

Transmurale Richtlijn Shared Decision Making en Informed Consent



Afspraken tussen verloskundigen welke lid zijn van het VSV Zwolle e.o. en de gynaecologenmaatschap Zwolle en Meppel

Auteurs

Lise Rijbroek, 1^e lijns verloskundige

Charlotte Wienbelt, klinisch verloskundige

Annegreet Petersen, klinisch verloskundige

Guus Vermeulen, gynaecoloog

Inleiding

Shared Decision Making (verder vermeld als: SDM) is een werkwijze waarbij zorgverleners en cliënten samen een beslissing nemen op basis van het beschikbare bewijs en de voorkeuren van de cliënt, waarbij de voor- en nadelen goed worden afgewogen⁽¹⁾. In de visie op integrale geboortezorg nemen zelfmanagement en gezamenlijke besluitvorming een belangrijke plaats in. In alle fasen van het geboortezorgproces komen cliënten voor keuzes te staan waarin SDM van toepassing is. Voorbeelden hiervan zijn de keuze voor de plaats van de partus, een uitwendige versie bij stuitligging, keuzes voor pijnstilling durante partu, voeding voor de pasgeborene en anticonceptie. Het gaat hierbij dus niet per definitie om zorgvragen buiten de VIL (Verloskundige Indicatie Lijst). SDM is niet hetzelfde als informed consent. Bij SDM gaat het om het voorleggen van verschillende opties aan de cliënt en het helpen bij het maken van een keuze hierin. Informed consent betekent dat een cliënt op basis van volledige informatie vanuit de zorgverlener toestemming geeft voor de behandeling ⁽²⁾. Dit is vastgelegd in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (verder vermeld als: WGBO). Een onlosmakelijk onderdeel van informed consent is informed refusal; het recht om voorgestelde behandelingen te weigeren ⁽²⁾. Deze richtlijn dient als hulpmiddel om informed consent en SDM te kunnen toepassen in de praktijk wanneer dit nodig is of nuttig lijkt. De richtlijn moet niet gezien worden als een verplichte werkwijze, maar als handvat.

Definities en afkortingen

SDM = Shared Decision Making

WGBO = Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

KNMG = Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

In deze richtlijn is gekozen voor de term 'cliënten', dit verwijst naar zowel eerstelijns cliënten als tweedelijns patiënten.

Informed consent

De WGBO

Op grond van de WGBO heeft de zorgverlener de plicht om informatie te geven en toestemming voor een medische (be)handeling te krijgen van een cliënt. Om toestemming te kunnen geven voor een medische verrichting moeten cliënten adequaat geïnformeerd zijn. Deze op informatie gebaseerde toestemming wordt 'informed consent' genoemd. Artikel 448 lid 1 van de WGBO luidt: 'de hulpverlener licht de cliënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk in over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de cliënt'. In lid 2 van hetzelfde artikel wordt specifieker beschreven welke informatie je als zorgverlener minimaal dient te geven: 'bij het uitvoeren van de in lid 1 neergelegde verplichting laat de hulpverlener zich leiden door hetgeen de cliënt redelijkerwijze dient te weten ten aanzien van: a) de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen; b) de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de cliënt; c) andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen; d) de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling'.

Het geven van informatie

Het zal per situatie verschillen welke informatie er aan de cliënt gegeven moet worden voordat zij weloverwogen toestemming kan geven voor een behandeling. Ook de omvang van de informatie hangt van verschillende factoren af. Hieronder volgt een richtlijn die hiervoor gebruikt kan worden. Deze richtlijn is gebaseerd op de hierboven beschreven artikelen van de WGBO en op aanbevelingen van de KNMG (Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst) m.b.t. de implementatie van de WGBO ^(2,3). 1. De cliënt wordt duidelijk geïnformeerd over haar gezondheidstoestand en behandelmogelijkheden. Indien er een voorstel voor onderzoek of behandeling wordt gedaan, bespreek dan de volgende punten:

- de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling;
- de gevolgen/risico's van het onderzoek / de behandeling (fysiek, emotioneel, sociaal);
- de staat van de gezondheid van de cliënt en de vooruitzichten;
- andere onderzoeks- of behandelmethoden die in aanmerking komen;

- de mogelijkheid en gevolgen van het niet inzetten van een behandeling/onderzoek of het uitstellen hiervan.

