

# Zorg voor verslaafde zwangere vrouwen: rechtvaardiging van drang en dwang

J. BOONEKAMP, R. BERGHMANS, W. DONDORP, G. DE WERT

**ACHTERGROND** De praktijk van de zorg voor verslaafde zwangere vrouwen is gericht op de bescherming van het toekomstige kind.

**DOEL** Bijdragen aan reflectie op en verantwoording van de praktijk; agendasetting voor nadere ethische discussie en onderzoek.

**METHODE** Ethische analyse op basis van criteria voor drang en dwang, toegespitst op de Rotterdamse aanpak.

**RESULTATEN** Drang- en dwangmaatregelen impliceren een inbreuk op de handelingsvrijheid van de zwangere vrouw. Dat vraagt om een explicietere morele verantwoording dan tot nu toe in de praktijk wordt gegeven.

**CONCLUSIE** Een morele verantwoording vraagt om nadere onderbouwing in termen van de proportionaliteit en subsidiariteit van specifieke vormen van drang en dwang. Het routinematig aanvragen van een prenatale voorlopige ondertoezichtstelling lijkt met die voorwaarden op gespannen voet te staan. Een belangrijk knelpunt is het ontbreken van juridische ruimte voor dwangmaatregelen in het belang van het kind vóór een zwangerschapsduur van 24 weken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)3, 257-266]

**TREFWOORDEN** drang, dwang, ethiek, verslaving, zwangerschap

In de afgelopen jaren is er steeds meer aandacht gekomen voor de bescherming van het nog ongeboren kind tegen mogelijke bedreigingen van diens toekomstige gezondheid en welzijn (Gezondheidsraad 2009). Verschillende ontwikkelingen hebben daartoe geleid. Er is meer bekend over de schadelijkheid van het gebruik van middelen zoals heroïne, nicotine en alcohol voor de ontwikkeling van de foetus. Zaken als die van Savannah en 'het meisje van Nulde' hebben de bezorgdheid van burgers en beleidsmakers gevoed over tekortschietend ouderschap en discussie over ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties gestimuleerd (Onderzoeksraad voor Veiligheid 2011; RMO/RVZ 2008). Er is minder tolerantie ten opzichte van gedrag van burgers dat henzelf of

anderen schaadt en een groter dan gemiddeld beslag legt op overheidsgeld en -middelen (RVZ 2010). En in de zorg zelf valt een verschuiving te constateren van een liberale benadering, waarin terughoudendheid bij ingrijpen in het leven van burgers centraal stond, naar een meer actieve, 'outreaching' benadering (Gezondheidsraad 2004). Een belangrijk element daarvan is dat mensen met een beperkte autonomie en zelfredzaamheid actief geholpen worden bij het versterken van hun autonomie, ook als zij daar zelf niet expliciet om vragen (Schermer 2003).

De Rotterdamse aanpak van de zorg voor verslaafde zwangeren past in deze tendens naar minder vrijblijvende hulpverlening. Men probeert de leefstijl van de vrouwen in kwestie actief te beïnvloeden.

vloeden door middel van drang en soms ook dwang. De Rotterdamse werkwijze kan mogelijk als voorbeeld dienen voor andere steden en regio's. Maar het niet-vrijblijvende karakter van die aanpak en met name de inbreuk die deze kan betekenen in de levens van de vrouwen in kwestie, vragen wel om een ethische rechtvaardiging. Daarover gaat deze beschouwing. Doel van dit essay is bij te dragen aan reflectie op en verantwoording van de praktijk van de zorg voor verslaafde zwangere vrouwen. Met het oog daarop formuleren we in het slot een aantal agendapunten voor nadere ethische discussie en onderzoek.

#### VERSLAVING EN ZWANGERSCHAP: DE ROTTERDAMSE AANPAK

Het Erasmus MC en verschillende hulpverleningsinstanties zoals Bureau Jeugdzorg, de GGD en Bouman GGZ, hebben enkele jaren geleden een convenant opgesteld om verschillende vormen van hulpverlening aan verslaafde zwangere vrouwen in Rotterdam zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Deze samenwerking is geconcretiseerd in het Meldpunt Zwangerschap en Verslaving (MP). Het MP is casemanager van de Ketenzorg Zwangerschap en Verslaving die wordt gecoördineerd door de GGD. Doel is dat *'de veiligheid van het ongeboren kind bewaakt (...) en de meest optimale zorg aan kind en moeder gerealiseerd wordt'* (Werkafspraken Ketenaanpak Zwangerschap en Verslaving). De veiligheid en de gezondheid van het ongeboren kind staan voorop. Waar de leefstijl van de zwangere haaks staat op dat doel, wordt gezocht naar passende instrumenten van drang (of zelfs dwang) om haar tot ander gedrag te bewegen. Deze aanpak betekent een paradigmawijziging ten opzichte van de gangbare uitgangspunten van de prenatale zorg: niet de vrouw staat centraal, maar de belangen van het toekomstige kind. Om diens belangen te beschermen, wordt gebruikgemaakt van drang of dwang. Kort samengevat komt dit op het volgende neer:

