



VERLOSKUNDIG SAMENWERKINGS VERBAND
ZOETERMEER

Werkafspraken “ZIGA”

Leidraad VSV omgaan met
zorgvragen buiten de
zorgstandaard integrale
geboortezorg

Auteurs: E. Burghard, E. Davelaar, J. Droogh, I. Mourits

Datum: 6/11/2019

revisie 2022

aanpassingen december 2024 t.b.v. revisie 2025

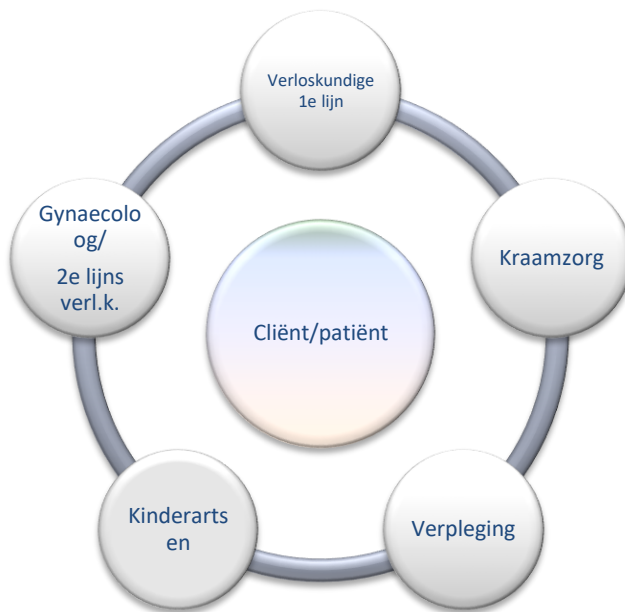
E. Davelaar, L. Langendonck, V. Botterman, I. Mourits

Index:

onderwerp	pagina
Algemeen	2
Doel	2
Uitgangspunten	2
Betrokken disciplines	2
Definitie zorgvraag buiten richtlijnen	2
Inleiding	3
ZIGA -team	4
Registratie	4
Handelwijze zorgverleners zorgverlener(s)	5
Stappenplan zorgverleners	6
Toelichting stappenplan zorgverlener(s)	7-8
Geen toestemming / spoedsituaties	9
Stappenplan ZIGA -team	10
Toelichting stappenplan ZIGA-team	11-12
Evaluatie en debriefing	13
Bronnen	13
Goedkeuring en herziening	13
Bijlage 1: Een handreiking voor shared decision making	14

Algemeen:

Het Verloskundig Samenwerkings Verband Zoetermeer (VSV Zoetermeer) is in 2012 formeel opgericht ter verbetering van de verloskundige zorg in Zoetermeer. Het uitgangspunt is het bieden van een samenhangend zorgtraject waarbij alle ketenpartners verantwoordelijk zijn binnen hun eigen domein.



Stroomdiagram verloskundige keten

Doel van deze werkafspraken:

Het doel van deze werkafspraken is het beschrijven van de wijze waarop de verschillende disciplines binnen het VSV de afstemming van zorg hebben georganiseerd, zodat de cliënt een eenheid van zorg ervaart. In het bijzonder is deze werkafspraken erop gericht de zorgvragen van cliënten buiten de standaarden en richtlijnen op de meest veilige door de cliënte geaccepteerde wijze, gedragen door de hele keten zoveel mogelijk te accommoderen.

Uitgangspunten:

Deze werkafspraken geldt als leidraad voor alle betrokken disciplines met betrekking tot zorg buiten de richtlijnen en professionele standaarden

Betrokken disciplines bij dit protocol zijn:

Verloskundigen 1^e lijn/ 2^e lijn
O/(G) Verpleegkundigen (i.o.)
Gynaecologen
Kinderartsen
Kraamzorg

Definitie zorgvraag buiten de richtlijnen:

Andere visie en wens omtrent verloskundige geboortezorg van een wilsbekwame vrouw en haar partner buiten de bestaande veldnormen (richtlijnen/ protocollen van de verloskundige zorgverlener), ondanks adequate/ volledige informatie en voorlichting. Deze werkafspraken richt zich met name op de wens van de cliënte tot minder zorg dan volgens de richtlijnen van de beroepsgroepen, de protocollen en de werkafspraken van het VSV Zoetermeer.

Inleiding

Afwijkende zorg van Zorgstandaard Integrale Geboortezorg, afgekort ZIGA, komt vaak voor na traumatische ervaringen rondom de vorige zwangerschap of bevalling of komt voort uit specifieke wensen rondom huidige zwangerschap e/o bevalling. De lastigste casus zijn die waar de vraag minder zorg betreft. Een zorgverlener wordt geacht conform de beroepsnormen en richtlijnen te werken. Het is de zorgverlener onder voorwaarden en indien deze zich bekwaam acht daartoe toegestaan de wensen van de cliënte buiten de veldnormen te honoreren. De voorwaarden worden in het hiernavolgende uiteengezet.

Het geschatte aantal niet-geassisteerde bevallingen in Nederland is ongeveer 200 per jaar (0.12% van alle geboorten). Data van Nederlandse vrouwen met een hoog-risico zwangerschap die thuis bevallen ontbreken.

