

Perinataal beleid; uiteindelijk eigen keuze van de zwangere?

Wilma Duijst, Jim van Eyck, Rob Kottenhagen

Perinatale zorg omvat de zorg voor de zwangere en haar (on)geboren baby('s) en heeft als doel een goede uitkomst voor beiden. De zwangere probeert zo gezond mogelijk te leven en stelt zich onder controle van een obstetrische zorgverlener die naar eer en geweten handelt conform richtlijnen van de beroepsgroep. Het kan echter ook gebeuren dat de zwangere zich bewust blootstelt aan risico's voor haar (on)geboren baby('s) en/of zich niet wenst te conformeren aan de adviezen van haar zorgverlener bij complicaties. De motieven om het advies van de zorgverlener niet te volgen zijn legio en variëren zowel van religie, als het hebben van een eigen overtuiging over wat gezond leven is tot onbegrip over het advies. De vraag doet zich voor wat de juridische rechten en plichten van de zwangere, de arts en de verloskundige in dergelijke omstandigheden zijn. Ook dient hierbij de vraag gesteld te worden of de ongeborene wellicht niet ook bepaalde rechten bezit of beschermwaardige belangen. Ter illustratie twee casussen.

Patiënte A, een 30-jarige Nederlandse vrouw, gravida 2, para 1. Twee jaar geleden bij 33 weken bevallen van een jongetje van 1300 gram door middel van een keizersnede wegens foetale nood bij foetale groeivertraging en pre-eclampsie. Prenatale controles door gynaecoloog en worden gekenmerkt door veelvuldig niet verschijnen op poliklinische afspraken. Patiënte rookt ongeveer twintig sigaretten per dag. Bij een zwangerschapsduur van dertig

Mr. dr. Wilma L.J.M. Duijst is forensisch geneeskundige bij GGD IJsselland, rechter plaatsvervanger bij rechtbank Arnhem (strafsector) en universitair docent jeugd(straf)recht juridische faculteit Radboud Universiteit Nijmegen; dr. Jim van Eyck is gynaecoloog-perinatoloog Isala klinieken locatie Sophia Zwolle en mr. dr. Rob J.P. Kottenhagen is universitair hoofddocent aan de juridische faculteit, Erasmus Universiteit Rotterdam
Correspondentie: jvaneyck@wxs.nl

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

Samenvatting

Perinatale zorg heeft als doel een goede uitkomst voor de zwangere en haar baby. Bij persisteren van een meningsverschil tussen arts en zwangere over het perinataal beleid en indien er reëel gevaar dreigt voor de ongeborene(n), kunnen preventieve maatregelen worden genomen als de zwangere een ernstige psychiatrische stoornis heeft. Daarnaast kan worden ingegrepen als er sprake is van ernstige kindermishandeling. Bij elk ingrijpen moet echter rekening worden gehouden met het zelfbeschikingsrecht van de vrouw.

Bestaat een verschil van mening tussen arts en zwangere vrouw en de zwangere handelt weloverwogen bij 'gezond' verstand, dan beslist de zwangere vrouw over haar ongeboren kind. In dat geval ontbreekt het de arts aan middelen om preventief te handelen dan wel de zwangere verplicht te laten opnemen voor bijvoorbeeld foetale bewaking of een klinische bevalling op medische indicatie. In de rechtspraak en in toekomstige wetgeving is een duidelijke tendens zichtbaar om de ongeborene steeds verdergaande juridische bescherming te bieden.

weken is er sprake van ernstige foetale groeivertraging op basis van placenta-insufficiëntie. Klinische observatie ter foetale bewaking wordt geadviseerd, maar door patiënte geweigerd.

