSS staan hier beschreven.

Volgens het Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-V) is er sprake van PTSS indien symptomen van herbeleving, verhoogde prikkelbaarheid en vermijding een maand aanhouden.<sup>7</sup> PTSS wordt volgens het DSM-V onderverdeeld in zes criteria. Alleen als aan alle zes de criteria wordt voldaan is er sprake van PTSS. 22-40% van alle vrouwen heeft postpartum last van partiële PTSS symptomen.<sup>8</sup> Zij voldoen niet aan alle zes de criteria volgens het DSM-V, maar leven wel met veel dezelfde symptomen als vrouwen met PTSS en kunnen aanzienlijk lijden tot gevolg hebben. Dit maakt het gezondheidsprobleem nog groter.

PTSS veroorzaakt beperkingen in het functioneren van de vrouw, maar ook in haar gezin.<sup>9-11</sup> PTSS kan een bedreiging vormen voor de moeder-kindband, omdat de hechting postpartum tussen moeder en kind niet of onvoldoende op gang komt. Een kind kan hierdoor mogelijk problemen krijgen in de psychosociale- en emotionele ontwikkeling. Daarnaast komt door PTSS de relatie tussen een vrouw en haar partner onder druk te staan. Vrouwen geven hierin zelf aan dat er sprake is van meningsverschillen, schuldgevoelens en seksuele disfunctie. Deze relatieproblemen kunnen, samen met de angst voor een volgende baring, ervoor zorgen dat een vrouw niet weer opnieuw zwanger durft te worden.<sup>12-13</sup> Daarnaast heeft PTSS ook gevolgen voor de overheid. Psychische aandoeningen is één van de meest gemelde beroepsziekten.<sup>5</sup> Dit komt overeen met de uitgaven die er in 2011 door de overheid gemaakt zijn voor zorg en welzijn, zie voor meer informatie bijlage drie.<sup>14</sup> Voor psychische stoornissen zijn de uitgaven het grootst, namelijk €19.613,-. Dit omvat 22% van de totale uitgaven voor zorg en welzijn.

Vrouwen die na een traumatische baring PTSS hebben ontwikkeld, herstellen meestal niet spontaan.<sup>15</sup> Als behandeling gaat de voorkeur uit naar cognitieve gedragstherapie en eye-movement desensitization (EMDR).<sup>16-17</sup> EMDR is de meest gebruikte behandeling voor PTSS en is bewezen effectief.<sup>18</sup>



Tabel 1 laat zien wat de risicofactoren zijn voor het ontwikkelen van PTSS postpartum. Deze factoren zijn onder te verdelen in psychosociale factoren, de ervaring van de vrouw zelf tijdens de baring en medische factoren tijdens de zwangerschap en baring.

**Tabel 1. Risicofactoren voor PTSS**

<b>Psychosociale factoren</b>	<b>Bevallingservaring van de vrouw</b>	<b>Medische factoren tijdens de zwangerschap en baring</b>
PTSS in de anamnese <sup>3,9,19-21</sup>	Gebrek aan ervaren steun <sup>3,9,21</sup>	Het zetten van een episiotomie <sup>9,12,20</sup>
Onvoldoende interne locus of control/weinig zelfvertrouwen <sup>12</sup>	Gevoel van controleverlies/ machteloosheid <sup>3-4,12,19-21</sup>	Spoedkeizersnede <sup>3-4,19,21,23</sup>
Onvoldoende coping en stressmechanismen <sup>3,9,20</sup>	Tijdsduur van de baring, kort of juist lang <sup>3,19,22</sup>	Instrumentele verlossing <sup>3,9,19,21,23</sup>
Angst/paniek <sup>3-4,12,20-21</sup>	Pijn tijdens de baring en/of slechte pijnverlichting <sup>3-4,19-20</sup>	Inleiding van de baring <sup>3,12,23</sup>
Depressie in de anamnese of postpartum <sup>3,9,20-21</sup>	Angst voor het verliezen van de baby, complicaties bij de baby <sup>4,19,21,23</sup>	Zwangerschapscomplicaties, zoals vroeggeboorte, pre-eclampsie <sup>3-4,9,20,22</sup>
	Onvoldoende informatie en uitleg door zorgverleners <sup>4,19</sup>	
	Weinig interactie met de zorgverleners, onpersoonlijke behandeling, negatieve perceptie, niet luisteren <sup>12,19,23</sup>	
	Niet uitgekomen verwachtingen <sup>12</sup>	

Vanuit deze risicofactoren kan geconcludeerd worden dat communicatie tijdens de baring en daarmee het behoud van de regie door de vrouw een belangrijke determinant is voor de manier waarop zij haar bevalling ervaart.

Zou PTSS postpartum niet preventief voorkomen kunnen worden? Uit onderzoek blijkt dat vrouwen die continuous support ontvingen tijdens de baring minder vaak ontevreden zijn over de bevalling in vergelijking met vrouwen die geen continuous support ontvingen.<sup>24</sup> Vrouwen die continuous support ontvingen gaven aan meer ondersteunende zorg te hebben gekregen, waaronder emotionele ondersteuning en voorlichting. Deze ondersteuning geeft hen meer gevoel van controle en vertrouwen, waardoor er minder verloskundige interventies nodig zijn. Zoals tabel 1 laat zien, zijn juist deze verloskundige interventies mogelijk een aanleiding tot het ontwikkelen van PTSS. Vanuit deze onderbouwing is door de projectgroep de aanname gesteld dat door continuous support tijdens de baring een vrouw minder kans heeft op het ontwikkelen van PTSS. Deze aanname wordt daarom meegenomen in dit onderzoek.

### 3 #Wat speelt er in de media

Uit het vorige hoofdstuk blijkt dat PTSS ernstige gevolgen kan hebben voor moeder en kind. Daarnaast werden de risicofactoren beschreven voor het ontwikkelen van PTSS postpartum. In dit hoofdstuk wordt een beeld geschetst van de manieren waarop er over dit onderwerp in de media gesproken wordt.

In de hele wereld worden acties ondernomen om vaders, moeders en zorgverleners een stem te geven voor het doorbreken van het taboe over een negatieve of traumatische baringservaring.<sup>25</sup>

Wereldwijd worden deze berichten gedeeld onder de naam: 'roses revolution'. Uit het artikel van de World Health Organisation (WHO) 'The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth' (2015) blijkt dat er wereldwijd veel vrouwen zijn die disrespectvol behandeld en beledigd worden gedurende hun bevalling.<sup>26</sup> Onderstaande schrijft de WHO over respectloze zorg tijdens de baring: 'Many women experience disrespectful and abusive treatment during childbirth in facilities worldwide. Such treatment not only violates the rights of women to respectful care, but can also threaten their rights to life, health, bodily integrity, and freedom from discrimination. This statement calls for greater action, dialogue, research and advocacy on this important public health and human rights issue'.

Stichting Geboortebeweging wil vrouwen ondersteunen die weinig of geen keus in de geboortezorg ervaren.<sup>27</sup> Sinds de oprichting van de stichting in 2011 wordt elke dag duidelijker hoe hard dit nodig is. Wat doet de Geboortebeweging zoal? Zij informeert vrouwen over hun rechten, komt op voor vrouwen wiens rechten (dreigen te) worden of zijn geschonden, draagt bij aan cliëntparticipatie, neemt deel aan maatschappelijk en politiek debat en vormt een (inter)nationaal netwerk voor de rechten van de vrouw in de geboortezorg. De geboortebeweging creëerde in Nederland van 25 november 2016 tot en met 10 december 2016 een platform voor vrouwen die negatief terugkijken op de zorg die zij ontvingen tijdens hun bevalling, onder de noemer #genoeggezwegen.<sup>28</sup> De ervaringen van vrouwen werden door middel van 'tekst in beeld' elke dag op de facebookpagina van de Geboortebeweging gedeeld. Daarnaast haalde deze actie het RTL-nieuws op 23 november 2016. Het doel van deze actie is het doorbreken van het zwijgen

rondom negatieve ervaringen in de geboortezorg.<sup>29</sup> Dit gaat in feite over alles wat vrouwen behelst wat zij tijdens hun zwangerschap of bevalling als gewelddadig hebben ervaren. Ook wel 'obstetric violence' genoemd in de internationale media en literatuur. Daarnaast zijn er meer vormen van onrecht die voorkomen. Een voorbeeld is dat een barend bang wordt gemaakt, een manier om haar te overtuigen van de noodzaak van een ingreep of dat vrouwen lang alleen zijn gelaten tijdens de baring. En zo zijn er nog tal van voorbeelden te noemen waarbij zwangeren of barenden een gevoel van vervreemding, vernedering of zelfs beschadiging hebben opgelopen.

In de praktijk ziet de Geboortebeweging veel voorbeelden van onterecht omgaan met de cliëntenrechten. Er mag namelijk vanuit de WGBO niets gebeuren zonder toestemming.<sup>30</sup> In de zorg is men vooral bezig met de intentie, de bestwil van de zwangere, of nog vaker, dat van haar baby. Het lijkt hiermee een taboe om te spreken over je (traumatische) ervaringen.

Op 14 januari 2017 is het artikel 'Nederlandse vrouwen te vaak ingeknipt bij bevalling: 'Vrouwen lijden onnodig pijn' op RTL-nieuws geplaatst.<sup>31</sup> Het artikel beschrijft dat in 2015 19,2% van de vrouwen die in de eerstelijns beviel werden ingeknipt. In de tweedelijns was dit 48,5%. Een groot deel van dit percentage wordt onnodig ingeknipt. Ook zijn er geen algemeen geldende richtlijnen opgesteld, waardoor het percentage per ziekenhuis sterk kan wisselen. Het zetten van een episiotomie is niet zonder gevolgen. Vaak hebben vrouwen pijn aan de wond, voelt het strak op de plek waar er is gehecht en ervaren ze pijn bij het vrijen. Daarom is het van belang dat vrouwen van tevoren goed worden ingelicht over een episiotomie en dat het duidelijk wordt dat vrouwen zelf een keus hebben en wilsbekwaam blijven. Volgens Gort-Gaakeer moeten vrouwen weten dat het niet normaal is, dat het een noodmiddel is en dat vrouwen een keuze hebben. Vaak wordt door verloskundigen en andere zorgverleners alleen meegedeeld dat ze een knip gaan zetten, maar bevallende vrouwen zijn nog altijd wilsbekwaam. Dit adviesrapport onderstreept waarom het aandacht verdient dat verloskundigen informed consent verlenen voordat ze een episiotomie zetten.

## 4 Wet- en regelgeving

Uit het vorige hoofdstuk is duidelijk geworden dat er recent meerdere acties in de media zijn geweest om de bevallingservaringen van vaders, moeders en zorgverleners te delen. Verschillende organisaties, zoals Stichting Geboortebeweging en Stichting Bevallingstrauma, zien in de praktijk veel voorbeelden van onterecht omgaan met patiëntenrechten. Maar wat zijn eigenlijk de rechten en plichten van cliënten en zorgverleners? Dit hoofdstuk geeft een weergave van de WGBO omtrent de rechten en plichten van cliënten en zorgverleners.

In de zorg die de verloskundige geeft vormen de wet- en regelgeving en de richtlijnen van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) de leidraad.<sup>32</sup> De verloskundige dient haar eigen grenzen van haar beroepsuitoefening in acht te nemen. Zij zal alleen handelingen uitvoeren waarvoor zij bevoegd en bekwaam is, zie hiervoor de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG).<sup>33</sup> De verloskundige heeft steeds het belang van de vrouw en haar ongeboren kind voor ogen.<sup>32</sup> Hiermee neemt de verloskundige de rechten van de cliënt in acht, zoals deze voortvloeien uit de wetgeving, uit rechtspraken en uit richtlijnen van de beroepsgroep. Onder andere deze gedragingen en regels belooft de verloskundige wanneer zij beëdigd wordt, door de Eed van Hippocrates af te leggen. Deze eed vormt de basis van waaruit verloskundigen handelen.

### **Eed van Hippocrates**

‘Ik zweer/beloof dat ik de verloskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens.

Ik stel het belang van de cliënt voorop en eerbiedig haar opvattingen.

Ik zal aan de cliënt geen schade doen.

Ik luister en zal haar goed inlichten.

Ik zal geheimhouden wat mij is toevertrouwd.

Ik zal de verloskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen.

Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden.

Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving.

Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen.

Ik maak geen misbruik van mijn verloskundige kennis, ook niet onder druk.<sup>32</sup>

### **Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg**

Verloskundigen vallen onder de Wet BIG.<sup>32-33</sup> Dit betekent dat verloskundigen bevoegd zijn tot het uitvoeren van de voorbehouden handelingen die bij hun beroep horen, mits zij ook bekwaam zijn. Het is de verantwoordelijkheid van de verloskundige zelf dat zij bekwaam blijft. Hiervoor bestaat het Kwaliteitsregister Verloskundigen. De Wet BIG beschermt daarmee tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen van beroepsbeoefenaren. Daarnaast bevordert en bewaakt het de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

### **Nederlandse Grondwet**

In de Nederlandse Grondwet staan rechten die een vrouw heeft, namelijk recht op privacy en onaantastbaarheid van haar lichaam, die in artikel 10 en 11 worden beschreven.<sup>34</sup>

#### Artikel 10 Privacy

*'Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer'.*

Onder de persoonlijke levenssfeer wordt onder andere verstaan: het recht op eerbiediging van de lichamelijke integriteit.

#### Artikel 11 Onaantastbaarheid lichaam

*'Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op onaantastbaarheid van zijn lichaam'.*

In dit artikel staat het recht op de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam. Ieder individu mag zelf bepalen wat er met zijn of haar lichaam gebeurt, welke medische handelingen worden verricht en welke medicijnen worden ingenomen.

