

**Drang en dwang
in de
zorg aan verslaafde zwangere vrouwen
in het belang van het toekomstige kind**

Een ethische handreiking

J.Boonekamp

W. Dondorp

R. Berghmans

G. de Wert

Universiteit Maastricht/CAPHRI

Juni 2011

Deze handreiking is een uitkomst van het door ZonMW gefinancierde onderzoeksproject "Drang en dwang in de zorg voor verslaafde zwangeren, een ethische analyse". Programma Ethiek & Gezondheid, projectnr 1410002

1. Introductie

In de prenatale zorg gaat het om een goede uitkomst van de zwangerschap voor moeder en kind. De leefstijl van de zwangere krijgt daarbij terecht veel aandacht. De meeste zwangeren houden zich aan de adviezen van hulpverleners om te stoppen met roken en drinken en geen dingen te doen die de gezonde ontwikkeling van hun kind kunnen schaden. Ze zijn zich bewust van hun verantwoordelijkheid voor hun toekomstige kind en zijn bereid zich daarvoor bepaalde dingen te ontfeggen. De rol van de hulpverlener is daarbij vooral gericht op het geven van goede voorlichting en begeleiding.

Maar zo eenvoudig is het niet altijd. Sommige zwangeren zijn verslaafd aan middelen die hun kind (ernstige) schade kunnen berokkenen. Soms gaat het om vrouwen die op straat zwerven en een onregelmatig bestaan leiden. Vaak is er dan ook sprake van psychiatrische problematiek. Voor deze groep zwangeren is het veel moeilijker hun leefstijl te veranderen. Ook als ze zich bewust zijn van hun verantwoordelijkheid; hun verslaving is vaak sterker. Ze volgen adviezen niet op, komen afspraken niet na en vertonen hulpmijdend gedrag. In dergelijke situaties ontstaat voor hulpverleners al snel een spanning tussen het (kunnen) bieden van goede zorg en het respecteren van de eigen keuzes van de vrouwen om wie het gaat.

Wat deze situaties vooral zo klemmend maakt is dat de zwangere met haar leefstijl niet alleen tegen haar eigen belangen in handelt, maar ook het welzijn van haar toekomstige kind op het spel zet. Hulpverleners willen voorkomen dat het al in de baarmoeder gezondheidsschade oploopt en/of dat het na de geboorte in een onveilige thuissituatie terecht komt. Nu de zwangere haar verantwoordelijkheid niet kan of wil nemen, rijst voor hen de vraag hoe zij het toekomstige kind tegen de gevolgen van de leefstijl van de vrouw kunnen beschermen.

Te denken valt aan een spectrum aan maatregelen die het karakter hebben van lichtere of sterkere vormen van drang of zelfs dwang. Onvermijdelijk betekent dat een (kleinere of grotere) inbreuk op het recht op zelfbeschikking van de zwangere vrouw. Of het wel of niet terecht is om die inbreuk te maken, is de centrale ethische uitdaging van deze heel bijzondere vorm van prenatale zorg.

2. Doel en opzet van deze handreiking

Deze handreiking, opgesteld in samenwerking met Rotterdamse hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor verslaafde zwangere vrouwen, is bedoeld als een hulp bij het maken van ethisch verantwoorde beslissingen over het toepassen van drang of dwang in de praktijk. Het gaat vooral om het verhelderen van afwegingen die vaak impliciet een rol spelen bij beslissingen over het toepassen van vormen van drang of dwang.

Gelet op de kwetsbaarheid van degenen wier belangen op het spel staan: verslaafde zwangeren en hun toekomstige kinderen, zijn transparantie en verantwoording van groot belang. Alleen zo kunnen ethische uitgliders naar twee kanten voorkomen worden: het verabsoluteren van het recht op zelfbeschikking van de vrouw ten koste van de belangen van haar toekomstige kind, en de misvatting dat vrijheidsbeperkende maatregelen die als doel hebben het toekomstige kind te beschermen, geen nadere rechtvaardiging nodig hebben.

Ter wille van de leesbaarheid gebruiken wij verder de term 'verslaving' voor zowel middelenmisbruik als middelenafhankelijkheid.

De handreiking is als volgt opgebouwd.