Patiënte B, een 29-jarige Nederlandse vrouw, gravida 2, para 1. Twee jaar geleden bij 38 weken bevallen in het ziekenhuis. De baring werd gecompliceerd door niet-vorderende uitdrijving. Wegens mislukte vacuümextractie werd een secundaire keizersnede verricht, waarbij een meisje van 3800 gram werd geboren. Prenatale controle aanvankelijk door verloskundige en ongestoord verloop. Bij 36 weken overdracht prenatale zorg aan gynaecoloog wegens keizersnede in voorgeschiedenis. Er is sprake van een stuitligging. Patiënte weigert een versiepoging en wil hoe dan ook thuis bevallen omdat in haar optiek er van alles mis ging in het ziekenhuis.

Rechten van de zwangere

Een zwangere kan zich beroepen op een aantal rechten.

Voor een medische behandeling is toestemming vereist zoals geformuleerd in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst art. 7:450 lid 1 Burgerlijk Wetboek (BW). Daarnaast is een aantal rechten neergelegd in de Grondwet (GW) en in verschillende internationale verdragen zoals het Europees verdrag voor de rechten van de mens (EVRM). Enkele voorbeelden: art. 10 GW (recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer), art. 11 GW (recht op lichamelijke integriteit), art. 15 GW (recht op bewegingsvrijheid) en art. 8 EVRM (recht op persoonlijke autonomie). In vele mensenrechtelijke verdragen zijn vergelijkbare artikelen terug te vinden^[1, 2]. Het Europese hof voor de rechten van de mens heeft bepaald dat elke vrouw het recht heeft om de plaats te bepalen waar zij wil bevallen^[3]. De juridische positie van de zwangere is dus gebaseerd op een groot aantal haar toekomende rechten.

Rechten van het ongeboren kind

Hoewel het Europese hof geen bescherming van het ongeboren kind op grond van het EVRM heeft aangenomen, is het ongeboren leven ontegenzeggelijk beschermwaardig^[4]. Naar wordt aangenomen is dit belang af te leiden uit art. 1:2 BW: "Het kind waarvan een vrouw zwanger is wordt als reeds geboren aangemerkt, zo dikwijls zijn belang dit vordert." Werd aanvankelijk verdedigd dat het alleen zou gaan om een vermogensrechtelijk belang (bijvoorbeeld een erfenis), thans heerst de opvatting dat het ook kan gaan om de gezondheidsbelangen van de ongeborene. Als dit zo is, dan is het familierecht analoog op het ongeboren kind van toepassing: het ouderlijk gezag omvat de plicht en het recht van de ouders zijn minderjarig kind te verzorgen en op te voeden. Daaronder wordt mede verstaan de zorg en de verantwoordelijkheid voor het geestelijk en lichamelijk welzijn en de veiligheid van het kind evenals het bevorderen van de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid (art. 1:247 BW). Deze opvatting laat onverlet dat de moeder steeds gebruik kan maken van de mogelijkheid van abortus binnen de grenzen van de wet. Maar wanneer hier géén gebruik van wordt gemaakt, dan kan het belang van de ongeborene gebaseerd worden op bovenstaande redenering. In feite dus een wettelijke plicht om de ongeborene goed te verzorgen. Maar wat nu wanneer dit niet gebeurt? Hoe staat het met de rechten van moeder en kind wanneer deze conflicteren?

Wetgeving bij botsende belangen

Doorgaans bestaat gelukkig geen botsing van belangen. Als dit wel het geval is, dan zijn er een aantal juridische mogelijkheden^[1, 5]. Wanneer een ongeboren kind ernstig in gevaar komt en gewone vormen van hulpverlening niet tot het gewenste resultaat leiden, is een voorlopige

ondertoezichtstelling (VOTS) een optie, al dan niet met directe uithuisplaatsing. Ter bescherming van het kind direct ná de geboorte, kan vanaf een zwangerschapsduur van 24 weken een procedure worden gestart via het Advies- en Meldpunt Kinder mishandeling (AMK) of rechtstreeks bij de Raad voor de Kinderbescherming (RvK)^[6, 7]. De RvK schat dat jaarlijks ongeveer honderd ongeboren baby's onder toezicht worden gesteld^[8, 9].