Hoogleraar Kingma heeft deze rechten en plichten van een vrouw tijdens de baring als volgt beschreven: *'Een baring is een - emotioneel en lichamelijk - ingrijpende en intieme gebeurtenis. Het is belangrijk dat vrouwen zeggenschap houden over dit proces en dat hun zelfbeschikkingsrecht en lichamelijke integriteit gerespecteerd worden. Naast lage babysterfte zijn de fysieke en mentale gezondheid van moeder en het respecteren van hun keuzevrijheid en autonomie, belangrijke waarden in een geboortezorgsysteem'.*<sup>35</sup>

### **Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst**

In de WGBO, die in het Burgerlijk Wetboek staat uitgeschreven in hoofdstuk zeven, staan de rechten en plichten van zowel de zorgverlener als de cliënt beschreven.<sup>30,32</sup> Het is de plicht van de zorgverlener om de juiste zorg op een respectvolle wijze aan te bieden. De plicht van de cliënt is om de zorgverlener de juiste informatie te geven en mee te werken. Onderwerpen van de WGBO zijn onder andere informatieplicht en toestemmingsvereiste.

Met informatieplicht wordt bedoeld dat de verloskundige alle informatie geeft aan de cliënt die nodig is om op een verantwoorde manier beslissingen te nemen over haar gezondheid en behandeling. Toestemmingsvereiste houdt in dat voor iedere behandeling vooraf toestemming van de cliënt nodig is. Het is dus de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om een cliënt te informeren over én toestemming te vragen voor elke (be)handeling, waarmee informed consent wordt verleend.<sup>3-4,36-37</sup> Informed consent houdt in dat de verloskundige de cliënt actief betreft bij de besluitvorming en slechts tot handelen overgaat wanneer de cliënt, nadat ze voldoende is geïnformeerd, daartoe toestemming heeft verleend.<sup>32</sup> De zorgverlener is verplicht het doel van de behandeling, de beschikbare behandelingsopties, met daarbij de voor- en nadelen, de tijdsduur en de slagingskans uit te leggen aan de cliënt.<sup>38</sup> Voorbeelden van (be)handelingen zijn: bloeddruk meten, beoordelen van de fundus, een cardiotocografie (CTG) maken, inwendig onderzoek verrichten, maar ook handelingen tijdens de baring zoals het zetten van een episiotomie of het uitvoeren van een sectio caesarea.

### **Stilzwijgende toestemming**

Zoals in de WGBO vermeld staat, mag een zorgverlener alleen handelen indien de cliënt hiervoor toestemming heeft gegeven.<sup>30</sup> In artikel 466 van het Burgerlijk Wetboek en in artikel 2:6 van de Beroepscode voor Verloskundigen staat dat deze stilzwijgende toestemming mag worden verondersteld te zijn gegeven, indien de desbetreffende verrichting niet van ingrijpende aard is.<sup>32,39</sup> In sommige gevallen kan vanuit het gedrag van de cliënt toestemming worden afgeleid.<sup>40</sup> Een voorbeeld is als een cliënt haar arm uitsteekt, daarmee geeft zij aan dat ze instemt met het meten van de bloeddruk. In dit geval is sprake van stilzwijgende toestemming in een niet ingrijpende situatie. Waar precies de scheiding ligt tussen verrichtingen van ingrijpende aard of niet, staat niet beschreven in de wet. Wel wordt er in de WGBO een onderscheid gemaakt in de informatievoorziening.<sup>38</sup> Zo wordt in een ernstig acute situatie het opting-out principe toegepast. Hiermee wordt bedoeld dat er minder strenge regels gelden aan het verlenen van informed consent in een acute situatie. Zo kan er voor een spoed sectio op deze manier informed consent worden verleend: 'ik stel voor een spoed SC te doen omdat uw kind in nood is, ik neem aan dat u daarmee akkoord gaat?'.<sup>38</sup> Hierdoor wordt tijdverlies voorkomen, maar wordt er toch informed consent verleend. Indien de situatie minder acuut is, zijn de eisen van informed consent stringenter en zal er meer tijd genomen moeten worden voor informed consent. De manier waarop informed consent verleend wordt, en daardoor wel of geen toestemming verkregen wordt, verschilt dus tussen een acute situatie en een niet acute situatie. Ook hierbij geldt dat er niet zwart op wit staat wanneer er sprake is van een acute situatie.

### **Wils(on)bekwaam**

Een vrouw is volledig wilsbekwaam wanneer zij voldoet aan de onderstaande vier criteria:

1. kenbaar kunnen maken van een keuze;
2. begrijpen van relevante informatie;
3. beseffen en waarderen van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie;
4. logisch redeneren en betrekken van de informatie in het overwegen van behandelopties.<sup>41-42</sup>

Er wordt in de (geboorte)zorg altijd van een wilsbekwame cliënt uitgegaan, totdat het tegendeel bewezen en vastgelegd is.<sup>41-44</sup> Maar wanneer is er dan sprake van een wilsonbekwame cliënt? De definitie van wilsonbekwame cliënten, die de WGBO in artikel 7:465 lid 2 als uitgangspunt neemt, is: *'Patiënten die niet in staat kunnen worden geacht tot een redelijke waardering van hun belangen ter zake van een beslissing of situatie die aan de orde is'*.<sup>41-42,44</sup> Bij wilsonbekwaamheid gaat het om het beslissingsvermogen van een cliënt, om in een bepaalde situatie een bepaalde keuze te maken. Indien een cliënt zijn eigen belangen niet meer kan behartigen, is er sprake van wilsonbekwaamheid. Dit is van toepassing op psychogeriatrische cliënten, geestelijk gehandicapten, (chronische) psychiatrische cliënten en comateuze cliënten.<sup>42,45</sup> Als we deze informatie betrekken op de verloskunde, dan zou er van wilsonbekwaamheid sprake zijn, indien een vrouw in een bepaalde situatie geen keuze meer kan maken. Is daar in de verloskunde überhaupt sprake van? Een vrouw mag dan wel aan het bevallen zijn, maar dat betekent nog niet dat zij niet meer in staat is om een eigen keuze te maken. Tenzij ze psychisch of geestelijk gehandicapt is of in coma is. **Er kan geconcludeerd worden dat we in de verloskunde altijd te maken hebben met wilsbekwame vrouwen, waarbij informed consent verleend moet worden en alleen gehandeld mag worden met toestemming van de vrouw, tenzij het tegendeel bewezen is.**

Wanneer er wel sprake is van een wilsonbekwame vrouw, dient toestemming gevraagd te worden voor iedere behandeling, aan de persoon die daarvoor schriftelijk gemachtigd is of de partner, zoals beschreven staat in artikel 7:450 en 7:465 van de WGBO.<sup>30</sup> Wanneer deze vertegenwoordiger een behandeling weigert, mag een zorgverlener alleen handelen zonder toestemming indien *'onverwijlde uitvoering van de verrichting nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen'* (artikel 7:466 lid 1).<sup>30,42-43</sup> Een zorgverlener is in een dergelijke situatie bevoegd en verplicht om voor de cliënt onverantwoorde besluiten van de vertegenwoordiger naast zich neer te leggen, wanneer de nakoming van die besluiten niet verenigbaar is met de zorg van een goede zorgverlener (artikel 7:465, 4e lid WGBO).<sup>30,44</sup> Het kan ook andersom zijn, dat een wilsonbekwame cliënt een ingrijpende behandeling weigert, maar dat haar vertegenwoordiger toestemming heeft gegeven.<sup>44</sup> In dat geval zal de zorgverlener alleen de verrichting uitvoeren als die verrichting ernstig nadeel voorkomt. De zorgverlener bepaalt deze noodzaak, waarmee zijn oordeel voor de toestemming van de vertegenwoordiger staat.<sup>44,46</sup> De zorgverlener kan dus afwijken van het oordeel van de vertegenwoordiger, wanneer goed zorgverlenerschap dit van hem verlangt, zoals in artikel 7:453 van de WGBO vermeld staat.<sup>30,43,46</sup>

### **Weigeren behandeling**

In de relatie met de cliënt heeft de verloskundige steeds het belang van de vrouw en haar ongeboren kind voor ogen.<sup>32</sup> De verloskundige neemt de rechten van de cliënt in acht, zoals deze voortvloeien uit de wetgeving, uit rechtspraken en uit richtlijnen van de beroepsgroep. Zoals eerder besproken staat in de WGBO beschreven dat een vrouw zeggenschap heeft over haar eigen lichaam.<sup>30,34</sup> Voor alle behandelingen dient een vrouw toestemming te geven. Indien een vrouw geen behandeling wenst in het geval zij bekwaam is, mag de verloskundige geen medische hulp geven, ook niet als een vrouw zich op het laatste moment bedenkt.



In de Beroepscode staat in artikel 2:17 beschreven dat *'wanneer een cliënt durante partu een noodzakelijk geachte verwijzing naar een specialist weigert, informeert de verloskundige zo spoedig mogelijk de specialist. Indien de cliënt 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'*.<sup>32,47</sup> Daarnaast mag de gynaecoloog geen zorg weigeren, maar dient te handelen, overeenkomstig artikel 7:453 van de WGBO: *'De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard'*.<sup>39,47</sup>

Als verloskundige dien je er alles aan gedaan te hebben om de cliënt in zorg te houden en daarnaast moet alles gedocumenteerd worden. Dit geldt voor zowel de eerste- als de tweedelijns verloskundige.<sup>38</sup> Wanneer ten tijde van de baring de vrouw niet instemt met een (be)handeling, dient de verloskundige daarmee akkoord te gaan volgens artikel 7:450 lid 1 van de WGBO.<sup>30</sup>

### **Behandelingsovereenkomst weigeren**

Volgens artikel 7:460 van de WGBO mag de verloskundige de behandelingsovereenkomst alleen opzeggen indien er gewichtige redenen zijn.<sup>30</sup> Voordat deze beëindiging plaatsvindt zal er een overgangperiode in acht worden genomen en zal er voor alternatieve zorgverlening gezorgd moeten worden. Een cliënt mag namelijk nooit van hulp verstoken blijven.<sup>32,47</sup> In acute situaties heeft de verloskundige altijd zorgplicht, ook zonder behandelingsovereenkomst.<sup>38</sup> Je dient als verloskundige de cliënt zo goed mogelijk bij te staan en te handelen naar wat er binnen jouw grenzen ligt. Informed consent blijft wel nodig.

### **Verantwoordelijkheid**

Wanneer een cliënt een behandeling weigert terwijl een verloskundige dat nodig acht, is de verloskundige niet verantwoordelijk voor een weloverwogen keuze van een wilsbekwame cliënt.<sup>38</sup> Het belangrijkste is dat de verloskundige aan kan tonen dat alles gedaan is wat in het professionele vermogen van de verloskundige ligt om de cliënt voor te lichten en te helpen. De verloskundige is verantwoordelijk voor een zorgvuldige procedure en wijze van handelen, maar niet voor de uiteindelijke uitkomst. Alles wat er besproken is en de gemaakte keuzes dienen te worden gedocumenteerd. Het is niet toegestaan om de gemaakte afspraken schriftelijk te maken met de cliënt, waarbij de verloskundige de verantwoordelijkheid voor de afwijkende zorgvraag bij de cliënt neerlegt. De beroepscode, artikel 2:6, beschrijft dat de verloskundige de eigen verantwoordelijkheid van de vrouw dient te respecteren.<sup>32</sup>

### **Rechten van cliënt ten opzichte van het belang van het (ongeboren)kind**

Hoe verder de zwangerschap vordert, hoe meer de foetus beschermwaardig is.<sup>38</sup> Indien een cliënt een behandeling weigert, zal ook in dit geval haar wens gerespecteerd dienen te worden. Alleen wanneer een cliënt wilsonbekwaam is, is een rechtelijke machtiging voor inbewaringstelling mogelijk.

Wanneer de neonat geboren is, is voor iedere verrichting toestemming van de ouders of voogd vereist.<sup>30</sup> Indien de ouders een verrichting weigeren die ernstig nadeel bij de neonat kan voorkomen, mag deze verrichting zonder toestemming van de ouders of voogd worden uitgevoerd, volgens artikel 7:450 van de WGBO.

### **Juridische geldigheid geboorteplan**

Het geboorteplan wordt steeds meer gebruikt in de verloskunde.<sup>48</sup> Op dit moment ligt er een spanningsveld op hoe juridisch het geboorteplan is. Het is tot dusver nog niet opgenomen in de wet in welke mate het geboorteplan juridisch is. Het Centraal Tuchtcollege heeft een signaal afgegeven over de waarde van het geboorteplan. Het geboorteplan moet worden opgenomen in het medisch dossier. Daarnaast moet er aandacht zijn door beide partijen om het geboorteplan voor de bevalling up to date te hebben. Het geboorteplan is een belangrijk document om mee aan te tonen op welke onderdelen er wel sprake is van informed consent. De toekomst moet uitwijzen of dit belang ook erkend zal worden in de uitspraken van het Medisch Tuchtcollege.

## 5 Visie

Het vorige hoofdstuk laat zien dat de rechten en plichten van cliënten en zorgverleners in de WGBO, het Burgerlijk Wetboek en de Beroepscode voor Verloskundigen staan beschreven. Een belangrijke plicht van de zorgverlener is het verlenen van informed consent. In dit hoofdstuk geeft de projectgroep aan hoe ze willen dat in Nederland de komende jaren verder wordt gewerkt aan de ontwikkeling van kennis over de wet- en regelgeving betreffende de WGBO in combinatie met informed consent om hierbij eigentijdse en betrouwbare zorg te kunnen leveren door zorgverleners rond de zwangerschap en geboorte.

