

Samen beslissen in de verloskunde praktijk

Patiëntgerichte gespreksvaardigheden

Remke van Staveren

Samenvatting

Zwangere vrouwen willen actief betrokken worden bij het maken van belangrijke medische beslissingen. Daarbij kan het gaan over morele kwesties zoals prenatale screening of het afbreken van een zwangerschap, maar ook over de keus voor de plaats van de bevalling. Bij dergelijke voorkeursgevoelige beslissingen spelen de persoonlijke waarden van de cliënt een grote rol. Met gezamenlijke besluitvorming voldoet de verloskundige aan de wens om samen te beslissen.

Dit artikel beschrijft patiëntgerichte gespreksvaardigheden die gebruikt kunnen worden bij gezamenlijke besluitvorming. Hoe komen verloskundige en zwangere aan voldoende informatie om een goede afweging te maken? Welke vraag stelt de verloskundige om erachter te komen of haar cliënte onder de huidige omstandigheden betrokken wil worden in het beslissingsproces? Hoe komen beiden tot een consensus die enerzijds zoveel mogelijk aan de richtlijnen voldoet en anderzijds (moreel) aanvaardbaar is voor de zwangere vrouw en haar partner?

Inleiding

Thuis of in het ziekenhuis? Prenatale screening of niet? Ingrijpen of nog even aanzien? De meeste cliënten willen actief betrokken worden bij het maken van belangrijke medische beslissingen. Over het algemeen wil 70 % kunnen kiezen, terwijl 30 % de beslissing liever aan de zorgverlener overlaat [Silverman J et al, 2006]. Die verhouding zal in de verloskundigenpraktijk niet veel anders zijn. Met gezamenlijke besluitvorming voldoet de verloskundige aan die wens. Gezamenlijke besluitvorming is een adviserende stijl die vooral wordt gebruikt bij belangrijke, voorkeursgevoelige beslissingen. Dit zijn beslissingen over preventie, screening, diagnostiek of behandeling waarbij er meerdere, qua effectiviteit min of

meer gelijkwaardige opties zijn, ieder met voor- en nadelen. Gezamenlijke besluitvorming levert meer tevredenheid en een betere kwaliteit van leven op, en draagt bij tot een betere werkrelatie [Stewart MA et al, 1995; Elwyn G et al, 1999; Elwyn G et al, 2000]. Cliënten die zelf beslissen maken doorgaans een weloverwogen en medisch gezien verstandige keuze [Stalmeijer et al, 2009; Van Peperstraten AM, 2009]. Of gezamenlijke besluitvorming ook de compliance bevordert en gezondheidseffecten oplevert staat niet vast [Elwyn G et al, 2000]. Ook onderzoek naar de benodigde consulttijd laat geen eenduidig beeld zien [Elwyn G et al, 1999; Légaré F et al, 2008].

In de praktijk neemt het beslissingsproces vaak meerdere consulten in beslag. Eerst wisselen verloskundige en de zwangere vrouw (eventueel met partner) informatie uit. Idealiter krijgt de zwangere vervolgens de gelegenheid om over de opties na te denken, eventueel een keuzehulp te raadplegen en met haar partner en familie te overleggen. Tijdens een vervolgsconsult vraagt de verloskundige of de zwangere wil (en kan) meebeslissen, waarna gezamenlijk een besluit wordt genomen en een plan wordt opgesteld [Elwyn G et al, 2000].

Adviserende stijlen

Afhankelijk van de mate waarin de cliënt wenst te participeren in de besluitvorming zijn er drie adviserende stijlen mogelijk: een directieve, paternalistische stijl versus een niet-directieve geïnformeerde keuze stijl, met daartussenin gezamenlijke besluitvorming [Silverman J et al, 2006; Elwyn G et al; 1999; Ong LML et al, 1995] Wettelijk (volgens de WGBO) dient de zorgverlener de cliënt volledig te informeren over de bevindingen, de diagnostiek en alle relevante behandelopties, inclusief alle voor- en nadelen en de kans daarop bij de cliënt. Ook het afzien van diagnostiek of behandeling behoort tot die opties.