- We leggen uit wat we bedoelen met drang en dwang (3) en geven voorbeelden van beslismomenten waarin een dergelijke keuze aan de orde kan zijn (4);
- We benoemen de voorwaarden waaraan het toepassen van drang of dwang moet voldoen. Daarvoor is meer nodig dan de wens het toekomstige kind in bescherming te nemen (5);
- We bespreken relevante ethische uitgangspunten: naast 'schade voorkomen' en 'respect voor autonomie' gaat het soms ook om 'weldoen' of 'rechtvaardigheid' (6). In een aparte paragraaf wordt kort ingegaan op het begrip 'wilsbekwaamheid' (7).
- De handreiking loopt uit op een structuur van drie soorten vragen die achtereenvolgens aan de orde zijn bij beslissingen over drang of

dwang in het belang van het kind: Wat zijn de feiten? Moet het kind beschermd worden? Hoe kan dat op een verantwoorde manier? (8).

3. Wat we bedoelen met drang en dwang

Bij drang en dwang gaat het om een spectrum van maatregelen met verschillende gradaties van impact op iemands vrijheid.

- Drang beperkt in meer of mindere mate de keuzevrijheid, maar neemt die niet geheel weg. Getracht wordt te bereiken dat een bepaalde keuze of gedraging wel, of juist niet plaats vindt.
- De minst ingrijpende vorm van drang is iemand met klem proberen te overtuigen om een bepaalde keuze wel of juist niet te maken.
- Sterke drang vindt plaats door aan bepaalde keuzes een specifiek gevolg te verbinden dat die keuze aantrekkelijk of juist onaantrekkelijk maakt.
- Van dwang spreken we als de betrokkene helemaal geen keuzevrijheid heeft, zoals in geval van een dwangopname in een psychiatrisch ziekenhuis. Hulpverleners kunnen zo'n dwangopname aanvragen, maar de beslissing ligt bij de rechter.

4. Drang en dwang in de zorg voor verslaafde zwangeren

Beslissen over drang of het aanvragen van een dwangopname is aan de orde als hulpverleners van mening zijn dat de leefstijl en het (zorgmijdend) gedrag van een verslaafde zwangere vrouw de gezondheid of het welzijn van haar toekomstige kind in gevaar brengt. Voorbeelden van relevante beslismomenten in de zorg voor verslaafde zwangere vrouwen zijn:

1. *De zwangere vrouw komt na een melding het zorgtraject binnen.* Op dit moment gaat het er in de eerste plaats om haar vertrouwen te winnen, haar verhaal te horen en haar sociale situatie in kaart te brengen. De zwangere krijgt uitleg over de hulpverlening die haar in het belang van haar toekomstige kind niet-vrijblijvend wordt aangeboden, waaronder ambulante behandeling van haar verslaving en regelmatige urinecontroles. De inzet is de zwangere te bewegen tot vrijwillige medewerking. Dat zal vaak alleen lukken met een zekere mate van drang. Die kan bestaan uit indringende, aan de verantwoordelijkheid van de zwangere appellerende, directieve counseling. Bij zwangeren die daar niet (voldoende) gevoelig voor zijn, valt ook te denken aan sterkere drang. Dat kan door aan meewerken een beloning te verbinden, of door te onderstrepen dat er geen reëel alternatief is.
2. *Het middelengebruik wordt bevestigd.* De hulpverlening is erop gericht de zwangere in de zorg te houden, haar te bewegen haar leefstijl aan te passen en te laten zien dat ze haar kind straks een veilige plek kan bieden. Daarbij kan het al tijdens de zwangerschap aanvragen van

een voorlopige ondertoezichtstelling (VOTS) van het kind werken als een vorm van sterke drang. Voor de zwangere die daar gevoelig voor is, is de boodschap van die maatregel dat haar kind na de geboorte kan worden afgenomen. Een VOTS wordt door de kinderrechter uitgesproken en is noodzakelijk voor het kunnen aanstellen van een gezinsvoogd en het in gang zetten van een procedure tot uithuisplaatsing. De aanwijzingen van de gezinsvoogd zijn niet vrijblijvend en versterken het drangeffect van een al prenataal uitgesproken VOTS. Het uitspreken van een VOTS lijkt (op grond van jurisprudentie) pas mogelijk bij een zwangerschap van meer dan 24 weken. Maar de maatregel kan al wel eerder worden aangevraagd.