De projectgroep wil:

- Zorg waarin preventief gewerkt wordt door zorgverleners met als doel gezondheid te bevorderen en ziekte te voorkomen;
- Vier verloskunde academies in Nederland die studenten opleiden over de wet- en regelgeving durante partu;
- Zorg waarin zorgverleners transparant communiceren naar de cliënt;
- Een goede samenwerking tussen de eerste- en tweedelij, waarbij respect en vertrouwen belangrijke begrippen zijn;
- Bijscholen van kennis over de WGBO, met nadruk op informed consent bij de verloskundigen;
- Toepassing van informed consent in alle handelingen door verloskundigen;
- Cliënten wijzen op de rechten en plichten tijdens zwangerschap, bevalling en kraambed;
- Rollenspelen georganiseerd vanuit het VSV waarin geboortezorg medewerkers kunnen discussiëren vanuit de wet over afwijkende zorgvragen of weigeren van behandelingen.

De projectgroep heeft de ambitie iedereen in Nederland de beste zorg rond zwangerschap en geboorte te geven. De basis voor goede zorg is in Nederland aanwezig. Echter laten cijfers zien, zoals besproken in hoofdstuk 1, dat 1-3% van vrouwen die bevallen zijn PTSS ontwikkelen postpartum.<sup>2</sup>

Een aanname die de projectgroep daarbij stelt is dat deze ontwikkeling mogelijk gebeurt als gevolg van een tekort aan communicatie in de vorm van informed consent durante partu. Cliënten krijgen in dit proces geen keuzes meer. De zorgverleners handelen vanuit het ethische principe weldoen. De gevolgen van PTSS hebben een grote impact op de gezondheid van een vrouw, haar kind en haar omgeving.<sup>9-11</sup> Dit laat zien dat er verbetering noodzakelijk is.

### **5.1. Moeder en kind in de hoofdrol**

Om moeder en kind in de hoofdrol te kunnen plaatsen moet de verloskundige luisteren naar de ervaringen en wensen van de cliënt. Op basis daarvan kunnen veranderingen doorgevoerd worden. De verloskundige dient bij het leveren van de zorg te allen tijde in overleg te gaan met de cliënt en te luisteren naar haar wensen. De verloskundige blijft de professional in het proces, maar ze zorgt ervoor dat ze met deze rol een positie aanneemt waarbij ze naast de cliënt blijft staan. Dit lijkt een standaard aspect in de Nederlandse zorgsector. Echter heeft er een kanteling plaats gevonden waarbij de zorg van aanbodgericht naar vraaggericht is verschoven.<sup>49</sup> Hierdoor zal de zorgverlener steeds vaker te maken krijgen met zorgvragen buiten de richtlijnen. De projectgroep vindt dat bij afwijkende zorgvragen en weigering van een behandeling door een cliënt de moeder in de hoofdrol moet blijven staan. De zorgverlener moet samen met de cliënt in gesprek gaan over de beweegredenen van de desbetreffende keuze die de cliënt heeft gemaakt.

### **5.2. Transparante communicatie**

Uit het onderzoek van E. Bosch blijkt dat de communicatie door de zorgverleners niet transparant is.<sup>4</sup> De projectgroep ziet transparante communicatie door de zorgverlener als communicatie waarbij de cliënt keuzevrijheid heeft in de handelingen die de zorgverlener wil uitvoeren, zoals staat beschreven in artikel tien en elf van de WGBO.<sup>30</sup> Het doel van transparante communicatie tijdens de baring is gebaseerd op een samenspel tussen de zorgverlener en de cliënt, zodat de cliënt haar zelfbeschikkingsrecht en autonomie kan bewaren en de professional middels informed consent de cliënt om toestemming vraagt over de handelingen die zij wil uitvoeren tijdens de baring.

### **5.3. Wet- en regelgeving**

De projectgroep vindt dat alle zorgverleners en daarbij ook verloskundigen in Nederland op de hoogte moeten zijn van de WGBO.<sup>30</sup> Als een verloskundige zorg levert aan een cliënt, is er sprake van een geneeskundige behandelingsovereenkomst. De verloskundigen behoren hierbij op de hoogte te zijn van de rechten en plichten van zowel de cliënt als de zorgverlener zelf, zoals beschreven in de WGBO.<sup>30</sup> Ook kennis over informed consent behoort aanwezig te zijn bij alle verloskundigen werkzaam in Nederland. Zij dienen te weten en zich ervan bewust te zijn dat het verplicht is om een cliënt te informeren over én toestemming te vragen voor elke (be)handeling, zodat de cliënt informed consent kan geven. Naast kennis en bewustwording vindt de projectgroep dat er door verloskundigen informed consent verleend moet worden voor elke (be)handeling die zij uitvoert. Dit geldt zowel prenataal, nataal als postnataal in het contact met de cliënt en haar partner.

### 5.3.1. Rollenspelen

De bestaande VSV hebben een belangrijke rol in het doorvoeren van meer kennis en toepassing van informed consent in de praktijk. De projectgroep wil dat er regionaal binnen het VSV rollenspelen georganiseerd worden waarin zorgverleners discussiëren over afwijkende zorgvragen die ze tegenkomen in de praktijk. Het primaire doel hiervan is dat zorgverleners leren van hun ervaringen en de wet- en regelgeving kunnen toepassen. Het secundaire doel is dat door deze discussies met elkaar aan te gaan, het makkelijker is om elkaar aan te spreken op zorg buiten de wet om.

### 5.4. Kwaliteit opleiding

De projectgroep vindt dat iedere verloskundige in opleiding het recht heeft om een opleiding te volgen van optimale kwaliteit over de wet- en regelgeving in Nederland. Dit biedt studenten het kader binnen welke grenzen zij kunnen en mogen werken als (toekomstig) beroepsbeoefenaar. Daarbij moet ernaar gestreefd worden dat alle onderdelen van de WGBO onderwezen worden, met nadruk op informed consent. De docenten en stagebegeleiders zijn een voorbeeld om studenten hierop te (onder)wijzen en horen te allen tijde op de hoogte te zijn van de huidige wet- en regelgeving.

### 5.5. Samen verantwoordelijk

De zorg rondom de zwangerschap en geboorte moet gedragen worden door een goede afstemming en samenwerking tussen de zorgverleners in de eerste- en tweedelij. <sup>49</sup> Er moet een open sfeer zijn, waarin overleg met elkaar mogelijk is. Respect en vertrouwen zijn hierbij belangrijke voorwaarden. Daarnaast is de visie dat de overdracht tussen de eerste- en tweedelij 'warm' moet gebeuren. Dat wil zeggen dat zorgverleners elkaar niet onder sociale druk stellen. Ze moeten zich samen verantwoordelijk voelen voor de zorg voor de cliënt. Een respectvolle en vertrouwelijke samenwerking bevordert het slagen van zorg op maat voor cliënten met een afwijkende zorgvraag. <sup>38</sup>

### Samenvattend

De cliënt en haar partner moeten erop kunnen vertrouwen dat de beste zorg geleverd wordt. Hierin staat de cliënt in de hoofdrol. Door de cliënt te wijzen op haar rechten, kan zij zich empowerd gaan voelen waardoor zij met behulp van informed consent haar eigen keuze kan maken en hierdoor de regie behoudt over haar lijf en leven. Verloskundigen moeten met elkaar in gesprek gaan over de rechten en plichten van cliënten en zorgverleners en hoe ze hier op cliëntniveau in de dagelijkse praktijk mee om kunnen gaan. Hierin speelt informed consent de hoofdrol. Wat daarnaast een sleutelrol speelt is het onderwijzen van de WGBO op de verloskunde academies. Wanneer vanuit de opleiding studenten een goede basis meekrijgen over de wet- en regelgeving, zal dit zijn vruchten afwerpen in de praktijk, doordat verloskundigen weten hoe zij moeten handelen. <sup>50</sup>

## 6 Conclusie en aanbevelingen

In het vorige hoofdstuk werd beschreven dat de projectgroep wil dat de cliënten gewezen worden op hun rechten, waardoor ze met behulp van informed consent eigen keuzes kunnen maken en de regie over hun lichaam kunnen behouden. Zorgverleners behoren informed consent te verlenen en zullen samen in gesprek moeten gaan over de rechten en plichten van cliënten. Daarnaast wil de projectgroep dat er onderwijs wordt gegeven over de WGBO op de verloskunde academies. Deze visie is gebaseerd op het kwalitatief onderzoek dat is uitgevoerd door de projectgroep. Met dit onderzoek tracht de projectgroep de hypothese te verifiëren: *‘er bestaat een relatie tussen het niet verlenen van informed consent durante partu door de verloskundige en het ontwikkelen van PTSS postpartum’*. Vanuit literatuuronderzoek zijn door de projectgroep aannames opgesteld die verklaren welke factoren mee kunnen spelen in het wel of niet verlenen van informed consent. Op basis hiervan heeft de projectgroep vier situaties opgesteld welke de basis vormen voor de interviewvragen. Veertien verloskundigen, tien werkzaam in de eerstelijns en vier werkzaam in de tweedelijns, zijn door de projectgroep geïnterviewd. Daarnaast is er een focusgroep gehouden met twaalf verloskundigen in opleiding van de VAG. De resultaten van de interviews en de focusgroep zijn te vinden in bijlage één en twee. In de literatuur staat niet beschreven wat de beweegredenen zijn van verloskundigen om wel of geen informed consent te verlenen durante partu in acute situaties, ook wel grijs gebied genoemd. Met deze interviews is dit grijze gebied transparant gemaakt. De conclusies vanuit deze interviews worden in dit hoofdstuk besproken, waarna de aanbevelingen volgen.

### 6.1 Conclusie en aanbevelingen per determinant

#### **Conclusie 1 Niet acute situatie - uitwendig onderzoek/ bloeddruk meten/ vaginaal toucher**

Uit de interviews blijkt dat alle verloskundigen het belangrijk vinden om vooraf informatie te geven over waarom ze het onderzoek willen gaan doen. Dit is vooral terug gehoord bij het inwendig onderzoek. Alle verloskundigen vragen naar eerdere ervaringen en vertellen wat een cliënt kan voelen tijdens het onderzoek. Daarnaast vertellen de meeste verloskundigen dat de cliënt ‘de baas’ blijft tijdens het onderzoek. Het gebeurt weinig in de praktijk dat verloskundigen met weerstand te maken krijgen.

Voor- en nadelen van een onderzoek en de risico's worden niet standaard door de verloskundige vertelt. Vier van de tien eerstelijns verloskundigen verlenen geen informed consent voorafgaand aan het onderzoek. Twee van de vier tweedelijns verloskundigen verlenen geen informed consent voor het vaginaal toucher. Wat alle verloskundigen doen is dat ze informatie geven in de vorm van waarom de verloskundige de handeling uit wil voeren. Dit wordt bij het uitwendig onderzoek en het bloeddruk meten niet standaard gevraagd of de cliënt hiermee akkoord is. De aanname van de projectgroep was dat verloskundigen niet genoeg op de hoogte zijn van de wet- en regelgeving die staat beschreven in de WGBO. Dit blijkt uit bovenstaande. Verloskundigen geven informatie waarom ze het willen doen en vragen naar eerdere ervaringen, maar doen dit niet volgens de regels van informed consent vanuit de WGBO.<sup>30</sup> Concluderend vindt de projectgroep dat verloskundigen niet voldoende weten wat informed consent is en wat er precies aan informatie gegeven moet worden voordat een cliënt toestemming kan geven. Daarnaast wordt bij veel voorkomende handelingen, zoals bloeddruk meten, geen informatie gegeven.

## **Conclusie 2 Acute situatie - episiotomie**

### Conclusie 1e lijn

Eén van de tien verloskundigen is op de hoogte van de rechten van de cliënt. Geen van de verloskundigen is op de hoogte van informed consent voorafgaand aan de episiotomie. Informed consent wordt niet verleend. Wel wordt door alle verloskundigen voorafgaand aan de episiotomie gecommuniceerd naar de cliënt wat de situatie is, wat de conditie van het kind is en dat op basis daarvan gehandeld gaat worden. Wanneer een cliënt een knip weigert, wordt er door negen van de tien verloskundigen wel gehandeld, uit bestwil voor het kind. Eén verloskundige geeft aan dat ze dit gerechtvaardigd vindt. De aanname van de projectgroep was dat verloskundigen bepalen op basis van hun kennis en expertise wat een cliënt in een acute situatie nodig heeft. Hierbij handelen ze vanuit het ethische principe weldoen. Een verloskundige denkt dat zij handelt in het belang van het kind, maar het is de moeder met wie zij een behandelingsrelatie heeft.<sup>30</sup> Het verdient aandacht dat verloskundigen handelen tegen de wil van de cliënt in. Geconcludeerd kan worden dat verloskundigen in de eerstelijns niet op de hoogte zijn van de rechten van een cliënt durante partu in een acute situatie.

### Conclusie 2e lijn

De aanname van de projectgroep over onwetendheid of gebrek aan kennis over informed consent durante partu in acute situaties blijkt grotendeels te kloppen bij de meeste ondervraagde verloskundigen. De tweedelijns verloskundigen geven alle vier aan wat de conditie is van het kind en dat ze mogelijk een episiotomie gaan zetten. Hiermee geven ze de cliënt wel informatie over de situatie, maar dit is geen informed consent. Alle tweedelijns verloskundigen geven aan dat ze tegen de wens van de cliënt in een episiotomie zouden zetten, omdat er sprake is van een medische noodsituatie waarbij zij handelen in het belang van het kind. Dit is niet in overeenstemming met de WGBO, artikel 7:466 lid 1.<sup>30</sup> Daarin staat: *'behandeling zonder toestemming is alleen mogelijk indien onverwijld uitvoering van de verrichting nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen'*. De verloskundige heeft alleen met de cliënt een behandelingsovereenkomst en niet met het ongeboren kind.

