

Verplichte zorg bij een wilsonbekwame zwangere: een casus

B. Schreuders, L. Saleh, A-M. den Hertog-de Visser, S. Morsink, A.G.M.G.J. Mulders, K.M. Koorengel

Samenvatting De Wet verplichte ggz (Wvvgz) biedt in uiterste gevallen de mogelijkheid van verplichte psychiatrische én somatische zorg. Wij beschrijven een zwangere met een psychotische stoornis die in het kader van de Wvvgz verplicht werd opgenomen op een psychiatrische afdeling in het ziekenhuis en behandeld werd met een antipsychoticum. Zij bleek wilsonbekwaam wat betreft psychiatrische en obstetrische zorg. De zorgmachtiging gaf een juridisch kader voor verplichte obstetrische zorg om ernstig nadeel voor patiënte én haar ongeboren kind af te wenden. Het gedurende de opname toegenomen vertrouwen in de zorgverleners, herhaalde counseling en de uiteindelijke aanwezigheid van een naaste zorgden ervoor dat patiënte toch instemde met een sectio caesarea, toen die noodzakelijk bleek. Deze casus illustreert hoe de Wvvgz verplichte psychiatrische en obstetrische zorg voor een zwangere met een ernstige psychiatrische stoornis mogelijk maakt én hoe belangrijk het is om multidisciplinair te blijven zoeken naar mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid.

De meeste zwangere patiënten met een psychiatrische stoornis kunnen wilsbekwame keuzes maken over de noodzakelijke psychiatrische en obstetrische zorg.¹ Maar wat te doen als er sprake is van wilsonbekwaamheid bij een zwangere met ernstige psychiatrische problematiek die verloskundige zorg weigert en dit tot ernstig nadeel voor de gezondheid van haarzelf en/of haar ongeboren kind leidt? Vraagstukken rondom verplichte zorg bij zwangeren met een psychiatrische stoornis kunnen complex zijn en sterke emoties oproepen. Er zijn meerdere belanghebbenden, de beslissingen zijn vaak tijdgevoelig, soms onomkeerbaar en kunnen langdurige gevolgen hebben.¹ Aan de hand van een casus illustreren we hoe de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvgz) verplichte psychiatrische en obstetrische zorg voor een zwangere met een ernstige psychiatrische stoornis mogelijk maakt. Ook bespreken we het belang van het blijven zoeken naar mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid.

CASUSBESCHRIJVING

Patiënte A, een 35-jarige zwangere, werd bij 25 weken zwangerschap vanwege een recidiefpsychose met een crisismaatregel en vervolgens een zorgmachtiging (ZM) verplicht opgenomen op een psychiatrische afdeling en behandeld met een antipsychoticum. Deze maatregelen waren geïndiceerd vanwege (dreigend) ernstig nadeel voor zowel patiënte als haar ongeboren kind, namelijk ernstig lichamelijk letsel, ernstige verwaarlozing, maat-

schappelijke teloorgang en een dreiging voor de algehele veiligheid van personen.

Patiënte had een voorgeschiedenis met onder andere een ongespecificeerde paranoïde psychose, middelenafhankelijkheid (cocaine en alcohol), persoonlijkheidsproblematiek en chronische hepatitis B. Haar zwangerschap bleef tot 21 weken ongecontroleerd en zij bevond zich in een precaire situatie, zonder vaste verblijfplaats, financiële middelen of een sociaal steunsysteem. Gezien de termijn van de zwangerschap was de aanvankelijke wens van patiënte om de zwangerschap af te breken niet haalbaar. Na verplichte opname gaf patiënte aan dat ze de zwangerschap had geaccepteerd en bereid was het welzijn van haar kind voorop te stellen. Niettemin vertoonde ze consistent geen ziektebesef, was ze wisselend coöperatief, geagiteerd en achterdochtig jegens zorgverleners. Ze was gedesorganiseerd en had o.a. parasieten- en paranoïde wanen. De rechter besloot tot een voorlopige ondertoezichtstelling (VOTS) en een machtiging tot uithuisplaatsing van het kind na de geboorte.