Een andere mogelijkheid om in te grijpen is door gebruikmaking van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ). De BOPZ-maatregel kan worden opgelegd indien er sprake is van een psychische stoornis waardoor gevaar voor een ander wordt veroorzaakt. Van deze wet kan gebruik worden gemaakt ook voor de levensvatbaarheidsgrens van 24 weken^[10]. De Rechtbank Amsterdam heeft een verzoek hiertoe toegewezen ter bescherming van een ongeborene van 16 weken^[11]. Zowel in de medicolegale literatuur als in de rechtspraak als in toekomstige wetgeving lijkt de gedachte erkend te worden dat een ongeborene – ook onder de 24 weken grens – een zekere bescherming behoeft^[11, 13, 14]. Is beroep op vrije artskeuze altijd mogelijk, wanneer bijvoorbeeld een zwangere op het moment van de bevalling om religieuze redenen weigert zich te laten behandelen door een mannelijke arts? Stel dat dit gevaar voor zwangere en/of kind oplevert: kan dan bij gebrek aan een vrouwelijke arts tegen de wil van de zwangere ingegrepen worden? Volgens zowel de minister van VWS^[15] als de KNMG^[16] is dit inderdaad mogelijk^[17].

De vraag die zich bij botsende belangen opdringt is: wat als het niet goed afloopt voor moeder en/of kind? Wie is dan verantwoordelijk? Kan de arts en de verloskundige tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden gehouden voor het feit dat het niet goed afloopt? De arts en verloskundige zullen dan moeten aantonen dat zij al datgene wat in hun professionele vermogen ligt hebben gedaan om de zwangere van advies en hulp te dienen. Noch de arts, noch de verloskundige is uiteindelijk wettelijk verantwoordelijk voor een weloverwogen keuze van een wilsbekwame zwangere.

Verplichtingen voor de obstetrische hulpverlener

Bij een medische indicatie zal de verloskundige haar cliënte verwijzen naar het ziekenhuis. Wil haar cliënte de verwijzing niet, dan dient de verloskundige bij herhaling te wijzen op de risico's. Vindt de verwijzing plaats dan dient de gynaecoloog de zwangere nauwgezet te informeren. Algemene opmerkingen als "dit is het beste voor u", "u moet in het ziekenhuis bevallen", "uw kind loopt gevaar", kunnen niet als adequate voorlichting worden beschouwd. Adequate voorlichting is informatie over het soort, de ernst van de mogelijke gevolgen van het afwijken van een artsadvies en de kans op

verwezenlijking van het risico. Daarnaast moeten de alternatieven met de vrouw worden besproken. Besluit de vrouw om ondanks de voorlichting om niet in het ziekenhuis te bevallen, dan moet te allen tijde de communicatie tussen de gynaecoloog en de vrouw blijven bestaan, zodat de vrouw zich vrij voelt om zich te bedenken en alsnog in het ziekenhuis te bevallen. Ter overbrugging moet de gynaecoloog de begeleiding van de bevalling in de thuissituatie overdragen aan een andere hulpverlener, in casu zal dat een verloskundige zijn die bereid is de vrouw thuis te begeleiden.

Voor zowel de verloskundige als de gynaecoloog geldt dat zij de zwangere nooit van hulp verstoken mogen laten als de vrouw een andere mening is toegedaan dan de hulpverleners. Eveneens mogen zij de vrouw geen medische hulp weigeren als zij zich op het laatste moment (of zelfs te laat) bedenkt. Zie in dit verband de KNOV Beroepscode van Verloskundigen (2009) artikel 2.17: "Wanneer een cliënte durante partu een noodzakelijk geachte verwijzing naar een specialist weigert, informeert de verloskundige zo spoedig mogelijk de specialist. Indien de cliënte haar weigering volhoudt, zal de verloskundige, liefst schriftelijk vastgelegd, te kennen geven dat zij tegen haar wens en inzicht, doch naar beste

kennen en kunnen, de noodzakelijke zorg zal geven. In dat geval informeert de verloskundige een collega en schakelt zij in acute situaties extra hulp in."