Artikel 7:466 wijst dan ook alleen naar het voorkomen van ernstig nadeel voor de moeder en niet voor het kind.<sup>30</sup> Op basis van de wet zou een verloskundige geen episiotomie mogen zetten wanneer een cliënt dit weigert. Ook als er sprake is van foetale nood. Geconcludeerd kan worden dat verloskundigen zich verantwoordelijk voelen voor moeder en kind en dat dit hun handelen (zonder eventuele toestemming van de cliënt) beïnvloedt.

### **Conclusie 3 Acute situatie - reanimatie**

Alle verloskundigen handelen in het belang van het kind tegen de wens van ouders in. Alle ondervraagde verloskundigen willen zo snel mogelijk hulpverleners aan de pasgeborene, hierbij komt de determinant 'tijd' terug. De aanname van de projectgroep was dat tijd een rol speelt bij het verlenen van informed consent in acute situaties. Dit komt ook naar voren uit de antwoorden die de verloskundigen hebben gegeven. Verloskundigen communiceren in deze situatie in korte, directe woorden en zinnen. Achteraf wordt door de verloskundigen aan de ouders uitgelegd waarom er gehandeld is en waarom er niet geluisterd is naar hun wensen in het geval van weigering. Verloskundigen hopen dat ouders dit achteraf zullen begrijpen. Dit is in tegenspraak met artikel 7:450 van de WGBO, omdat voorafgaand aan iedere handeling toestemming gevraagd dient te worden volgens informed consent.<sup>30</sup> Geconcludeerd wordt dat verloskundigen in het geval van een reanimatie niet handelen in overeenstemming met de WGBO.

### **Conclusie 4 Acute situatie - fluxus**

Deze casus over een fluxus binnen vijftien minuten postpartum is geschreven vanuit de aanname dat verloskundigen in acute situaties vanuit hun expertise en kennis bepalen wat een vrouw nodig heeft en daarnaar handelen. Acht van de veertien verloskundigen zullen oxytocine geven tegen de wens van de cliënt in. Er wordt gehandeld zonder informed consent te verlenen, omdat de verloskundige vindt dat zij de expert is. Alleen indien zwart op wit staat dat de cliënt geen oxytocine wenst, zal één verloskundige meegaan met de wens van de cliënt. Dit strookt niet met de Leidraad Verloskundige zorg buiten de richtlijnen.<sup>38</sup> Zes van de veertien verloskundigen die niet zouden handelen als een cliënt weigert, doen dit omdat een vrouw de baas is over haar eigen lichaam. Er is in deze situatie een verschil tussen verloskundigen die vinden dat zij moeten handelen in belang van moeder en kind en verloskundigen die vinden dat zij niet mogen handelen in verband met de autonomie van de vrouw. Waarom dit verschil er is, is niet duidelijk geworden uit de interviews. Indien er sprake is van een niet-acute situatie laten verloskundigen hun eigen expertise minder zwaar meewegen en zijn ze bereid mee te gaan in de wens van de cliënt. Verloskundigen geven aan dat zij dan juist naast de cliënt staan. Wanneer de situatie richting een acute situatie dreigt te gaan, verandert de positie van de verloskundige naar een meer autoritaire verloskundige en neemt zij de leiding. Verloskundigen gaan dus tot op zekere hoogte mee met de wensen van de cliënt, maar indien een situatie acuter wordt of is dan handelt zij, zonder informed consent te verlenen.



#### **Aanbevelingen n.a.v. conclusie 1 t/m 4**

1. Verloskundigen moeten bijgeschoold worden in kennis over de rechten en plichten die beschreven staan in de WGBO, met extra nadruk voor kennis over informed consent durante partu. Een hulpmiddel bij het verlenen van informed consent kan de BRAINS methodiek zijn.<sup>51-52</sup> Deze methodiek is in bijlage vier verder uitgewerkt.
2. Alle VSV in Nederland hebben in 2018 met elkaar rollenspelen gespeeld en gediscussieerd over ethische / afwijkende zorgvragen die in situaties verschillend door verloskundigen opgepakt zouden kunnen worden met daarbij in acht nemende de WGBO.

#### **Conclusie 5 Sociale druk**

Voor deze determinant zijn in het interview vragen gesteld of verloskundigen sociale druk ervaren van zowel de eerste- als de tweedelij. Geen van de eerstelijns verloskundigen ervaart sociale druk van hun eigen collega's, maar vier verloskundigen ervaren deze druk wel vanuit de tweedelij. De druk wordt ervaren van opgestelde protocollen waarnaar zij dienen te handelen. Tweedelijns verloskundigen ervaren geen sociale druk, ondanks dat zij zich bewust zijn van het feit dat ze onder de gynaecoloog werken. Verloskundigen handelen buiten richtlijnen en protocollen als dat de wens van de cliënt is, zolang ze dat maar kunnen verantwoorden. Het blijkt vanuit de tweedelij dat het lastig is om je collega's, met name een gynaecoloog, feedback te geven over uitgevoerde handelingen. Deze aanname had de projectgroep niet op voorhand gesteld, maar is wel belangrijk om mee te nemen. De verwachting van de projectgroep was dat verloskundigen zowel in de eerste- als in de tweedelij reacties zouden krijgen van haar collega's wanneer zij meegaan in de wensen van de cliënt, tegen het protocol van de praktijk of ziekenhuis in, en dat dit haar handelen zou beïnvloeden. Er is dus wel sprake van sociale druk, maar dit belemmert verloskundigen doorgaans niet om met de wens van de cliënt mee te gaan. De aanbeveling die bij deze conclusie wordt gegeven, staat beschreven bij de conclusie vanuit de focusgroep met verloskundigen in opleiding. Daar zult u lezen dat er een opvallend verschil is in waarneming door de verloskundigen in opleiding en de ervaring van de geïnterviewde verloskundigen.

#### **Conclusie 6 Factoren wel/geen informed consent verlenen**

Met deze determinant had de projectgroep beoogt om van de verloskundigen te horen welke factoren volgens hen invloed kunnen hebben op het wel of niet verlenen van informed consent. Determinanten die de projectgroep had aangenomen zijn: kennis, tijd, sociale druk, expertise en continuous support. Uit de resultaten blijkt dat verloskundigen ook meerdere keren de determinanten noemen die de projectgroep vooraf had aangenomen. Naast deze factoren zijn er meer factoren die van invloed zijn volgens verloskundige op het wel of niet verlenen van informed consent.

Sommige verloskundigen ervaren een taalbarrière als een vrouw in partu is, waardoor ze geen informed consent verlenen. Daarnaast wordt onwetendheid en een gebrek aan juiste kennis veelvuldig genoemd door zowel eerstelijns- als tweedelijns verloskundigen. Verloskundigen noemden daarbij dat het verkeerd- of niet aanleren van informed consent ook kan leiden tot onwetendheid. Tevens is dit een factor die gemakkelijk beïnvloed kan worden door middel van het geven van de juiste kennis.

#### **Aanbevelingen n.a.v. conclusie 6**

1. Verloskundigen moeten bijgeschoold worden in kennis over de rechten en plichten die beschreven staan in de WGBO, met extra nadruk voor kennis over informed consent durante partu. Een hulpmiddel bij het verlenen van informed consent kan de BRAINS methodiek zijn.<sup>51-52</sup> Deze methodiek is in bijlage vier verder uitgewerkt.
2. Alle VSV in Nederland hebben in 2018 met elkaar rollenspelen gespeeld en gediscussieerd over ethische / afwijkende zorgvragen die in situaties verschillend door verloskundigen opgepakt zouden kunnen worden met daarbij in acht nemende de WGBO.
3. Alle studenten op de AVAG moeten per ingang van het studiejaar 2017-2018, vanaf leerjaar één, opgeleid worden over de wet- en regelgeving in het verlenen van informed consent durante partu.

#### **Conclusie 7 Continuous support**

De projectgroep heeft de verloskundigen gevraagd of er volgens hun een link bestaat tussen het ontvangen van continuous support durante partu en het verlagen van de kans op het ontwikkelen van PTSS bij een cliënt. De helft van zowel de eerste- als de tweedelijns verloskundigen denkt dat deze link te leggen is, omdat vrouwen door continuous support positiever terugkijken op hun bevalling, maar het is niet altijd een meerwaarde. In de tweedelijns is continuous support niet altijd haalbaar volgens de verloskundigen. Twee verloskundigen denken dat continuous support postpartum belangrijk is, juist omdat continuous support durante partu niet altijd haalbaar is. Postpartum zou deze begeleiding gecontinueerd moeten worden, het liefst door degene die de bevalling heeft gedaan, om dan de gemaakte keuzes nogmaals te bespreken. Geconcludeerd kan worden dat continuous support positieve resultaten laat zien, maar voor de vraag of hiermee PTSS voorkomen kan worden, zal vervolgonderzoek uitgevoerd moeten worden.

### **Aanbevelingen n.a.v. conclusie 7**

Uitvoeren van vervolgonderzoek om antwoord te krijgen op de vraag of de kans op PTSS verkleind wordt of zelfs voorkomen kan worden door continuous support tijdens de baring toe te passen.

### **Conclusies vanuit de focusgroep met verloskundigen in opleiding**

Verloskundigen in opleiding zijn zich bewust van het begrip informed consent en weten wat het prenataal betekent. Ze weten dat er verschil is per situatie, acuut en niet-acuut, maar kunnen geen duidelijk onderscheid benoemen. Informed consent durante partu komt volgens de studenten op school weinig in de lessen aan bod. Wel zijn er voldoende lessen geweest over informed consent in de prenatale situatie in de vorm van counselen bij bijvoorbeeld onderzoeken zoals de combinatietest en het structureel echoscopisch onderzoek (SEO). Dit is met name aan bod gekomen tijdens lessen over ethiek, en Communicatieve Vaardigheden (CoVa). Daarnaast geven een aantal studenten aan dat ze het leren tijdens hun stage. Alhoewel dit wel afhankelijk is van hoe de verloskundige informed consent verleent en dus in welke mate de studenten het op de juiste manier aangeleerd krijgen. Geconcludeerd wordt dat er te weinig aandacht wordt besteed op de verloskunde academie over informed consent.

Daarnaast wordt er door verloskundigen in opleiding ook tijdens stages geobserveerd dat verloskundigen informed consent verlenen, maar niet voor alle handelingen. Volgens hun speelt tijd een grote rol in het wel of niet verlenen van informed consent. Studenten zien een verschil in het verlenen van informed consent tussen de eerste- en tweedelij. In de eerstelij wordt er meer tijd besteed aan informed consent waardoor het daar vaker wordt verleend dan in de tweedelij. Deze observatie komt overeen met de resultaten uit de interviews met de verloskundigen. Blijkbaar wordt handelen zonder toestemming van de vrouw in de tweedelij meer getolereerd dan in de eerstelij. Mogelijk speelt hier het feit in mee dat er in de tweedelij meer pathologie plaatsvindt en er meer gemedicaliseerd wordt, waardoor er meer ingrepen verricht 'moeten' worden.<sup>53</sup> Met de resultaten van dit onderzoek kan hier geen verklaring voor worden gegeven. Dit vraagstuk kan meegenomen worden voor een nieuw onderzoek.

Ook aan de verloskundigen in opleiding is de vraag gesteld welke redenen verloskundigen volgens hun zouden hebben om geen informed consent te verlenen durante partu. Belangrijke factoren die zij noemen is onbewustheid en de expertise die je als verloskundige hebt. Verloskundigen handelen volgens protocol, zodat ze niet aansprakelijk zijn voor een fout. Daarnaast denken verloskundigen in opleiding dat het ook belangrijk is wie jezelf bent als verloskundige. Sommige verloskundigen hebben bijvoorbeeld geen zin in een discussie of hebben de ervaring dat vrouwen een bepaalde handeling prettiger vinden, waardoor ze zonder toestemming gaan handelen. Ten slotte is de factor sociale druk, zoals welke gynaecoloog dienst heeft, volgens de verloskundigen in opleiding een reden voor een verloskundige om geen informed consent te verlenen.

Dit is opvallend om terug te horen van de verloskundigen in opleiding, aangezien dit niet uit de interviews met verloskundige naar voren is gekomen. Verloskundigen hebben wel aangegeven dat zij sociale druk ervaren, maar dat dit hen niet belemmert in het wel/niet verlenen van informed consent. Er zal door de verloskundigen in opleiding anders zijn geobserveerd dan wat verloskundigen zelf ervaren. Om daadwerkelijk te concluderen of sociale druk van andere professionals meespeelt in het wel of niet vragen van informed consent, zou er observationeel onderzoek uitgevoerd moeten worden.

#### **Aanbevelingen n.a.v. conclusie focusgroep**

1. Alle studenten op de AVAG moeten per ingang van het studiejaar 2017-2018, vanaf leerjaar één, opgeleid worden over de wet- en regelgeving in het verlenen van informed consent durante partu.
2. Uitvoeren van observationeel onderzoek om daadwerkelijk te concluderen of sociale druk van andere professionals meespeelt in het wel of niet verlenen van informed consent. Wanneer hier namelijk sprake van is, zou hier nog specifiekere aandacht aan besteed kunnen worden in de bijscholing/VSV bijeenkomsten.

