



Gezamenlijke besluitvorming

Een handreiking



Colofon

Dit beroepsprofiel is een publicatie van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV).

© Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, december 2018

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de KNOV. U kunt deze uitgave ook inzien via www.knov.nl

Auteur

Dr. Marleen van Son

Contact KNOV

Postbus 2001

3500 GA Utrecht

T +31 (0)30 282 31 00

E info@knov.nl

Inhoud

Samenvatting	4
Inleiding	5
1 Waarom SDM en wat is SDM?	6
1.1 Waarom SDM?	6
1.2 Wat is SDM?	6
2 Toepassen van SDM: het gespreksvoeringsmodel van Elwyn	7
2.1 Teamgesprek (team talk)	7
2.2 Optiegesprek (option talk)	8
2.3 Beslissingsgesprek (decision talk)	10
3 Conclusies	13
4 Literatuur	14

Samenvatting

Wat is SDM en wat zijn de voordelen?

Bij gezamenlijke besluitvorming (shared decision making: SDM) gaan de cliënte en de verloskundig zorgverlener bij een te nemen beslissing een dialoog met elkaar aan over de keuzemogelijkheden, waarbij het best beschikbare wetenschappelijke bewijs, de waarden en voorkeuren van de cliënte en de expertise (ervaringen) van de zorgverlener worden gedeeld. De uiteindelijke beslissing wordt door de cliënte genomen: zij heeft beslissingsbevoegdheid en is daarmee eigenaar van de beslissing. Door SDM zijn cliënten beter geïnformeerd, twijfelen zij minder over de gemaakte keuze en hebben daaruit voortvloeiend een positievere beleving van hun zwangerschap, bevalling en kraamperiode. SDM draagt bij aan een betere therapietrouw en de keuze voor minder invasieve (behandel)opties.

Hoe pas ik SDM toe?

Om SDM in de praktijk te brengen biedt het gespreksvoeringsmodel van Elwyn goede handvatten. Gestart wordt met het 'teamgesprek': dit gesprek heeft een verkennend karakter. In het teamgesprek wordt expliciet gemaakt dat een keuze gemaakt moet worden in de zorg en dat er in gezamenlijkheid een proces doorlopen wordt om tot de beste keuze voor de cliënte te komen. In het daarop volgende 'optiegesprek' worden de verschillende opties met bijbehorende voor- en nadelen besproken. Ook niets doen en afwachten (watchful waiting) zijn daar onderdeel van. Het optiegesprek kan ondersteund worden met de BRAINS-techniek, de terugvraagmethode, met keuzehulpen en met het geven van kwantitatieve informatie over de voor- en nadelen van iedere optie. De manier waarop de zorgverlener communiceert over kansen dient zorgvuldig te gebeuren: het is bepalend voor hoe de cliënte de verschillende kansen ervaart. Bedenktijd inlassen na het optiegesprek, zodat er de tijd en de ruimte is voor de cliënte om te overleggen met haar naasten, heeft sterk de voorkeur. Gedurende het 'beslissingsgesprek' worden de voorkeuren van de cliënte besproken en ondersteunt de zorgverlener de cliënte door middel van het afwegen van de verschillende mogelijkheden. Het is niet noodzakelijk dat de zorgverlener en de cliënte het uiteindelijk eens zijn met de genomen beslissing door de cliënte. Wel dient er begrip te zijn voor de gemaakte keuze en dienen beiden achter het proces te kunnen staan waarin tot deze beslissing is gekomen. Juist in deze situaties is goede communicatie van cruciaal belang.

SDM in de geboortezorg: aandachtspunten

Bij prenatale screening is er sprake van 'informed choice' (geïnformeerde besluitvorming): de argumenten voor de te maken keuze liggen geheel op het gebied van de levensvisie van de cliënte. In de spreekkamer dient te worden voorbesproken met de cliënte, in algemene zin, hoe zal worden omgegaan met beslissingen in acute situaties en met tijdsgevoelige beslissingen gedurende de bevalling. Achteraf is een nagesprek essentieel indien een acute situatie zich heeft voorgedaan.

Inleiding

In de geboortezorg zijn er diverse voorkeursgevoelige beslissingen te nemen zoals de plaats en wijze van bevallen, een uitwendige versie bij stuitligging, de methode van pijnverlichting en de keuze voor de voeding van de pasgeborene. Ook beslissingen die minder expliciet voorkeursgevoelig zijn, worden bij voorkeur gezamenlijk en vanuit een dialoog tussen zorgverlener en cliënte genomen. Dit betreft zowel beslissingen rondom de zwangerschap en baring als keuzes voor de kraamperiode.

Bij gezamenlijke besluitvorming (shared decision making: SDM) gaan de cliënte en verloskundig zorgverlener bij een dergelijk beslismoment een dialoog met elkaar aan, waarbij de zorgverlener informatie deelt over de keuzemogelijkheden en de cliënte haar waarden en voorkeuren aangeeft. De te nemen beslissingen kunnen in de geboortezorg uitdagend zijn omdat de cliënte niet alleen voor haarzelf een beslissing neemt, maar ook voor haar ongeboren kind. Bovendien moet de cliënte bij bepaalde beslissingen ook de mogelijke consequenties van haar keuze voor toekomstige zwangerschappen in overweging nemen. Verder speelt bij het nemen van beslissingen ook altijd de omgeving van de cliënte, zoals de partner, een belangrijke rol.