#### Vrijwillig traject

Bij alle bij het MP bekende vrouwen met middelelafhankelijkheid of -misbruik (verder steeds verslaving genoemd) wordt standaard een voorlopige ondertoezichtstelling (VOTS) aangevraagd. Die kan tegenwoordig al tijdens de zwangerschap (zij het pas vanaf 24 weken) worden uitgesproken en vormt dan de basis voor toewijzing van een voogd en het starten van de procedure voor een eventuele uithuisplaatsing (UHP). De (aanvraag van een) VOTS werkt als een vorm van sterke drang om de vrouw ertoe te bewegen haar middelengebruik te beëindigen en mee te werken aan de hulpverlening, onder meer door zich te onderwerpen aan (urine)controles.

#### Gedwongen traject

Als vrijwillige behandeling niet lukt, kan soms worden overgegaan tot gedwongen opname op grond van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). De reguliere procedure behelst een door de rechter af te geven rechterlijke machtiging (RM). Daarvoor dient sprake te zijn van een geestesstoornis die leidt tot gevaar voor de vrouw zelf of een ander dat niet dan door middel van gedwongen opname kan worden afgewend. Op grond van de DSM-classificatie kan verslaving als een geestesstoornis worden aangemerkt. Dit is echter volgens de jurisprudentie uitsluitend het geval als de verslaving in ernstige mate het denken, voelen en handelen van de betrokkene beperkt. Voor de snellere route van een inbewaringstelling (IBS) kan worden gekozen bij acuut gevaar dat vermoedelijk voortkomt uit een geestesstoornis.

#### Rechtvaardiging

Drang en dwang vragen om rechtvaardiging. Bij drang en dwang gaat het om het sturen van of ingrijpen in het leven van een persoon met het doel gedragsverandering te bewerkstelligen. Hier-

bij is sprake van een spectrum van maatregelen met verschillende gradaties van impact op iemands leven (Schermer 2003). Drang beperkt in meer of mindere mate (maar niet absoluut) diens keuzevrijheid. Getracht wordt te bereiken dat een bepaalde keuze of gedraging wel of juist niet plaatsvindt. De minst ingrijpende vorm van drang is iemand proberen te overtuigen om al dan niet een bepaalde keuze te maken. Directief counselen is daarvan een voorbeeld (Gezondheidsraad 2009). Verdergaande drang vindt plaats door aan gedrag een specifiek gevolg te verbinden. Dat kan positief, door een beloning in het vooruitzicht te stellen ('als je meewerkt aan behandeling zorg ik voor huisvesting'), of negatief, door het onaantrekkelijk maken van een handelingsmogelijkheid ('als je niet meewerkt, vraag ik een rechterlijke machtiging aan') (Szmukler & Appelbaum 2008). Soms kunnen overblijvende keuzemogelijkheden dusdanig onaantrekkelijk zijn dat eigenlijk geen sprake meer is van een reëel te kiezen optie ('je geld of je leven'). Van dwang spreken we als de betrokkene helemaal geen keuzevrijheid heeft, zoals in geval van dwangopname of -behandeling.

Dwang vereist naast een ethische ook een wettelijke rechtvaardiging. Een ethische rechtvaardiging is ook vereist voor drang, zeker bij de sterkere varianten daarvan (Widdershoven & Berghmans 2007). Een dergelijke expliciete rechtvaardiging ontbreekt in het Rotterdamse convenant. Hieronder bespreken we de vraag of en onder welke voorwaarden de toepassing van drang en dwang jegens verslaafde zwangeren moreel gerechtvaardigd kan zijn.