## **6.2 Conclusie en aanbevelingen**

De overall conclusie is dat verloskundigen niet de juiste kennis hebben over de rechten en plichten van een cliënt zoals het verlenen van informed consent wat beschreven staat in de WGBO. Hierdoor handelen zij met name in acute situaties zonder toestemming van de cliënt, in het belang van moeder en/of kind. Dit kennistekort is terug te zien bij verloskundigen in opleiding in Groningen en lijkt daardoor te verklaren door een gebrek aan onderwijs.

### **Antwoord op de hypothese**

De hypothese van de projectgroep is: *'er bestaat een relatie tussen het niet verlenen van informed consent durante partu door de verloskundige en het ontwikkelen van PTSS postpartum'*.

Zoals uit de conclusie naar voren is gekomen blijken verloskundigen niet goed op de hoogte te zijn van de wet- en regelgeving omtrent informed consent zoals beschreven staat in de WGBO. Met name in acute situaties durante partu zijn verloskundigen geneigd te handelen, ook zonder toestemming van de cliënt. Of hiermee daadwerkelijk de hypothese beantwoord is, is lastig te zeggen. Wel laten de resultaten uit dit onderzoek zien dat het zeer aannemelijk is dat de link te leggen is tussen het niet verlenen van informed consent en het ontwikkelen van PTSS postpartum. De resultaten van onderzoek uitgevoerd door E. Bosch laten namelijk zien dat eenderde van de vrouwen met PTSS niet op de hoogte waren van de handelingen, wat voor hen geleid heeft tot het ontwikkelen van PTSS. De resultaten van huidig onderzoek ondersteunen dat verloskundigen geen informed consent verlenen en daardoor cliënten niet op de hoogte brengen van de handelingen.

Hiermee is volgens de projectgroep de link te verklaren tussen het ontstaan van PTSS en het niet verlenen van informed consent door de verloskundigen. Over vijf jaar verwacht de projectgroep door de invoering van de bijscholing dat verloskundigen informed consent verlenen en dat daardoor het percentage vrouwen met PTSS verminderd is.

### **Aanbevelingen**

Onderstaande volgt een opsomming van de hierboven beschreven aanbevelingen. In bijlage vijf is de beargumentering en de literatuur hierbij opgenomen.

- Alle verloskundigen werkzaam in Nederland zijn per januari 2018 bijgeschoold over de rechten en plichten die beschreven staan in de WGBO, met nadruk voor kennis over informed consent durante partu. Een hulpmiddel bij het verlenen van informed consent kan de BRAINS methodiek zijn.<sup>51-52</sup> Deze methodiek is in bijlage vier opgenomen.
- Alle VSV in Nederland hebben in 2018 met elkaar rollenspellen gespeeld en gediscussieerd over ethische / afwijkende zorgvragen die in situaties verschillend door verloskundigen opgepakt zouden kunnen worden met daarbij in acht nemende de WGBO.
- Alle studenten op de AVAG moeten per ingang van het studiejaar 2017-2018, vanaf leerjaar één, opgeleid worden over de wet- en regelgeving in het verlenen van informed consent durante partu.

### **Vervolgonderzoek**

Zoals uit de conclusies blijkt, blijven er altijd nog vragen onbeantwoord, waarvoor vervolgonderzoek noodzakelijk is. Vervolgonderzoek dat door de projectgroep wordt aanbevolen worden hier nogmaals beschreven:

- Uitvoeren van vervolgonderzoek om antwoord te krijgen op de vraag of de kans op PTSS verkleind wordt of zelfs voorkomen kan worden door continuous support tijdens de baring toe te passen.
- Uitvoeren van observationeel onderzoek om daadwerkelijk te concluderen of sociale druk van andere professionals meespeelt in het wel of niet verlenen van informed consent. Wanneer hier namelijk sprake van is, zou hier nog specifiekere aandacht aan besteed kunnen worden in de trainingen/VSV's.

## Literatuurlijst

1. Academie Verloskunde Amsterdam Groningen. Handleiding sem. 4.1 Minor Public Health Promotion 2016-2017. Groningen: onbekend; 2016. p. 46.
2. Stramrood CAI. Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. J Psychosom Obstet Gynecol 2011; 32(2): 88-97.
3. Stichting Bevallingstrauma. PTSS na bevalling. Internetsite Stichting Bevallingstrauma. Beschikbaar via: <http://stichtingbevallingstrauma.nl/ptss-na-bevalling/>. Geraadpleegd 2016 oktober 08.
4. Bosch EK. Informed consent in de geboortezorg, een kwalitatief onderzoek. Amsterdam: onbekend; 2016. p. 14.
5. Mackenbach JP, Stronks K. Volksgezondheid en gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016. p. 440.
6. Kleiverda G, Ruijter A de. Rechten zwangere vrouw onder druk. Medisch contact 2015; 2091-2093.
7. Onbekend. Diagnostische criteria voor posttraumatische stress stoornis volgens de DSM-5. Internetsite academisch medisch centrum. Beschikbaar via: <https://www.amc.nl/web/AMC-website/PTSS/Wat-zijn-de-symptomen/DSM5-Criteria.htm>. Geraadpleegd 2016 oktober 15.
8. Koster D. Impact en gevolgen van een traumatische baring. KNOV 2014; 4: 55-57.
9. Stramrood CAI. Posttraumatische stress stoornis na zwangerschap en bevalling. Internetsite slideshare 2016. Beschikbaar via: <http://www.slideshare.net/ClaireStramrood/posttraumatische-stress-stoornis-na-zwangerschap-en-bevalling-stramrood-17-maart-2016-scem-obstetric-medicine-v2>. Geraadpleegd 2016 oktober 08.
10. Berg MP van den. Parental Psychopathology and the early developing child, generation R study. Rotterdam: Optima Grafische Communicatie; 2006. p. 142.
11. Ayer S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. Psychol Health Med 2006; 11(4): 389-398.

12. Deursen-Gelderloos M van, Bakker E. Behandeling van traumatische verloskundige ervaringen met eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Tijdschrift voor Verloskundigen 2013; 5: 30-33.
13. Onbekend. Posttraumatische stress-stoornis (PTSS). Internetsite landelijk kenniscentrum psychiatrie en zwangerschap. Beschikbaar via: <http://www.lkpz.nl/patienten-ptss.php>. Geraadpleegd 2016 oktober 22.
14. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Zorg voor geest kost nog steeds het meest. Internetsite Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu 2016. Beschikbaar via: [http://rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Algemeen\\_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Zorg\\_voor\\_geest\\_kost\\_nog\\_stees\\_het\\_meest](http://rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Zorg_voor_geest_kost_nog_stees_het_meest). Geraadpleegd 2016 oktober 25.
15. Söderquist J, Wijma B, Wijma K. The longitudinal course of posttraumatic stress after childbirth. J Psychosom Obstet Gynaecol 2006; 27(2): 113-119.
16. Onbekend. Richtlijnherzieningen van de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Internetsite multidisciplinaire richtlijnontwikkeling GGZ 2016. Beschikbaar via: <http://www.ggzrichtlijnen.nl/uploaded/docs/MDR%20Angststoornissen%20eerste%20update%20%202010.pdf>. Geraadpleegd 2016 oktober 24.
17. Lapp LK, Agbokou C, Peretti CS, Ferreri F. Management of posttraumatic stress disorder after childbirth: a review. J Psychosom Obstet Gynaecol 2010; 31(3): 113-122.
18. Stramrood CAI, Velde J van der, Doornbos B, Paarlberg MK, Weijmar Schultz WC, Pampus MG van. The patient observer: eye-movement desensitization and reprocessing for the treatment of posttraumatic stress following childbirth. Birth 2012; 39(6): 70-76.
19. Onbekend. What is Birth Trauma? Internet site the birth trauma association 2015. Beschikbaar via: [http://www.birthtraumaassociation.org.uk/what\\_is\\_trauma.htm](http://www.birthtraumaassociation.org.uk/what_is_trauma.htm). Geraadpleegd 2016 oktober 15.
20. Onbekend. Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder. Internetsite postpartum support international. Beschikbaar via: <http://www.postpartum.net/learn-more/postpartum-post-traumatic-stress-disorder/>. Geraadpleegd 2016 oktober 10.
21. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand 2012; 91(11): 1261-1272.
22. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. BMC Pregnancy and childbirth 2012; 12: 88.
23. Baston H, Rijnders M, Green JM, Buitendijk S. Looking back on birth three years later: Factors associated with a negative appraisal in England and in the Netherlands. Journal of Reproductive and Infant Psychology 2012; 26: 323-339.
24. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. Internetsite Pubmed 2011. Beschikbaar via: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21328263>. Geraadpleegd 2016 oktober 10.

25. Geboortebeweging. #genoeggezwegen. Internetsite Facebook 2016. Beschikbaar via: <https://www.facebook.com/notes/geboortebeweging/genoeggezwegen/1144445885593321>. Geraadpleegd 2017 januari 3.
26. World Health Organisation. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Internetsite WHO 2015. Beschikbaar via: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1). Geraadpleegd 2017 januari 3.
27. Geboortebeweging. Missie. Internet site Geboortebeweging 2017. Beschikbaar via: <http://geboortebeweging.nl/over-ons/missie/>. Geraadpleegd 2017 januari 10.
28. RTL nieuws. Moeders stop met zwijgen over traumatische bevallingen. Internet site RTLnieuws 2016. Beschikbaar via: <http://www.rtlnieuws.nl/gezondheid/moeders-stop-met-zwijgen-over-traumatische-bevallingen>. Geraadpleegd 2017 januari 3.
29. Geboortebeweging. Wat is obstetric violence? Internet site Facebook 2016. Beschikbaar via: <https://www.facebook.com/notes/geboortebeweging/wat-is-obstetric-violence/1148055561899020>. Geraadpleegd 2017 januari 3.
30. Overheid.nl. Wet- en regelgeving. Burgelijk Wetboek boek 7. Internet site Overheid.nl onbekend. Beschikbaar via: [http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2017-01-01#Boek7\\_Titeldeel7](http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2017-01-01#Boek7_Titeldeel7). Geraadpleegd 2017 januari 3.
31. RTL nieuws. Nederlandse vrouwen te vaak ingeknipt bij bevalling: 'Vrouwen lijden onnodig pijn'. Internetsite RTL nieuws 2017. Beschikbaar via: <http://www.rtlnieuws.nl/nederland/nederlandse-vrouwen-te-vaak-ingeknipt-bij-bevalling-vrouwen-lijden-onnodig-pijn>. Geraadpleegd 2017 januari 18.
32. Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen. KNOV Beroepscode van Verloskundigen. Utrecht: KNOV; 2009. p. 32.
33. Overheid.nl. Wet- en regelgeving. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Internet site Overheid.nl onbekend. Beschikbaar via: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2016-08-01>. Geraadpleegd 2017 januari 3.
34. Nederlandse Grondwet. Hoofdstuk 1: Grondrechten. Internet site Nederlandse Grondwet onbekend. Beschikbaar via: <http://www.denederlandsegrondwet.nl/9353000/1/j9vvihlf299q0sr/vgrnbac43qvy>. Geraadpleegd 2017 januari 3.
35. Kingma E. Gezondheid en keuzevrijheid zijn in gevaar. KNOV 2016; 5: 13-14.
36. Rijksoverheid. Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Internet site Rijksoverheid 2016. Beschikbaar via: <https://www.dwangindezorg.nl/rechten/wetten/wgbo>. Geraadpleegd 2016 oktober 5.
37. Rijksoverheid. Wat zijn mijn rechten en plichten als patiënt en welke plichten heeft een arts? Internet site Rijksoverheid 2016. Beschikbaar via: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/patientenrecht-en-clientenrecht/vraag-en-antwoord/wat-zijn-mijn-rechten-en-plichten-als-patient-en-welke-plichten-heeft-een-arts>. Geraadpleegd 2016 oktober 4.



38. Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen & Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Leidraad 'Verloskundige zorg buiten richtlijnen'. Versie 1.0. Utrecht: KNOV & NVOV; 2015. p. 7.
39. Overheid.nl. Burgerlijk wetboek. Wet- en regelgeving. Internet site Overheid.nl onbekend. Beschikbaar via: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0002656/2017-01-01>. Geraadpleegd 2017 januari 3.
40. Zorgbelang Nederland. Patiëntenrechten - Het toestemmingsvereiste. Internet site Zorgbelang Nederland onbekend. Beschikbaar via: <http://www.zorgbelang-nederland.nl/index.php?p=233>. Geraadpleegd 2017 januari 12.
41. Roode R.P. de. en Witmer J.M. Implementatie van de WGBO. Van wet naar praktijk. Deel 2 informatie en toestemming. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG); 2004. p. 135.
42. Stichting Schriftelijke Wilsverklaring Cura Vera. De Wil en Wilsuitingen en Wilsonbekwaamheid. Internet site Stichting Schriftelijke Wilsverklaring Cura Vera onbekend. Beschikbaar via: <http://www.curavera.nl/index.php/patienten-en-clientenrecht/de-wil-en-wilsuitingen-en-wilsonbekwaamheid>. Geraadpleegd 2017 januari 17.
43. GGZ Nederland. Toelichting Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Onbekend: GGZ Nederland; 2013. p. 24.
44. Heida A, Huisman A, Kollen M. en Müller M. E. T. M. Gravida en wilsonbekwaam. NTVG Klinische les: 2002: 745-747.
45. Akerboom C.P.M., Dute J.C.J., Gevers J.K.M., Nys H., Winter H.B., Woestenburg N.O.M. Thematische Wetsevaluatie Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging. Den Haag: ZonMw; 2011. p. 508.
46. Rijksoverheid. Dwang op grond van de WGBO. Internet site Rijksoverheid 2017. Beschikbaar via: <https://www.dwangindezorg.nl/onvrijwillige-zorg/regels-en-richtlijnen/dwang-in-een-noodsituatie-die-niet-door-een-psychische-stoornis-is-ontstaan>. Geraadpleegd 2017 januari 12.
47. Duijst W.L.J.M., Eyck J. van, Kottenhagen R.J.P. Perinataal beleid; uiteindelijk eigen keuze van de zwangere?. NTOG 2013; 126: 351-357.
48. Geboortebeweging. Het bevalplan. Internet site Geboortebeweging onbekend. Beschikbaar via: <http://geboortebeweging.nl/het-bevalplan/>. Geraadpleegd 2017 januari 12.
49. Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin. Utrecht: Akxifo; 2009. p. 45.
50. Brug J, Assema P. van, Lechner L. Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak. Assen: Koninklijke Van Gorcum; 2012. p. 390.
51. Anthro Doula. Informed Choice and the BRAIN Acronym. Internet site Anthro Doula 2014. Beschikbaar via: <http://anthrodoula.blogspot.nl/2011/06/informed-choice-and-brain-acronym.html>. Geraadpleegd 2017 januari 19.
52. Shining Light Prenatal Education. Decision making tool – BRAINS! Internet site Shining Light Prenatal Education 2017. Beschikbaar via:

- <http://shininglightprenatal.com/2011/05/12/decision-making-tool-brains/>. Geraadpleegd 2017 januari 19.
53. Nataal. Effecten medicalisering van partus niet onderschatten. Internet site nataal onbekend. Beschikbaar via: <http://www.nataal.nl/index.php/informatie-geboortezorg/bevalling/127-partus-3>. Geraadpleegd 2017 januari 17.
54. KNOV: Expertgroep Zorgstandaard 'Integrale geboortezorg. Zorgstandaard 'Integrale geboortezorg' Versie 1.0. Concept. Utrecht: College Perinatale Zorg; 2015. p. 62.
55. EduWiki. Multidisciplinair leren. Internet site EduWiki 2011. Beschikbaar via: <https://www.leernetwerkeducatie.nl/mediawiki18/index.php?title=Voordelen>. Geraadpleegd 2017 januari 20.
56. Oefenassessment. Rollenspel: nep en onnatuurlijk. Internet site Oefenassessment onbekend. Opgevraagd via: <http://www.oefenassessment.nl/2013/05/rollenspel-nep-en-onnatuurlijk/>. Geraadpleegd 2017 januari 16.
57. Engels F, Heil G. Toetsvormen. Internetsite Foswiki 2012. Opgevraagd van: <http://foswiki.cs.uu.nl/foswiki/pub/Toetsing/ToetsAdviesCommissie/Toetsvormen.pdf>. Beschikbaar 2017 januari 17.

## Bijlage 1 Resultaten interviews

Voorafgaand aan de interviews zijn door de projectgroep determinanten opgesteld die volgens hen te maken hebben met het wel of niet verlenen van informed consent durante partu. Per determinant is een situatie beschreven welke is voorgelegd aan de geïnterviewde verloskundigen. Aan de verloskundige werd gevraagd hoe zij zou communiceren en handelen in die betreffende situatie. De resultaten uit dit interview staan in deze bijlage per situatie beschreven.

### **Vraag 1 - Niet acute situatie - uitwendig onderzoek / bloeddruk meten / vaginaal toucher**

*Een primipara van 40+4 belt met pittige weeën. U besluit er naar toe te gaan of in een klinische setting laat u mevrouw naar het ziekenhuis komen. U observeert eerst en vraagt wat dingen uit. Daarna besluit u dat u uw onderzoeken wilt gaan doen bij mevrouw. Wat zegt u tegen uw cliënt voordat u uw handeling begint?*

Alle geïnterviewde verloskundigen vinden de uitleg bij een onderzoek noodzakelijk. Sommigen geloven dat wanneer de zorgverlener verbaal sterk is, de uitleg overtuigender overkomt bij de cliënt. Er is een groot aantal verloskundigen die de wensen van hun cliënt accepteren. Een paar verloskundigen hebben gedeeld dat cliënten soms zelf graag willen weten hoe ver ze zijn, daarom vinden ze een inwendig onderzoek goed. Maar de andere verloskundigen spreken vanuit hun ervaring dat een inwendig onderzoek niet altijd direct nodig is, soms kan het wat langer duren voordat het gebeurt. Eén van de zeven eerstelijns verloskundigen vindt een inwendig onderzoek heel belangrijk; zij doet het vaak binnen een half uur. Uitwendig onderzoek en bloeddruk meten wordt in de eerste fase van de baring door alle verloskundigen gedaan zonder toestemming te vragen. Bij het inwendig onderzoek vraagt de meerderheid van de verloskundigen naar ervaringen van eerdere inwendige onderzoeken en vertelt aan mevrouw dat zij de leiding heeft. Vier van de tien eerstelijns verloskundigen vragen geen toestemming voorafgaand aan het onderzoek. Ze vertellen wel waarom ze een inwendig onderzoek willen doen. Twee van de vier tweedelijns verloskundigen verlenen geen informed consent voor het inwendig onderzoek. Alle geïnterviewde verloskundigen vinden de uitleg bij een onderzoek noodzakelijk.

Ze vragen ook vaak of hun cliënt een eerdere ervaring heeft gehad met een inwendig onderzoek. De meesten vinden het goed om op de wensen van de cliënt in te gaan zolang de baring normaal verloopt. Eén verloskundige zei dat ze niet weet tot hoeverre een cliënt het recht heeft om de handeling te weigeren. De andere vertelt dat ze tot nu toe weinig weerstand bij haar cliënten heeft ervaren. De helft van de ondervraagde eerste- en tweedelijns verloskundigen zouden een gynaecoloog of een andere collega erbij betrekken bij een cliënt die zorg weigert.

## **Vraag 2 - Acute situatie - episiotomie**

### Eerstelijns

*U bent bij een cliënt tijdens de uitdrijving. Het segment komt steeds tevoorschijn, maar snijdt niet door. Er is sprake van cortonen pathologie en u besluit een episiotomie te zetten. Hoe communiceert u dit naar uw cliënt? Stel dat de partner zegt: 'zijn er dan nog andere mogelijkheden?' Wat zegt u dan? Wat als mevrouw. zegt: 'nee dat wil ik niet'. Wat doet u dan?*

Verloskundigen vertellen dat het kindje reageert op de weeën, dat het kindje er bijna is en nu ook graag zo snel mogelijk geboren wil worden. Als mensen doordrongen zijn van de ernst van de situatie dat het kind eruit moet, dan gaan ze vaak wel akkoord. Dit wordt kort en krachtig in korte zinnen vertelt: 'ik ga je nu verdoven, omdat je kind in nood is en daarna ga ik een knip zetten'. Op deze manier wordt er gecommuniceerd door negen van de tien eerstelijns verloskundigen. Alle verloskundigen proberen een paar weeën daarvoor al aan de cliënt aan te geven wat de situatie is en dat ze misschien een knip moeten zetten. Eén verloskundige geeft aan dat als mevrouw de knip niet wil dat ze dan zonder te vertellen de Von Ritgen gaat doen en de partner fundusexpressie laten geven. Op dat moment heeft mevrouw geen keuze meer. Een verloskundige zegt: 'goh, ik ben hier om jullie te helpen en ik weet ook wel; het is jouw lichaam en jij bent er ook de baas over, maar ik ben wel een hulpverlener en ik zie dat dit en dit moet gebeuren dus ik leg de verantwoordelijkheid bij je terug. Hierbij respecteert één verloskundige de wens van de cliënt om geen episiotomie te krijgen. De andere negen verloskundigen zouden knippen tegen de wens van de cliënt in, uit bestwil voor de moeder. Er is in een acute situatie weinig tijd om in te gaan op de wensen van mevrouw. Dit wordt achteraf door de verloskundigen besproken waarbij ze hopen op acceptatie van de cliënt.

### Tweedelijns

*U bent bij een primipara. Zij is tijdens de ontsluitingsfase ingestuurd met meconiumhoudend vruchtwater en heeft sinds die tijd continue CTG-bewaking, met goede cortonen. Inmiddels is mevrouw ruim een uur aan het persen en ziet u late deceleraties. Voor u is het heel duidelijk dat er een episiotomie gezet moet worden. Hoe communiceert u dat naar de vrouw? Stel dat de partner zegt: 'zijn er dan nog andere mogelijkheden?' Wat zegt u dan? Wat als mevrouw zegt: 'nee dat wil ik niet'. Wat doe u dan?*

Verloskundigen introduceren een paar weeën van te voren dat er mogelijk een episiotomie gezet gaat worden in verband met de conditie van het kind.

Op het moment suprême geven verloskundigen aan dat de geboorte versneld moet worden middels een knip, omdat het kind het niet meer lekker heeft volgens het CTG. Eén verloskundige geeft aan dat ze aan mevrouw merkt wanneer ze akkoord gaat of niet. De andere drie vragen geen toestemming alvorens ze de episiotomie zetten. Daarnaast geeft een verloskundige aan dat je naar de wensen van je patiënt moet luisteren en moet kijken, 'wat zit erachter als ze weigert', maar dat je ook je eigen grenzen moet bewaken. Een andere verloskundige geeft aan: als mevrouw een knip weigert – prima, maar dan zeg ik van: 'grote kans dat je kind zuurstofgebrek kan oplopen'. Ze weet niet hoe het juridisch zit of een vrouw boven haar kind staat. Zij weet niet of je tegen de wensen van de vrouw een knip mag zeggen. Maar als het echt nodig is zegt ze: 'ik ga je nu verdoven want ik wil graag een knip zetten omdat de baby in nood is', en dan zet ze de knip. Bij weerstand tegen de knip willen de verloskundigen de achterliggende reden weten, maar geven ze aan dat er geen andere optie meer is. Er kan op dat moment niet meer rustig gecommuniceerd worden. Tegen de wens van de cliënt in wordt de knip gezet door alle vier geïnterviewde verloskundigen.

### **Vraag 3 - Acute situatie - reanimatie**

*U bent in het ziekenhuis waar u net een poliklinische partus heeft gedaan van een primipara. De neonat is net geboren, maar is bleek, slap en ademt niet door. U wilt het kind meenemen naar de reanimatietafel, maar daarvoor moet u wel de kamer uit. Wat zegt u tegen de ouders? Is het u wel eens overkomen dat u een slap kind had die u eigenlijk mee wilde nemen, maar waarvan de moeder zei: 'nee, dat wil ik niet'? Zo ja, wat deed u toen?*

Eerste- en tweedelijns verloskundigen communiceren hetzelfde in een situatie van een reanimatie van de pasgeborene. Verloskundigen vertellen dat het kindje aangeslagen geboren is en wat extra ondersteuning nodig heeft bij de ademhaling en dat ze daarom het kindje gaan helpen en onderzoeken. Verloskundigen geven aan: *"Als moeder weigert dan zeg ik: 'ik neem de baby echt nu mee, omdat het niet goed gaat met de baby'".* Dan zou ik haar wensen negeren en achteraf zeggen: 'kijk, het moest', in de hoop dat ze het dat begrijpt. Twee van de veertien verloskundigen geven aan dat je dan juist de professionele zorgverlener moet zijn om het kind te helpen. Een andere verloskundige zegt: *'Ik zou het kind wel meenemen, zonder toestemming van de ouders. Wat het verschil maakt is denk ik dat je het kind nu ziet en dat je handelt in het belang van het kind. Het is een gevoel dat ik wel zou gaan handelen in deze situatie. Ik kan me voorstellen dat een moeder hoog in de emotie zit van de baring en hierdoor emotie en noodzaak niet meer gescheiden kan zien'.* Een andere verloskundige zegt: *'het moet, want anders gaat je kindje het niet overleven'.* Hierop zou ze het kindje meenemen tegen de wens van moeder is. Wanneer dit al eerder speelt en prenataal besproken is dat moeder deze wens heeft, dan wil zij het zwart op wit hebben en een handtekening van de ouders. Anders zou ze tegen de wens in gaan handelen. Eén verloskundige zegt: *'ik schets de ouders de situatie en leg uit wat er aan de hand is. Vervolgens leg ik uit wat ik wil gaan doen en vraag toestemming. Vind je het goed dat ik je kindje even meeneem?'* Deze verloskundige verleent als enige informed consent ten tijde van een reanimatie.

Alle verloskundigen geven aan dat ze dit nog nooit meegemaakt hebben dat ouders weigerden om het kind mee te nemen bij een reanimatie. Een verloskundige zegt: *'het is even niet anders dat het kind mee moet, geen moeder die dan tegensputtert'*.