SDM, bejegening en 'informed consent' (geïnformeerde toestemming) worden als cruciale elementen aangeduid in het implementatieplan van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg.¹ In het implementatieplan wordt aangegeven dat:

- de manier van uitwisseling van informatie tussen de vrouw en haar zorgverlener leidt tot een gezamenlijk genomen beslissing over de te leveren zorg;
- de zorgverlener actief luistert en aandacht heeft voor vragen en wensen van de vrouw;
- de coördinerend zorgverlener en de zwangere samen een geboortezorgplan opstellen.

Geïnformeerd toestemming geven en geïnformeerd kunnen weigeren ('informed refusal') zijn rechten van de zwangere vrouw die officieel zijn vastgelegd in de Nederlandse wetgeving, namelijk in de Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst.² Bovendien is er een wetswijziging voorgesteld (besloten debat 4 oktober 2018) om van SDM een wettelijk recht te maken.³

1 Waarom SDM en wat is SDM?

1.1 Waarom SDM?

In de meldactie over Samen beslissen uitgevoerd door de Patiëntenfederatie Nederland (2017) onder bijna 8000 respondenten, geeft 94% van de deelnemers aan behoefte te hebben om samen te beslissen met zijn of haar zorgverlener.⁴ Het belangrijkste argument van cliënten hiervoor is dat het over het eigen lijf en leven gaat. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat dit voor de verloskundige zorg anders zou zijn.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat door toepassing van SDM cliënten beter geïnformeerd zijn en zich meer bewust zijn van de voor- en nadelen van bepaalde opties.⁵ SDM leidt bovendien tot de keuze voor minder invasieve (behandel)opties door cliënten.^{6,7} Door het inzetten van SDM twijfelen cliënten minder over hun genomen beslissing en voelen zich vaker tevreden. Dit zorgt tevens voor een betere therapietrouw. Al deze aspecten dragen bij aan een positieve beleving van de zwangerschap, bevalling en kraamperiode.⁵

Een barrière voor de implementatie van SDM in consulten is de (eerste) indruk bij zorgverleners dat deze manier van gespreksvoering meer tijd kost. In het begin zal SDM inderdaad meer tijd vragen: er moet een zekere 'routine' in het voeren van het gesprek op dergelijke wijze ontwikkeld worden. Echter, onderzoek bij diverse disciplines in de zorg laat zien dat SDM uiteindelijk niet meer tijd kost.⁸ Er wordt tijdswinst behaald doordat misverstanden, vragen en onzekerheden worden weggenomen, waardoor de cliënte minder vaak nieuw contact zoekt met de zorgverlener. Meer duidelijkheid en grotere tevredenheid bij de cliënte bespaart latere gesprekken. Bovendien leren de zorgverlener en de cliënte elkaar beter kennen wat een gunstige uitwerking heeft op de verdere zorgverlening.

1.2 Wat is SDM?

Bij SDM nemen zorgverlener en cliënte samen besluiten op basis van het best beschikbare wetenschappelijke bewijs, de voorkeuren van de cliënte en de expertise (ervaringen) van de zorgverlener. Dit is evidence-based medicine zoals de grondlegger Sackett dit heeft bedoeld en beschreven.⁹ De cliënte wordt aangemoedigd na te denken over de verschillende opties en de bijbehorende voor- en nadelen. Uitdrukkelijk is niets doen (watchful waiting) ook een optie. De cliënte wordt gevraagd naar haar voorkeuren, wensen en doelen om op deze wijze te komen tot de beste keuze voor de cliënte. SDM bevordert de betrokkenheid van de cliënte en doet recht aan haar autonomie. De uiteindelijke beslissing wordt door de cliënte genomen.¹⁰

2 Toepassen van SDM: het gespreksvoeringsmodel van Elwyn

Als startpunt is het goed om je als zorgverlener af te vragen hoeveel tijd je tijdens een gesprek zelf aan het woord bent en hoeveel tijd de cliënte wanneer er een beslissing genomen moet worden. De balans ligt nu nog vaak bij de zorgverlener. Bij SDM wordt ook juist de cliënte aan het woord gelaten: wat weet de cliënte zelf al en wat zijn haar voorkeuren? Maar ook, welke misconcepties spelen er mogelijk bij haar of wat heeft de cliënte niet goed begrepen? Er bestaat bij SDM een gelijkwaardige relatie tussen zorgverlener en cliënte. De (medische) kennis van de verloskundig zorgverlener en de kennis van de cliënte over de eigen leefsituatie, voorkeuren, wensen en waarden zijn allebei even belangrijk en onmisbaar om de best passende zorg te kunnen bieden dan wel ontvangen.