De gynaecoloog dient te handelen overeenkomstig artikel 7:453 BW: "De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard." Denkbaar is dat machteloosheid van de arts en de verloskundige wordt vertaald in handelingen, zoals zonder toestemming van de vrouw overleggen met andere hulpverleners (wat niet mag), de echtgenoot beslissingen laten nemen (wat niet kan, want de vrouw is wilsbekwaam) of dreigen met maatregelen (wat geen zin heeft omdat ingrijpen niet mogelijk is).

Beschouwing

Wat betekent dit voor de onderhavige casussen? Een arts en dus ook de gynaecoloog werkt op basis van de WGBO. De basis van de WGBO is het informed consent. Informed consent houdt in dat de arts informatie geeft over de medische toestand, de risico's, de mogelijkheden om in te grijpen en de gevolgen van niet ingrijpen. Op basis van



SIKKING ADVIES



- startersbegeleiding
- verzekeringen
- hypotheek
- financiële planning
- vestigingsbegeleiding
- praktijk- en ondernemersadvies
- contracten en juridische diensten

030 - 252 66 55

www.sikkingadvies.nl

die informatie beslist de patiënt. Bij zwangerschap is er echter sprake van een zwangere én een ongeborene, waarbij de ongeborene niet voor zijn eigen belangen kan opkomen. De ongeborene moet dus vertegenwoordigd worden. Formeel bestaat vertegenwoordiging van een ongeborene niet, omdat alleen een persoon vertegenwoordigd kan worden en een ongeborene is geen persoon in de zin van de wet. Materieel (feitelijk) vertegenwoordigt de vrouw haar ongeboren kind; hierbij wordt gebruik gemaakt van een juridische fictie dat "het kind wordt beschouwd geboren te zijn, voor zover zijn belangen dit vergen". Een zwangere vrouw beslist dus ook over haar ongeboren kind. Voor elke behandeling ten behoeve van de vrouw en het kind is toestemming van de vrouw nodig. Dit geldt te meer omdat voor elke behandeling van het ongeboren kind de zwangere moet worden behandeld. Beperkingen in de autonomie van de zwangere zijn mogelijk op basis van moeder-factoren en kind-factoren of de combinatie van beide factoren. Als moeder-factor kan de wilsonbekwaamheid en/of een psychiatrische stoornis van de vrouw worden genoemd. Indien een zwangere de informatie van de arts goed heeft begrepen en weloverwogen een keuze maakt die afwijkt van het advies van de arts dan is wilsonbekwaamheid niet aan de orde. Bij wilsonbekwaamheid van de zwangere kan haar autonomie worden beperkt. De WGBO biedt dan de mogelijkheid om een vertegenwoordiger de beslissingen over een patiënt te laten nemen. Als de zwangere lijdt aan een psychische stoornis kan haar vrijheid worden beperkt door toepassing van de Wet BOPZ.

Als kind-factor kan worden genoemd aanwezigheid van ernstig gevaar voor het kind; feitelijk is er dan sprake van kindermishandeling. Directe en evidente bedreigingen van de gezondheid, zoals schoppen in de buik van de zwangere of het gebruik van grote hoeveelheden alcohol of drugs zijn eenvoudig onder het begrip kindermishandeling te brengen^[5]. Indien een vermoeden van kindermishandeling bestaat kan een melding worden gedaan bij het AMK en kunnen maatregelen van kindbescherming worden genomen; onder omstandigheden kan dit ook voor de geboorte.

Conclusie

Bij persisteren van een meningsverschil tussen arts en zwangere over het perinataal beleid en wanneer er reëel gevaar dreigt voor de zwangere en/of ongeborene(n), kunnen preventieve maatregelen worden genomen indien de zwangere een ernstige psychiatrische stoornis heeft. Daarnaast kan worden ingegrepen als het gevaar voor de ongeborene(n) zo groot is, dat kan worden gesproken van kindermishandeling. Bij elk ingrijpen moet echter rekening worden gehouden met het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw.