#### **Vraag 4 - Acute situatie - fluxus**

*Uw cliënt is net bevallen van een zoon met een goede start. Mevrouw ligt op bed en begint na 15 min ruim te vloeien. Wanneer u dit weegt blijkt ze 700cc gevloeid te hebben. Mevrouw heeft in haar geboorteplan staan dat ze geen oxytocine wil, daarom heeft ze nog geen oxytocine gehad. De placenta zit nog vast. U heeft mevrouw al gekatheteriseerd, maar ze blijft toch vloeien. U wilt nu het liefst de oxytocine aan mevrouw gaan geven. Hoe communiceert u dit naar uw cliënt? Hoe ziet u uw positie als verloskundige tegenover de cliënt op dit moment? In welke mate betreft u uw cliënt bij uw besluitvorming in een acute situatie/durante partu?*

Wanneer een vrouw geen oxytocine wil hebben terwijl ze bijna een fluxus heeft, dan zouden acht verloskundigen haar toch oxytocine geven tegen haar wens in en zes verloskundigen doen dit niet. De verloskundigen die handelen vinden dat het hun verantwoordelijkheid is en vinden dat zij moet handelen in het belang van moeder of kind. Vier verloskundigen die geen oxytocine geven, doen dat vanuit de overtuiging dat de vrouw de baas is over haar eigen lichaam. Zij vinden het belangrijk om de situatie aan mevrouw uit te leggen, dat zij de risico's weet, maar als het haar keus is, dan is dat zo. Vier verloskundigen zouden een ambulance bellen en mevrouw overdragen naar de tweedelijns. Eén verloskundige geeft aan mevrouw zelfs in het uiterste geval te fixeren als zij oxytocine weigert. Twee verloskundigen geven aan dat zij met mevrouw een grens afspreken tot wanneer zij met de wens van de vrouw meegaan en vanaf wanneer mevrouw toch alsnog oxytocine krijgt. Dit wordt het liefst prenataal al besproken. Eén verloskundige voelt zich geen goede zorgverlener als zij niet handelt en zou daarom handelen. Een andere verloskundige geeft aan dat zij alleen niet zou handelen als het zwart op wit staat.

#### **Vraag 5 - Sociale druk**

*Is het wel eens voorgekomen dat u meeging met de wensen van de cliënt terwijl collega's dat eigenlijk niet wilden? Als u breder kijkt, vanuit het perspectief van de gynaecoloog of tweedelijns verloskundige, ervaart u dan sociale druk?*

De verloskundigen uit de eerstelijns ervaren geen sociale druk van hun eigen collega's uit de eerstelijns of die sociale druk is niet leidend. Over het algemeen liggen ze met elkaar op één lijn. Vier eerstelijns verloskundigen geven aan dat zij sociale druk ervaren vanuit de tweedelijns. Zij voelen druk van de protocollen. Als zij geen oxytocine geven, dan geeft het ziekenhuis het wel. Acht verloskundigen worden niet door sociale druk belemmerd om buiten een protocol te handelen als dat de wens van de vrouw is. Zij vinden dat zij zelf de verantwoordelijkheid hebben op dat moment en dat je beargumenteerd af mag wijken van protocollen.

Eén tweedelijns verloskundige geeft aan dat zij zich ervan bewust is dat ze onder de gynaecoloog werkt. Eén eerstelijns verloskundige geeft aan dat zij bang is voor een klacht van de cliënt.

### **Vraag 6 - Factoren wel/geen informed consent vragen**

*Zijn er volgens u factoren die meespelen waarom verloskundigen wel/geen informed consent zouden verlenen in een acute situatie? Welke factoren zijn dit? Hoe denkt u daarover?*

Vijf verloskundigen noemen onwetendheid van informed consent als factor die invloed heeft op het niet vragen van informed consent. Zes verloskundigen noemen tijdsdruk als een factor. Hoe het je is aangeleerd werd door zes verloskundigen genoemd als factor. De factor taalbarrière als een vrouw heftig in partu is werd door vier verloskundigen genoemd. Andere factoren die door de eerstelijns verloskundigen genoemd worden zijn onbekwaamheid en eerdere ervaring, angst en stress bij verloskundigen, waardoor verloskundigen niet in staat zijn om informed consent te verlenen. Ook non-verbale toestemming en zwijgen van een cliënt werd door een eerstelijns verloskundige genoemd als een factor om geen informed consent te verlenen. Daarnaast werd door één van de verloskundigen de factoren genoemd als: vergeten, sociale druk van tweedelijns en standaard weinig informed consent durante partu. Eén van de tweedelijns verloskundigen noemt gewoonte en dagelijks werk ook als factor voor het niet verlenen van informed consent, welke vergelijkbaar is met de factor vergeten die door de eerstelijns verloskundigen genoemd werd.

### **Vraag 7 - Continuous support**

*Dit onderzoek wat wij doen heeft als gezondheidsprobleem PTSS. Vanuit de literatuur blijkt dat vrouwen die continuous support ontvangen positiever terugkijken op hun bevalling. Zou er een link te leggen zijn tussen het wel of niet krijgen van continuous support en het ontstaan van PTSS? Hoe kijkt u daar tegenaan?*

Op de vraag of continuous support tijdens de baring mogelijk de kans verkleint op het ontstaan van PTSS wordt door negen verloskundigen met een ja beantwoord, waarvan twee verloskundigen tweedelijns werken. Zij geven aan dat continuous support positieve resultaten laat zien en dat vrouwen beter terugkijken op hun bevalling. Daarom denken zij dat er ook een link te leggen is met minder kans op het PTSS. Wel hangt het af van de persoon. Eén verloskundige geeft aan dat zij continuous support niet altijd een meerwaarde vindt. Zij voelt zich soms juist een 'indringer' tijdens de bevalling. Een andere verloskundige geeft aan dat vertrouwen heel belangrijk is en dat dat in de tweedelijns soms ontbreekt, omdat dan de één na de ander binnen komt lopen. Eén verloskundige twijfelt of het wel bij ons vakgebied hoort: *'je kan het misschien wel ondervangen, maar dan zit er ook zo'n stuk verwerking en psychiatrie in die buiten onze verloskundige kennis gaat denk ik'*. Een tweedelijns verloskundige geeft aan benieuwd te zijn naar of continuous support echt helpt. Zij vindt het belangrijk om verschillende methodes af te wisselen. Daarnaast is het voor haar niet altijd haalbaar om continuous support te geven. Dit wordt bevestigd door een andere tweedelijns verloskundige, die aangeeft dat continuous support in de tweedelijns vaak niet lukt.

Een andere tweedelijns verloskundige geeft aan dat continuous support niet altijd gegeven hoeft te worden door de eerstelijns die dan blijft, het kan ook door de tweedelijns. Zij vindt een warme en persoonlijke overdracht tussen de eerste- en tweedelijns belangrijk zodat een vrouw de zorg ook als warm en fijn ervaart. *'Dat is voor mij continuous support en niet zozeer één iemand continu'*. Tot slot geeft een tweedelijns verloskundige aan dat zij het niet weet, omdat zij de vrouwen na de bevalling niet meer ziet. Een eerstelijns verloskundige noemde dat vrouwen die negatief terugkijken op de bevalling, vaak in de tweedelijns bevallen zijn. Niet om met een vingertje te wijzen, maar dat is haar ervaring. Zij denkt dat dit komt doordat er niet meer door de tweedelijns op meerdere momenten postpartum met die vrouw wordt doorgesproken wat er is gebeurd. Volgens haar zou hier de continuous support postpartum juist een bijdrage kunnen leveren om mogelijk het ontstaan van PTSS te verkleinen. Dit wordt door een andere eerstelijns verloskundige bevestigd, die aangeeft dat het belangrijk is om postpartum met de vrouw te evalueren en de gemaakte keuzes toe te lichten. Zij zien daar een winst in om de kans op het ontstaan van PTSS te verkleinen.

### **Overige resultaten**

Eén verloskundige gaf aan dat ze het zelfbeschikkingsrecht en de autonomie van een vrouw erg belangrijk vindt. De vrouw heeft de regie en haar wensen staan boven alles. Een andere verloskundige die opgeleid is in België gaf aan dat ze vooral op de hoogte is van de Belgische wet. Ook gaf een verloskundige aan dat de perceptie van de barendende en de perceptie van de man een factor kan zijn om een baring als traumatisch te ervaren. Daarnaast benoemde een verloskundige dat verloskundigen sommige handelingen normaal vinden, maar dat die handelingen voor een vrouw kunnen bijdragen aan een traumatische ervaring. Een vraag van een verloskundige was: tot waar reikt mijn verantwoordelijkheid? Staat moeder altijd boven het kind?



## Bijlage 2 Resultaten focusgroep

Naast de interviews die gehouden zijn, is er ook focusgroep samengesteld met verloskundigen in opleiding. Aan deze focusgroep hebben twaalf verloskundigen in opleiding deelgenomen. Met deze focusgroep werd getracht zicht te krijgen in hoe verloskundigen in opleiding vinden dat zij worden opgeleid ten aanzien van de wet- en regelgeving en informed consent. Daarnaast of zij in de praktijk zien dat dit verleend wordt en welke factoren volgens hun meespelen in het wel of niet verlenen van informed consent. De resultaten van deze focusgroep vindt u in deze bijlage.

### **Wat weet je van de term informed consent?**

- Aangeven aan de cliënt dat je iets gaat doen
- Dat je toestemming vraagt aan cliënt of ze het goed vindt dat je iets doet.
- De naam informed consent zegt het zelf al: dat je informatie geeft, dus bij alles wat je doet. Maar naar mijn idee is dat niet altijd haalbaar, om ook alle voor en nadelen te vertellen.
- Ik herken het wel heel erg vanuit de informatie die je geeft over de testen die mogelijk zijn in de zwangerschap (screening), zodat ouders een weloverwogen keus kunnen maken.
- Er zit wel verschil in hoe je toestemming moet/kan vragen.
- Een vraag die overblijft vanuit de groep: wanneer vraag je alleen toestemming en wanneer is het meer op een dwingende manier?

### **Wordt er in de opleiding voldoende aandacht gegeven aan hoe je informed consent toepast in de praktijk? Ook in acute situaties? Wat heb je gemist? Wat vind je juist heel sterk?**

- Ten aanzien van counseling wel. Hier zijn meerdere lessen aan besteed en daarin komt informed consent heel duidelijk terug.
- Niet bij alle handelingen geleerd.
- Tijdens vaardigheidsonderwijs (VHO) lessen en toetsen wordt er ook niet veel aandacht aan besteed, het staat bv. niet in de reader dat je eerst een vrouw toestemming moet vragen voordat je vliezen breekt bv.

- Er wordt volgens mij wel aandacht besteed op het nieuwe toetsformulier voor het nieuwe curriculum, daar kun je dan extra punten voor krijgen.
- De kennis die wij er over op doen ontstaat tijdens stage en door er onderling met elkaar over te praten zoals nu. Maar dat komt ook doordat jullie met dit project bezig zijn. Maar de theorie hebben we niet gehad op school.
- We weten al veel, maar ik vraag me af of het wel haalbaar is in de praktijk.
- Iemand geeft aan dat zij tijdens haar stages in een aantal praktijken juist heeft gezien dat zij hier veel aandacht aan besteden en dat zij daardoor juist al veel over dit onderwerp heeft nagedacht. Daarnaast is zij van mening dat school er wel voldoende aandacht aan besteed. Bv. door de ethiek lessen. Alleen leren wij misschien niet dat je alle voor en nadelen moet bespreken.
- School maakt ons bewust.

De positieve punten die worden genoemd, waarin informed consent aan bod kwam:

- ethiek lessen
- patiënt die op school kwam vertellen over haar ervaring → wordt op gereageerd dat dit subjectief is.
- COVA lessen en VHO lessen waarin je zelf ook patiënt bent en ervaart hoe het is.

Waarin het nog meer naar voren kan komen:

- In stage. Daarin kopiëren we als studenten het gedrag van de verloskundigen, als het daar niet wordt gedaan dan wordt het snel afgeleerd.

**Zie je tijdens je stages dat er informed consent wordt gegeven door verloskundigen? Zo ja, wat zie je dan? Hoe communiceert de verloskundige? Verschil in 1e en 2e lijn?**

- Toestemming vragen voor uitwendig onderzoek, bloeddruk meten etc. zie ik niet. Je kan ook niet iedere keer vragen of je uitwendig onderzoek mag doen.
- Vaak wordt er vanuit gegaan dat de vrouw het wel weet, dat het vanzelfsprekend is. Maar dat is dus niet altijd zo. Dan besef ik wel weer dat ik soms meer moet uitleggen.
- In een praktijk worden briefjes tijdens de zwangerschap meegegeven met informatie over bv. Vit. K postpartum en actief leiden of niet. Dit deden ze daar omdat in heel veel praktijken het gewoon standaard wordt gegeven zonder dat je de ouders om toestemming vraagt. Door ouders er van te voren over te laten nadenken, voorkom je op het moment zelf dat er te veel tijd overheen gaat.
- In een geboorteplan staat best vaak dat een vrouw alles in overleg wil hebben. Tijdens het beval-praatje is het dan een mooie gelegenheid om dit met de vrouw te bespreken, om te vragen hoe zij dat voor zich ziet. Als de verloskundige dan uitlegt dat zij soms in bepaalde/acute situaties een interventie wel nodig vindt om de gezondheid van het kind of van moeder, dan wordt er vaak wel aangegeven door de vrouw dat ze het dan prima vindt. Als het maar van te voren duidelijk is overlegd.

- Tijdens een partus wordt er ook wel overlegd met de vrouw wanneer zij weer getoucheerd wil worden, dat wordt dus samen met de vrouw bepaald.
- Episiotomie zetten: wanneer er foetale nood is wat dus de (enige) reden is voor het zetten van een epi, dan wordt het gezegd dat er een epi wordt gezet, maar dan wachten ze vaak wel totdat de vrouw een soort van toestemming heeft gegeven. Maar er wordt niet helemaal de voor en nadelen besproken. Maar er zijn ook mensen die aangeven dat zij in de praktijk zien dat er gewoon geknipt wordt, zonder toestemming, zelfs dat iemand achteraf pas hoorde dat ze geknipt was, toen de verloskundige aangaf dat ze nog gehecht moest worden!