Het herkennen van keuzes en beslissingen is zowel voor cliënten als zorgverleners vaak nog lastig. Het gaat niet alleen om de 'grote' beslissingen, maar ook om de kleinere beslissingen. Het gespreksvoeringsmodel van Elwyn biedt goede handvatten om SDM in de praktijk te brengen: het bestaat uit een teamgesprek, optiegesprek en beslissingsgesprek^{11,12}. Hieronder wordt dit model verder uitgelegd en worden de verschillende hulpmiddelen ter ondersteuning van SDM besproken.

2.1 Teamgesprek (team talk)

In de meldactie Samen beslissen geeft 15% van de deelnemers aan dat zij zich niet bewust waren van de mogelijkheid om mee te beslissen en 29% was niet voorbereid op een keuzemoment.⁴

Het teamgesprek is dan ook heel belangrijk als eerste stap in SDM: hierin wordt geïntroduceerd dat het nodig is om een keuze te maken in de zorg en dat de cliënte samen met de verloskundig zorgverlener een proces doorloopt om te komen tot de beste keuze voor de cliënte. Verkend wordt of de cliënte begrijpt wat er aan de hand is. De cliënte wordt er bewust van gemaakt dat er een aantal opties zijn met verschillende voor- en nadelen die de cliënte en zorgverlener gezamenlijk in een dialoog gaan bespreken. Het teamgesprek heeft hiermee een verkennend karakter. De zorgverlener benadrukt dat de uiteindelijke keuze afhankelijk is van de wensen en voorkeuren van de cliënte. Ook worden de waarden en doelen van de cliënte verkend: wat vindt zij belangrijk en wat wil zij bereiken? Het is belangrijk om erachter te komen wat er speelt bij de vrouw. Gedurende het teamgesprek exploreert de zorgverlener tevens in welke mate de cliënte betrokken wil worden in de besluitvorming. De zorgverlener probeert te voorkomen dat cliënte zich terugtrekt door haar gerust te stellen dat zij de cliënte zal ondersteunen in het besluitvormingsproces. Cliënten zijn soms bang dat ze de beslissing alleen moeten nemen.^{12,13}

De cliënte voorbereiden op SDM

Een hulpmiddel voor cliënten voor SDM zijn de 3 goede vragen (www.3goedevragen.nl; initiatief van Patiëntenfederatie Nederland & Federatie Medisch Specialisten). De 3 goede vragen kunnen helpen om de juiste informatie te krijgen van de zorgverlener om een weloverwogen beslissing te nemen:

- 1) Wat zijn mijn mogelijkheden?
- 2) Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?
- 3) Wat betekent dat in mijn situatie?

Op www.3goedevragen.nl zijn diverse downloads beschikbaar voor de bewustwording van deze 3 goede vragen: een folder, poster, visitekaartje, een ansichtkaart en een wachtkamerfilmje. Ter bevordering van

SDM en het creëren van keuzebewustzijn zou het goed zijn als in de wachtkamer en op de website van de verloskundigenpraktijk reeds aandacht wordt besteed aan samen beslissen met de verloskundig zorgverlener.

2.2 Optiegesprek (option talk)

Uit de meldactie 2017 komt naar voren dat bijna de helft van de cliënten (48%) niet meerdere mogelijkheden kreeg voorgelegd door de zorgverlener en 37% van de deelnemers geeft aan dat niet of slechts beperkt is gesproken over welke zorg het beste paste bij de persoonlijke situatie.⁴

Tijdens het optiegesprek wordt allereerst onderzocht wat de voorkennis is van de cliënte. Wees alert op misconcepties of beperkt begrip bij de cliënte. Vervolgens worden de verschillende mogelijkheden besproken en wordt door de verloskundig zorgverlener gedetailleerde informatie gegeven over de voor- en nadelen en de gevolgen van iedere optie. Ook niets doen en afwachten (watchful waiting) is vaak één van de opties. Afgesloten wordt met een samenvatting voor of door de cliënte (zie hieronder voor de terugvraagmethode). Indien beschikbaar wordt extra informatiemateriaal aan de cliënte meegegeven of gebruik gemaakt van een keuzehulp.^{12, 13}

BRAINS

Een hulpmiddel voor de zorgverlener bij het optiegesprek is BRAINS: Benefits, Risks, Alternatives, Intuition, Nothing en Scuse me.¹⁴ Zowel de voordelen van een interventie worden besproken als de nadelen en bijwerkingen (Benefits/Risks). Daarnaast worden de andere opties verkend (Alternatives). Daarbij moet ook gedacht worden aan de optie niets doen (Nothing): wat gebeurt er als er nog een tijdje afgewacht wordt of niets wordt gedaan? Verder: heeft de cliënte nog meer informatie nodig of wellicht een second opinion om een keuze te kunnen maken (Intuition)? Geef de cliënte als het even kan de ruimte om na te denken over de verschillende opties en het te bespreken met anderen alvorens het besluit daadwerkelijk genomen wordt (Scuse me). Dit zal niet altijd uitgebreid mogelijk zijn, maar ook een paar minuten kunnen al waardevol zijn voor de cliënte en haar partner.

