

Protocol omgaan met verloskundige zorgvragen buiten protocollen (VSVNO protocol)

Doel:

Een transmuraal raamwerk te bieden voor de regio Nijmegen met betrekking tot het omgaan met zwangeren die wensen rondom zwangerschap en bevalling hebben die strijdig zijn met de adviezen van de zorgverlener, waarbij aan alle zwangeren in de regio zorg kan worden geboden. Dit protocol betreft expliciet zwangeren die bepaalde aspecten van de aanbevolen zorg *weigeren*, en dus niet hen die juist *meer* zorg willen, zoals niet geïndiceerde ingrepen of onderzoeken. Het buitenprotocollaire verzoek wordt door de zwangere zelf gedaan, dat wil zeggen: buitenprotocollaire zorg wordt niet aangeboden door de verloskundig zorgverlener.

[Doelgroep en achtergronden \(zie bijlage 1\)](#)

[Juridisch kader \(zie bijlage 2\)](#)

Plan van aanpak:

1) De NVOG-KNOV leidraad als uitgangspunt

In november 2015 is er een gezamenlijke NVOG/KNOV leidraad verschenen getiteld "[Verloskundige zorg buiten richtlijnen](#)". Deze beschrijft tot in detail de te volgen stappen bij zwangere vrouwen die bepaalde geadviseerde medische zorg weigeren. De in dit protocol voorgestelde aanpak baseert zich op deze NVOG/KNOV leidraad, aangepast naar de plaatselijke situatie in de regio Nijmegen e.o.

2) Maak en bespreek (tijdig) een bevalplan.

Het advies van de werkgroep is om elke zwangere tijdig een bevalplan te laten maken. Een goed moment hiervoor is bij 20-24 weken. Handige aanknopingspunten voor dit bevalplan zijn drie vragen: Wat is voor jou belangrijk? Wat wil je heel graag? En wat liever niet? (vermijd woorden als "absoluut" en "pertinent"). Bespreek eventueel ook latere scenario's als serotiniteit en stuitligging, en denk aan discussiepunten op het gebied van de kindergeneeskunde (glucoseprotocol, vitamine K) en anaesthesie (pijnstilling). Indien dit bevalplan het vermoeden doet rijzen dat de zwangere mogelijk wensen (weigeringen) heeft die buiten de gangbare protocollen of afspraken gaan en tot discussie zouden kunnen leiden is het gunstig om dit in een vroeg stadium reeds te kunnen bespreken.

3) Volg de leidraad

Voor de te volgen stappen in de gesprekken met de zwangere wordt verwezen naar de hierboven genoemde leidraad. Deze stappen kunnen zowel in een eerste- als tweede-/derdelijns setting worden doorlopen.

4) Regel indien nodig een consult

Indien er sprake is van een medische indicatie met wens tot eerstelijns begeleiding en de eerste lijn komt met de zwangere tot een overeenkomst, dan wordt geadviseerd om de casus

(bij voorkeur niet anoniem, maar hiervoor is wel toestemming van de zwangere nodig) te bespreken met beide ziekenhuizen, zodat haar wensen en situatie aldaar bekend zijn indien het toch tot een overdracht zou komen tijdens de partus. Dit overleg zou eventueel per email kunnen plaatsvinden. Aanschrijfpunt in het Radboudumc:

martine.hollander@radboudumc.nl of jeroen.vandillen1@radboudumc.nl, aanschrijfpunt in het CWZ: d.schippers@cwz.nl. Indien betreffende personen afwezig zijn kan contact gelegd worden met het secretariaat van de beide afdelingen. Als duidelijk wordt dat de zwangere, in geval van verwijzing, waarschijnlijk bepaalde protocollaire zorg in het ziekenhuis zal gaan weigeren, heeft het de voorkeur een fysiek consult tijdens de zwangerschap in het ziekenhuis van eerste voorkeur af te spreken. De noodzaak hiertoe wordt ingeschat door de eerstelijns zorgverlener, onder meer op basis van de kans op overdracht en de aard van de wensen (weigeringen) van de zwangere. Indien noodzakelijk zal de casus ook met andere disciplines overlegd worden.