Het is een verschil in hoe je het zegt:

- o Ik ga nu een knip zetten of:
- o Ik wil een knip zetten omdat.... en dan wacht je de reactie van de vrouw af.

Als er meer tijd is, dan wordt er meer uitleg gegeven.

- Er is wel een verschil te zien tussen de eerste- en tweedelij. In de tweedelij wordt meer uitgegaan van de pathologie. In de eerstelij gaat het veel meer om de vrouw informeren, en samen met haar besluit nemen. In de tweedelij wordt bv. best vaak een SE geplaatst op het hoofd van het kind omdat het uitwendig anders niet goed te meten is, terwijl het nog niet eens geprobeerd is. Wordt zonder toestemming van de vrouw gedaan. Of AROM.

#### **Redenen waarom er geen informed consent gegeven wordt door verloskundigen:**

- Denken dat de vrouw het al weet
- Beleid wordt bepaald door de verloskundige, zij heeft geleerd om zo te handelen, dus gebeurt het zo
- Eigen mening wordt ook meegenomen, de verloskundige heeft het bijvoorbeeld zelf vervelend ervaren dat je twee banden om je buik moest hebben voor CTG registratie, dus een schedelelektrode is fijner. Invullen voor de vrouw.
- In de tweedelij heb je iemand boven je. Het maakt uit wie er dienst heeft, welke gynaecoloog/arts assistent, op welke manier hij/zij de zorg wil. Maar ook wie je zelf als verloskundige bent.
- Discussie uit de weg gaan, geen 'zin' om er een punt van te maken
- Er niet bij stil staan / niet bewust van zijn
- Het is het beleid in het ziekenhuis, dus die volg je gewoon op, dan ben je ook niet aanspreekbaar als er iets fout gaat, want je hebt gehandeld volgens protocol
- Maar bovenal: je bent je er niet altijd van bewust, je gaat voor de beste zorg voor moeder en kind!

### Bijlage 3 Kosten

#### Kosten van ziekten in 2011 naar hoofdgroep:<sup>14</sup>

Hoofdgroep ziekte/aandoening	Kosten miljoen euro: 2007	Kosten miljoen euro: 2011	Aandeel in totaal: 2007	Aandeel in totaal: 2011	Groei (%) per jaar 2007-2011
Psychische stoornissen	15.895	19.613	21,4%	21,9%	5,4%
Aandoeningen van het hart vaatstelsel	6.911	8.255	9,3%	9,2%	4,5%
Aandoeningen spijsverteringsstelsel	4.879	5.558	6,6%	6,2%	3,3%
Aandoeningen van zenuwstelsel en zintuigen	3.981	5.228	5,3%	5,8%	7,1%
Aandoeningen bewegingsstelsel	4.950	5.173	6,6%	5,8%	1,1%
Kanker (incl. goedaardige nieuwvormingen)	3.423	4.772	4,6%	5,3%	8,7%
Symptomatische klachten	4.093	3.575	5,5%	4,0%	-3,3%
Aandoeningen van de ademhalingswegen	2.618	3.177	3,5%	3,6%	5,0%
Stofwisselingsziekten, bloedziekten	1.943	2.755	2,6%	3,1%	9,1%
Aandoeningen van het urogenitaal systeem	1.907	2.494	2,6%	2,8%	6,9%
Zwangerschap, perinatale aandoeningen, angeboren afwijkingen	2.225	2.330	3,0%	2,6%	1,2%
Letsel	2.141	2.235	2,9%	2,5%	1,1%
Infectieziekten	1.064	1.121	1,4%	1,3%	1,3%
Huidziekten	802	982	1,1%	1,1%	5,2%
Nog niet toewijsbaar aan een ziekte	7.215	9.290	9,7%	10,4%	6,5%
Niet ziekte gerelateerd	10.400	12.823	14,0%	14,3%	5,4%
Totaal kosten:	74.447	89.381	100%	100%	4,7%

## Bijlage 4 BRAINS Methodiek

De BRAINS methodiek is ontwikkeld als methode die kan helpen bij objectieve voorlichting en counseling.<sup>51-52,54</sup> Het kan zowel de vrouw helpen om na te denken over de situatie maar ook de zorgverlener.

BRAINS staat voor:

- **B**enefits: Wat zijn de voordelen, wat willen we hiermee bereiken?
- **R**isk: Wat zijn de risico's. Welke andere interventies hangen hiermee samen?
- **A**lternatives: Wat zijn de alternatieven?
- **I**ntuition: Klinkt het logisch? Heb je meer informatie nodig of wellicht een second opinion?
- **N**othing: Wat als we niets doen? Of een tijdje wachten voordat we beslissen?
- **S**cuse me: 'Sorry' wil je ons/mij even alleen laten om te overleggen en te beslissen?

Deze methode kan in niet acute situaties uitgebreid besproken worden met de vrouw, maar in niet acute situaties zal deze methode op een minder uitgebreide manier een rol krijgen. Dit onderscheid wordt in de bijscholing aan de verloskundigen uitgelegd.

## Bijlage 5 Uitwerking en argumentatie aanbevelingen

### Aanbeveling 1

*Alle verloskundigen werkzaam in Nederland zijn per januari 2018 bijgeschoold over de rechten en plichten die beschreven staan in de WGBO, met nadruk voor kennis over informed consent durante partu. Een hulpmiddel bij het verlenen van informed consent kan de BRAINS methodiek zijn.<sup>51-52</sup> Deze methodiek is in bijlage vier opgenomen.*

Informatieoverdracht blijkt de methode om kennis te vergroten.<sup>50</sup> Daarvoor is door de projectgroep gekozen voor het ontwikkelen van een bijscholing, om hierin de voorlichting over de wet- en regelgeving te werken. Uit onderzoek over gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering blijkt dat voorlichting effectief is als deze aansluit bij de individuele wensen, behoeften en problemen van de doelgroep.<sup>50</sup> Om ervoor te zorgen dat de bijscholing voor verloskundigen zo goed mogelijk aansluit op hun wensen en behoeften zal de bijscholing mede worden opgericht door verloskundigen uit het werkveld (mesoniveau). Hiervoor worden de verloskundigen benaderd die hebben meegewerkt aan dit onderzoek. De bijscholing zal een dagdeel in beslag nemen. Er kunnen maximaal 20 verloskundigen deelnemen per bijscholing. Van de verloskundigen wordt verwacht dat zij zich voorbereiden door zich te verdiepen in de WGBO met extra aandacht voor informed consent. Na de bijscholing zullen de verloskundigen accreditatiepunten krijgen. Over de hoeveel punten wordt nog met de KNOV overlegd (macroniveau).

De bijscholing ziet er globaal als volgt uit:

- Opening en korte kennismakingsronde met de deelnemers
- Openingsactiviteit waarin getriggerd wordt tot nadenken over informed consent, hoe dit in de wet- en regelgeving vormgegeven is
- Informatieoverdracht over de WGBO met extra nadruk op informed consent. Hiervoor wordt de opbouw van het adviesrapport gebruikt
- Koppeling met de praktijk: d.m.v. casuïstiek waarin situaties worden geschetst zoals in het interview zijn opgenomen, worden de verloskundigen gevraagd hoe zij denken te moeten handelen, met de informatie over de WGBO in hun achterhoofd.

Indien dit vragen oproept bij verloskundigen, omdat zij het vanuit een ander perspectief bekijken, wordt hierop doorgevraagd en wordt er met elkaar over gediscussieerd.

- Als hulpmiddel bij het verlenen van informed consent wordt de BRAINS methodiek uitgelegd. Deze methodiek wordt geoefend door de verloskundigen in rollenspelen.
- Afsluiting; hierbij wordt een samenvatting gegeven van de informatie die besproken is. Tevens krijgen de verloskundigen het adviesrapport en een onderlegger van de BRAINS methodiek mee naar huis.

## **Aanbeveling 2**

*Alle VSV in Nederland hebben in 2018 met elkaar rollenspellen gespeeld en gediscussieerd over ethische en afwijkende zorgvragen die in situaties verschillend door verloskundigen opgepakt zouden kunnen worden met daarbij in acht nemende de WGBO.*

Het doel van deze interventie is dat verloskundigen vanaf 2017 door gezamenlijk casuïstiek te bespreken in de vorm van rollenspelen een informed consent gesprek leert voeren durante partu. Door met elkaar én van elkaar te leren is het waardevol om dit VSV breed te organiseren, omdat dat alle geboortezorg medewerkers bij elkaar zijn op één moment (mesoniveau). Multidisciplinair leren zorgt voor diepere verwerking van de theorie.<sup>55</sup> Tevens kan op deze manier een onderwerp van meerdere kanten bekeken worden, waardoor verschillende disciplines elkaar kunnen aanvullen. Voorwaarde is wel dat er een getrainde specialist bij zit die op de hoogte is van de wet- en regelgeving, zodat die de groepen kan sturen en kan voorzien van feedback wanneer de wet onjuist geïnterpreteerd wordt. Ook kan in deze twee uur durende VSV-bijeenkomsten besproken worden waar zorgverleners tegenaan lopen bij het verlenen van informed consent, zodat daarover met elkaar gediscussieerd kan worden.

Hoe dit opgezet kan worden:

- Bijvoorbeeld: een lid van de Geboortebeweging of een geboortezorg jurist uit te nodigen tijdens de vergadering;
- Drie rollenspelen uit te spelen in drie verschillende situaties.<sup>56</sup>
  - o Normale fysiologische baring - de (be)handelingen die daarbij komen kijken naar voren laten komen bijvoorbeeld: het vaginaal toucher, uitwendig onderzoek en bloeddruk meten;
  - o Afwijkende zorgvraag - Hoe ga je om met wensen van de barenden, je eigen grenzen en wat zijn de rechten en plichten van zowel de zwangere als de zorgverlener?;
  - o Hoe ga je om met een burende in een acute situatie die de (be)handeling weigert.
- Iedere zorgverlener heeft minimaal 2 uur voorbereidingstijd nodig om zich voor te bereiden op bovenstaande onderwerpen. Het adviesrapport van de projectgroep PHP 'informed consent in relatie PTSS' zal als literatuur verstuurd worden naar de leden van het VSV.
- Na afloop zal de specialist de belangrijkste onderdelen van de WGBO nogmaals benoemen en is er ruimte voor vragen.

### **Aanbeveling 3**

*Alle studenten op de AVAG moeten per ingang van het studiejaar 2017-2018, vanaf leerjaar één, opgeleid worden over de wet- en regelgeving in het verlenen van informed consent durante partu.*

Gewoonten zijn eigenlijk automatisch geactiveerde gedragingen.<sup>50</sup> Om ervoor te zorgen dat informed consent verlenen voor de verloskundigen ook een gewoonte gaat worden, is de projectgroep van mening dat dit aan het begin van de opleiding al aan bod moet komen. Hier wordt beschreven hoe dit vorm gegeven zal worden:

1. Curriculum aanpassen voor jaar één op de AVAG door meer aandacht te besteden aan de WGBO durante partu (macro- en mesoniveau). De WGBO moet ten minste in het vierde blok aan bod komen.
  - a. Lessen ethiek op de verloskunde academies over: 'wat is informed consent durante partu en hoe pas je het toe in de praktijk?'
  - b. Dit zal in totaal voor de studenten zes uur lestijd zijn. Drie maal twee uren met daarin lessen over de WGBO durante partu en tijd om ethische vraagstukken met elkaar te behandelen.
  - c. Studenten die met elkaar discussiëren en rollenspelen spelen over afwijkende zorgvragen.<sup>50</sup>
2. Kennis zal getoetst worden middels een casustoets en/of kennistoets.<sup>57</sup>
3. Readers voor de vaardigheden zullen herschreven worden, met als leidraad dat er voor iedere handeling informed consent verleent dient te worden. Dit neemt voor de docenten +/- vijf uur in beslag.
4. Observatie en interviews van studenten in de praktijk hoe er omgegaan wordt met de wet- en regelgeving met nadrukkelijk aandacht voor informed consent. Hier schrijven de studenten een verslag van in de vorm van een selfassessment wat ingeleverd wordt bij de stagebegeleider en de studieloopbaanbegeleider. Dit is een verplicht onderdeel van zowel de eerste- als de tweedelijns stage. De beoordeling is een onderdeel van de EC die voor de stage professioneel gedrag staan.

Deze aanbeveling is gebaseerd op de sociaal-cognitieve theorie.<sup>50</sup> Volgens deze theorie vindt gedragsverandering plaats als resultaat van observerend leren en actieve oefening.

### **Implementatie**

Hoe meten we in de toekomst dat er in de praktijk gehandeld wordt volgens de wet- en regelgeving van de WGBO? Dit kan volgens de projectgroep op meerdere manieren gedaan worden.

Onderstaande volgt een aanbeveling voor toetsing van de WGBO in de praktijk durante partu.

1. Afstudeeronderzoek in 2018 door studenten van de AVAG over het toetsen van kennis omtrent de regels van de WGBO. Dit onderzoek kan volgens het plan van aanpak van de projectgroep gedaan worden. Door dezelfde vragen aan (andere) verloskundigen te stellen kan er getoetst worden hoe het kennisniveau van de verloskundigen is na de implementatie van de scholing van de WGBO.



Achteraf kunnen de verloskundigen in opleiding een adviesrapport schrijven met de huidige stand van zaken en aanbevelingen voor de toekomst.

2. Onderzoek door verloskundigen in opleiding in 2018 door enquêtes te versturen naar verloskundigen in heel Nederland uit de eerste- en tweedelijns om de kennis te toetsen over de WGBO. Uit deze resultaten kunnen conclusies getrokken worden over de kennis van de praktiserende verloskundigen.