Terugvraagmethode (teach-back techniek)

Met de terugvraagmethode kun je nagaan of wat door jou als verloskundig zorgverlener verteld is, goed is begrepen door de cliënte. Bij deze techniek vraagt de zorgverlener of de cliënte zelf wil verwoorden wat er is overgebleven aan informatie bij haar. Dit geeft een vollediger beeld van het begrip. Echter, zorg dat de cliënte zich niet gecontroleerd voelt. Geef aan dat je wilt weten of je het goed hebt uitgelegd in plaats van dat je wilt checken of de cliënte het goed begrepen heeft. Een voorbeeld van een goede terugvraag is: "Ik wil weten of ik het goed heb uitgelegd. Wilt u mij vertellen wat ik gezegd heb?"¹³ Via www.pharos.nl zijn posters en kaarten voor op het bureau over de terugvraagmethode te downloaden (of tegen verzendkosten te bestellen) als ondersteuning om deze methode toe te passen.

Keuzehulpen

Een keuzehulp zet de informatie die er rondom een keuze is op een rijtje. Op deze manier worden de opties met hun voor- en nadelen ook visueel gemaakt naast de informatie die mondeling wordt gedeeld door de zorgverlener. Een keuzehulp geeft informatie over de interventiemogelijkheden op non-directieve wijze, helpt bij het verhelderen van persoonlijke voorkeuren en bevordert de dialoog tussen zorgverlener en cliënte.⁵ Echter, keuzehulpen zouden nooit een vervanging mogen zijn van het gesprek tussen de verloskundig zorgverlener en de cliënte.

Vlemmix et al. (2013) verrichtten een systematische review over de effectiviteit van keuzehulpen om SDM in de geboortezorg te bevorderen.¹⁵ Zij includeerden 10 randomized controlled trials waarin keuzehulpen werden onderzocht gericht op verschillende beslismomenten in de zwangerschap. Het betrof met name de wijze van bevallen na een eerdere sectio en prenatale testen. Verschillende positieve effecten van het gebruik van keuzehulpen werden gevonden, namelijk: meer kennis bij cliënten, minder twijfel over de gemaakte keuze (afname beslissingsconflict) en een afname van angstgevoelens. De voordelen van het

gebruik van een keuzehulp bleken het grootst indien de keuzehulp geïmplementeerd werd in het consult met de verloskundig zorgverlener.

Er bestaan in Nederland nog relatief weinig keuzehulpen voor de geboortezorg. Via www.kiesbeter.nl is een aantal behandelkeuzehulpen beschikbaar gericht op keuzes rondom de bevalling (externe versie bij een stuitligging, pijnverlichting bij de bevalling, de wijze van bevallen bij een sectio in de voorgeschiedenis en de keuzes bij een stuitbevalling). Daarnaast heeft de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) samen met de Patiëntenfederatie een consultkaart ontwikkeld voor de keuzes bij een stuitbevalling (www.consultkaart.nl). De website keuzehulp.info biedt een keuzehulp rondom prenatale testen en via www.onderzoekvanmijnongeborenkind.nl zijn keuzehulpen beschikbaar gericht op de 20-weeken echo en de prenatale screening.

De Leidraad voor keuzehulp bij richtlijnen uit 2018 geeft aan waar een goede en betrouwbare keuzehulp aan moet voldoen en hoe deze het beste ontwikkeld kan worden.¹⁶ Van de reeds bestaande keuzehulpen, met uitzondering van de consultkaart van de NVOG en de Patiëntenfederatie, is nog niet duidelijk of ze aan de leidraad voldoen. Indien een goede keuzehulp beschikbaar is voor de specifieke beslissing die genomen moet worden, is het aan te bevelen om deze te gebruiken gedurende het consult. Het geeft extra ondersteuning aan de cliënte bij de te maken keuze.

Kansen communiceren

De onzekerheid die cliënten kunnen voelen bij het maken van een keuze, kan verkleind worden door het geven van kwantitatieve informatie over de kansen op de verschillende voor- en nadelen van iedere optie. Het geven van kansen is echter alleen mogelijk als hierover wetenschappelijke evidence beschikbaar is, uitgevoerd in een populatie overeenkomend met de betreffende cliënte. Wetenschappelijk onderzoek kan dan ook moeilijk toepasbaar zijn. Daarnaast is evidence van hoge kwaliteit vaak zeldzaam of zijn er brede betrouwbaarheidsintervallen waardoor onzekerheid bestaat over de grootte van de kansen.¹⁷ De manier waarop de verloskundig zorgverlener over kansen communiceert met de cliënte is bepalend voor hoe de cliënte de verschillende kansen ervaart.