Primair gaat het om een verschil in opvatting over adequate zorg tussen cliënte en zorgverlener en niet om een verschil in opvatting over de uitkomst. Van de zorgverlener wordt hierbij verwacht de autonomie van de cliënte te respecteren, om in gesprek te gaan, te counselen en te zoeken naar een oplossing m.b.v. shared decision making. Documentatie van e.e.a. is belangrijk in het kader van mogelijke medico-legale gevolgen. Twee handreikingen voor het toepassen van shared decision making zijn opgenomen als bijlage 1. Betrek ook de partner in de gesprekken, ook al heeft de zorgverlener geen behandelovereenkomst met deze.

De vrouw beslist uiteindelijk altijd zelf over de zorg die zij wenst te ontvangen, ook al gaat dit ten koste van haar ongeboren kind. Dat wil zeggen, wanneer het om **minder zorg** buiten de richtlijnen gaat. Wanneer een vrouw meer zorg wenst dan de richtlijn aangeeft, mag de zorgverlener deze wens toetsen aan de richtlijnen en beroepsnormen (met handelen moet je meer goed doen (ten voordele van, adequaat en op tijd) dan de primaire schade die je met je handelen aanricht).

Het aantal vrouwen met zorgvragen buiten de richtlijnen lijkt toe te nemen sinds de publicatie van het eerste Peristat verslag in 2008. De toename van risico denken en de toename van meer en strengere protocollen om de perinatale mortaliteit terug te dringen lijken hier een belangrijke rol in te spelen. Met name de toename van het aantal wensen tot minder zorg buiten de richtlijnen doet de betekenis van de veldnormen veranderen.

De zorgverlener is niet verantwoordelijk voor de uiteindelijke uitkomst, maar heeft in acute situaties wel altijd zorgplicht. Ook in deze situaties blijft informed consent nodig t.a.v. alle interventies. Het is van belang dat de zorgverlener ook dan schriftelijk probeert vast te leggen, dat deze tegen haar/ zijn wens en inzicht handelt, doch naar beste kennen en kunnen de noodzakelijke zorg geeft.

Een Veilig Thuis (VT)-melding is niet geoorloofd alleen op grond van een zorgvraag buiten de richtlijn (en dus alleen geoorloofd als er andere/ niet-zorgkeuze gerelateerde gronden zijn om een VT-melding te doen). Evenmin zijn druk en dwang geoorloofd.

Het opzeggen van een behandelovereenkomst door de zorgverlener met cliënte kan na een overgangperiode, waarbij de zorgverlener dient zorg te dragen voor een alternatief. Opzeggen kan uitsluitend op grond van gewichtige redenen. Het niet volgen van een advies conform de richtlijnen, of van een medisch advies van de zorgverlener door de cliënte is geen gewichtige reden. Evenmin is het ontbreken van expertise in "minder zorg" een gewichtige reden.

Indien partijen ondanks uitgebreide counseling niet tot overeenstemming komen binnen de richtlijnen is er sprake van informed refusal, hetgeen een gerechtvaardigde reden is om van de richtlijnen af te wijken.

In alle gevallen is een goede dossier voering en het (samen) op schrift stellen van de afspraken met de cliënte van groot belang (zie checklist volgende bladzijde). Hierbij geldt dat hoe ernstiger de mogelijke gevolgen van het afwijken zijn, hoe preciezer de documentatie zal moeten zijn. Het is niet toegestaan een cliënte te laten tekenen voor het maken van afspraken tegen het medisch advies in.

Het verdient de voorkeur dat het ziekenhuis toelatingsovereenkomsten met de eerstelijns zorgverleners sluit, overeenkomstig de laatst gepubliceerde versie.

ZIGA-team

Indien er tussen de zorgverlener(s) en de cliënte geen aanvaardbare oplossing tot stand komt wordt het ZIGA team ingeschakeld

- Het ZIGA-team bestaat tenminste uit 1 gynaecoloog, 1 tweedelijns verloskundige, 1 eerstelijns verloskundige en 1 kinderarts, 1 afgevaardigde van de kraamzorg uit het VSV. Zitting voor 3 jaar, met verlenging tot 6 jaar. Het wordt benoemd door het bestuur van het VSV
- Per casus wordt er een procesbegeleider vanuit het team aangewezen, niet zijnde de kraamverzorgende.
- De procesbegeleider organiseert een bijeenkomst en verdeelt taken, organiseert gesprekken met alle partijen om tot een voor een ieder aanvaardbare oplossing te komen en documenteert dit.
- Zorgt voor een second opinion in AMC/ Radboud UMC indien gewenst
- Het ZIGA-team organiseert een evaluatie/ debriefing na afloop
- Verslaglegging vindt achteraf plaats aan het bestuur VSV

Registratie

Registratie is altijd van belang, maar nog meer zo in geval van afwijkingen van richtlijnen. Onderstaand een checklist ten behoeve van de dossiervorming:

