

Reactie op basis van inzicht in patiëntgerichte communicatie

op voorgaand artikel:

'perinataal beleid; uiteindelijk eigen keuze van de zwangere?'

Eline Dancet, Annemijn Aarts, Thomas D'Hooghe, Fulco van der Veen

In het artikel van dr. Duijst en collegae wordt gesteld [zie artikel hiervoor, red.] dat het artsente ontbreekt aan middelen om preventief te handelen indien zij een meningsverschil hebben met wilsbekwame zwangeren over het perinataal beleid.

Er zijn echter enige kanttekeningen die wij graag zouden willen plaatsen. Hebben wij als zorgverleners voldoende onderzoek verricht naar hoe wij zwangeren adequaat kunnen informeren? En weten we welke communicatievaardigheden leiden tot een inzicht in de redenen waarom de zwangere niet op ons voorgesteld perinataal beleid wil ingaan? In dit kader zullen wij de stand van zaken in de huidige literatuur over patiëntgerichte communicatie toepassen op beide casus. Daarbij stellen we mogelijke strategieën voor om de informatievoorziening naar zwangeren te optimaliseren en de communicatievaardigheden te verbeteren om tot een zo goed mogelijk inzicht te komen van de motieven van de zwangere. We zullen afsluiten met implicaties voor toekomstig onderzoek.

Dr. Eline A.F. Dancet is verbonden aan het Centrum voor reproductieve geneeskunde, Vrouwen en Kinderziekenhuis, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam en in Leuven aan het University Fertility Centre, Universitair ziekenhuis Leuven, België; Dr. Annemijn Aarts is verbonden aan het Radboud Universitair Medisch Centrum, Nijmegen en aan het Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede; Prof. dr. Thomas M. D'Hooghe is verbonden aan het Leuven University Fertility Centre, Universitair ziekenhuis Leuven, België; Prof. dr. Fulco van der Veen is verbonden aan het Centrum voor reproductieve geneeskunde, Vrouwen en Kinderziekenhuis, Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam.

Dit artikel stond in september 2013 in NTOG en is met instemming van auteurs en hoofdredactie overgenomen.

Ter herhaling

In casus 1 weigert de rokende zwangere A met ernstige foetale groeivertraging op basis van placenta-insufficiëntie klinische observatie ter foetale bewaking. Uit haar voorgeschiedenis weten we dat zwangere A zich vaker niet aan afspraken hield en reeds ervaring heeft met pre-eclampsie, foetale groeivertraging, een keizersnede en de opname van haar kind op de neonatologie. In casus 2 weigert zwangere B met een stuitligging en een keizersnede in de voorgeschiedenis een versiepoging en een ziekenhuisbevalling. Uit haar voorgeschiedenis weten we dat zwangere B bij een vorige geboorte geconfronteerd werd met een niet vorderende uitdrijving, een mislukte vacuümextractie en een secundaire keizersnede. Bovendien weten we dat dit bij haar leidde tot verminderd vertrouwen in de ziekenhuiszorg.

Optimalisering van de informatievoorziening om te komen tot een correct inzicht van de zwangere in de risico's die zij neemt door het voorgestelde beleid niet te volgen.

Zonder goede, volledige en gepersonaliseerde informatievoorziening is het moeilijk voor zwangeren om een weloverwogen beslissing te maken over hun eigen gezondheid en die van hun ongeboren kind. Uit huidig onderzoek blijkt dat er voor optimalisering hiervan aan een aantal voorwaarden moet worden voldaan. In de eerste plaats dienen patiënten naast medische informatie ook het verhaal van verschillende ervaringsdeskundigen (met positieve en negatieve uitkomst) te horen te krijgen. Patiënten blijken dan meer rekening te houden met risico's (bijvoorbeeld op vroeggeboorte) in hun besluitvorming^[1]. In dergelijke ervaringsverhalen wordt namelijk niet alleen de dreiging voor fysieke gezondheid maar ook de gevolgen voor het eigen mentale en sociale welbevinden belicht. Dit soort ervaringsverhalen zouden verstrekt kunnen worden in informatiefolders of verwijzing naar websites waar deze informatie te vinden is. Bijvoorbeeld, bij zwangere B zal informatie van ervaringsdeskundigen over het leven met

de gevolgen van genomen risico's voor de gezondheid van het kind mogelijk wel invloed gehad kunnen hebben op haar keuze. Zwangere B had bij haar vorige zwangerschap uiteindelijk een goede neonatale uitkomst en schat daardoor mogelijk de gevolgen van een slechte neonatale uitkomst voor haar kind, zichzelf en de rest van haar gezin niet correct in.