De zwangerschap werd gecompliceerd door recidiverend vaginaal bloedverlies zonder vermoeden van obstetrische aandoeningen. De gynaecoloog overlegde herhaaldelijk met patiënte over het verloop van de bevalling en de wijze van geboorte, om een geboorteplan te formuleren op basis van geïnformeerde en wilsbekwame besluitvorming. Patiënte wisselde in haar toestemming voor obstetrische interventies, zoals een eventuele sectio caesarea bij maternale en/of foetale urgentie. Zowel het psychiatrische als het obstetrische behandelteam verrichtte daarom meerdere beoordelingen van de wilsbekwam-

heid voor de psychiatrische en obstetrische zorg. Gezien de impact van eventuele verplichte obstetrische zorg voor patiënte, vroegen we ook de geneesheer-directeur voor een onafhankelijke beoordeling. Steeds achtte men patiënte verminderd wilsbekwaam tot wilsonbekwaam ter zake: zij kon de informatie op dat moment onvoldoende begrijpen en afwegen en de gevolgen van de verschillende keuzes wat betreft de modus partus voor zichzelf en voor haar ongeboren kind onvoldoende overzien.

De initiële ZM maakte verplichte medische controles en (be)handelingen mogelijk, maar ging niet specifiek in op de situatie dat de beoogde vaginale partus gecompliceerd zou verlopen en er een indicatie zou ontstaan voor een sectio caesarea. Bovendien werd geobserveerd dat genomen spanning bij patiënte gepaard ging met verergering van psychotische symptomen en afgenomen coöperatie. Daarom werd een wijziging van de ZM aangevraagd en verkregen met daarin specifiek alle geïndiceerde verloskundige zorg peri partum (inclusief een sectio caesarea) ter behoud van de gezondheid van moeder en/of kind.² Gedurende het vervolg van haar opname bleef de psychiatrische toestand van patiënte onveranderd.

Er werd veelvuldig met patiënte gesproken, zowel door de gynaecologische als de psychiatrische hulpverleners, waardoor patiënte meer vertrouwen in de behandelaren kreeg. Voor de partus kreeg patiënte ineens weer contact met een voormalige kennis. Zij wees deze kennis aan als haar vertegenwoordiger en deze bleek ook goed in staat om de belangen van patiënte in gesprekken met het behandelteam te behartigen.

Een inductie van de baring werd vervolgens overeengekomen vanwege dreigende serotiniteit. Echter, na het plaatsen van een intracervicale katheter was er sprake van ruim vaginaal bloedverlies hetgeen leidde tot vermoeden van een (partiële) abruptio placentae. Vanwege (dreigend) ernstig nadeel voor zowel moeder als kind was een secundaire sectio geïndiceerd. Aanvankelijk verleende patiënte hier geen toestemming voor, mede doordat zij niet in staat was de potentieel ernstige gevolgen van de vermoedelijke abruptio te bevatten. Door ondersteunende gesprekken met het psychiatrische en gynaecologische team en haar naaste, kreeg patiënte inzicht in de ernst van haar situatie. Zij stemde in met het uitvoeren van de sectio onder algehele anesthesie. De operatie verliep zonder complicaties en resulteerde in de geboorte van een gezond kind.