1. Wensen van de cliënte

2. Gegeven counseling door de zorgprofessional

- Beschrijving van de aanbevolen zorg
- Verwijzing naar professionele websites
- Beschrijving van de risico's en mogelijke complicaties indien de wensen van de cliënte worden gevolgd
- Eventuele alternatieven die besproken zijn
- Stappenplan gevolgd: ja/nee omdat:

3. Informatie over te verlenen zorg:

- Het kunnen leveren van adequate zorg binnen de keten, inclusief eventuele zorgverlening door de achterwacht/waarnemer
- Mogelijkheid van een second opinion/ verwijzing naar zorgverlener (ja/nee/n.v.t.)
- Accordering betrokkenheid van een tweede zorgprofessional bij de invulling en uitvoering van de specifieke wensen (ja/nee/n.v.t.)
- Onderlinge afspraken tussen zorgprofessionals bij ketenzorg (ja/nee/n.v.t.)
- Is cliënte bekend met de grenzen van bekwaamheid van de zorgprofessional? (ja/nee/n.v.t.)
- Welk vangnet is besproken?
- Welke zorg te leveren bij complicaties en calamiteiten?
- In geval de cliënte van gedachten verandert of in een spoedsituatie krijgt de cliënte (met haar toestemming) altijd noodzakelijke zorg

4. Is er consensus tussen de cliënte en de zorgprofessional(s) over de te verlenen zorg? • Ja/Nee: namelijk:

Handelwijze:

Het doel van de counseling van de cliënte die een zorgvraag buiten de richtlijnen heeft is om zoveel mogelijk te voorkomen dat een vrouw zonder enige vorm van zorg thuis van haar kind bevalt.

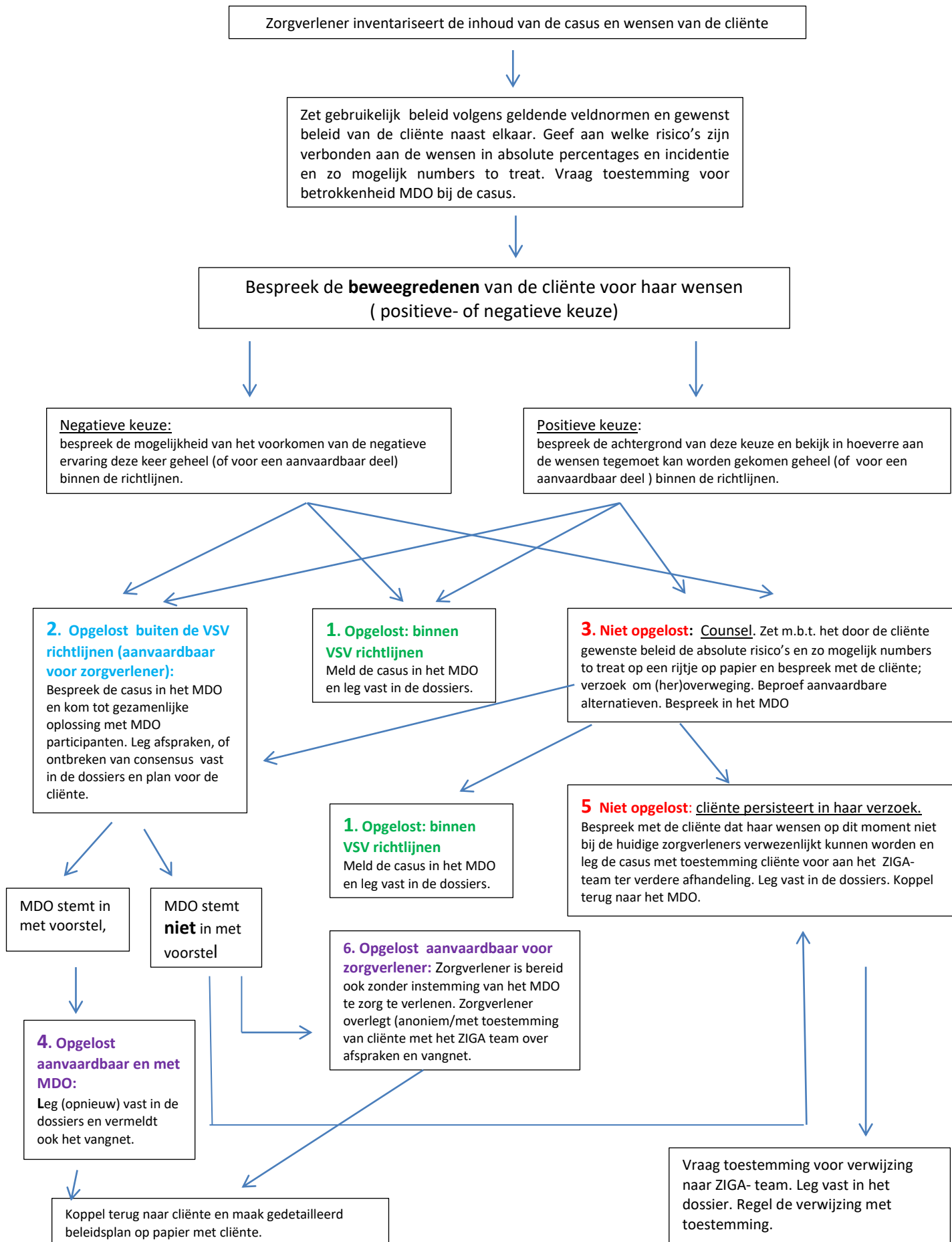
In de counseling kan worden beproefd of het mogelijk is tot overeenstemming te komen met de cliënte over een second best optie.

