

Waar een wil is, is een wet...

Recht op verloskundige zorg op maat

dr. I.M. de Graaf afdeling verloskunde, AMC Amsterdam

mr. drs. J. A.G. Drapers directoraat patiëntenzorg, AMC Amsterdam

prof. dr. J.A.M. van der Post afdeling verloskunde, AMC Amsterdam

Een zwangere vrouw zal alles doen wat in haar macht ligt, om vermijdbare schade aan haar nog ongeboren kind en pasgeboren kind te voorkomen. Dit uitgangspunt is voor alle betrokkenen in de geboortezorg hetzelfde. Als een wilsbekwame zwangere, ondanks de gevoelde plichten aanzien van haar ongeboren kind, zwaarder wegende redenen heeft om niet voor de voorgestelde (volgens de richtlijnen geldende) behandeling te kiezen, dan zal haar standpunt geaccepteerd moeten worden. Het morele gelijk van de verloskundig zorgverlener kan niet worden afgedwongen. Het morele gelijk van een wilsbekwame, goed geïnformeerde zwangere vrouw is even zwaar wegend. In het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam zoeken we, binnen de bestaande grenzen, naar de mogelijkheden om de verloskundige zorg zo te organiseren dat niemand, op welke wijze dan ook, wordt geschaad: niet de cliënt noch het ongeboren kind noch de verloskundige zorgverlener.

Daarom zijn wij recent gestart met een speciale poli, waar zorg op maat wordt aangeboden.

De verloskundige zorg in Nederland is goed georganiseerd: de eerstelijnszorg voor laagrisicozwangeren en -geboorten, de tweedelijnszorg voor hoogrisicozwangeren en -geboorten. In de derde lijn wordt zorg geleverd wanneer perinatologische en neonatologische expertise noodzakelijk is. De zorgverleners werkzaam in de verschillende lijnen hebben met elkaar afspraken gemaakt over wanneer een zwangere doorverwezen moet worden. Deze afspraken hebben zij samengevoegd in het verloskundig vademecum¹, en bevat de verloskundige indicatielijst (VIL). Het vademecum is een multidisciplinaire richtlijn, een hulpmiddel om risicoselectie in de verloskunde in goede banen te leiden. De indicatielijst geeft aan bij welke indicatie een eerstelijns verloskundige of een (verloskundig actieve) huisarts een cliënt doorstuurt naar een gynaecoloog. De besturen van de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) verzoeken hun leden de VIL als zwaarwegend advies te gebruiken en werken aan continue verbetering van dit belangrijke hulpmid-

del in de dagelijkse verloskundige zorg. De afspraken gemaakt in de VIL zijn echter al tien jaar oud. Momenteel wordt er gewerkt aan een herziening van de VIL, vooral op een aantal knelpunten (langdurig gebroken vliezen, diabetes gravidarum, groeivertraging en psychiatrie). Bij de herziening zijn ook kinderartsen betrokken.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) beschouwt dit door de drie beroepsgroepen gezamenlijk ontwikkelde en vastgestelde document als een professionele standaard en hanteert het als veldnorm.¹

Hierbij vigeert nog het invloedrijke advies van de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. In dit rapport 'Een goed begin' (2010), geschreven in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, welzijn en sport naar aanleiding van de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland, wordt gesteld dat de keuzevrijheid rond de plaats van bevalling alleen is voorbehouden aan vrouwen die een gezonde zwangerschap doormaken². Als er een medische indicatie vastgesteld is zal het ziekenhuis de plaats van bevallen zijn, onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog.