In de tweede plaats geldt voor beide casus dat de medische informatie over gezondheidsrisico's waarschijnlijk geoptimaliseerd had kunnen worden. We kennen het opleidingsniveau van zwangere A en zwangere B niet, maar uit onderzoek blijkt dat hoewel opleidingsniveau correleert met rekvaardigheid – dit is het vermogen de essentiële betekenis uit een gegeven risicoberekening te kunnen halen^[2, 3] – ook hoogopgeleide mensen moeite hebben met het correct interpreteren van risico's. Dit geldt ook voor zorgverleners: kansen op bepaalde risico's worden vaak verkeerd geïnterpreteerd wat resulteert in incorrecte informatie aan patiënten^[4]. De risico- voor zwangere A en zwangere B zou visueel ondersteund kunnen worden door middel van plaatjes of filmpjes. Een betere risico-interpretatie kan worden bereikt indien grafische informatie – bijvoorbeeld pictogrammen – toegevoegd wordt aan numerieke informatie. Dit is onafhankelijk van het rekvaardigheidsniveau van patiënten^[5]. Verder wordt de numerieke risico-informatie voor zwangere A en B het best uitgedrukt in frequenties/absolute aantallen. Risico's blijken namelijk beter te worden geschat door het uitdrukken van frequenties (bv. 1 op 4 patiënten) dan percentages (bv. 25% van de patiënten)^[6]. In de derde plaats is het van belang dat zwangere A en zwangere B gepersonaliseerde informatie krijgen over hun eigen individuele risico op basis van hun persoonlijke voorgeschiedenis, levensstijlfactoren en huidige medische gegevens in plaats van het vertellen van algemene risico's bij grote groepen andere patiënten. Uit onderzoek naar educatie over levensstijlfactoren blijkt dat informatie gepersonaliseerd moet zijn om het doel te kunnen bereiken. Patiënten gaan zich met gepersonaliseerde informatie namelijk kwetsbaar voelen voor de dreiging^[7, 8].

Optimalisering van de communicatie om te begrijpen wat zwangeren ervan weerhoudt het voorgestelde beleid te volgen.

Tijdens een open gesprek met een zwangere dient men er achter te komen welke – vaak externe – factoren een rol kunnen spelen waarom zij een voorgesteld beleid niet wil opvolgen. Zwangere A kwam wel vaker niet opdagen op afspraken. Er kunnen sociale redenen zijn – zoals het ontbreken van opvang voor haar kind – die haar ervan weerhouden op afspraken te komen of zich ter observatie te laten opnemen.

Verder dient ook nagegaan te worden of het niet volgen

van het aangeraden medisch beleid ligt aan gebrekkige kennis die ertoe leidt dat patiënten onterecht denken dat hun risicogedrag gecompenseerd wordt met ander gedrag. Het zou bijvoorbeeld kunnen dat zwangere A onterecht gelooft dat bepaald ander gezond gedrag of een mythe haar beschermt tegen risico's en dat dit compenseert voor de risico's die zij neemt [9]. Het lijkt daarom belangrijk om met haar niet alleen te bespreken wat risicoverhogend werkt (bv. roken verhoogt het risico op premature contracties) maar ook na te gaan of er een bepaald onterecht geloof in beschermende factoren ontkracht moeten worden (bv. "ik eet vijf stukken fruit, daarom heb ik minder kans op premature contracties").