Volgens de klassieke paternalistische methode stelt de zorgverlener na het geven van informatie directief een behandeling voor. De zorgverlener neemt de beslissing en draagt de verantwoordelijkheid. Bij geïnformeerde keuze ('informed decision making' of 'informed choice') informeert de zorgverlener de cliënt, maar laat de

R. van Staveren, psychiater, docent arts- patiëntcommunicatie, OGGZ, Altrecht, (r.van.staveren@altrecht.nl)

Dit is een bewerkt artikel dat eerder verscheen onder de naam 'Gezamenlijke besluitvorming in de praktijk. Patiëntgerichte Gespreksvaardigheden.' (NTvG 2011;155:A3777)

uiteindelijke beslissing aan de cliënt over. Het nadeel van geïnformeerde keuze is dat de cliënt in het uiterste geval het gevoel kan krijgen dat de zorgverlener de verantwoordelijkheid afschuift en de cliënt aan zijn of haar lot overlaat.

Bij gezamenlijke besluitvorming ('shared decision making') vraagt de zorgverlener de cliënt naar zijn of haar ideeën, wensen en voorkeuren en nodigt hem of haar uit om samen over de opties na te denken. De zorgverlener vult vanuit de eigen professionele kennis en ervaring de informatie aan. Zorgverlener en cliënt nemen vervolgens een gezamenlijk besluit en delen de verantwoordelijkheid. Welke adviserende stijl het meest effectief is, hangt af van de individuele cliënt en van het type en de ernst van de hulpvraag [Van den Brink-Muinen A et al, 2004]. Een actieve eigen participatie wordt vooral gewaardeerd door relatief gezonde cliënten (bijvoorbeeld bij een preventie consult) en door cliënten met een actieve copingstijl [De Haes H et al, 2003; Bensing JM et al, 2008]. Onderzoek wijst uit dat een paternalistische stijl over het algemeen

Tabel 1. Gezamenlijke besluitvorming, stappen in het proces

Wederzijds informatie uitwisselen
 Bedenktijd: eventueel een keuzehulp en / of belangrijke anderen raadplegen
 Vragen of de cliënt wil meebeslissen
 Gezamenlijk een beslissing nemen
 Gezamenlijk een plan opstellen
 Vervolgafspraken maken

aangewezen is bij lager opgeleide cliënten en cliënten in een acute of ernstige situatie. Veel cliënten in een levensbedreigende situatie vinden het juist prettig als de zorgverlener de uiteindelijke beslissing neemt en daarmee de verantwoordelijkheid over het slagen (of falen!) van de ingreep op zich neemt [Ong LML et al, 1995; De Haes H et al, 2003; Bensing JM et al, 2008].

Gezamenlijk informeren

Welke informatie?

Het wederzijds uitwisselen van informatie is een voorwaarde bij gezamenlijke besluitvorming [Elwyn G et al, 1999; Charles C et al, 1997]. De zorgverlener informeert de cliënt over de medisch relevante feiten en mogelijkheden en de cliënt informeert de zorgverlener over zijn of haar waarden, ideeën, zorgen en verwachtingen. Uit onderzoek blijkt dat de hoeveelheid informatie een belangrijke factor is voor de tevredenheid van de cliënt en het onthouden en begrijpen van informatie [Silverman J et al, 2006]. Zorgverleners onderschatten meestal de gewenste hoeveelheid informatie: een overgrote meerderheid van de cliënten (80%) wil méér informatie van hun zorgverlener [Silverman J et al, 2006; Ong LML et al, 1995]. Naast de mate waarin de cliënt geïnformeerd wenst te worden is de hoeveelheid gewenste informatie mede afhankelijk van de ernst en van de grootte van de risico's [Ong LML et al, 1995; Palmboom GG et al, 2007; Ubbink DTh et al, 2009]. Om effectief te zijn moet de informatie aansluiten bij de behoeften van de cliënt [Silverman J et al, 2006; Kessels RPC, 2003; Trevena LJ et al, 2006; Jansen J et al, 2007]. Over het algemeen hebben cliënten er behoefte aan te weten en te begrijpen hoe de symptomen geïnterpreteerd moeten worden, of er iets mis is, en zo ja, wat daaraan gedaan kan worden. Verder hebben cliënten de behoefte zich gekend en begrepen te voelen, hun zorgen te uiten en gerustgesteld te worden [Van den Brink-Muinen A et al, 2004].

