

# On speaking terms

## Over kiezen *met* de vrouw in plaats van *voor* de vrouw

Mariet van Diem

**Marianne Nieuwenhuijze promoveerde op 20 mei 2014 aan de Radboud Universiteit op haar proefschrift *On speaking terms. Choices and shared decision-making in maternity care*. In het symposium voorafgaand aan de promotie bogen internationale sprekers zich over vragen als: Kan dat, samen met de vrouw zorgkeuzes maken? Hoe zit het met de autonomie van de vrouw? Zijn alle zorgkeuzes ook in de praktijk mogelijk? Wie of wat beïnvloedt de zorgkeuze?**

Voornamelijk verloskundigen, maar ook een aantal gynaecologen en docenten kwamen af op dit symposium met nieuwe inzichten over de rol van zorgverleners én cliënten bij keuzes in de verloskundige zorg.

### Paternalisme en maternalisme

Professor Raymond de Vries, socioloog en hoogleraar Midwifery Science in Maastricht waarschuwt in zijn betoog voor extreem anti-paternalisme, waarbij beslissingen volkomen aan cliënten worden overgelaten. In feite, zo zegt hij, overlaadt de zorgverlener hierbij de vrouw met al dan niet objectieve informatie en stuurt haar vervolgens het bos in om geheel alleen belangrijke beslissingen te nemen, zoals wel of niet thuis bevallen of wel of geen prenatale diagnostiek. De ultieme autonomie dus, waar wij allemaal de mond zo vol van hebben, maar die bij nadere beschouwing toch niet zo ideaal lijkt te zijn. De Vries pleit voor een vorm van zorgzaam en beschermend paternalisme – hij noemt dit maternalisme – met respect voor de vrouw, haar sociale omgeving met daarin haar partner, vriend(inn)en, collega's, gebeurtenissen in haar leven, haar waarden en haar autonomie. Dit betekent niet dat de zorgverlener het altijd eens hoeft te zijn met de vrouw, maar – zo stelt de Vries tot slot, citerend uit het proefschrift van Marianne Nieuwenhuijze – *“to achieve optimal care, the maternity care system needs care professionals who discuss with a woman what is and is not needed for optimal care and what are wise and unwise decisions. This type of professional will pay close attention to the involvement and responsibility of women*

*... and is also willing to reflect on their own functioning including the basis for their decisions.”*

### Theorie en praktijk

Dat de weg van theorie naar praktijk lastig is, illustreerde professor Debra Bick, verloskundige en hoogleraar Evidence based practice aan het King's College in Londen. Zij stelde dat op landelijk niveau veel krachten, zoals de media of de organisatie van de gezondheidszorg, invloed hebben op de keuzes in de zorg. Zij haalde de NICE-richtlijn over intrapartum zorg aan. Deze beveelt aan dat vrouwen de keuze voor plaats van de bevalling voorgesteld krijgen en dat vrouwen met een laag risico op complicaties in een geboortecentrum of thuis bevallen. De pers berichtte direct na het uitkomen uiterst negatief over de richtlijn en waarschuwde voor de gevaren van de thuisbevalling. Daarnaast liet zij zien, dat in Midden- en Zuid-Engeland het maar op enkele plaatsen mogelijk is thuis of in een geboortecentrum te bevallen. In Noord-Engeland en Schotland blijken hiervoor helemaal geen mogelijkheden te zijn. Zoals zij zelf zei aan het begin van haar voordracht – een wat cynisch verhaal – zet zij kanttekeningen bij de keuzemogelijkheden van vrouwen. Hoe de theorie in de praktijk uit kan pakken illustreert associate professor Lisa Kane Low van de Universiteit van Michigan. Zij vormt met tien andere verloskundigen een praktijk binnen de universitaire kliniek. Zij en haar collega's geven *women-centered care* en proberen beslissingen over de zorg altijd samen met de vrouw te nemen. Zij beschrijft de bevalling van een vrouw, die vanaf het begin van de zwangerschap duidelijk maakt absoluut geen pijnbestrijding of andere interventies te willen. De partus eindigt na een zeer moeizame ontsluiting, verscheidene beslismomenten voor interventies en achtenzestig uur gebroken vliezen in een sectio caesarea. Een constante dialoog met de vrouw over haar opties, keuzes en uiteindelijk haar besluit gingen vooraf aan de sectio caesarea. Het geduld van deze ervaren verloskundige en vooral haar respect voor de vrouw en haar beweegredenen maakte dit mogelijk. Daarnaast hield de verloskundige medisch inhoudelijk en als pleitbezorger voor de wensen en keuzes van de vrouw steeds contact met de gynaecoloog. Het uiteindelijke resultaat was een tevreden moeder en een gezond kind.