5) Als het niet lukt om tot een oplossing te komen

5a>Lukt het niet om tot een oplossing te komen die voor alle partijen acceptabel is, dan kan een afspraak gemaakt worden voor bemiddeling/second opinion bij een obstetricus met deze materie als aandachtsgebied. Indien de zwangere in de eerste lijn onder controle is, is het mogelijk dat zij samen met haar eerstelijns verloskundige komt. Ook een verwijzende gynaecoloog is vanzelfsprekend welkom bij dit consult. Hierbij zullen de bovengenoemde stappen opnieuw doorlopen worden. Hierna volgt uitgebreide verslaglegging met terugkoppeling naar zowel zwangere als verwijzer. Indien tijdens dit consult wel een overeenkomst wordt bereikt, is het uiteraard van belang om de inhoud hiervan te communiceren naar alle betrokken teamleden. Per casus zal bekeken moeten worden of ook bijvoorbeeld kinderartsen, OK team en anesthesisten in de berichtgeving betrokken moeten worden.

5b> Indien het ook de betreffende obstetricus niet lukt om in goed overleg een overeenkomst met de zwangere te bereiken, dan wordt een teamoverleg/vakgroepvergadering/moreel beraad (Radboudumc) belegd. Hiervoor kunnen – afhankelijk van de casus - onder andere worden uitgenodigd: staf verloskunde (dienstteam), AIOS, klinisch verloskundigen, eerstelijns verloskundigen (i.o.), verpleegkundigen, kinderartsen, maatschappelijk werk, ziekenhuisjurist, ethicus, en eventueel huisarts. Hierbij wordt bij voorkeur de zwangere (eventueel met partner) zelf ook uitgenodigd (zoals reeds gebeurt in het Radboudumc). Haar wordt gevraagd haar standpunten nader uit te leggen en de aanwezigen krijgen de gelegenheid haar enkele vragen te stellen. Daarna vergadert het team in haar afwezigheid verder en wordt gepoogd consensus te bereiken over wat haar wel en niet geboden kan worden. Na moreel beraad gaat de hoofdbehandelaar terug naar zwangere om verder te onderhandelen. Indien de zwangere zelf niet uitgenodigd wordt voor het overleg is wel haar toestemming hiervoor vereist. Als zij die niet geeft dient het overleg anoniem te gebeuren.

5c>Bij geen mogelijkheid tot consensus zal een vangnet moeten worden afgesproken. Dit kan inhouden het aanvragen van (nog) een second opinion of verwijzing naar elders (**binnen de eigen regio**), of het zoeken van een vervangende eerstelijns zorgverlener bij persisterende wens thuis te bevallen met medische indicatie indien de huidige eerstelijns zorgverlener niet bereid is hierbij te assisteren. Hierbij geldt de Poli op Maat van het Radboudumc als expertisecentrum en last resort voor de academische verwijsregio.

6) In nood geen zorg weigeren

Indien de zwangere zich in (barens-)nood meldt in de eerste- of tweede-/derdelijn zal haar nooit hulp geweigerd worden. Ook in nood behoudt zij het recht om interventies die zij niet wenst te weigeren. Met betrekking tot de vastgelegde afspraken in het definitieve bevalplan maar ook in nood gelden in het Radboudumc de afspraken zoals vastgelegd in de **position statement (link)** van de staf verloskunde en gynaecologie.

7) Verslaglegging

Gedurende het gehele traject wordt **uiterste** zorgvuldigheid aan verslaglegging betracht, met extra aandacht voor terugkoppeling naar zowel de zwangere als alle andere betrokken zorgverleners. De verslaglegging wordt gedaan conform de adviezen van de KNOV/NVOG leidraad.