De praktijk: wederzijds informeren

Om een wederzijds informatie proces op gang te brengen vraagt u in eerste instantie wat de zwangere al weet en wat zij verder wil weten. Veel zwangeren zoeken tegenwoordig zelf al informatie op, vooral op internet. U lokt met deze vragen als het ware het geven van informatie uit. Op deze manier weet u zeker dat u aansluit bij de vragen, problemen of belangstelling van de zwangere op dat moment. Reacties als: 'Goede vraag ...' of 'Blij dat u daarover begint...' geven haar subtiel erkenning [Van Staveren R, 2010]. U herhaalt dit proces tot de zwangere geen vragen meer heeft. Belangrijke inhoudelijke informatie waar de zwangere niet spontaan om vraagt, bied u alsnog aan: 'Er is iets wat we nog niet besproken hebben. Ik vind het belangrijk u daarover te informeren.' U biedt de informatie vervolgens in kleine beetjes aan en vraagt telkens naar een reactie of u reageert op de non-verbale signalen van de zwangere: 'Ik zie u wegstaren. Mag ik vragen wat er in u omgaat?' Vragen als: 'Wat betekent dit voor u?' en 'Hoe denkt u hier over?' maken de informatie specifiek en persoonlijk.

De praktijk: informatie beter laten begrijpen en onthouden

De zwangere begrijpt en onthoudt informatie beter als de verloskundige eenvoudige, concrete bewoordingen gebruikt, aansluit bij haar dagelijkse werkelijkheid en de informatie ondersteunt met grafische hulpmiddelen of een keuzehulp [Silverman J et al, 2006; Ubbink DTh et al,

2009; Kessels RPC, 2003]. Stel vragen als: 'Hebt u hier nog vragen over?', 'Mist u nog bepaalde informatie?' of reageer op de non-verbale communicatie: 'Neemt u mij niet kwalijk, ik zie u fronsen. Ik ben, geloof ik, niet helemaal duidelijk geweest. Wat wilt u nog weten?' Tenslotte controleert u of de zwangere de informatie daadwerkelijk begrepen heeft en wat zij ervan onthouden heeft. Het helpt om de kernpunten te herhalen en hierin ordening aan te brengen: "We hebben nu drie belangrijke dingen besproken. Ten eerste..., ten tweede..." Nog beter is het om haar zelf de kernpunten te laten opnemen, eventueel met aanvullende informatie van uw kant. Dat kan bijvoorbeeld met een belangstellende (en niet confronterende) vraag als: 'Wat zijn voor ú de belangrijkste punten?'

Wikken en wegen: het gebruik van een keuzehulp

Keuzehulpen kunnen het besluitvormingsproces ondersteunen. Een keuzehulp is een folder, een cd-rom of een website, die tijdens het consult met de verloskundige of door de zwangere thuis wordt bekeken. Keuzehulpen zijn effectief: ze bevorderen cliëntparticipatie in de besluitvorming, verbeteren de kennis over diagnostische en therapeutische mogelijkheden, bevorderen een goede afweging van de voor- en nadelen en maken het nemen van een beslissing minder moeilijk [Van Peperstraten AM, 2009; Teutsch V, 2003; O'Connor AM et al, 2009]. Indien

Tabel 2. Gezamenlijk informeren, suggesties

Wat weet u al over ...?
(lok uit, bied aan)
Wat wilt u nog meer weten?
(lok uit, bied aan)
Wat vindt u daarvan?
(vraag naar een reactie)
Wat betekent dit voor u?
Hoe denkt u hierover?
(maak het specifiek en persoonlijk)
Mag ik u nog wat informatie geven?
(vraag toestemming, bied aan)
Weet u zo voldoende?
(controleer of de cliënte het begrepen heeft)
Wat zijn voor ú de belangrijkste punten?
(controleer wat de cliënte onthouden heeft)

de zwangere de keuzehulp thuis raadpleegt, biedt dat op natuurlijke wijze extra bedenktijd. Er staan verschillende keuzehulpen op de website van VWS 'kiesbeter.nl', waaronder een uitgebreide keuzehulp bij beslissingen rondom prenatale screening. Internationaal kunnen keuzehulpen via de site 'dekeuzehulpverzameling.nl' gevonden worden, zoals over het draaien van het kind bij een stuitligging en de vruchtwaterpunctie (beiden in het Engels).