2. Schat per cliënt in welke informatie zij redelijkerwijs moet weten. Leidend daarbij zijn de te verwachten gevolgen en de normale voorzienbare risico's van een behandeling. Stel jezelf de vraag: "Welke informatie heeft iemand in de gegeven omstandigheden nodig om een beslissing te nemen?"

3. Bepaal de omvang van de hoeveelheid informatie die je geeft. De volgende punten kunnen hierbij helpen:

- hoe ingrijpender, ongebruikelijker of experimenteler de behandeling, des te meer en specifiekere informatie je geeft;
- indien de kans op een risico groter is, en/of de aard van het risico is ernstiger, dan neemt de omvang van de informatie toe;
- is een behandeling niet op medische indicatie, dan zijn de eisen aan de informatie vanuit de zorgverlener naar de cliënt hoger;
- houd rekening met persoonlijke omstandigheden van de cliënt die van invloed kunnen zijn op welke informatie je geeft en de hoeveelheid informatie;
- stem de hoeveelheid informatie af op de individuele behoeften van de cliënt.

4. Controleer of de cliënt de informatie begrepen heeft. Maak indien mogelijk gebruik van schriftelijke ondersteuning (foldermateriaal) en gebruik indien nodig een tolk(dienst).

5. Leg het gesprek vast in het medisch dossier van de cliënt en noteer of zij wel of geen toestemming voor de behandeling geeft.

Het recht op niet weten

Conform de WGBO heeft de cliënt het recht op 'niet weten'(2). Indien een cliënt expliciet benoemd geen informatie te willen ontvangen, dan dien je deze keuze als zorgverlener te respecteren. Echter, als de zorgverlener van mening is dat het belang van de cliënt om niet geïnformeerd te worden niet opweegt tegen het nadeel dat daaruit kan voortvloeien voor de cliënt of anderen, dan kan de zorgverlener besluiten om toch bepaalde informatie te geven (2). Ook dit dient goed vastgelegd te worden in het medisch dossier van de cliënt.

Het geven van toestemming

Zoals al eerder benoemd, is de toestemming van de cliënt vereist voordat er mag worden gestart met een behandeling of onderzoek. In art. 7:450 lid 1 en art. 7:451 van de WBGO staat dat mondelinge toestemming vereist is, maar dat bij ingrijpende onderzoeken wordt aangeraden om de toestemming van de cliënt ook schriftelijk vast te leggen (2). Bij niet-ingrijpende verrichtingen kan 'veronderstelde toestemming' voldoende zijn. Echter bij ingrijpende verrichtingen is ook bij een spoedsituatie toestemming van de cliënt nodig.

Veronderstelde toestemming

Volgens art. 7:466 lid 2 van de WBGO is veronderstelde toestemming van de cliënt voldoende wanneer het om een niet-ingrijpende verrichting gaat(2). De wet gaat echter niet nader in op het onderscheid tussen ingrijpende en niet-ingrijpende verrichtingen, dit onderscheid dient de zorgverlener zelf te maken. Voorbeelden waarin veronderstelde toestemming voldoende is zijn bijvoorbeeld het meten van de bloeddruk, het verrichten van uitwendig onderzoek en het luisteren naar de foetale cortonen.

Toestemming vragen in spoedsituaties

Naarmate de (be)handeling meer electief en minder spoedeisend is, zijn de eisen gesteld aan het informed consent stringenter. Ook in een spoedsituatie behoort de zorgverlener echter informed consent te verkrijgen. De wijze waarop kan verschillen. Bij een primaire geplande sectio moeten uitgebreid de mogelijke complicaties en lange-termijn-gevolgen besproken worden, alsmede het alternatief van een vaginale partus. Bij ernstige foetale nood is opting-out mogelijk: 'ik stel voor een spoed sectio te doen omdat uw kind in nood is, ik neem aan dat u daarmee akkoord gaat?'. Idealiter zijn dit soort situaties al bij de bespreking van het geboortepan aan bod gekomen. Indien een vrouw bijvoorbeeld geen episiotomie wenst, ook niet bij foetale nood, is het verstandig deze wens te exploreren, ook ten tijde van de baring. Bijvoorbeeld: 'ik weet dat u niet ingeknipt wilt worden, maar ik vind dit nu wel wenselijk omdat ... Blijft u bij uw wens?'. De zorgverlener dient de wens van de cliënt als zij bij haar standpunt blijft altijd te honoreren, ook al heeft de zorgverlener een andere opvatting over wat wenselijk is. Zie hiervoor artikel 7:450 lid 1 van de WGBO: 'Geeft de cliënt geen toestemming, dan kan het onderzoek of de behandeling geen doorgang vinden'.