Het denkkader daarbij wordt gevormd door het volgen van de onderstaande de-escalatieladder van meer- naar minder zorg:

1. juiste plaats, juiste zorgverlener, binnen protocol (standaard medisch beleid);
2. juiste plaats, juiste zorgverlener, buiten protocol (medische partus met minder zorg);
3. juiste plaats, andere zorgverlener (poliklinische partus met eerstelijns verloskundige);
4. andere plaats, andere zorgverlener (thuispartus met eerstelijns verloskundige);
5. thuisbevalling unassisted.

In de navolgende stappenplannen wordt een leidraad gegeven over hoe achtereenvolgens om te gaan met de afwijkende zorgvraag.

Stappenplan zorgverlener(s) bij wens van cliënte tot minder zorg buiten de richtlijnen of anderszins buiten eigen deskundigheid en professionele standaard



Toelichting stappenplan zorgverlener(s) bij wens van cliënte tot minder zorg buiten de richtlijnen of anderszins buiten eigen deskundigheid en professionele standaard

Inventariseer op tijd met cliënte en partner de wensen ten aanzien van de casus/behandeling.

Zorg dat je helder krijgt hoe precies de wens van de richtlijn afwijkt.

Vraag naar de beweegredenen van de cliënte en ga open het gesprek aan.

Probeer te achterhalen wat de cliënte brengt tot deze beweegreden.

- Bij een eerdere negatieve ervaring: Bespreek deze en kijk wat er nodig is om deze negatieve ervaring een volgende keer te proberen te voorkomen.
- Bij een positieve keuze (het hebben van wensen buiten de richtlijn om de zwangerschap en bevalling zo positief mogelijk te ervaren)
 - Bespreek deze en probeer te achterhalen wat de achtergrond van deze wensen is.
 - Onderzoek hoe hard deze wensen zijn en bespreek eventuele alternatieven.
 - Bekijk of de uiteindelijke wensen gedeeltelijk binnen of buiten de richtlijnen liggen.

Na het gesprek met de cliënte en partner kunnen de volgende situaties zijn ontstaan conform stappenplan:

1. De casus is opgelost binnen de VSV richtlijn

In het dossier wordt geregistreerd wat er is besproken.

Tevens wordt in het dossier genoteerd dat cliënte zich kan vinden in de VSV richtlijnen en dat deze besproken zijn.

Tijdens het MDO (multidisciplinair overleg) wordt de casus ingebracht en ook het resultaat van het MDO wordt in het dossier opgeschreven.

De cliënte krijgt de afspraken op papier en krijgt tevens een exemplaar van de betrokken richtlijn, voor zover beschikbaar.

2. De casus is deels opgelost

Er is een deels aanvaardbare oplossing, waarbij de hulpverlener en cliënte beiden instemmen met de aangedragen oplossing.

Deze oplossing wordt voor gelegd in het MDO.

Het MDO bespreekt het voorstel. Er ontstaan dan de volgende mogelijkheden:

- Bij instemming van het MDO wordt het voorstel in de dossiers vastgelegd en aan de cliënte teruggekoppeld. De casus is dan aanvaardbaar opgelost. Afspraken worden door de zorgverlener samen met de cliënte op papier gezet.
- Wanneer het MDO niet instemt, wordt het ZIGA team betrokken om tot een vangnet te komen samen met de zorgverlener en de cliënte.
- De zorgverlener kan besluiten tegen de adviezen van het MDO de verantwoordelijkheid voor het voorstel te nemen. Dit wordt dan in de dossiers van de eerste en tweede lijn vastgelegd. Dit wordt ook teruggekoppeld aan de cliënte door de zorgverlener.

3. De casus is niet opgelost

Ga nogmaals het gesprek aan met de cliënte en probeer met wetenschappelijke achtergronden het risico van de wensen te bespreken. Geef cliënte de gewenste informatie.

Bespreek nogmaals de afwegingen van de cliënte en inventariseer waar nog mogelijkheden liggen tot het vinden van een oplossing waar cliënte en hulpverlener mogelijk mee kunnen instemmen. Dit kan leiden tot een situatie die (deels) opgelost is.

In het dossier wordt duidelijk vermeld wat er besproken is en wat de conclusie is van het gesprek.

Wanneer de casus alsnog niet opgelost is, wordt deze besproken in het MDO. Het MDO denkt mee over de casus en inventariseert mogelijke aanvaardbare oplossingen.

Leg in het dossier vast wat er besproken is en wat de conclusie is van het MDO.

De conclusie van het MDO wordt besproken met de cliënte door de zorgverlener.