#### MET WELK DOEL?

De eerste vraag is of met de toepassing van drang en dwang een legitiem doel wordt nagestreefd. Primaire doelstelling van het Rotterdamse beleid is, zoals gezegd, het voorkomen van schade aan het toekomstige kind. Denk daarbij aan schade die tijdens de zwangerschap (prenataal), bij de geboorte (perinataal) en/of na de geboorte

(postnataal) kan worden veroorzaakt door de verslaving en daarmee samenhangend risicovol gedrag van de zwangere vrouw.

#### Prenatale schade

Gebruik van heroïne en cocaïne kan vroeggeboorte en een laag geboortegewicht veroorzaken. Er is echter geen *evidence* dat blootstelling aan deze middelen tijdens de zwangerschap leidt tot een grote kans op structurele of functionele schade op langere termijn. Er zijn wel lichte samenhangen gevonden tussen prenatale blootstelling aan heroïne en de kans op een kind met ADHD (Ornoy 2002), maar daarover bestaat geen overeenstemming. Blootstelling aan cocaïne heeft een zwak verband met negatieve gevolgen voor de ontwikkeling van het centrale zenuwstelsel en de cognitieve vermogens (Bennet e.a. 2002). Nicotinegebruik kan leiden tot vroeggeboorte en dismaturiteit. Ook hier ontbreekt consensus over mogelijke effecten op de lange termijn (Shea & Steiner 2008). Cannabisgebruik en nicotine vallen overigens buiten het Rotterdamse convenant.

Bij prenatale blootstelling aan meer dan licht tot matig alcoholgebruik (meer dan enkele glazen per week) staat vast dat het toekomstige kind een grote kans heeft daar blijvende schade van te ondervinden, vooral in de vorm van gedragsproblemen en cognitieve beperkingen (Schaefer e.a. 2007; Swaab 2010). Deze schade kan al vroeg in de zwangerschap veroorzaakt worden en is dosisafhankelijk. Bij 6 glazen per dag of meer bestaat een aanzienlijke kans op een kind met het zeer ernstige foetaal alcoholyndroom (FAS) (Gezondheidsraad 2005). Over de vraag of ook licht tot matig alcoholgebruik (een enkel glas per week) het toekomstige kind schaadt, bestaat geen consensus.

Vaak is sprake van polydruggebruik. Over de gevolgen daarvan voor de gezonde ontwikkeling van de foetus is nog minder bekend dan over afzonderlijke middelen. Niet uit te sluiten is dat effecten van afzonderlijke middelen elkaar bij polydruggebruik versterken. Bovendien gaat der-

gelijk gebruik vaak samen met psychiatrische problematiek, prostitutie en een ongezonde leefstijl. Dat is met name het geval bij de groep die zich aan hulpverlening onttrekt. Hoewel wetenschappelijke gegevens ontbreken, gaan hulpverleners er van uit dat bij polydruggebruik in combinatie met dergelijke risicofactoren een grote kans bestaat op ernstige schade.

#### *Perinatale schade*

Als een kind van een (onder meer) aan heroïne verslaafde zwangere bij de geboorte niet behandeld wordt voor het neonataal abstinentiesyndroom (NAS) of andere abstinentievervalsingen kan dat ernstige gevolgen hebben. Verschillende studies laten zien dat bij gebruik van heroïne (of methadon) tijdens de zwangerschap het risico op onthoudingsverschijnselen bij de pasgeborene tussen de 74 en 90% is (Boal 2002). Onthoudingsverschijnselen zoals hoog en veel huilen, braken, diarree, slecht slapen, convulsies, verhoogde zuigbehoefte en slecht gecoördineerd drinken kunnen in ernstige gevallen tot de dood leiden als het kind daarvoor niet behandeld wordt (Schaefer e.a. 2007).

#### *Postnatale schade*

Bij schade die na de geboorte kan ontstaan moet men denken aan het risico op een hechtingsstoornis en daarmee gepaard gaande ontwikkelingsproblemen als gevolg van het ontbreken van een vaste verzorger bij onduidelijkheid over de opvang van de baby. Daarnaast de fysieke en emotionele beschadiging die optreedt als de moeder (of de ouders) niet in staat is (zijn) het kind een stabiele en veilige opvoedingssituatie te bieden (Gerra e.a. 2009; Glaser 2000).