Shared Decision Making (SDM)

Zoals eerder beschreven betekent SDM dat de zorgverlener en cliënt samen een beslissing nemen over het te volgen zorgpad. Elwyn et. Al(1) hebben een model ontwikkelt dat gebruikt kan worden om SDM toe te kunnen passen in de dagelijkse praktijk. Het bestaat uit drie stappen die de zorgverlener en de cliënt in hun gesprek doorlopen: het introductiegesprek ('choice talk'), het toelichten van keuzemogelijkheden ('option talk') en het helpen bij het nemen van de beslissing ('decision talk'). Deze stappen kunnen in één gesprek doorlopen worden binnen de wenselijke kaders van tijd en haalbaarheid.

Hieronder worden de verschillende stappen toegelicht.

Het introductiegesprek

Introduceer SDM door te gaan praten in 'we' termen.

- Benoem dat de cliënt meerdere keuzemogelijkheden heeft en dat zij daarin een stem heeft. Geen behandeling of 'afwachten' is bijna altijd ook een optie.
- Geef aan dat je samen met de cliënt de verschillen, voordelen en nadelen van de keuzemogelijkheden gaat bespreken.
- Benoem dat de beste keuze afhankelijk is van het referentiekader van de cliënt en de effectiviteit en risico's van de verschillende mogelijkheden.
- Sta stil bij de reactie van de cliënt. Ga na of de cliënt klaar is om het gesprek verder te vervolgen.
- Voorkom dat de cliënt zich terugtrekt uit het proces, in die zin dat zij de besluitvorming bij de zorgverlener laat.
- Geef aan dat je eerst samen het gesprek wilt voeren, voordat de definitieve keuze gemaakt wordt.
- Geef aan dat je de cliënt wilt helpen bij het maken van een keuze die voor haar beste optie is.

Toelichten van keuzemogelijkheden

Exploreer de voorkennis van de cliënt.

- Stel open vragen. Verken de kennis, ideeën, angsten en verwachtingen ten aanzien van de zorgvraag en de mogelijkheden om die te beantwoorden.
- Maak een overzicht van de mogelijkheden: gestructureerd, helder, passend bij de cliënt.
- Bespreek alle mogelijkheden, voordelen, nadelen, risico's, effectiviteit, etc.
- Blijf objectief.
- Leg risico's goed uit. Soms is er niet één beste optie en alle opties hebben risico's. Er bestaat geen garantie dat de 'behandeling' het gewenste resultaat levert.
- Sluit aan bij de voorkennis van de cliënt. Sluit je taalgebruik aan bij de cliënt. Vat tussentijds samen en paraphraseer.
- Bied indien mogelijk ondersteunende hulpmiddelen aan, zoals folders, keuzehulpen, etc.
- Controleer op het eind van dit onderdeel of de cliënt alles begrepen heeft. Vat samen of laat de cliënt samenvatten.
- Stel samen met de cliënt een beslissingsbalans op.

Helpen bij het nemen van de beslissing

Focus op de voorkeuren van de cliënt, gebruik de beslissingsbalans of indien mogelijk de uitkomst van een keuzehulp.

- Begeleid haar in het benoemen van haar voorkeuren. Laat de cliënt zelf antwoord geven op haar zorgvraag.
- Werk toe naar een beslissing. Stel jezelf de volgende vragen: 'kan de beslissing nu genomen worden? Heeft de cliënt meer tijd nodig?'
- Geef aan dat de cliënt altijd op haar beslissing mag terugkomen.
- Maak eventuele vervolgspraken.

Leg het gesprek en de uiteindelijke beslissing van de cliënt vast in het medisch dossier.

Literatuur

1. Elwyn G et al. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. Journal of general internal medicine. 27(10): 1361-1367.
2. Informed Consent consult. KNMG uitgave - versie 3.0 Organisatie/Auteur: KNMG, prof. mr. J. Legemaate, lsm: NPCF, Laatst gewijzigd: 2001
3. Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Uitgave van het Samenwerkingsverband Implementatieprogramma WGBO. Eindredactie: J.M.Witmer en R.P. de Roode. Redactie: Afdeling In - en Externe communicatie KNMG. Utrecht, juni 2004