4. Wanneer de cliënte zich kan vinden in de resultaten van het MDO, wordt deze opgenomen in het dossier. De cliënte krijgt de afspraken op papier. De casus is dan aanvaardbaar opgelost (4).
5. Wanneer de cliënte zich niet kan vinden in het minimaal haalbare voorstel van het MDO/zorgverlener is de casus niet opgelost en wordt de casus ingebracht in het ZIGA team (5).
6. Wanneer het MDO niet instemt met het voorstel van de zorgverlener en de cliënte kan de zorgverlener alsnog besluiten de zorg niettemin te verlenen zoals voorgesteld. In dat geval overlegt de zorgverlener in ieder geval met het ZIGA team over een passend vangnet. Zonodig anoniem wanneer cliënte daar geen toestemming voor geeft. De casus is dan alsnog opgelost. Het overleg met het ZIGA team wordt gedocumenteerd in het dossier.

Wat als er geen toestemming wordt gegeven voor overleg?

Wanneer cliënte afwijkende wensen heeft en geen toestemming geeft voor overleg in het MDO/ZIGA zal de zorgverlener mogelijk toch behoefte hebben aan overleg met mede-zorgverleners, aangezien deze is gehouden zorg te verlenen binnen de mogelijkheden. Met de cliënte zal deze behoefte aan overleg van de zorgverlener worden besproken. Als de cliënte vasthoudt aan het niet mogen overleggen, zijn er de volgende mogelijkheden:

- De zorgverlener weegt af met eigen praktijk of het te nemen risico acceptabel is en hoe eventuele mogelijke calamiteiten in eerste aanleg zullen worden opgevangen. Alles wordt besproken met de cliënte en gedocumenteerd in het dossier.
- De casus kan anoniem worden overlegd in het MDO. Het MDO denkt mee over mogelijkheden om de eventuele negatieve consequenties van de afwijkende wensen te minimaliseren en de zorgverlener back up te geven.
- Er wordt eventueel gezocht naar een alternatieve zorgverlener indien de cliënte hiermee instemt.

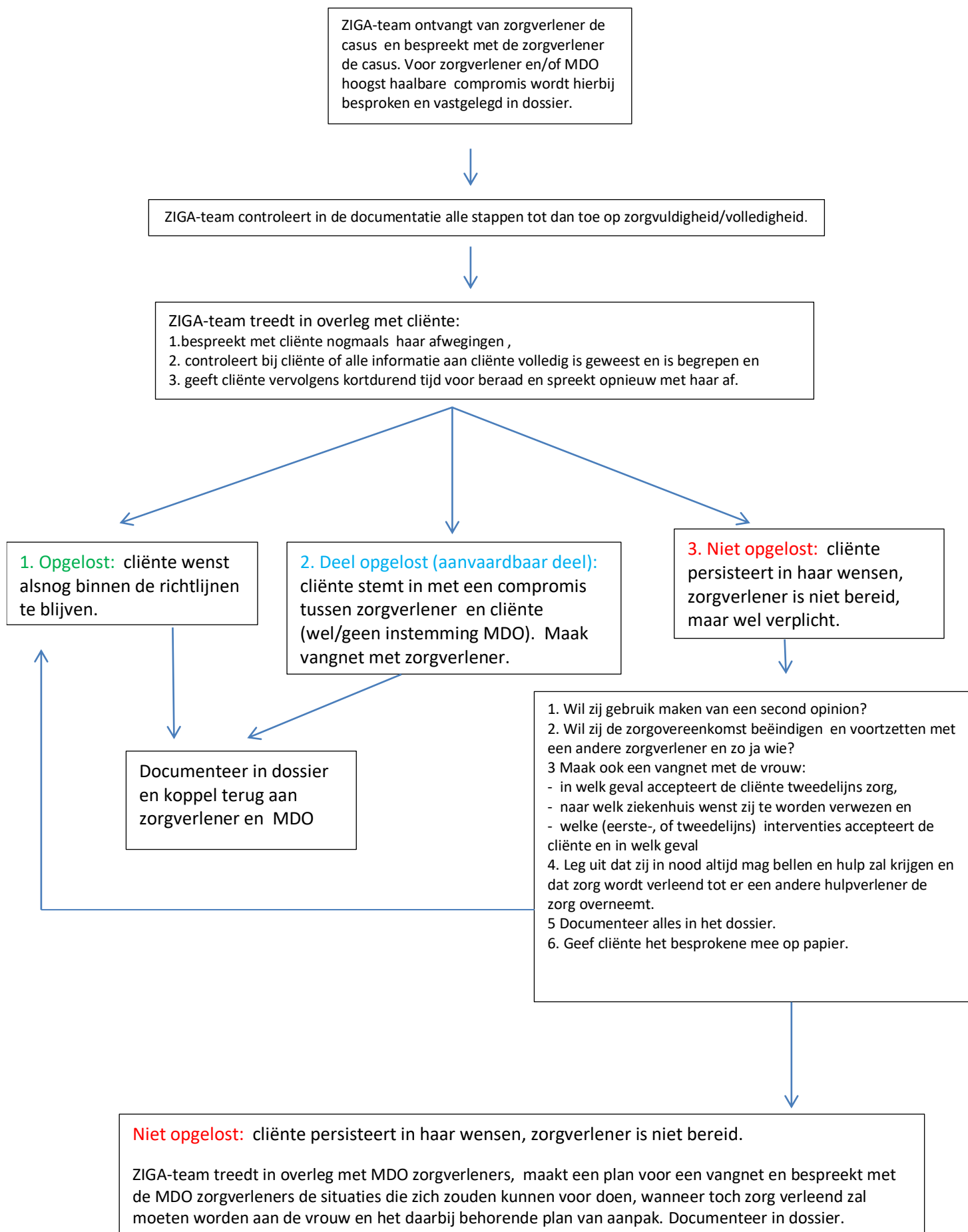
De zorgverlener bespreekt de casus in ieder geval anoniem met het ZIGA team.