Geef zoveel mogelijk getallen

Geef zoveel mogelijk getallen over de effecten van een interventie in plaats van omschrijvingen als 'een grote kans op' of een 'kleine kans op' welke voor diverse interpretaties vatbaar zijn.¹⁸

Geef absolute kansen

Het geven van kansen kan op verschillende wijzen gebeuren: met relatieve kansen, absolute kansen of number needed to treat (NNT). Uit onderzoek blijkt dat voor cliënten de NNT (het aantal cliënten dat moet worden behandeld om een bepaalde ongunstige uitkomst te voorkomen) het meest lastige format is om kansen te begrijpen.¹⁷ De NNT is meer geschikt voor de communicatie tussen zorgverleners en beleidsmakers om de waarde van een interventie te kunnen interpreteren.¹⁸ Bij gebruik van relatieve kansen (de kans op een negatieve uitkomst neemt met zoveel procent af bij toepassing van de interventie) wordt door cliënten de interventie vaak als effectiever ingeschat dan deze daadwerkelijk is op basis van de evidence, omdat niet duidelijk wordt hoe vaak iets voorkomt. Een afname van 50% bij een complicatie die 1 keer op de 100.000 voorkomt, is anders dan een afname van 50% bij een complicatie die 1 keer op de 100 voorkomt. Het geven van absolute kansen, bijvoorbeeld de kans neemt af van 4% naar 2%, is de beste wijze om kansen te communiceren naar cliënten toe.¹⁷

Geef frequenties

Geef de kans bij voorkeur weer in frequenties, vijf van de 100 mensen zullen deze bijwerking krijgen, in plaats van in percentages (5% krijgt deze bijwerking)¹⁷ Voeg daaraan toe dat 95 van de 100 mensen de bijwerking dus niet zullen krijgen.

Hanteer een ondergrens van 0,5% bij het communiceren over kansen

Over het algemeen wordt een ondergrens van 0,5% gehanteerd voor de grootte van kansen die nog aan de cliënte medegedeeld zouden moeten worden. Echter, het hangt ook af van de mate waarin de cliënte

informatie wenst, de zwaarte van de interventie en de ernst van de mogelijke complicatie.¹⁸ De kans op het overlijden van de baby kan kleiner zijn dan 0,5%, maar veel vrouwen willen wel op de hoogte zijn van deze kans.

Gebruik indien mogelijk grafische hulpmiddelen

Informatie wordt beter begrepen indien verschillen in kansen grafisch getoond kunnen worden aan cliënten.^{17,18} Een grafische weergave is vaak een onderdeel van een keuzehulp.

Geef een korte samenvatting aan het einde van het gesprek

De volgorde waarin de voor- en nadelen van een interventie besproken worden, kan de perceptie van de cliënte hierop veranderen. Het lijkt erop dat wanneer de nadelen aan het einde van het gesprek worden besproken na de voordelen, cliënten de nadelen waarnemen als ernstiger en meer voorkomend vanwege het 'recency effect' (de laatste gebeurtenis in een reeks wordt het beste onthouden). Dit probleem kan waarschijnlijk geminimaliseerd worden door de informatie aan het einde van het gesprek nog een keer kort samen te vatten voor de cliënte, zodat de informatie die aan het begin werd gegeven niet voor het grootste deel naar de achtergrond verdwijnt. Wanneer er verschillende voor- en nadelen zijn van een interventie, kan een samenvattingstabel die een overzicht geeft van deze complexe informatie erg waardevol zijn.¹⁷

Deliberatiefase

Het heeft sterk de voorkeur om het gesprek over een beslissing over meerdere consulten te laten plaatsvinden en bedenktijd in te lassen tussen het optiesgesprek en beslissingsgesprek. De cliënte heeft dan de tijd en ruimte om te overleggen met haar partner en/of familie en vrienden.¹² In de geboortezorg is dit echter niet altijd mogelijk: soms zijn beslissingen urgenter. Even de tijd geven, een paar minuten, wordt door vrouwen en hun partner vaak als positief ervaren.

Rondom de cliënte en haar zorgverlener werken diverse systemen. Bij de zwangere vrouw kunnen verschillende mensen in haar omgeving van invloed zijn zoals de partner en ervaringen van de moeder, zussen of van vriendinnen. Bij de zorgverlener zijn dit onder andere de richtlijnen van de beroepsorganisatie en de eigen klinische ervaring.¹¹⁻¹³

2.3 Beslissingsgesprek (decision talk)

In het beslissingsgesprek worden de voorkeuren van de cliënte besproken: wat is het belangrijkste voor de cliënte en waarom? De zorgverlener ondersteunt de cliënte bij het nemen van de beslissing door het afwegen van de verschillende mogelijkheden. Ga na of de cliënte klaar is om een beslissing te nemen of dat zij meer tijd nodig heeft en/of informatie om een besluit te kunnen nemen. De cliënte is altijd eigenaar van de beslissing: de uiteindelijke beslissingsbevoegdheid ligt bij de vrouw zelf. Geef aan dat de cliënte veelal (niet alle keuzes zijn immers omkeerbaar) op een beslissing terug kan komen. Leg in het individueel geboortezorgplan van de cliënte vast dat de voor- en nadelen zijn uitgelegd en dat cliënte voor de betreffende optie heeft gekozen.¹¹⁻¹³