Duidelijke afspraken

Dat een verloskundig zorgverlener in conflict kan komen met deze duidelijke afspraken mag blijken uit een viertal recente uitspraken van het Regionaal tuchtcollege Amsterdam³. Vier verloskundigen moesten zich verantwoorden voor de beslissing die zij hadden genomen, om de zorgvraag van een cliënt die duidelijk buiten de standaard viel, te honoreren. Ter verdediging werd het recht op een autonome beslissing van ieder mens aangevoerd. Ook de zaak 'Ternovzky vs. Hongarije'⁴, waarin de uitspraak is gedaan door het Europese Hof dat iedere vrouw het recht heeft om zelf de omstandigheden te bepalen waaronder zij wil bevallen (waar, hoe en met wie) werd ter verdediging gebruikt. Tevens werden passages uit een brief uit maart 2013, opgesteld door de KNOV en de NVOG, naar aanleiding van de door de beide beroepsverenigingen herkende problematiek uitgelegd als 'second best is ook goed genoeg'. In die brief doen de KNOV en de NVOG een beroep op de Verloskundige Samenwerkings Verbanden (VSV's) om in het belang van veilige zorg altijd verloskundige bijstand te verlenen, ook indien deze zorg niet con-

form de in de VII gemaakte afspraken plaats moet vinden. Een citaat: 'als (wilsbekwame) ouders persisteren in een wens buiten de standaard om, mag en kan de verloskundige hen in acute situaties niet in de steek laten. Zij zal dan in die situatie haar uiterste best doen om de bevalling zo veilig als mogelijk te laten verlopen'. De vraag blijft bestaan wat bedoeld wordt met 'zo veilig mogelijk' en hoe en aan welke criteria dit getoetst wordt indien er een verloskundige calamiteit ontstaat.

Verloskundig zorgverleners, die zich de laatste jaren bewust zijn geworden van tegenvallende perinatale sterfte cijfers in Nederland, staan voor een dilemma bij de vraag of zij deze wens kunnen honoreren. Een arts of verloskundige zal veel tijd willen investeren in het overhalen van de vrouw om toch aan de behandeling mee te werken om daarmee niet zelf in deze voor haar onbekende en, volgens de afspraken en geldende kennis, meer riskante situatie voor moeder en kind betrokken te blijven. Ook weet de hulpverlener niet welke inspanning voldoende wordt gevonden om niet aansprakelijk te zijn voor een eventuele calamiteit. Blijft de zwangere vrouw bij haar besluit, kan dan door een juridische uitspraak (omdat kennelijk de aanstaande moeder tegen het belang van haar nog ongeboren kind kiest) een behandeling worden afgedwongen?

Deze vraag kan leiden tot een geschaad vertrouwen tussen de zorgverlener en de patiënt. De vertrouwensrelatie die bij een belangenconflict toch al onder druk staat, kan alleen maar verslechteren als de zorgverlener naar de rechter stapt of dreigt met een melding bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Als het risico op gerechtelijke vervolging aanwezig is, is het niet ondenkbaar dat de cliënt helemaal geen medische hulp meer zal zoeken. *Unattended birth* zal ook in Nederland een vaker voorkomend fenomeen worden.

Het recht spreekt niet

Zelfbeschikkingsrecht

Iedere persoon heeft grondrechten, waarvan artikel 10, 11 en 15 van de Grondwet de belangrijkste zijn. Het zelfbeschikkingsrecht is niet als een grondrecht of mensenrecht geformuleerd.

In de Wet Geneeskundige Behandeling Overeenkomst (WGBO) heeft dit wel vorm gekregen door de bepalingen over toestemming⁵. Zonder toestemming mag geen behandeling worden uitgevoerd. Hieraan gekoppeld is de informatieplicht.

Het zelfbeschikkingsrecht is niet absoluut, maar kent beperkingen. Het wordt in de eerste plaats beperkt wanneer het in botsing komt met het zelfbeschikkingsrecht van anderen. De vraag die daarbij gesteld kan worden is of het ongeboren kind ook tot 'de

anderen' gerekend kan of moet worden. Juridisch is het ongeboren kind geen persoon en heeft het dus ook geen rechten.