BESCHOUWING

Wettelijke kaders van gedwongen zorg

In Nederland regelt de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Wgbo) de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Volgens de Wgbo is voor ieder medisch ingrijpen gezamenlijke besluitvorming door patiënt en hulpverlener én geïnformeerde toestemming nodig. Iedereen is in principe wilsbekwaam tot het tegendeel bewezen is.³ Er is sprake van wilsbekwaamheid als de patiënt informatie kan begrijpen en afwegen, de gevolgen van de keuzes kan

overzien en in staat is om een beslissing te nemen. Indien niet wordt voldaan aan één van de voorwaarden kan men spreken van wilsonbekwaamheid.^{3,4} In het geval van wilsbekwaamheid kan een patiënt afzien van de geadviseerde zorg ook als dit leidt tot ernstig nadeel voor haarzelf of haar (ongeboren) kind.⁵ De Wgbo biedt in uitzonderlijke omstandigheden ruimte voor gedwongen zorg. Als een ter zake wilsonbekwame patiënte zich verzet tegen de behandeling, kan de vertegenwoordiger voor deze behandeling vervangende toestemming geven. De behandeling kan echter alleen tegen de wil van de patiënt doorgang vinden als de zorg noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de patiënt zelf te voorkomen en niet *enkel* ter voorkoming van ernstig nadeel bij een ander, zoals het (ongeboren) kind.⁶ Wat precies valt onder ernstig nadeel wordt in de Wgbo niet nader gedefinieerd. Een ruimere interpretatie van ernstig nadeel, ruimer dan de somatische toestand van de patiënt, zou (toekomstige) psychische schade bij de moeder kunnen zijn die zou kunnen optreden indien zij de wens heeft om een gezond kind te krijgen, maar zij wilsonbekwaam noodzakelijke obstetrische zorg weigert en als gevolg daarvan een ongezond kind ter wereld zou brengen.⁷

Aanvullend op de Wgbo was in Nederland van 1994 tot en met 2019 de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) van kracht. Deze wet maakte het mogelijk om patiënten met een psychiatrische stoornis gedwongen op te nemen en te behandelen indien dit noodzakelijk was om gevaar voor de patiënt zelf óf anderen af te wenden en dit gevaar voortvloeide uit de psychiatrische stoornis.^{8,9} Onder deze behandeling viel echter alleen de behandeling van de psychiatrische stoornis en niet die van een somatische aandoening of een zwangerschap.¹⁰ Omdat de Wgbo geen gedwongen behandeling toestaat in het belang van de ander en de Wet bopz geen kader bood voor gedwongen somatische behandeling, ontbrak een juridisch kader voor een gedwongen sectio vanwege gevaar voor het ongeboren kind bij een wilsonbekwame zwangere.⁷ In 2015 werd hiervoor in de literatuur een mogelijke oplossing voorgesteld: de 'actio caesarea'. Deze procedure moest het mogelijk maken om, in het geval van verzet en gevaar voor de foetus, na een informeel verzoek door een arts via de rechtbank, een bijzondere curator voor de foetus te benoemen die bij de rechter vanwege het belang van de foetus een verplichte sectio zou kunnen verzoeken.^{11,12} Maar al snel werd breed gedacht dat er voor het aanpassen van de wetgeving zoveel praktische, ethische en juridische bezwaren waren dat men de actio caesarea geen doorgang kon laten vinden.^{13,14}

Per 1 januari 2020 verviel de Wet bopz en werd de Wvvgz ingevoerd. Deze biedt een kader voor zowel verplichte psychiatrische als somatische zorg en is (net als de Wet bopz) een zogenaamde 'lex specialis'. Dit betekent dat voor patiënten met een psychische stoornis waarvoor verplichte zorg geïndiceerd is, de Wvvgz voor de Wgbo gaat. De Wvvgz hanteert het uitgangspunt dat de wensen en voorkeuren van een patiënt wat betreft (verplichte) zorg gehonoreerd moeten worden, tenzij de patiënt wilsonbekwaam is ter zake of er sprake is van acuut

levensgevaar voor de patiënt zelf, dan wel er een aanzienlijk risico is voor een ander of de algemene veiligheid van personen en goederen. In de Wvvgz wordt het ongeboren kind ook als ‘een ander’ beschouwd, waarbij geen ondergrens geldt in zwangerschapsduur.^{15,16} Verplichte zorg op grond van de Wvvgz kan ook zorg ter behandeling van een somatische aandoening omvatten als de weigering van deze behandeling voortvloeit uit de psychische stoornis.¹⁷⁻¹⁹