Spoedsituaties:

Wanneer de afwijkende wensen pas duidelijk worden in spoedsituaties is er beperkte tijd deze wensen alsnog uitgebreid te bespreken.

1. De cliënte wordt (kort) gecounseld op mogelijke risico's en problemen die kunnen optreden.
2. Er wordt in ieder geval een vangnet gemaakt met de cliënte; in welk geval accepteert de vrouw tweedelijns zorg en naar welk ziekenhuis wenst zij in dat geval te worden verwezen;
3. Tevens wordt aan de cliënte toestemming gevraagd om desgewenst een collega om assistentie te vragen.
4. de cliënte vasthoudt aan haar wens zal de zorgverlener naar beste vermogen moeten handelen binnen de door de cliënte gestelde grenzen (aanwezigheid is in de geboortezorg al beneficence). Informed consent blijft overigens ook dan steeds gelden t.a.v. interventies.
5. De counseling en de wensen van de cliënte worden in het dossier vastgelegd op het moment van counselen, of indien niet mogelijk op het eerstvolgende mogelijke moment.

Stappenplan ZIGA-team



Toelichting Stappenplan ZIGA-team

Belangrijke noties voor zorgverleners bij zorgvragen buiten de richtlijnen:

Vrouwen die iets anders willen zijn er en zullen er blijven •Hun kinderen gaan hoe dan ook geboren worden •Voer je gesprek, luister naar de vraag (achter de vraag) •Wees bereid om op zoek te gaan naar second best •Protocollen zijn er voor de zorgverlener •De zwangere vrouw is nergens toe verplicht •Suboptimale zorg is beter dan geen zorg •Laat je niet geheel leiden door de juridische kant •Steun elkaar, iedereen vindt dit moeilijk!

Het actieve ZIGA-team bestaat tenminste uit 1 gynaecoloog, 1 tweedelijns verloskundige, 1 eerstelijns verloskundige en bij voorkeur 1 kinderarts 1 afgevaardigde van de kraamzorg uit het VSV. Indien in de casus in het betreffende MDO een kinderarts is betrokken wordt het ZIGA-team altijd uitgebreid met een kinderarts.

De taak van het ZIGA-team is drieërlei,

- ten eerste het bewaken van de zorgvuldigheid en volledigheid van de gevoerde procedure
- ten tweede het pogen om tot een voor alle betrokkenen bevredigende oplossing te komen en
- ten derde indien dit niet lukt het zorgdragen voor het tot stand brengen van een vangnet binnen het MDO en zonodig het vinden van andere zorgverlener.

Tijdslijn:

Wanneer de zorgverlener(s) van het MDO niet tot overeenstemming kunnen komen met de cliënte en haar partner met betrekking tot het gewenste beleid rondom zwangerschap en/of baring en/of kraambed wordt de casus overgedragen aan het ZIGA-team ter verdere afhandeling en handelt het ZIGA-team als volgt:

1. Het ZIGA-team ontvangt binnen 3 werkdagen na het afrondende gesprek met de cliënte het dossier van de behandelend zorgverlener en draagt zorg voor een afspraak met de behandelend zorgverlener(s) binnen een week na ontvangst van het dossier.
2. Het ZIGA-team controleert het dossier op volledigheid en op zorgvuldigheid van de tot dan toe gevolgde procedure (bijv. is alles goed uitgelegd en gedocumenteerd in het dossier, toestemming van de cliënte voor bemoeienis ZIGA-team).
3. In een gesprek vervolgens met de zorgverlener(s) wordt besproken en vastgelegd in het dossier hoe en waar eventueel de gevolgde procedure onvoldoende (zorgvuldig) is geweest en wat voor de zorgverleners het hoogst haalbare compromis is.
4. Het ZIGA-team nodigt vervolgens de cliënte (en haar partner) uit voor een gesprek dat dient plaats te vinden binnen een week na het gesprek met de zorgverleners.

Het gesprek met cliënte (en haar partner):

In het gesprek met de cliënte (en haar partner) worden de eventuele tekortkomingen in het eerdere traject allereerst gecorrigeerd (bijv. beschikt cliënte over informatie op papier) en wordt gecontroleerd of cliënte (en haar partner) alle informatie hebben begrepen. Indien dit niet het geval is vindt opnieuw uitleg plaats.

De verschillen tussen de wensen en het reguliere beleid worden nogmaals samen met de cliënte op een rijtje gezet, inclusief risico's, absolute incidentie percentage en zo mogelijk numbers needed to treat.