### Vorbereiden en vertrouwen

Gezamenlijke besluitvorming vraagt van de zorgverleners andere competenties en van vrouwen een andere visie op haar rol hierbij, zo stelt professor Sandra Beurskens. Zij is fysiotherapeut en onder andere hoogleraar Doelgericht meten in de dagelijkse zorgpraktijk aan de Universiteit van Maastricht. In de dagelijkse praktijk zijn soms verschillende beroepsgroepen betrokken bij een cliënte. Dit resulteert vaak in verschillende zorgplannen met dilemma's voor de cliënte als deze niet op elkaar aansluiten. Beurskens pleit voor interprofessioneel opleiden. Hierdoor leren toekomstige zorgverleners meer over en van elkaar en ontstaat er een basis voor een effectievere samenwerking en geïntegreerde zorgplannen. Daarnaast, zo stelt zij, hebben vrouwen vaak andere doelen dan de zorgverleners. Daarom moeten ook vrouwen voorbereid worden om mee te denken en actief deelnemer te zijn bij de gezamenlijke besluitvorming. Op die manier zullen zorgkeuzes, ook haar keuzes zijn.

Maar kiezen doet de vrouw niet alleen, zo stelt hoogleraar Ethics of Care, Marian Verkerk van de Rijksuniversiteit Groningen. Zij introduceert het concept van de relationele cliënte. De individuele cliënte is immers altijd ingebed in betekenisvolle relaties met onder andere haar partner, ouders, kinderen en familie die haar keuzeprocessus beïnvloeden en soms maken dat zij datgene kiest dat voor haar relaties goed is. Deze visie op de cliënte, zo stelt zij, vraagt dan ook om een dialogisch zorgproces, waarin *aandacht voor de ander, verantwoordelijkheid voor elkaar, competentie en responsiviteit* de belangrijkste morele dimensies zijn. Belangrijk bij gezamenlijke besluitvorming is je te realiseren dat het niet altijd bij voorbaat duidelijk is wat iemands kernwaarden zijn, behandelingen verschillen in baten en kosten, die wederom door de cliënte verschillend gewaardeerd kunnen worden. Er is niet een enkel juist antwoord voor iedereen. In de communicatie staat – verbaal en vooral non-verbaal – ‘vertrouwen scheppen’ centraal. ■

## Interactieve training Onderhandelen

### Wilt u stevig(er) aan de onderhandelingstafel zitten? Neem dan deel aan de gratis training Onderhandelen.

Voor een sterkere positie aan de onderhandelingstafel organiseert de KNOV in samenwerking met Schouten&Nelissen de interactieve training Onderhandelen voor haar leden.

Ontwikkelingen in de verloskunde zorgen voor complexere onderhandelingen. In de Verloskundige Samenwerkings-

verbanden (VSV), bij de ontwikkeling van protocollen/richtlijnen en bij de inrichting van de integrale zorg lopen de visies van de verschillende partijen soms sterk uiteen. Daardoor worden onderhandelingsgesprekken uitdagender.

Hebt u vaak met onderhandelingen te maken, hebt u een vertegenwoordigende functie en wilt u graag uw onderhandelingsvaardigheden verbeteren? Meldt u dan aan via uw kringvoorzitter of coöperatiedirecteur voor de training Onderhandelen. Alle CVO-leden hebben een persoonlijke uitnodiging ontvangen voor een training Onderhandelen met CVO-gerelateerde onderwerpen en de klinisch verloskundigen zijn uitgenodigd via het Platform Klinisch Verloskundigen. Per kring/coöperatie/vereniging/regio/VSV kunnen maximaal twee verloskundigen aan de training deelnemen. Dit kunnen zowel eerstelijns verloskundigen als klinisch verloskundigen zijn.

### Meer informatie

Voor meer informatie over de training kunt u contact opnemen met Anke Oostveen, per e-mail [aoostveen@knov.nl](mailto:aoostveen@knov.nl) of telefoon 030 - 282 31 23. ■

[Neem deel aan uitdagende onderhandelingen](#)