SDM bij beperkte gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid

Een op de drie Nederlanders heeft beperkte gezondheidsvaardigheden en heeft daarom moeite met het vinden, begrijpen en toepassen van informatie over gezondheid. Een deel van deze groep is laaggeletterd. Laaggeletterden hebben zoveel moeite met lezen en schrijven dat het hun dagelijks leven belemmert en dit komt bij 1 op de 9 Nederlanders voor.¹⁹ Hoewel met laaggeletterdheid meestal niet moeite met rekenen wordt bedoeld, kan lastig kunnen rekenen problemen geven bij het goed interpreteren van bepaalde kansen op bijvoorbeeld complicaties. Cliënten met beperkte gezondheidsvaardigheden kunnen hun zorgvraag vaak niet goed verwoorden en begrijpen de gegeven informatie, uitleg of adviezen niet. Ze laten dan ook regelmatig de beslissing aan de zorgverlener over: het bemoeilijkt daarmee SDM. Veel zorgverleners vinden het lastig om cliënten met beperkte gezondheidsvaardigheden te herkennen in de dagelijkse praktijk. Cliënten schamen zich vaak en gebruiken smoezen om niet door de mand te vallen.²⁰

Hoe herken je beperkte gezondheidsvaardigheden of laaggeletterdheid?

- Bij een vermoeden kun je de cliënte vragen naar het aantal jaren onderwijs dat zij heeft gehad: de kans op beperkte gezondheidsvaardigheden is groter bij mensen met een opleiding tot MBO-niveau 1 of minder dan 10 jaar onderwijs in het land van herkomst.
- Vraag of de cliënte moeite heeft met het zelf invullen van formulieren en normaliseer dit door te zeggen dat veel mensen formulieren lastig vinden.²¹

Andere aanwijzingen zijn moeite met het vertellen van een chronologisch verhaal, vermijden van lees- en schrijfsituaties, ongemakkelijk of boos worden als er teveel vragen worden gesteld of te laat of op de verkeerde dag op consult komen.¹⁹

Tips voor de communicatie in gesprekken

Het stimuleren van een actieve rol bij cliënten met beperkte gezondheidsvaardigheden of laaggeletterdheid verdient aandacht bij keuzemomenten. Stem de gesprekken af op het taalniveau van de cliënte en gebruik korte zinnen en eenvoudige woorden. Veronderstel geen basiskennis van het lichaam en maak geen 'uitstapjes' in het gesprek. Herhaal de belangrijkste punten en gebruik ook altijd de terugvraagmethode (zie p. 8 voor de terugvraagmethode). Geef bij het uitreiken van een folder tevens mondelinge uitleg (zie factsheet Pharos 2018 voor een compleet overzicht van tips en de KNOV Handreiking beperkte gezondheidsvaardigheden & laaggeletterdheid 2017).^{19, 22} De website Pharos heeft eenvoudig voorlichtingsmateriaal beschikbaar over zwangerschap en ouderschap. Veel folders zijn in diverse talen beschikbaar op www.deverloeskundige.nl of via het RIVM.

SDM in de geboortezorg: aandachtspunten

In de meldactie over Samen beslissen geeft 67% van de respondenten aan altijd samen te willen beslissen met de zorgverlener, 27% heeft hier soms behoefte aan.⁴ Over het algemeen willen cliënten dus gezamenlijk beslissen met de zorgverlener en niet alleen. SDM brengt het voordeel met zich mee dat de verloskundig zorgverlener meer in detail te weten komt wat de vrouw belangrijk vindt en wat haar beweegredenen zijn: dit geeft een belangrijke ingang tot een gesprek hierover. De cliënte en de verloskundig zorgverlener hoeven het uiteindelijk niet eens te zijn over de genomen beslissing door de cliënte. Wel is van belang dat zij beiden achter het proces kunnen staan waarin tot deze beslissing is gekomen en dat beiden begrip kunnen opbrengen voor de uiteindelijke keuze van de cliënte. De verloskundig zorgverlener en de cliënte hebben alle twee een actieve rol bij SDM. Het geven van een advies door de zorgverlener kan onderdeel zijn van het beslissingsgesprek. Op basis van wetenschappelijke evidence en klinische ervaring kan de verloskundig zorgverlener aangeven wat haar de beste keuze lijkt voor de betreffende cliënte in haar specifieke situatie.

SDM in acute situaties

Het gespreksvoeringsmodel van Elwyn is ontwikkeld voor in de spreekkamer. Er kunnen zich in de geboortezorg onverwachte of acute situaties voordoen waarbij een snelle beslissing noodzakelijk is. Ook tijdens de bevalling moeten soms keuzes worden gemaakt die tijdsgevoelig zijn. De weeën maken daarbij dat de vrouw meestal niet in een optimale situatie verkeerd voor uitgebreide uitwisseling van informatie. In de meldactie over samen beslissen geeft 64% van de deelnemers aan bij levensbedreigende aandoeningen nog steeds samen te willen beslissen, 1 op de 4 patiënten wil op zo'n moment niet samen beslissen.⁴ Het is belangrijk om vooraf in de spreekkamer te bespreken met de cliënte hoe om zal worden gegaan met beslissingen in acute situaties. Een aantal beslissingen, zoals pijnverlichting, kunnen concreet voorbesproken worden. Echter, het is niet mogelijk dan wel wenselijk om ieder verloskundig probleem dat zich wellicht gaat voordoen vooraf te bespreken met de cliënte. Het gaat kortom om het voorbespreken hoe zal worden omgegaan met beslissingen in acute situaties in zijn algemeenheid. Achteraf is een goed nagesprek met de cliënte essentieel als een acute situatie zich heeft voorgedaan.