Het ZIGA-team bespreekt vervolgens in het gesprek nogmaals de overwegingen van de cliënte die tot de huidige wensen hebben geleid (de vraag achter de vraag) en kijkt of alsnog tot een bevredigende oplossing kan worden gekomen binnen de richtlijnen, of binnen de mogelijkheden van de zorgverlener(s).

Cliënte en haar partner krijgen een korte tijd (maximaal 5 werkdagen) voor hernieuwd beraad, waarna het ZIGA-team weer contact opneemt met de cliënte.

Er zijn hierna 3 scenario's mogelijk:

1. Er is een bevredigende oplossing binnen de richtlijnen gevonden
2. Er is een bevredigende oplossing gevonden in het compromis waartoe de zorgverlener(s) bereid en in staat zijn
3. Er is geen oplossing, cliënte persisteert in haar aanvankelijk wensen.

Ad 1: oplossing binnen de richtlijnen:

De afspraken worden met datum en tijd gedocumenteerd in het dossier door het ZIGA-team en teruggekoppeld aan de zorgverlener(s), die ze op hun beurt terugkoppelen binnen hun MDO. De cliënte ontvangt van het ZIGA-team een kopie van de afspraken op papier.

Ad 2: oplossing binnen compromis zorgverlener(s):

De afspraken worden met datum en tijd gedocumenteerd in het dossier door het ZIGA-team en teruggekoppeld aan alle betrokken zorgverleners in het MDO. De cliënte ontvangt van het ZIGA-team een kopie van de afspraken op papier. Indien de zorgverlener bereid is de gewenste zorg te leveren, maar het MDO niet, zorgt het ZIGA team samen met de zorgverlener voor een afdoende vangnet.

Ad 3: er is geen bevredigende oplossing:

Het ZIGA-team treedt opnieuw in overleg met de cliënte en:

1. Beproeft of zij gebruik wil maken van een second opinion. Brengt in dit verband onder de aandacht de POM poli in het Radboud UMC (tel 024-3614788) of de POM poli in het AMC (020-5664191). Beide poli's leveren zorg aan vrouwen buiten de regio om te trachten tot een voor alle partijen bevredigende oplossing te komen (ook binnen de eigen regio van de vrouw).
2. Vraagt wat de verdere wensen van cliënte zijn, wil zij de zorgovereenkomst beëindigen en voortzetten met een andere hulpverlener en zo ja wie?
3. Maakt een vangnet met de vrouw; in welk geval accepteert de cliënte tweedelijns zorg en naar welk ziekenhuis wenst zij in dat geval te worden verwezen.
4. Legt uit dat zij in nood altijd mag bellen naar haar zorgverlener en hulp zal krijgen en dat daarnaast sowieso zorg wordt verleend door haar eigen zorgverlener tot een andere hulpverlener de zorg overneemt.
5. Documenteert alles in het dossier.
6. Geeft cliënte het besprokene mee op papier.

Het ZIGA team overlegt met de betrokken zorgverleners in het MDO en koppelt terug. Gezamenlijk wordt een vangnet gemaakt en alles wordt in het dossier vastgelegd voor het geval uiteindelijk alsnog zorg zal moeten worden verleend en de vrouw geen andere zorgverlener heeft gevonden.

Evaluatie/debriefing:

Het verlenen van zorg buiten de richtlijnen is voor alle partijen emotioneel zwaar. Nog meer als er uiteindelijk sprake is van een suboptimale of slechte uitkomst. Steun kan behulpzaam zijn om e.e.a. te accepteren. Om die reden is evaluatie en debriefing van belang.

Na afloop van de casus organiseert het ZIGA team binnen een maand een evaluatie/debriefing met/van alle betrokken zorgverleners. Hiervan wordt een verslag gemaakt.

Daarnaast organiseert het ZIGA team op verzoek van de betrokken hulpverleners na een casus waarbij er sprake is geweest van zorgverlening buiten de richtlijnen zonder betrokkenheid van het ZIGA team een evaluatie /debriefing van alle betrokken hulpverleners. Zij maakt daar ook een verslag van.

Bronnen:

- Proefschrift "Birthing outside the system: trauma and autonomy in maternity care". Martine Helene Hollander.
- Leidraad "Verloskundige zorg buiten de richtlijnen". NVOG/KNOV Versie 2/ 2022.
- SCEM nascholing: verloskundige zorgvragen buiten de richtlijn", 7 februari 2019
- Medisch Contact 15 november 2018 blz. 34 e.v. Tuchtrect: baby overlijdt bij stuitbevalling thuis.
- KNOV: FAQ buiten VIL verzoeken
- Tijdschrift Nataal.nl, editie 39, jaargang 10, blz. 44: "Zorg buiten de richtlijnen, hoe ga je daarmee om?".
- Jurisprudentie zorgvragen buiten de richtlijnen:
RTG Amsterdam, 2013, ECLI:NL: TGZRAMS:2013:12/13/14 (eerste aanleg casus CTG)
CTG Den Haag 2014, ECLI:NL: TGZCTG:2014:263 (enige hulp is beter dan geen hulp)
RTG Zwolle 2018 ECLI:NL: TGZRZWO: 2018:147 (stuit thuis/documentatie)
RTG Amsterdam 2019: ECLI:NL: TGZRAMS: 2019:239 (documentatie)
RTG Zwolle2021: ECLI:NL: TGZRZWO: 2021:43 (counseling, onterechte veilig thuis melding)