En wordt het zelfbeschikkingsrecht altijd en consequent toegepast, zoals de manier waarop we het gebruiken suggereert? Vaak wordt er een afweging gemaakt tussen zelfbeschikking en het beschermingsbeginsel. Deze afweging is onderhevig aan de tijdgeest en een persoonlijke invulling. Bijvoorbeeld: automutilanten of suïcidale personen worden opgesloten en zonodig vastgebonden om hen tegen zichzelf te beschermen en meerderjarige, intelligente en aanspreekbare anorexiapatiënten worden soms onder dwang gevoed. Ongeboren baby's voor wie een klein gebrek mogelijk geen bezwaar is, kunnen op grond van dat gebrek geaborteerd worden (voor de 24e week). En in dit laatste voorbeeld doet zich nog een probleem voor: een ongeboren vrucht is geen persoon. Daarmee wordt de afweging tussen zelfbeschikking en beschermwaardigheid nog moeilijker⁵.

Er zou meer duidelijkheid moeten komen over het bestaan van het recht op zelfbeschikking van de zwangere vrouw. Wanneer het zelfbeschikkingsrecht een expliciete grondslag krijgt wordt het duidelijk wat het zelfbeschikkingsrecht precies inhoudt, maar ook in hoeverre het beperkt kan worden ten behoeve van het ongeboren kind. Het zelfbeschikkingsrecht kan ingeperkt worden door een beroep op de beperking gronden uit art. 8 lid 2 EVRM. Wat betreft het beperken van het zelfbeschikkingsrecht ten behoeve van het ongeboren kind lijken de 'bescherming van de gezondheid' en 'de rechten en vrijheden van anderen' relevante beperking gronden. Er is echter (nog) geen jurisprudentie of het beperken van het zelfbeschikkingsrecht ten behoeve van het ongeboren kind op een van deze genoemde gronden aanvaardbaar is.

Recht van het ongeboren kind

Artikel 1:2 Burgerlijk Wetboek (BW) bepaalt dat het kind waarvan een vrouw zwanger is, als reeds geboren wordt aangemerkt, zo dikwijls zijn belang dit vordert. Dit heeft primair betrekking op het vermogensrecht van het ongeboren kind. Of het ook voor andere situaties mag worden gebruikt staat ter discussie. Als onder dit belang ook het medisch belang wordt verstaan, lees je dat het voor de moeder niet alleen een morele plicht is om het kind zo goed mogelijk te verzorgen, maar ook een juridische plicht. Het is vooral van belang dat er duidelijkheid ontstaat over deze afweging. Dat staat los van art. 1:2 BW.

In de literatuur bestaat voornamelijk nog geen consensus over de afweging. Aanhangers van een bovenbeschreven ruimere interpretatie menen dat dit artikel ook de medische belangen van het ongeboren kind beschermt. Tegenstanders menen dat het artikel



deze ruimte niet biedt, maar pleiten wel voor nieuwe wetgeving die bescherming van het ongeboren kind mogelijk maakt.⁶ Er moet dus expliciet duidelijk gemaakt worden wat de reikwijdte van dit artikel is, of er moet nieuwe wetgeving worden gemaakt waarin de belangen van het ongeboren kind worden beschermd.

Recht van de zorgverlener

De rechten en plichten van de zorgverlener zijn vastgelegd in de WGBO. Een arts (of een andere zorgverlener) heeft het recht om zijn eigen beslissingen te nemen, op basis van zijn deskundigheid en overtuiging. Hij hoeft dus niet zonder meer te doen wat de patiënt hem vraagt.

Als er meer duidelijkheid is over de beschermwaardigheid van het ongeboren kind ten opzichte van de zwangere vrouw, dienen ook de mogelijkheden van de arts verder uitgelicht te worden. Nu de beschermwaardigheid van het ongeboren kind volgens het huidige recht nog niet expliciet is geregeld, blijft het lastig om vast te stellen hoe ver de zorgplicht van de arts strekt ten opzichte van de ongeborene.

Zorg op maat

In het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam zien wij patiënten met ingewikkelde perinatale problematiek, vaak somatisch van aard. Deze patiënten verdienen extra tijd en aandacht, vaak is de behandeling van deze patiënten buiten protocollair en nog niet in richtlijnen beschreven. Terugverwijzing met een behandeladvies naar tweede en eerste lijn vindt

plaats indien mogelijk en wordt gezien als goede zorg op maat. Wij menen dat ook de groep van kritische consumenten onder deze noemer valt en willen dit probleem beter leren kennen om hier goede adviezen over te kunnen geven. Wij zoeken naar de mogelijkheden binnen de bestaande grenzen, om de verloskundige zorg zo te organiseren dat niemand op wat voor manier ook wordt geschaad, niet de client noch het ongeboren kind noch de verloskundige zorgverlener.