- 3. De zwangere vrouw houdt zich niet aan de afspraken in het behandelplan.* Als drangmaatregelen niet helpen, kunnen hulpverleners voor de vraag komen te staan of ter bescherming van het toekomstige kind een dwangopname nodig is. De mogelijkheden daarvoor zijn beperkt. Onder de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (bopz) kan bij de rechter een machtiging tot gedwongen opname worden aangevraagd. De rechter verleent die machtiging alleen als sprake is van 'gevaar' voor de betrokkene zelf of voor anderen. Dat gevaar moet direct voortvloeien uit een geestesstoornis en mag niet anders dan door middel van een gedwongen opname af te wenden zijn. Uit recente jurisprudentie blijkt dat bij gevaar voor anderen in de zin van de bopz ook aan het nog niet geboren kind te denken valt, maar pas bij een zwangerschapsduur van meer dan 24 weken.

5. Het kind willen beschermen is niet genoeg

Omdat drang of dwang een inperking betekent van de vrijheid van de zwangere om haar eigen leven volgens haar eigen keuzes in te richten, is daarvoor een rechtvaardiging nodig. Het recht op zelfbeschikking is ethisch zwaarwegend en juridisch sterk verankerd. Inbreuken op dat recht zijn niet perse onaanvaardbaar, maar het is niet genoeg dat de hulpverlener handelt vanuit de bedoeling het toekomstige kind te beschermen. Daarmee is immers alleen gezegd dat hij of zij een in ethisch opzicht belangrijk doel voor ogen heeft. Maar dat is niet genoeg. Het moet duidelijk zijn dat de te nemen maatregelen het kind effectief kunnen beschermen tegen een reëel risico of gevaar, dat die maatregelen 'proportioneel zijn' en dat er geen minder ingrijpende manier is om datzelfde doel te bereiken. Hieronder worden deze voorwaarden toegelicht.

1. Drang of dwang moet het kind effectief beschermen. Dat vereist voldoende inzicht in de aard, ernst en omvang van het risico of het gevaar waaraan het toekomstige kind wordt blootgesteld en in de mate waarin dat kan worden afgewend door het uitoefenen van specifieke vormen van drang of dwang. De effectiviteit kan niet worden beoordeeld zonder meer precies aan te geven welk beschermingsdoel men voor ogen heeft. Zo kan een gedwongen opname in de laatste weken van de zwangerschap misschien wel effectief zijn als het er om gaat te voorkomen dat het kind van een aan

heroïne verslaafde zwangere met ernstige abstinentieverschijnselen geboren wordt, maar niet om ontwikkelingsschade te voorkomen als gevolg van al maanden durende blootstelling aan polydruggebruik in combinatie met alcohol. Want die schade is dan al lang toegebracht. De eis van effectiviteit betekent ook dat rekening moet worden gehouden met mogelijk contraproductieve gevolgen. Als het gevolg van drang of (dreigen met) dwang is dat de verslaafde zwangere zich aan de zorg onttrekt, is voor de bescherming van het kind niets bereikt.

2. *Drang of dwang moet proportioneel zijn.* Dit houdt in dat de inbreuk die met de maatregel wordt gemaakt in de vrijheid van de zwangere vrouw om haar eigen keuzes te maken, in een redelijke verhouding moet staan tot de ernst en de waarschijnlijkheid van de schade aan het toekomstige kind. Lichte drang (zoals het nadrukkelijk aanspreken van de zwangere op haar verantwoordelijkheid voor haar toekomstige kind) maakt slechts een geringe inbreuk op de vrijheid van de vrouw en is daarom eerder proportioneel dan sterke drang. Of sterke drang proportioneel is, hangt af van de vraag hoe aannemelijk het is dat daarmee daadwerkelijk kan worden voorkomen dat het kind gezondheidsschade oploopt of in een onveilige situatie geboren wordt. Dat geldt nog sterker voor het aanvragen van een gedwongen opname.