Gezamenlijk besluiten

De praktijk: vragen of de zwangere wil meebeslissen

De zwangere kan pas goed beoordelen of zij betrokken wil worden bij het beslissingsproces wanneer zij voldoende geïnformeerd is [Elwyn G et al, 1999; Ong LML et al, 1995]. Vragen of zij wil participeren kan met woorden als: 'Zoals we gezien hebben kunnen we verschillende dingen doen. Zullen we er eens samen over nadenken?' of: 'Vindt u het prettig om mee te denken of heeft u liever dat ik een voorstel doe?' [Hoos AM et al, 1999]. Licht het verzoek tot gezamenlijke besluitvorming eventueel toe: 'Het is niet alleen van belang dat u medisch gezien de beste optie kiest. Wat vooral van belang is, is dat het voor ú aanvaardbaar is. Om die reden wil ik graag weten hoe u er over denkt.'

De praktijk: neutraal formuleren

Bij gezamenlijke besluitvorming is het belangrijk dat de verloskundige medisch gelijkwaardige opties ook als zodanig presenteert, zonder de eigen voorkeur bewust of onbewust te laten blijken [Charles C et al, 1997; Teutsch

V, 2003]. Een onbedoeld waardeoordeel kan deels worden voorkomen door het gebruik van absolute getallen en risico's, grafische hulpmiddelen en keuzehulpen [Ubbink DTh et al, 2009]. Ook de wijze waarop de verloskundige formuleert is van groot belang. Gevoelsmatig maakt het nogal wat uit of de zwangere moet beslissen over een ingreep met een risico van 10%, of dezelfde ingreep met een slagingspercentage van 90% [Ubbink DTh et al, 2009; Teutsch V, 2003]. De verloskundige omzeilt dit probleem met een beslissingsbalans waarin beide kanten gelijkelijk benoemd worden: 'Dus aan de ene kant kunt u...en aan de andere kant...'

De praktijk: controleren of de beslissing aanvaardbaar en haalbaar is

Aan het einde van het besluitvormingsproces nemen verloskundige en zwangere (eventueel met partner) gezamenlijk een beslissing en stellen een plan op. Met een laatste controle stelt u vast of zij tevreden is met de genomen beslissing en of het plan haalbaar voor haar is: 'Bent u tevreden met onze beslissing?' [Silverman J et al,

2006]. Een vraag als: 'Veel mensen in uw situatie vinden het lastig om het plan op te volgen. Hoe doet u dat?' helpt de zwangere vrouw om het plan haalbaar te maken. Dit kan eventueel gevolgd worden door een suggestie: 'Zal ik u vertellen hoe andere vrouwen dat doen?'

Beschouwing

Gezamenlijke besluitvorming is een belangrijk onderdeel van patiëntgerichte communicatie, maar geen essentiële voorwaarde. In de praktijk willen sommige cliënten liever niet geïnformeerd worden, geen psychosociale zaken bespreken of niet participeren in de besluitvorming. Andere cliënten beslissen misschien iets anders dan de zorgverlener zou wensen, zoals afzien van een ingreep of behandeling. Patiëntgerichtheid betekent vooral respect hebben voor de behoeften en waarden van de cliënt [De Haes H, 2006]. Gezamenlijke besluitvorming moet daarom geen nieuw dogma worden, maar een individuele keuze blijven. Zelfs aan het einde van het besluitvormingsproces moet het voor een cliënt mogelijk blijven de beslissing alsnog aan de zorgverlener over te laten: 'Zegt u het maar. Wat stelt u voor?'