Bestaat een verschil van inzicht tussen arts en zwangere vrouw en de zwangere handelt weloverwogen bij 'gezond' verstand, dan beslist de zwangere vrouw over haar ongeboren kind. In dat geval ontbreekt het de arts aan middelen om preventief te handelen dan wel de zwangere verplicht te laten opnemen voor bijvoorbeeld foetale bewaking of een klinische bevalling op medische indicatie. Veel praktische vragen laten zich binnen het bestek van dit artikel niet beantwoorden. Desalniettemin zal er verder over nagedacht moeten worden wanneer men de ongeborene echt tegen komend of concreet gevaar zou willen beschermen. In de medicolegale literatuur, rechtspraak en in toekomstige wetgeving is een duidelijke tendens zichtbaar om de ongeborene steeds verdergaande juridische bescherming te bieden. Een aantal gezondheidsrechtjuristen meent zelfs dat hiertoe aparte wetgeving ontwikkeld dient te worden. Eenzelfde tendens doet zich voor in de Meldcodes van de KNOV en de KNMG. Er is behoefte aan een brede discussie over de beschermwaardigheid van een levensvatbare foetus, om daarmee de complexe juridische, medische, ethische en maatschappelijke dilemma's duidelijk te maken, alsook om de huidige beperktheid van het recht aan te geven. ■

Literatuur

- Hendriks AC, Os ECC van. Wie is de baas over de baarmoeder? Mensenrechtelijke aspecten van de bescherming aan ongeborenen. FJR 2010; 32: 180-186.
- Kottenhagen RJP. De betekenis van het EVRM voor het ongeboren kind en kwesties rond de zwangerschap naar Nederlands recht: een inventarisatie. Letsel & Schade 2011; 13: 47-62.
- Ternovsky versus Hungary, ECHR 14 december 2010, 67545/09.
- Vo versus France, ECHR 8 juli 2004, 53924/00.
- Kottenhagen RJP. Juridische mogelijkheden ter voorkoming of beperking van geboorteschade als gevolg van het handelen van de moeder, Letsel&schade 2009; 11: 5-17.
- Rechtbank Dordrecht, 7 februari 2012, LJN: BV6246.
- Dorscheidt J. Rechter laat foetaal belang onbeschermd, Nederlands Juristenblad 2012;12:810.
- Vink R. Drang en dwang rond de geboorte. Over ondertoezichtstelling en uithuisplaatsing. Tijdschrift voor Verloskundigen 2012; 37: 40-44.
- Verweij EJT, Vredevoogd C, Vos P, Balk F, Groot CJM de, Engberts DP. Een AMK-melding bij risico-zwangerschappen. De uterus als achterstandswijk. NTOG 2012; 125: 490-495.
- Hondius AJK, Stikker TE, Wennink JMB, Honig A. Wet BOPZ toegepast bij vroege zwangerschap van verslaafde. Ned Tijdschr Geneesk 2012; 156: A3818.
- Rechtbank Amsterdam, 11 februari 2011, LJN: BW7232.
- Dorscheidt JHMM, Hubben J. Enkele ontwikkelingen aangaande de juridische positie van het ongeboren kind: is een ruimere prenatale rechtsbescherming gewenst? Markante Analyses, Opstellen aangeboden aan Mark Wissink (onder redactie van G. de Jong e.a.), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2009, p. 9-29.
- Hendriks AC. Voorkomen is beter dan genezen, ook tijdens de zwangerschap, Ars Aequi 2010; 59: 304-306.
- Kottenhagen RJP. Juridische aspecten van zwangerschap en geboorte; een rechtsgebied in ontwikkeling, Fiat Justitia 2012; 9: 14-19.
- Kamerstuk, 17 september 2007, CZ-K-U-2789604.
- Standpunt KNMG over vrije artsenuitvoering, Utrecht: KNMG 2008.
- Kottenhagen RJP. Botsende rechten van moeder en ongeboren kind. Kan een zwangere vrouw gedwongen worden tegen haar wil een medische ingreep te ondergaan ten behoeve van de nasciturus? TvGR 2008; 7: 492-503.