Prenatale screening

Bij de keuzes rondom prenatale screening is er in principe sprake van 'informed choice' (geïnformeerde besluitvorming). Er is geen medische preferente optie aan te geven en de argumenten voor de keuze die

gemaakt dient te worden, bevinden zich daarom geheel op het gebied van de levensvisie van de cliënte. De verloskundig zorgverlener informeert en heeft bij deze consulten een ondersteunende rol, de uiteindelijke keuze ligt bij de cliënte. In de ondersteuning naar die keuze worden wel de principes van SDM toegepast. Voorkomen moet worden dat de cliënte het nemen van de beslissing als een (te) zware verantwoordelijkheid ervaart of zich in de steek gelaten voelt door de zorgverlener.²³

SDM in complexe situaties

Er kunnen zich complexe situaties voordoen als de cliënte, ondanks het advies van de zorgverlener, de voorkeur geeft aan een andere optie. Het kan dat de zorgverlener zich niet comfortabel voelt bij het verlenen van deze zorg. Deze handreiking gaat niet uitgebreid in op deze complexe situaties. Belangrijk is echter dat men zich beseft dat dit uitzonderingssituaties zijn en dat juist in deze complexe situaties goede communicatie tussen de cliënte en zorgverlener van cruciaal belang is. Indien het een zorgvraag van de cliënte betreft die buiten de richtlijnen valt, dient de Leidraad Verloskundige zorg buiten richtlijnen van de KNOV en NVOG te worden geraadpleegd.²⁴

SDM is een continuüm

Belangrijke argumenten voor de cliënte om niet samen te willen beslissen, is dat men vindt dat de zorgverlener de deskundige is of dat men met name zelf wil beslissen. Bij SDM hebben de cliënte en verloskundig zorgverlener niet altijd een even grote rol: het hangt mede af van de rol die de cliënte wenst en aangeeft. De mate van SDM kan daarom wisselen per cliënte en per omstandigheid.¹³

3 Conclusies

- SDM heeft meerdere voordelen: beter geïnformeerde cliënten die minder twijfelen over de gemaakte keuze en daaruit voortvloeiend een positievere beleving hebben van hun zwangerschap, bevalling en kraamperiode. Daarnaast zorgt het voor betere therapietrouw en minder invasieve keuzes.⁵⁻⁷
- Het belang van SDM wordt weerspiegeld in het implementatieplan van de Zorgstandaard Integrale Geboortezorg en de voorgestelde wetswijziging om bovenop geïnformeerd toestemming geven (vastgelegd in de WGBO) van SDM een wettelijk recht te maken.¹⁻³
- Bij SDM ligt de beslissingsbevoegdheid bij de vrouw: zij neemt de uiteindelijke beslissing en is hier eigenaar van. Het is niet noodzakelijk dat de zorgverlener en de cliënte het eens zijn met de uiteindelijk genomen beslissing door cliënte. Wel is van belang dat zij beiden achter het proces kunnen staan waarin tot deze beslissing is gekomen en beiden begrip kunnen opbrengen voor de keuze van de cliënte.
- Het gespreksmodel van Elwyn bevat goede handvatten om SDM in de praktijk te brengen en bestaat uit een teamgesprek, optiegesprek en beslissingsgesprek. Tussen het optie- en beslissingsgesprek wordt bij voorkeur bedenktijd ingelast (deliberatiefase).^{11, 12}
- Het optiegesprek kan ondersteund worden met de BRAINS-techniek¹⁴, een samenvatting voor of door cliënte (laatstgenoemde de terugvraagmethode)¹³, met keuzehulpen⁵ en met het geven van kwantitatieve informatie over de voor- en nadelen van iedere optie (kansen).^{17, 18}
- Keuzehulpen kunnen een goede ondersteuning bieden maar zijn in Nederland voor de geboortezorg nog relatief beperkt beschikbaar en grotendeels is nog onduidelijk of deze voldoen aan de Leidraad voor keuzehulp bij richtlijnen.¹⁶
- Geef getallen bij het communiceren van kansen in plaats van omschrijvingen als een grote of kleine kans. Het geven van absolute kansen heeft de voorkeur ten opzichte van het geven van relatieve kansen en NNT.^{17, 18}
- Het stimuleren van een actieve rol bij cliënten met beperkte gezondheidsvaardigheden of laaggeletterdheid verdient aandacht bij keuzemomenten.
- Het geven van een advies door de zorgverlener kan onderdeel zijn van het beslissingsgesprek. Desondanks kan de cliënte de voorkeur voor een ander optie hebben. Indien het een zorgvraag betreft die buiten de richtlijnen valt, dient de Leidraad Verloskundige zorg buiten richtlijnen te worden geraadpleegd.²⁴
- Bij prenatale screening is sprake van ‘informed choice’: er is geen medische preferente optie aan te geven en daarmee liggen de argumenten voor de te maken keuze geheel op het gebied van de levensvisie van de cliënte.²³
- Met betrekking tot acute situaties en tijdsgevoelige beslissingen gedurende de bevalling, dient te worden voorbesproken met de cliënte hoe zal worden omgegaan met beslissingen in dergelijke situaties in algemene zin. Een nagesprek is essentieel indien een acute situatie zich heeft voorgedaan.