De-escalatieladder bij medische indicatie

Uiteraard verdient het de voorkeur om in een goed gesprek met een zwangere die bepaalde onderdelen van protocollaire zorg weigert **en een medische indicatie heeft** haar te overtuigen om toch de aanbevolen zorg te accepteren. Het is echter mogelijk dat dit niet lukt. In dat geval zou de slechtst mogelijke uitkomst met het hoogste risico voor moeder en kind zijn als de zwangere zou besluiten om alleen (unassisted) thuis te gaan bevallen. Het is daarom te verkiezen om een soort van de-escalatieladder af te gaan om te zien of, met enkele concessies van beide kanten, een minder riskante optie nog tot de mogelijkheden behoort.

- Eerste voorkeur (first choice): juiste plaats, juiste zorgverlener, binnen protocol (**klinische bevalling, handelingen volgens protocol**)
- Tweede voorkeur (second choice): juiste plaats, juiste zorgverlener, buiten protocol (**klinische bevalling maar buiten protocol**)
- Derde voorkeur: juiste plaats, andere zorgverlener (**bevalling met eerstelijns verloskundige, poliklinisch**)
- Vierde voorkeur: andere plaats, andere zorgverlener (**thuisbevalling met eerstelijns verloskundige**)
- Vijfde en laatste voorkeur (worst case scenario): thuisbevalling unassisted (waarbij de zwangere ook in dat geval altijd welkom blijft in het ziekenhuis)

Suggesties ter verbetering van dit protocol richten aan: martine.hollander@radboudumc.nl

Protocolwerkgroep:

Martine Hollander (martine.hollander@radboudumc.nl)

Cara Simons (carasimons@hotmail.com)

Annemijn Aarts (annemijn.aarts@radboudumc.nl)

Angela Verbeten (verbeetenangela@gmail.com)

Karen de Wolf (karen.dewolf@radboudumc.nl)

Bijlage 1: Doelgroep en achtergronden

Beschrijving van de doelgroep:

Zwangere vrouwen uit de regio Nijmegen e.o., zowel in de eerste- als tweede-/derdelijn, die wensen aangeven rondom de zorg die afwijken van medisch advies zoals geformuleerd in landelijke dan wel lokale richtlijnen en protocollen. Dit protocol betreft expliciet zwangeren die bepaalde aspecten van de aanbevolen zorg *weigeren*, en dus niet hen die juist *meer* zorg willen, zoals niet geïndiceerde ingrepen of onderzoeken. Het betreft expliciet afwijkende wensen/weigering van bepaald voorgesteld beleid met betrekking tot de plaats van de partus, het type zorgverlener die de partus begeleidt, of bepaalde evidence based handelingen die onderdeel zijn van landelijk of lokaal protocol, en die door de zorgverlener gepercipieerd worden als aanzienlijk risicoverhogend.

Voorbeelden hiervan zijn: zwangeren met een evident medische indicatie die thuis willen bevallen, of poliklinisch onder leiding van de eerstelijns verloskundige, zwangeren die unassisted willen bevallen (UC), zwangeren met een sectiolitteken die geen continue CTG bewaking willen, maar bijvoorbeeld ook vrouwen met een hoog risico op fluxus die niet actief geleid willen worden.

Wensen die **niet** onder dit protocol vallen omdat het daar niet om expliciet buitenprotocollaire zorg gaat zijn bijvoorbeeld: andere bevalhoudingen dan rugligging, in bad willen bevallen, een cursus hypnobirthing gevolgd hebben, of af willen wachten met dagelijkse controles na 42 weken zwangerschap. Dit zijn weliswaar minder frequent voorkomende verzoeken, maar worden gezien als onderdeel van de gebruikelijke onderhandelingen en gesprekken tussen zwangere en zorgverlener.