Daarom zijn wij recent gestart met een speciale poli, waar zorg op maat wordt aangeboden.

Met de poli op maat krijgen wij zorgvragen vanuit de eerste en tweede lijn, die afwijken van de standaard oftewel de VIL. Vrouwen die groot vertrouwen hebben in de fysiologie van hun eigen lijf ondanks een door de zorgprofessional vastgesteld verhoogd risico ten aanzien van de bevalling en bewust buiten de VIL willen bevallen, vrouwen die veel waarde hechten aan zelfbeschikking en die op eigen wijze willen bevallen zonder protocollen of medisch ingrijpen, komen hier hun specifieke zorgvraag bespreken.

Mogelijk zullen we vrouwen zien die angst hebben voor de medicalisering van de geboorte van hun kind. Ook vrouwen die geen vertrouwen hebben in het ziekenhuis, angst hebben om als nummer behandeld te worden, kunnen samen met hun verloskundige komen praten over dit wantrouwen.

Maar ook vrouwen die hele duidelijke afwijkende wensen hebben met betrekking tot niet geïndiceerd medisch ingrijpen, kunnen hier terecht. Te denken

valt aan een sectio op verzoek of inleiding op verzoek zonder medische indicatie of noodzaak.

Een van de doelen van deze poli is om de afstand tussen ziekenhuis en patiënte te verkleinen. Wij willen goede voorlichting geven over de medische indicatie waarvoor zij wordt doorgestuurd, en goede voorlichting geven over de risico's die zij neemt als zij niet in de tweede of derde lijn onder controle komt dan wel bevalt.

Mocht er weerstand of angst zijn voor de 'ziekenhuisbevalling', dan zullen wij trachten deze weg te nemen bij de zwangere vrouw. Daarbij geven wij gedegen uitleg over de zeggenschap die zij als barendes vrouw in het ziekenhuis heeft (dus leggen wij ook bevallingscoach/geboortepan/lactatiekundige voor). Graag willen we samen met de cliënt en haar verloskundig zorgverlener uitzoeken wat haar wensen zijn rondom de bevalling en haar informeren over de haalbaarheid van haar wensen in het ziekenhuis.

Tijdens het polibezoek nemen we ruim de tijd om alles te bespreken. Bij het consult hopen we dat altijd de eigen verloskundige aanwezig is. Vanuit de tweede/derde lijn zal de cliënt spreken met een gynaecoloog, een klinisch verloskundige en een medisch maatschappelijke werker. In het gesprek zal de verloskundig hulpverlener zijn uiterste best moeten doen om de beweegredenen van de vrouw te achterhalen. Weerstand, (irrationele) angsten en misverstanden moeten besproken worden.

Mocht de cliënt ondanks goede informatie en counseling persisteren in haar wens buiten de richtlijnen te gaan bevallen, dan zal het 'vangnet' besproken worden, wanneer en met wie wordt contact gezocht bij calamiteiten. Van groot belang is dat de hulpverleners goed documenteren (kunnen bewijzen door geschrift of getuigen) welke adviezen zijn gegeven. Ze moeten aangeven op welke indringende wijze de adviezen zijn geformuleerd en welke mogelijkheden de patiënt zijn geboden. Uiteindelijk blijft ook de verantwoordelijkheid bestaan voor het ongeboren kind.

Samenvattend denk ik dat we als belangrijkste doel zien om objectieve informatie te geven en te inventariseren welke mogelijkheden er zijn voor een cliënt binnen een medische omgeving. Het vertrouwen tussen zorgverleners en cliënt te vergroten en afspraken te maken om met de diverse partijen (zowel de zwangere als desbetreffende zorgverleners) de cliënt eventueel verdere begeleiding te bieden in een tweede- of derdelijnszorginstelling.