4 Literatuur

1. Implementatieplan van de Zorgstandaard integrale geboortezorg. Utrecht: CPZ, 2017.
2. Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, Burgerlijk Wetboek 7), vanaf artikel 446. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2017-01-01> (geraadpleegd op 19 november 2018).
3. 34994-2 Voorstel van wet. https://www.tweedekamer.nl/debat_en_vergadering/commissievergaderingen/details?id=2018A03624. (geraadpleegd op 21 november 2018).
4. Samen beslissen met de zorgverlener over welke zorg het beste past. Rapport meldactie. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland 2017.
5. Nieuwenhuijze M, van Dillen J, Cellissen e. Digitaal spreekuur - Gezamenlijke besluitvorming in de geboortezorg 2 juli 2018 <https://www.youtube.com/watch?v=WAzEFtA9UI&feature=youtu.be&app=desktop>.
6. Knops AM, Legemate DA, Goossens A, Bossuyt PM, Ubbink DT. Decision aids for patients facing a surgical treatment decision: a systematic review and meta-analysis. *Ann Surg.* 2013;257(5):860-6.
7. Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;4:Cd001431.
8. Legare F, Thompson-Leduc P. Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2014;96(3):281-6.
9. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *Bmj.* 1996;312(7023):71-2.
10. Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *Bmj.* 2010;341:c5146.
11. Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, et al. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *Bmj.* 2017;359:j4891.
12. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 2012;27(10):1361-7.
13. E-learning Gezamenlijke besluitvorming in de geboortezorg. Module 1. Maastricht: Academie Verloskunde Maastricht (LevenLangLeren) 2017.
14. Zorgstandaard Integrale geboortezorg College Perinatale zorg (CPZ) 2016. [https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2564/file/Zorgstandaard Integrale Geboortezorg 1. 28 juni 20161.pdf](https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2564/file/Zorgstandaard%20Integrale%20Geboortezorg%201.28%20juni%2020161.pdf).
15. Vlemmix F, Warendorf JK, Rosman AN, Kok M, Mol BW, Morris JM, et al. Decision aids to improve informed decision-making in pregnancy care: a systematic review. *Bjog.* 2013;120(3):257-66.
16. Leidraad voor keuzehulp bij richtlijnen. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland/NHG/FMS/V&VN 2018. https://www.patiëntenfederatie.nl/images/voor_patiëntenorg/2018_leidraad_keuzehulpen_bij_richtlijnen.pdf.
17. Fagerlin A, Zikmund-Fisher BJ, Ubel PA. Helping patients decide: ten steps to better risk communication. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(19):1436-43.
18. Ubbink DT, Knops AM, Legemate DA, Bossuyt PM, De Haes JCJM, Goossens A. Kiezen tussen verschillende behandelopties: Hoe informeer ik mijn patiënt? *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;2009;153:B344.
19. Factsheet laaggeletterdheid en beperkte gezondheidsvaardigheden. Utrecht: Pharos, 2018. http://www.pharos.nl/documents/doc/factsheet_beperkte%20gezondheidsvaardigheden_en_laaggeletterdheid.pdf.
20. Murugesu L, Heijmans M, Fransen M, Rademakers J. Beter omgaan met beperkte gezondheidsvaardigheden in de curatieve zorg: kennis, methoden en tools. Utrecht: NIVEL, 2018.
21. Stappenplan Laaggeletterdheid voor uw praktijk. Utrecht: Pharos, 2018. <https://www.pharos.nl/nl/kenniscentrum/laaggeletterdheid-en-gezondheid/stappenplan-laaggeletterdheid-voor-uw-praktijk> (geraadpleegd op 21 november 2018).
22. Handreiking beperkte gezondheidsvaardigheden & laaggeletterdheid. Utrecht: KNOV, 2017. [https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2817/file/HandreikingLGV laaggeletterdheidDE F.pdf](https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2817/file/HandreikingLGV_laaggeletterdheidDE%20F.pdf).
23. van Staveren R. Samen beslissen in de verloskunde praktijk: Patiëntgerichte gespreksvaardigheden. *Tijdsch Verloskd.* 2011;2011;66:20-23.

24. Leidraad Verloskundige zorg buiten richtlijnen. Versie 1.0. KNOV/NVOG, 2015.
[https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2414/file/KNOV en NVOG Leidraad Verloskundige zorg buiten richtlijnen_ek.pdf](https://www.knov.nl/serve/file/knov.nl/knov_downloads/2414/file/KNOV_en_NVOG_Leidraad_Verloskundige_zorg_buiten_richtlijnen_ek.pdf).