3. *Drang of dwang mag niet verder gaan dan nodig is.* Daarmee is bedoeld dat als het zelfde doel (bescherming van het kind) ook bereikt kan worden met een maatregel die minder diep ingrijpt in het leven en de vrijheid van de zwangere vrouw, die minder ingrijpende maatregel gekozen moet worden. Drangmaatregelen (die aan de eerder genoemde voorwaarden voldoen) mogen dus pas worden toegepast als de zwangere anders niet genoeg zal mee werken. En het aanvragen van een gedwongen opname is pas verantwoord wanneer het gevaar voor het kind niet met sterke drang kan worden weggenomen. Dat is trouwens ook een juridische eis die de rechter in zijn beoordeling zal betrekken.

6. Ethische uitgangspunten

Bij de verantwoording van drang en dwang in het belang van het toekomstige kind gaat het vooral om de verhouding tussen twee belangrijke uitgangspunten van ethisch handelen in de gezondheidszorg: *respect voor de autonomie van personen* en *het voorkomen van vermijdbare schade*. Maar bij die afweging kunnen ook nog twee andere ethische uitgangspunten worden betrokken: *weldoen* en *rechtvaardigheid*.

Met *weldoen* wordt bedoeld dat hulpverleners zich bij hun beslissingen moeten laten leiden door het welzijn van hun patiënten of cliënten. Dat geldt natuurlijk ook voor de zorg voor verslaafde zwangeren. In de meeste gevallen waarin in het belang van het kind voor drang of (het aanvragen

van) een dwangopname wordt gekozen, zullen hulpverleners daarmee ook het welzijn van de zwangere zelf op het oog hebben. Zij is immers ook zelf gebaat bij het krijgen van een gezond kind dat niet bij de geboorte van haar wordt weggenomen. Maar ook als dat klopt, is de vraag wat dat betekent voor de ethische rechtvaardiging van drang of dwang. Mag het welzijn van de zwangere zelf worden meegeteld in de beoordeling van de proportionaliteit van drang of dwang? Anders gezegd: mag ook op 'paternalistische' gronden voor drang of dwang worden gekozen?

Omdat dan nog steeds sprake is van een inbreuk in de vrijheid en de zelfbeschikking van de zwangere, is dat vanuit ethisch perspectief problematisch. Maar dat bezwaar weegt veel minder zwaar (of valt zelfs weg) als de vrouw in kwestie niet wilsbekwaam is. 'Wilsbekwaam' wil zeggen dat iemand in staat is tot het nemen van beslissingen in het licht van een weloverwogen beoordeling van zijn of haar eigen belangen ter zake. Of dat zo is, zal ook bij verslaafde zwangere vrouwen van geval tot geval moeten worden beoordeeld (zie paragraaf 7). Als de zwangere wilsonbekwaam is, kunnen inbreuken op haar vrijheid om andere prioriteiten te stellen ook worden gerechtvaardigd met een beroep op haar eigen welzijn. Dat betekent overigens niet dat respect voor autonomie dan minder belangrijk is. Maar het is dan eerder een *doel* van de hulpverlening (naast het beschermen van het kind) dan een ethisch uitgangspunt dat alleen onder strikte voorwaarden opzij mag worden gezet. Het gaat er dan (ook) om haar te helpen om haar leven uiteindelijk weer zelf in handen te krijgen.

Overwegingen van *rechtvaardigheid* kunnen aan de orde zijn als zwangeren ongelijk behandeld worden. Dat kan binnen de praktijk van de zorg voor verslaafde zwangeren het geval zijn, maar ook in de vergelijking van die praktijk met de tolerantie voor ander schadelijk gedrag in de zwangerschap. Denk aan roken of stressvolle activiteiten.

7. Wilsbekwaam of wilsonbekwaam?

Uitgangspunt is dat ook mensen met verslavingsproblemen bekwaam zijn om beslissingen te nemen. Dit betekent dat een zwangere die verslaafd is aan middelen pas wilsonbekwaam mag worden geacht als daar beargumenteerd redenen voor te geven zijn. Enkele aandachtspunten kunnen behulpzaam zijn om een dergelijk oordeel te onderbouwen.