Goedkeuring en herziening:

Deze werkafpraak is goedgekeurd door het VSV Zoetermeer op:

Ingangsdatum: 12-12-2019

Verantwoordelijk voor implementatie: Leden VSV Zoetermeer

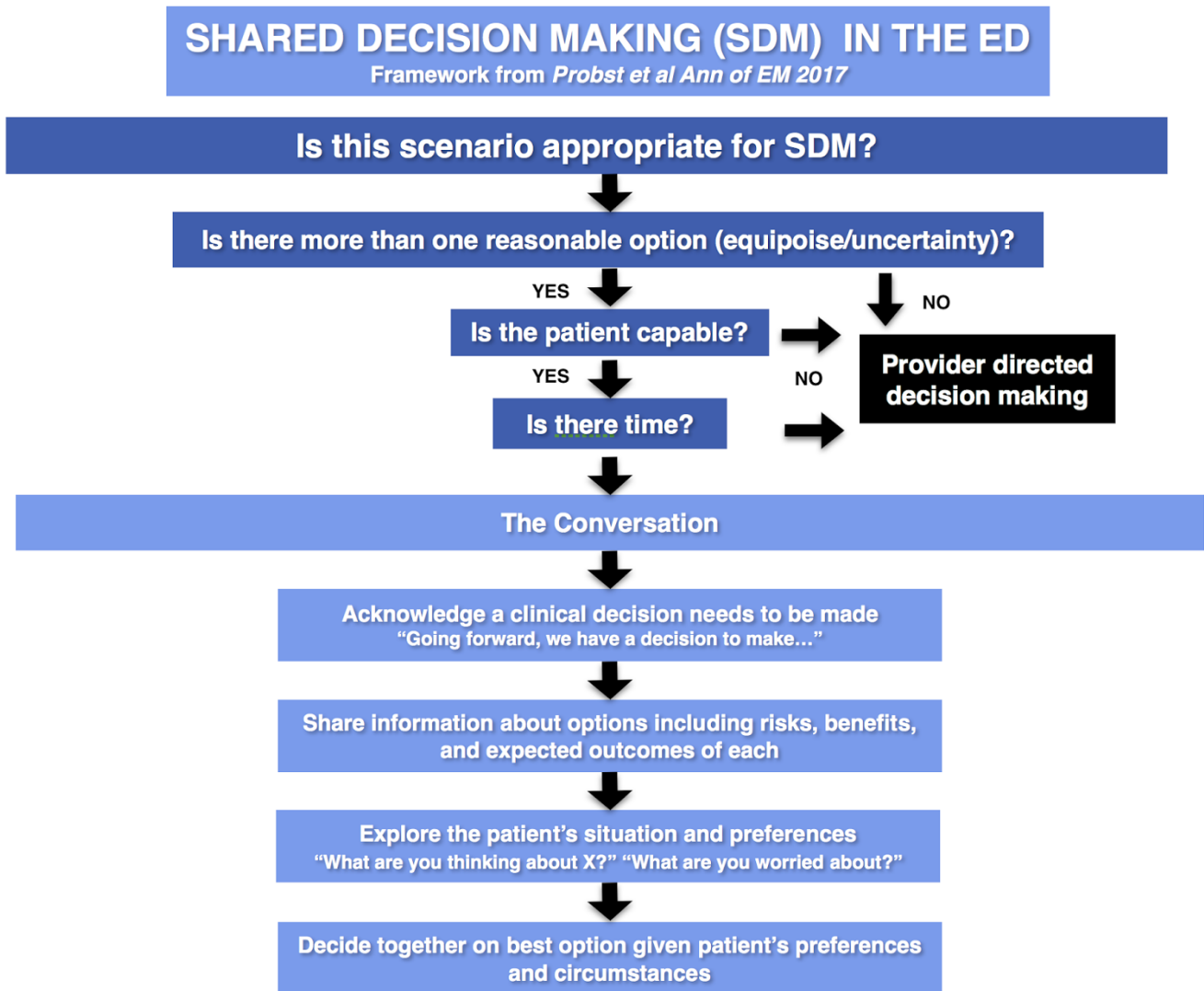
Herzien op 28-06-2022

Tussentijdse herziening december 2024, versie 2.1

Volgende herziening: 2025

Alle protocollen/werkafspraken van het VSV Zoetermeer zijn terug te vinden op het publieke deel van onze website. In het Haga Ziekenhuis Zoetermeer is er via het programma Zenya een link naar de ketenprotocollen van het VSV Zoetermeer. De standaard herzieningstermijn is 3 jaar.

Bijlage 1: Een handreiking voor shared decision making:



Bron: “An ED model for shared decision making” <https://shortcoatsinem.blogspot.com/2017/05/an-ed-model-for-shared-decision-making.html>

ZIE OOK als handreiking het artikel:

“Shared decision making: a model for clinical practice” G. Elwyn e.a.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>