Achtergrond:

Er kunnen 2 soorten redenen worden onderscheiden voor bevalwensen die afwijken van het professionele advies van de verloskundig zorgverlener. De eerste groep betreft vrouwen die er een andere levensvisie op nahouden dan gemiddeld. Zij zien bevallen, ook in situaties van hoog risico, als een primair natuurlijk fenomeen en menen dat interventies zoals in de huidige verloskundige zorgverlening gebruikelijk zijn (vaginaal toucher, cortonen luisteren, inleiden van de baring etc) risicoverhogend werken. Zij zijn van mening dat elke bevalling van nature meestal goed gaat en dat interveniëren door zorgverleners in de meeste gevallen een hoger, en niet een lager risico zal opleveren. Sommigen van hen maken gebruik van alternatieve geneeswijzen, of kiezen ervoor hun kinderen niet te vaccineren. De tweede groep bestaat uit vrouwen die een eerdere onprettige ervaring in de (verloskundige) zorg hebben opgedaan. Zij hebben het vertrouwen in hun zorgverleners in enigerlei mate verloren, en besluiten om de volgende keer de controle over hun bevallingsproces meer in eigen hand te houden. Uiterste uitingsvormen hiervan zijn zowel een UC bevalling, als een sectio op verzoek. Uiteraard komen combinaties van bovenstaande motiveringen ook frequent voor.

Bijlage 2: Juridisch kader

Vanuit juridisch perspectief dient onderscheid gemaakt te worden tussen wensen en weigeringen.

* Wensen zijn verzoeken aan een zorgverlener, die al dan niet gehonoreerd kunnen worden. Voorbeelden hiervan zijn bepaalde muziek draaien, een bepaalde zorgverlener bij de partus hebben, of een medische handeling vragen die niet geïndiceerd is. Het transmurale protocol omgaan met verloskundige zorgvragen buiten protocollen gaat expliciet niet over dit soort wensen.

* Weigeringen zijn het weigeren van toestemming voor een bepaalde handeling. Dit betekent informed refusal; de zwangere wenst, nadat zij geïnformeerd is over alle consequenties en alternatieven, minder of minder intensieve zorg of andere zorg dan door de zorgverlener geadviseerd. Een hulpverlener dient de weigering van een wilsbekwame zwangere te honoreren. Voorwaarde is uiteraard wel dat de zwangere volledig en adequaat geïnformeerd is. Voorbeelden zijn: weigeren van CTG, episiotomie, vaginaal toucher of naar het ziekenhuis komen bij een medische indicatie. Hierover gaat het VSVNO protocol "Omgaan met verloskundige zorgvragen buiten protocollen".

De NVOG/KNOV Leidraad "[Verloskundige zorg buiten richtlijnen](#)" geeft uitgebreide achtergrondinformatie omtrent de verschillende juridische invalshoeken en problematiek. In de tekst wordt onder andere ingegaan op het afwijken van richtlijnen, informed consent, de vraag of vrouw thuis mag bevallen met medische indicatie, de belangen van de foetus versus de belangen van de vrouw, Verantwoordelijkheden bij verkeerde afloop, mogelijkheden tot opzeggen behandelrelatie en de plicht tot verlenen van zorg.

Overwegingen vanuit de beroepsgroepen, de inspectie, de zorgstandaard en JCI (Radboudumc):

- NVOG/KNOV Leidraad "[Verloskundige zorg buiten richtlijnen](#)"
- [IGZ rapport thematisch toezicht geboortezorg voorjaar 2016:](#)
Pagina 4: "De inspectie verwacht van alle zorgverleners dat zij de wensen van vrouwen serieus nemen en respecteren en, indien deze wensen afwijken van de richtlijnen, handelen volgens de zorgvuldigheidseisen van de multidisciplinaire Leidraad van de KNOV en NVOG."
- [Zorgstandaard van het CPZ zomer 2016 pagina 50-51](#)

Joint Commission International:

JCI **PFR 2.2** Patients have the right to refuse or discontinue treatment and to be informed on alternative treatments. **Measurable Elements of PFR.2.2:**

- The hospital informs patients and families about their rights to refuse or to discontinue treatment and the hospital's responsibilities related to such decisions.
- The hospital informs patients about the consequences of their decisions.
- The hospital informs patients about available care and treatment alternatives.
- The hospital guides health professionals on the ethical and legal considerations in carrying out patient wishes regarding treatment alternatives