In de jurisprudentie over verplichte zorg op grond van de Wvvgz zijn diverse uitspraken te vinden waarin zwangerschap een rol speelt. Veelal wordt dan overwogen dat het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel vanwege die stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening, zijn toegestaan als vorm van verplichte zorg.^{20,21} Verplichte somatische zorg moet dan wel altijd samenhangen met andere maatregelen om de psychiatrische stoornis te behandelen.¹⁸ Anders dan onder de Wgbo en de Wet bopz kan onder de Wvvgz dus verplichte obstetrische zorg worden verleend indien dit noodzakelijk is ter voorkoming van ernstig nadeel bij het ongeboren kind, ongeacht de zwangerschapsduur.²² Bij het verlenen van verplichte zorg aan een zwangere met een psychiatrische stoornis ter voorkoming van ernstig nadeel voor het ongeboren kind, is het uitgangspunt dat de patiënte de zwangerschap wenst te behouden. Verplichte zorg staat los van het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere en het recht om de zwangerschap af te breken conform de Wet afbreking zwangerschap. Een tweede belangrijk uitgangspunt is dat de zwangere verantwoordelijkheid neemt voor de gezondheid van haar (ongeboren) kind en zich onthoudt van gedrag dat schade aan het kind kan toebrengen.

Omdat verplichte zorg een inbreuk op de autonomie van de patiënt betekent, is dit alleen te rechtvaardigen als deze zorg:

- a. het (dreigend) ernstig nadeel daadwerkelijk wegneemt (effectiviteit);
- b. in verhouding staat tot het (dreigend) ernstig nadeel dat weggenomen moet worden (proportionaliteit) en
- c. gekozen wordt voor de minst ingrijpende vorm van verplichte zorg (subsidiariteit).²³

In vergelijking met de Wgbo is in de Wvvgz de rechtspositie van de patiënt beter beschermd: de zorg wordt vooraf getoetst door de rechter (of in geval van een crisismaatregel: de burgemeester) en de patiënt kan over de uitvoering van de verplichte zorg laagdrempelig een klacht indienen.²² Ook dit kan een overweging zijn bij de keuze in welk wettelijk kader verplichte somatische zorg wordt uitgevoerd. Er zijn ook rechterlijke uitspraken te vinden waarin beoogd wordt verplichte zorg aan zwangeren te verlenen op grond van kindbeschermingsmaatregelen in het kader van een VOTS.²⁴⁻²⁷ De belangen van het ongeboren kind staan hierbij voorop en de positie en rechten van de zwangere lijken in dergelijke gevallen minder goed te worden meegewogen, waardoor het verlenen van verplichte somatische zorg

via de Wvvgz met als doel ernstig nadeel bij de ongeborene te voorkomen wat ons betreft de voorkeur heeft.²⁸

Het recente Verdiepingsonderzoek Uitvoering Wvvgz laat zien dat het in de praktijk voor zorgverleners soms lastig te differentiëren is welke soort somatische zorg thuishoort onder de Wgbo en welke onder de Wvvgz. Er lijkt in de praktijk een relatief grote terughoudendheid te zijn om somatische zorg onder de Wvvgz uit te voeren omdat (psychiatrische) zorgverantwoordelijken geen verantwoordelijkheid willen dragen voor (complexe) somatische behandelingen. Er worden dan ook over het algemeen ‘lichte’ vormen van verplichte somatische zorg opgenomen in een zorgmachtiging.²⁹ In de praktijk kan het daarom gebeuren dat patiënten geen passende behandeling krijgen. Dit onderstreept de noodzaak van samenwerking tussen de somatische en psychiatrische behandelaren.