Tabel 3. Gezamenlijk besluiten, suggesties

Zullen we daar eens samen over nadenken?
(vraag naar participatie besluitvorming)
Aan de ene kant kunt u...en aan de andere kant...(maak een beslissingsbalans)
Wat zullen we doen?
(neem een gezamenlijke beslissing)
Bent u tevreden met onze beslissing?
(vraag naar aanvaardbaarheid)
Is dat haalbaar voor u?
(vraag naar haalbaarheid en uitvoerbaarheid)

Tenslotte nog dit: de beschreven gespreksvaardigheden en 'stappen' in het besluitvormingsproces zijn niet bedoeld als keurslijf, maar dienen vooral ter inspiratie. Al doende ontwikkelt de verloskundige zijn of haar eigen stijl in gezamenlijke besluitvorming. Er ontstaat al een dialoog vanuit oprechte belangstelling en met een enkele vraag als: 'Zullen we daar eens samen over nadenken?' ■

Literatuur

- Bensing JM, Tromp F, Van Dulmen AM, Van den Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis F. De zakelijke huisarts en de niet mondige patiënt: veranderingen in communicatie. *Huisarts Wet.* 2008;51:6-12.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* 1997; 44:681-92.
- De Haes H, Koedoot N. Patient centered decision-making in palliative cancer treatment: A world of paradoxes. *Patient Educ Couns.* 2003;50:43-9.

Leerpunten

Het overgrote deel van de cliënten wil actief betrokken worden bij het maken van belangrijke medische beslissingen.
Gezamenlijke besluitvorming wordt vooral gebruikt bij belangrijke voorkeursgevoelige beslissingen.
Bij gezamenlijke besluitvorming is het wederzijds uitwisselen van informatie een voorwaarde.
Een keuzehulp kan het beslissingsproces ondersteunen.
De zwangere kan pas goed beoordelen of zij betrokken wil worden bij het beslissingsproces als zij effectief geïnformeerd is.
Gezamenlijke besluitvorming is een keuze en moet geen dogma worden.

- De Haes H. Dilemmas in patient centeredness and shared decision making: a case for vulnerability. *Patient Educ Couns.* 2006;62:291-8.
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation. *Br J Gen Pract.* 1999;49:477-82.
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *Br J Gen Pract.* 2000;50:892-97.
- Hoos AM, de Haes JCJM, Gart FD. Overleg en besluitvorming met patiënten. In: De Haes JCJM, Hoos AM, Van Everdingen JJE, redacteuren. *Communiceren met patiënten. 1st dr. Hfdst4.* Maarssen: Elsevier/Bunge; 1999.p63-77.
- Jansen J, van Weert J, van Dulmen S, Heeren T, Bensing J. Patient education about treatment in cancer care: an overview of the literature on older patients' needs. *Cancer Nurs.* 2007; 30:251-260.
- Kessels RPC. Patients' memory for medical information. *J R Soc Med.* 2003;96:219-22.
- Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns.* 2008;73:526-35.
- O'Connor AM, Bennett CL, Stacey D, Barry M, Col NF, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions [Cochrane review]. *Cochr Datab Syst Rev.* 2009;(3):CD001431.
- Ong LML, De Haes JCJM, Hoos AM, Lammes, FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995;40:903-18.
- Palmboom GG, Willems DL, Janssen NBAT, de Haes JCJM. Doctor's views on disclosing or withholding information on low risks of complication. *J Med Ethics.* 2007; 33:67-70.
- Stewart MA, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centred medicine: Transforming the clinical method.* Thousand Oaks (CA):Sage;1995.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Vaardig communiceren in de gezondheidszorg. Den Haag: Lemma;2006.
- Stalmeier PFM, van Tol-Geerdink JJ, van Lin ENJH, Schimmel E, Huizenga H, van Daal WAJ, et al. De patiënt kiest voor werkbaar en effectief. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2009;153:600-6.
- Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am.* 2003;87:1115-45.
- Trevena LJ, Davey HM, Barratt A, Butow P, Caldwell P. A systematic review on communicating with patients about evidence. *J Eval Clin Pract* 2006; 12:13-23.
- Ubbink DTh, Knops AM, Bossuyt PMM, de Haes JCJM, Goossens A. Kiezen tussen verschillende behandelopties; hoe informeer ik mijn patiënt? *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2009;153:B344.
- Van den Brink-Muinen A, Van Dulmen AM, Schellevis FG, Bensing JM (Red.) *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Oog voor communicatie: huisarts-patiëntcommunicatie in Nederland.* Utrecht: NIVEL; 2004.
- Van Peperstraten AM. Implementation of single embryo transfer. A patient directed strategy [proefschrift]. Nijmegen: RU Nijmegen; 2009.
- Van Stavereen R. Patiëntgericht communiceren. Utrecht: de Tijdstroom;2010.