Wij hopen zo ook de bejegening naar de zwangere/barendes vrouw onder de loep te kunnen nemen en daar waar nodig is te verbeteren door middel van onderwijs aan de arts-assistenten en verpleegkundigen.

Conclusie

Ook wij nemen het autonomiebeginsel als uitgangspunt, omdat wij waarde hechten aan individuele zelfbeschikking. Een zwangere vrouw zal alles doen wat binnen haar macht ligt, om vermijdbare schade aan haar ongeboren of pasgeboren kind te voorkomen. Enkele uitzonderingen bij ernstige psychopathologie of verslaving daargelaten^{7,8}. Dit uitgangspunt is voor alle betrokkenen hetzelfde.

Er is echter een groot verschil in perceptie tussen een verloskundig zorgverlener en de cliënt. Waar de cliënt haar beslissing baseert op een mogelijk éénmalige gebeurtenis, baseert de verloskundig zorgverlener zich op een veel bredere en gevarieerdere ervaring.

Als een wilsbekwame zwangere, ondanks haar gevoelde plichten ten aanzien van haar ongeboren kind, zwaarder wegende redenen heeft om niet voor de voorgestelde (volgens de richtlijnen geldende) behandeling te kiezen, dan zal haar standpunt geaccepteerd moeten worden. Het uitoefenen van morele druk via een juridische dwangmaatregel leidt tot verslechtering van de vertrouwensrelatie.

Het morele gelijk van de verloskundig zorgverlener kan niet worden afgedwongen. Het morele gelijk van een wilsbekwame, goed geïnformeerde zwangere vrouw is even zwaarwegend. Laten we het ontstane gat, of beter, de ontstane ruimte, benutten om de zorg te verbeteren en met elkaar in gesprek te gaan.

Referenties

1. Verloskundig Vademecum, College voor zorgverzekeringen, Diemen 2003 (ISBN 90-70918-34-X).
2. Een goed begin; veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Kamerstuk 30/12/2009
3. Uitspraak regionaal tuchtcollege te Amsterdam: ECLI: NL: TGZRAMS:2013:14 2012/357V/358V/359V
4. Ternovzky versus Hungary, European Court of Human Rights, no 67545/09, factsheet reproductive rights, 14/12/2010
5. Leenen, H.J.J. Handboek gezondheidsrecht. 2e druk. Alphen aan den Rijn: Samsom, 1988: 77, 121-3, 170-1.)
6. Kottenhagen, R.J.P., 'Botsende rechten van moeder en ongeboren kind. Kan een vrouw tegen haar wil gedwongen worden een medische ingreep te ondergaan ten behoeve van de nasciturus?' Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2008, p. 492-503.
7. Duist W.L.J.M., J. van Eyck & R.J.P. Kottenhagen. *Perinataal beleid; uiteindelijk eigen keuze van de zwangere?* NTOG 2013;126:349-352
8. Boonekamp J., W. Dondorp, R. Berghmans & G. de Wert. *Drang en dwang in de zorg voor verslaafde zwangeren, een ethische analyse.* Programma Ethiek & Gezondheid: 2011, projectnr 1410002

Samenvatting

Als een wijsbekwame zwangere, ondanks haar gevoelde plichten ten aanzien van haar ongeboren kind, zwaarder wegende redenen heeft om niet voor de volgens de richtlijnen geldende behandeling te kiezen, dan zal haar standpunt geaccepteerd moeten worden. Het zelfbeschikkingsrecht van een zwangere is niet absoluut, maar kent beperkingen. Het wordt in de eerste plaats beperkt wanneer het in botsing komt met het zelfbeschikkingsrecht van anderen. De vraag is of het ongeboren kind ook tot 'de anderen' gerekend kan worden, en of het beperken van het zelfbeschikkingsrecht op deze gronden aanvaardbaar is. Als er meer duidelijkheid is over de beschermwaardigheid van het ongeboren kind, dienen ook de mogelijkheden van de arts verder uitgelicht te worden. Het blijft onduidelijk hoe ver de zorgplicht van de arts strekt ten opzichte van de ongeborene. In het AMC zoeken we naar de mogelijkheden binnen de bestaande grenzen, om de verloskundige zorg zo te organiseren dat niemand op wat voor manier wordt geschaad. Daarom zijn wij recent gestart met een speciale poli, waar zorg op maat wordt aangeboden.