Perspectief van de patiënte

Met de patiënte uit onze casus keken wij recent terug op de opname en de verplichte zorg. Patiënte benoemde dat zij toen vanuit haar psychotische toestand niet bereid was tot opname en het gebruik van antipsychotica. Zij gaf aan dat het een hele heftige tijd was, waarin zij erg angstig was geweest. Terugkijkend zag zij de indicatie voor antipsychotische medicatie en zij gebruikte deze nu vrijwillig. Haar herinneringen aan de bevalling waren beperkt, maar de pijn en angst van dat moment stonden haar nog helder voor de geest. Aanvankelijk weigerde zij een sectio caesarea, mede door haar psychotische percepties en gevoelens van somberheid en angst, waarbij de gedachte aan de dood haar niet afschrikte. Haar angst verminderde enigszins met de aanwezigheid van een naaste, en toen zij veel bloed zag, stemde zij uiteindelijk toch in met de sectio, omdat ze beseftte dat de situatie levensbedreigend kon worden. Zij evalueerde haar ziekenhuisopname achteraf positief en gaf aan dat ze het begrijpelijk zou hebben gevonden als de sectio onderdeel was geweest van de verplichte zorg, aangezien ze niet het risico had willen lopen dat zij of haar kind zou overlijden.

CONCLUSIE

Deze casus illustreert hoe de Wvvgz een duidelijk juridisch kader biedt aan psychiaters en gynaecologen om bij weigering van noodzakelijke psychiatrische en obstetrische zorg zorginhoudelijke en ethische afwegingen te maken, met als doel ernstig nadeel voor zowel de moeder als haar ongeboren kind af te wenden. Het toegenomen vertrouwen in de zorgverleners door herhaalde counseling en de uiteindelijke aanwezigheid van een naaste leidde ertoe dat patiënte uiteindelijk instemde met een sectio caesarea toen die noodzakelijk bleek. Hierbij willen wij het belang van multidisciplinaire betrokkenheid en samenwerking benadrukken, aangezien deze essentieel zijn gedurende het gehele zorgtraject.