In de eerste plaats is het altijd de vraag: 'wilsonbekwaam waartoe?' (of aansluitend bij de formulering in patiëntenwetgeving: 'bekwaam ter zake'). Met andere woorden: een oordeel over wilsbekwaamheid is altijd gerelateerd aan een bepaalde beslissing. Gaat het om een besluit over een bepaald behandelingsaanbod? Of om afspraken over de leefwijze van de zwangere? Het is best mogelijk dat voor de ene situatie het oordeel is dat zij wilsonbekwaam moet worden geacht, en voor de andere wilsbekwaam.

In de tweede plaats gaat het erom zicht te krijgen op individuele vermogens die een rol spelen bij het beoordelen van 'wilsbekwaamheid ter zake'. Van belang zijn cognitieve vermogens, alsmede emotionele factoren. Genoemd kunnen worden:

- cognitieve beperkingen op terreinen als geheugen, begrip, redeneren;
 - ontkennen van verslavings- of andere medische of psychische problemen;
 - verminderde of ontbrekende emotionele betrokkenheid bij de belangen van het ongeboren kind en/of voor eigen welzijn en gezondheidstoestand.
- Ook specifieke psychiatrische problemen zoals wanen, hallucinaties, angst of depressie kunnen een rol spelen bij het beperken van de wilsbekwaamheid.

8. Zorgvuldig beslissen: drie soorten vragen

Voor een zorgvuldige beslissing over drang of dwang ter bescherming van het toekomstige kind zijn achtereenvolgens drie soorten vragen van belang: Wat zijn de feiten? Moet het kind in bescherming genomen worden? Hoe kan dat op een ethisch verantwoorde manier?

1. Stelt de leefwijze van de zwangere het kind bloot aan een reëel risico of gevaar? Welke (aanvullende) informatie is nodig om dat te kunnen beoordelen? Hier valt te denken aan:

- Aard van het risico: gaat het om gezondheid of om veiligheid of om allebei?

- De eigen visie van de zwangere vrouw: wat betekent de zwangerschap voor haar, hoe ziet ze haar verantwoordelijkheid?
- Soort en mate van het middelengebruik heden/verleden;
- Wetenschappelijk bewijs voor ontwikkelingsschade bij de foetus als gevolg van blootstelling aan relevant middelengebruik in de relevante fase van de zwangerschap;
- Psychische problematiek heden/verleden;
- Ouderschapscapaciteit en eventuele eerdere kinderen;
- Eerdere uithuisplaatsingen andere kinderen van zwangere vrouw;
- Huisvesting en leefsituatie;
- Stress;
- Aanwezigheid en mogelijke rol partner?
- Ondersteuning van anderen, bv ouders.

2. Is het risico voor het kind zo groot dat hulpverleners moeten proberen het kind als het moet tegen de wil van de zwangere te beschermen? Hier gaat het om het in kaart brengen van het relatieve gewicht van ethische uitgangspunten:

- Voorkomen van vermijdbare schade bij het toekomstige kind;
- Respect voor de autonomie van de zwangere vrouw;
- Weldoen, gericht op het welzijn van de zwangere zelf ;
- Rechtvaardigheid: ook in relatie tot de tolerantie voor ander risicogedrag tijdens de zwangerschap.

3. Wat is de minst ingrijpende vorm van drang of dwang waarmee het kind effectief kan worden beschermd? Is die maatregel aanvaardbaar gelet op de mate van inbreuk op het recht op zelfbeschikking van de zwangere?

8. Ten slotte

In iedere situatie is op basis van de individuele omstandigheden een zorgvuldige beoordeling van verschillende belangen vereist: die van de zwangere vrouw en die van het nog ongebooren, toekomstige kind. De beslissing om drang of zelfs dwang toe te passen noodzaakt tot een beoordeling van vaak ongewisse omstandigheden en factoren. Het gaat daarbij doorgaans om waarschijnlijkheden, en niet om zekerheden. De ethisch juiste beslissing bestaat niet. Wel kan de beslissing ethisch gerechtvaardigd zijn omdat deze is gebaseerd op aandacht voor de relevante informatie en ethische overwegingen. Doordat deze worden verhelderd en expliciet gemaakt is het mogelijk deze te verantwoorden.