Trefwoorden

kritische consumenten, gezondheidsrecht, autonomie, zorg op maat

Summary

A pregnant woman will do everything that is possible to care for and protect her unborn and newborn child. That is the basis for everyone involved in prenatal care. If an autonomous woman, despite her obligation to care for her unborn child, decides to give birth outside the system or unattended, this decision should be accepted by her caregiver. There is no known law to protect an unborn child, except in cases of psychiatric disease.

In the Academic Medical Centre in Amsterdam we started a special outpatient clinic to explore the possibilities within our care system to facilitate these women, so that no one is endangered, not the pregnant women nor her child nor the caregiver.

Keywords

Prenatal care, medical law, autonomy, unattended birth

Contactpersoon

dr. Irene de Graaf, AMC H4-274 afd. verloskunde
Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam
e i.m.degraaf@amc.uva.nl

Belangenverstrengeling

De auteurs verklaren dat er geen sprake is van belangenverstrengeling of financiële bijdrage.

Commentaar NTOG op 'Recht op verloskundige zorg op maat'

dr. J.J. Duvekot *gynaecoloog-perinatoloog Erasmus MC, Rotterdam*

In het artikel van De Graaf et al. van het AMC Amsterdam worden de beweegredenen voor het oprichten van een speciale verloskundige polikliniek voor 'zorg op maat' beschreven. Enigszins vreemd, want krijgt in principe niet iedere zwangere vrouw in Nederland 'zorg op maat'? De aanleiding voor het oprichten van deze polikliniek komt klaarblijkelijk voort uit de wens van een enkeling om niet te kiezen voor die zorg, die wij als gynaecologen, maar ook zeker veel verloskundigen, als veilig beschouwen. Dat vrouwen altijd kiezen voor optimale veiligheid voor hun kind, zoals de auteurs suggereren, durf ik toch bij deze categorie te betwisten.

Wat des te belangrijker is, is om ons af te vragen waar deze vaak zeer uitgesproken wens zijn oorsprong vindt. Naar mijn idee komt dit vooral voort uit het feit dat onze patiënten de afgelopen jaren het vertrouwen in de medische stand als geheel aan het verliezen zijn. Een gegeven dat het overgrote deel van de gynaecologen in ons land zal herkennen. De onzekerheden en ongerustheid die patiënten vaak ten toon spreiden kost niet alleen in het AMC maar overal in het land veel werk in de zin van goede voorlichting en uitleg over ons behandelplan. Op elke verloskundige polikliniek in Nederland komt vooral het probleem van wantrouwen en onzekerheid met veel regelmaat voor. Gelukkig dat in de meeste gevallen de routine 'zorg op maat' hierbij voldoende is. Het merendeel van de Nederlandse gynaecologen is namelijk in staat om dit vertrouwen zelf goed te herstellen. Eenduidigheid in beleid en een herkenbare en bekende zorgverlener dragen hieraan bij. Vooral dat laatste is iets wat in de professionalisering en versnippering van ons vak vaak moeilijk is waar te maken. Hier zou meer aandacht voor moeten zijn.

Zorgwekkender is dat deze onrust vaak ook wordt overgebracht op de verloskundig zorgverlener die vervolgens zich genoodzaakt ziet over te gaan tot meer en vaak onnodige medische interventies. En is de zorgverlener al niet ongerust dan eist de patiënt deze extra interventies wel van ons. 'Zorg op maat' wordt dan 'overmaat aan zorg'. Vooral voor deze laatste categorie patiënten, die in feite een veel grotere groep vormen dan diegenen die weinig of geen professionele zorg wensen, zou een polikliniek zoals in het AMC van belang kunnen zijn. Over de kostenbesparing maar niet te spreken.