LITERATUUR

- 1 Ross NE, Webster TG, Tastenhoye CA, e.a. Reproductive decision-making capacity in women with psychiatric illness: a systematic review. *J Acad Consult Liaison Psychiatry* 2022; 63: 61-70.
- 2 Rechtbank Rotterdam, 8 juli 2022, ECLI:NL:RBROT:2022:8398. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:RBROT:2022:8398>
- 3 www.knmg.nl/ik-ben-geneeskundestudent-1/ethische-toolkit/dilemmas-begrippen/wilsbekwaamheid
- 4 Witmer JM, Roode RP de, red. Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2. Informatie en toestemming, bijlage 9: Stappenplan bij beoordeling wilsbekwaamheid. Utrecht: KNMG; 2004. p. 117-22.
- 5 Koorengel KM, Bijma H. Zwangerschap. In: Hein I, Hondius A, red. Wilsbekwaamheid in de medische praktijk. Utrecht: De Tijdstroom; 2018. p. 135-9.
- 6 Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst. Art. 7:465 lid 6 BW.
- 7 Blondeau MJ, Koorengel KM, Schneider TAJ, e.a. Een sectio caesarea tegen haar wil? *Ned Tijdschr Geneesk* 2015; 159: A8183.
- 8 Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005700/2018-08-01>
- 9 Hondius AJK, Stikker TE, Wennink JMB, e.a. Wet BOPZ toegepast bij vroege zwangerschap van verslaafde. *Ned Tijdschr Geneesk* 2011; 155: A3818.
- 10 Roscam Abbing HDC. Psychiatrische stoornis en somatische aandoening: toepasselijk recht. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141: 228-9.
- 11 Groot K de. Een nieuw ontdekte procedure: 'Actio Caesarea'. *NJB* 2015; 25: 1656-7.
- 12 Groot K de, Vlaardingbroek P, Schneider AJ. Naschrift 'Actio Caesarea'. *NJB* 2015; 40: 2808-10.
- 13 Duijst W, Hollander MH, van Dillen J, e.a. 'Actio caesarea. Een gevaarlijke oplossing voor een niet-bestaand probleem'. *NJB* 2015; 40: 2806-8.
- 14 Ruijter A de. Reactie: gelijke aanspraak op lichamelijke integriteit. *Blog. NJB* 2015. www.njb.nl/blogs/reactie-gelijke-aanspraak-op-lichamelijke-integriteit/.
- 15 Kamerstukken II 2009/10, 32399, nr. 9, p. 56. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32399-9.html>
- 16 Kamerstukken II, 2009/10, 32399, nr. 9 p. 42. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32399-9.html>
- 17 Hendriks AC, Sombroek-van Doorm MJP, Vries MC de. Wet verplichte ggz biedt meer mogelijkheden om zwangeren te begeleiden. *Ned Tijdschr Geneesk* 2022; 166: D6790.
- 18 Morsink S, Koorengel KM, Breteler L, e.a. Handreiking somatische zorg in de Wet verplichte ggz, versie 1.0. 2019. www.dwanginzorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/ketenproducten/producten-wvggz/handreiking-somatische-zorg-in-de-wvggz-1.0
- 19 Morsink S, Breteler L, Koorengel KM, e.a. Verplichte somatische zorg onder de wet verplichte ggz. *JGGZR* 2020; 2: 19-22.
- 20 Rechtbank Rotterdam 15 april 2020, ECLI:NL:RBROT:2020:3582. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:RBROT:2020:3582>
- 21 Rechtbank Rotterdam 7 april 2020, ECLI:NL:RBROT:2020:3814. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:RBROT:2020:3814>
- 22 Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg). <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32399-3.html> toelichting op art. 3:4.
- 23 Koorengel KM, Morsink S, Bakker CMA, e.a. Gedwongen zorg, wettelijke en ethische kaders. In: Lambregtse-van Berg MP, van Kamp IL, Wennink JMB, red. Handboek psychiatrie en zwangerschap. Amsterdam: Boom; 2024. p. 611-32.
- 24 Rechtbank Rotterdam 31 maart 2020, ECLI:NL:RBROT:2020:3521. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:RBROT:2020:3521>
- 25 Hof 's-Hertogenbosch 18 augustus 2022, ECLI:NL:GHSHE:2022:2868. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:GHSHE:2022:2868>
- 26 Rechtbank Noord-Nederland, 2 augustus 2023, ECLI:NL:RBNNE:2023:3217. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:RBNNE:2023:3217>
- 27 Rechtbank Limburg, 20 juli 2024, ECLI NL RBLIM 2024, 4945. <https://uitspraken.rechtspraak.nl/details?id=ECLI:NL:RBLIM:2024:4945>
- 28 PFR Updates, 2 september 2024, annotatie L. Ten Haaf, bij Rechtbank Limburg 20 juli 2024, ECLI NL RBLIM 2024; 4945, PFR. www.pfr-updates.nl/commentaar/212932
- 29 Plomp E, Legemaate J. Verdiepingsonderzoek; uitvoering Wvggz: goede voorbeelden uit de praktijk. Hoofdstuk 7: samenloop Wvggz en Wgbo. Den Haag: ZonMw; 2024. p. 325-55.

AUTEURS

Bente Schreuders, aios psychiatrie, afd. Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam.

Langeza Saleh, aios gynaecologie, afd. Gynaecologie en Verloskunde, Erasmus MC, Rotterdam.

Anne-Marleen den Hertog-de Visser, advocaat, afd. Juridische Zaken, Erasmus MC, Rotterdam.

Sid Morsink, psychiater, afd. Psychiatrie Erasmus MC, Rotterdam.

Annemarie Mulders, gynaecoloog-perinatoloog, afd. Gynaecologie en Verloskunde, Erasmus MC, Rotterdam.

Kathelijne Koorengel, psychiater, afd. Psychiatrie, Erasmus MC, Rotterdam.

Correspondentie

Bente Schreuders (b.schreuders@erasmusmc.nl).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 19-9-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(1):37-40