In elke casus is het belangrijk te achterhalen op welke waarden en normen zwangeren hun keuzes baseren. Het is belangrijk dat keuzes overeenstemmen met de waarden en normen van patiënten^[10]. Op welke waarden en normen baseert bijvoorbeeld zwangere B haar keuzes? Wil zwangere B werkelijk een risico voor zichzelf en haar kind nemen of schat zij op basis van haar vorige ziekenhuiservaring het risico van de ziekenhuiszorg groter in dan het risico van thuis bevallen? Vindt zwangere B het belangrijk thuis te bevallen of vindt zij het belangrijk om wat mis ging in het ziekenhuis uit te sluiten? Als goede zorgverleners moeten wij ook haar angsten omtrent de ziekenhuiszorg kennen en zonodig wegnemen. Als we haar angsten kennen, kunnen we haar uitleggen hoe een voorgesteld medisch beleid en/of ziekenhuisbevalling aan haar waarden en normen tegemoet kunnen komen. Op deze manier wordt de beslissing samen met de zwangere genomen en zal zij niet het gevoel hebben dat er vóór haar besloten wordt.

Implicaties voor toekomstig onderzoek

Om de informatievoorziening en de communicatie te optimaliseren, dienen er interventies gebruikt te worden om patiënten op gepersonaliseerde manier informatie te verstrekken. Alleen dan kunnen patiënten samen met hun zorgverlener tot een weloverwogen keuze komen met minimale risico's. Interventies kunnen enerzijds op de patiënt gericht zijn door hen te helpen bij het verzamelen van de juiste informatie van hun zorgverleners^[11]. Anderzijds kunnen zij ook op de zorgverlener gericht zijn om handvatten te bieden tijdens het consult voor een open gesprek^[12]. Ten aanzien van de patiëntgerichte interventies liggen er meer kansen. Hoewel er meerdere strategieën zijn bespreken wij in wat volgt drie concrete strategieën, die in een Nederlandse setting onderzocht zouden kunnen worden, met name: keuzehulpen, het gebruik van drie vragen en educatieve video's. Ten eerste, keuzehulpen zijn 'evidence-based tools' ontworpen om patiënten te laten deelnemen aan het

maken van een specifieke, weloverwogen keuze tussen gezondheidszorgopties^[13]. Het nadeel van keuzehulpen is dat ze conditie-specifiek zijn en niet generiek. In andere gezondheidszorggebieden zijn de afgelopen jaren al veel keuzehulpen ontwikkeld^[14]. Keuzehulpen resulteren in voordelen voor patiënten en voor zorgverleners. Voor patiënten leidt het gebruik van keuzehulpen tot de volgende voordelen:

- meer kennis (o.a. beter begrip van kansen en risico's^[14, 15];
- grotere betrokkenheid bij besluitvorming, hierdoor stemmen beslissingen overeen met waarden en normen van patiënt^[13, 14];
- minder twijfel over beslissingen en minder kans om niet tot een beslissing te kunnen komen^[14, 15].

Voor zorgverleners leidt het gebruik van keuzehulpen tot de volgende voordelen:

- gemakkelijker manier om opties uit te leggen^[11];
- betere arts-patiënt communicatie en meer tevreden patiënten^[14, 15];
- minder misdiagnose van de hulpvraag van patiënten.

Bovendien kan – in tegenstelling tot wat velen denken – het gebruik van keuzehulpen die patiënten betrekken bij hun behandelbeslissingen, ook leiden tot besparingen^[14, 16]. Enkele studies toonden aan dat keuzehulpen kunnen leiden tot:

- minder vaak uitvoeren van ingrijpende interventies zoals chirurgie^[14];
- kortere duur van het consult^[14];
- minder twijfelen bij patiënten over hun beslissingen^[15] waardoor minder aanvraag van 'second opinion'.

Ten tweede, het gebruik van een set van drie vragen. In een groot Australisch onderzoek werd aan patiënten voorafgaand aan het consult een set van drie vragen gesteld om hen te helpen tot een goede risico-inschatting te komen. Deze vragen betroffen:

1. Wat zijn mijn opties?
2. Wat zijn de mogelijke voor- en nadelen van deze opties?
3. Hoe waarschijnlijk is het dat de voor- en nadelen van elk van deze optie optreedt^[14]?

Het stellen van deze drie vragen resulteerde in betere informatievoorziening door zorgverleners en verhoogde de betrokkenheid van patiënten in de besluitvorming^[17].

Ten derde, zouden we patiënten voorafgaand aan het consult een video kunnen laten zien met informatie over de verschillende keuzes die zij hebben. Zoals we al eerder aanstipten leidt visuele informatie tot betere risico-interpretatie. Bovendien kan in het consult dat er na volgt in worden gegaan op de specifieke elementen die voor de individuele patiënten van belang zijn. ■

Referenties

1. Hope N, Rombauts L. Can an educational DVD improve the acceptability of elective single embryo transfer? A randomized controlled study. *Fertil Steril*. 2010; 94(2):489-95.
2. Donelle L, Arocha JF, Hoffman-Goetz L. Health literacy and numeracy: key factors in cancer risk comprehension. *Chronic Dis Can*. 2008; 29(1):1-8.
3. Ancker J, Weber E, Kukafka R. Effects of Game-Like Interactive Graphics on Risk Perceptions and Decisions. *Med Decis Making* 2011; 31:130-142.
4. Anderson BL, Gigerenzer G, Parker S, Schulkin J. Statistical literacy in Obstetricians and Gynecologists. *J Healthc Qual* 2012; Jan 31, doi: 10.1111/j.1945-1474.2011.00194.x
5. Garcia-Retamero R, Hoffrage U. Visual representation of statistical information improves diagnostic inferences in doctors and their patients. *Soc Sci Med* 2013;83:27-33.
6. Galesic M, Gigerenzer G, Straubinger N. Natural Frequencies Help Older Adults and People with Low Numeracy to Evaluate Medical Screening. *Med Decis Making* 2009;29:368-371.
7. Bunting L, Boivin J. Development and preliminary validation of the fertility status awareness tool: FertiSTAT. *Hum Reprod*. 2010;25(7):1722-33.
8. Boivin J, Bunting L, Gameiro S. Cassandra's prophecy: a psychological perspective. Why we need to do more than just tell women. *Reprod Biomed Online*. 2013 Apr 18. doi:pii: S1472-6483(13)00224-1. 10.1016/j.rbmo.2013.03.021. [Epub ahead of print]
9. Bunting L, Boivin J. Knowledge about infertility risk factors, fertility myths and illusory benefits of healthy habits in young people. *Hum Reprod*. 2008 Aug;23(8):1858-64.
10. Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, Cording E, Thomson R, Durand MA, Edwards A. Option Grids: shared decision making made easier. *Patient Educ Couns*. 2013; 90(2):207-12.
11. Kinnersley P, Edwards A, Hood K, Cadbury N, Ryan R, Prout H, Owen D, Macbeth F, Butow P, Butler C. Interventions before consultations for helping patients address their information needs. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD004565.
12. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Dec 12;12:CD003267.
13. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A, Thomson R, Barratt A, Barry M, Bernstein S, Butow P, Clarke A, Entwistle V, Feldman-Stewart D, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Mounjid N, Mulley A, Ruland C, Sepucha K, Sykes A, Whelan T. International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ*. 2006 Aug 26;333(7565):417.
14. Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Légaré F, Thomson R. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Oct 5;(10):CD001431.
15. Flynn D, Knoedler MA, Hess EP, Murad MH, Erwin PJ, Montori VM, Thomson RG. Engaging patients in health care decisions in the emergency department through shared decision-making: a systematic review. *Acad Emerg Med*. 2012 Aug;19(8):959-67.
16. Peperstraten A van, Nelen W, Grol R, Zielhuis G, Adang E, Stalmeier P, Hermens R, Kremer J. The effect of a multifaceted empowerment strategy on decision making about the number of embryos transferred in in vitro fertilisation: randomised controlled trial. *BMJ*. 2010 Sep 30;341:c2501.
17. Shepherd HL, Barratt A, Trevena LJ, McGeechan K, Carey K, Epstein RM, Butow PN, Del Mar CB, Entwistle V, Tattersall MH. Three quest ons that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: a cross-over trial. *Patient Educ Couns*. 2011 Sep;84(3):379-85.