### MORELE OVERWEGINGEN

Moreel gezien is het voorkómen van vermijdbare schade aan een ander (in casu het toekomstige kind) een legitieme doelstelling van op gedragsverandering gerichte hulpverlening (Beauchamp

& Childress 2008). Daarbij is irrelevant dat het kind op het moment waarop drang of dwang wordt toegepast, nog geboren moet worden. Ook de belangen van een toekomstig kind leggen immers moreel gewicht in de schaal (Murray 1991; Swaab 2010). En van een toekomstig kind is sprake als de zwangere de intentie heeft het kind ter wereld te brengen of de termijn waarbinnen zwangerschapsafbreking nog een reële mogelijkheid is, heeft laten verlopen. In beide gevallen maakt zij zich verantwoordelijk voor het welzijn van haar toekomstige kind (Thomson 1986). Daarbij hoort ten minste het voorkomen van onnodige (en dus vermijdbare) schade. In gevallen waarin de zwangere die morele plicht niet nakomt, is de bescherming van de belangen van het toekomstige kind een moreel legitieme doelstelling van door hulpverleners toegepaste drang of dwang.

Behalve het belang van het toekomstige kind kan daarmee ook dat van de zwangere zelf gediend zijn. Mogelijk is dat een tweede, niet expliciet als zodanig geformuleerde, doelstelling van het Rotterdamse beleid. Te verdedigen valt dat het niet in het belang van de zwangere is om een kind te krijgen dat als gevolg van haar middelengebruik kan zijn beschadigd of dat vanwege een onveilige geachte opvoedingssituatie bij haar zal worden weggehaald. Het door de Rotterdamse hulpverleners genoemde argument dat hun ingrijpen kan voorkomen dat de vrouw met een schuldgevoel achterblijft, past in deze redenering.

Daarmee is echter nog niet gezegd dat deze 'paternalistische' overwegingen een legitieme doelstelling voor drang of dwang vormen. Dat hangt er van af of de zwangere wel of niet als wilsbekwaam kan worden aangemerkt. Alleen als sprake is van daadwerkelijk verminderde wilsbekwaamheid, valt te verdedigen dat niet alleen ten opzichte van het toekomstige kind, maar ook ten opzichte van de zwangere zelf een morele plicht bestaat om haar tegen haar eigen 'keuzes' te beschermen. Deze bescherming vormt dan niet zozeer een inperking van haar autonomie, maar is erop gericht haar te helpen de regie over haar eigen leven weer in handen te nemen (Janssen e.a. 2004;

Verkerk 1999). Ook dat is een legitiem doel van op gedragsverandering gerichte hulpverlening.

#### PROPORTIONALITEIT

Drang- en dwangmaatregelen impliceren een beperking van de handelingsvrijheid van de zwangere vrouw. Voor de rechtvaardiging daarvan is het niet genoeg dat die maatregelen een legitiem doel dienen; ze moeten ook proportioneel zijn. De beperking moet in redelijke verhouding staan tot het doel. Daarbij moet men niet alleen kijken naar de aard en impact van de maatregelen in relatie tot de omvang en de ernst van de te voorkomen schade en de kans dat die schade zonder deze beperkingen zal optreden, maar ook naar de te verwachten effectiviteit van de voorgenomen maatregelen. Drang- of dwangtoepassing die de waarschijnlijkheid van schade niet verkleint, is bij voorbaat disproportioneel.

Voor zover een VOTS als doel heeft de zwangere aan te sporen om te laten zien dat zij haar kind een stabiele en veilige opvoedingsomgeving kan bieden, is sprake van een vorm van sterke drang. De ethische rechtvaardiging daarvoor is uiteraard sterker naarmate de kans groter is dat een UHP daadwerkelijk zal worden uitgesproken. In Rotterdam is het aanvragen van een VOTS een standaardprocedure bij alle zwangere vrouwen met problematisch middelengebruik, ongeacht de vraag of de vrouw in kwestie ook zonder deze vorm van drang in staat zal zijn haar leven weer op de rails te krijgen. Dat roept de vraag op of het al voor de geboorte aanvragen van een VOTS wel in alle gevallen proportioneel is. Daarbij moet ook worden gekeken naar de mate waarin een VOTS kan bijdragen aan het beëindigen of verkleinen van voor het toekomstige kind schadelijke blootstelling aan alcohol en andere middelen.

#### Alcoholafhankelijkheid

Als het gaat om prenatale blootstelling aan afzonderlijke middelen is alleen bij alcohol (meer dan een enkel glas per week) sprake van weten-

schappelijk onderbouwde evidence dat het toekomstige kind daar ernstig door kan worden geschaad. Als een zwangere dat weet en toch door gaat met het drinken van alcohol in hoeveelheden die voor haar toekomstige kind een groot risico betekenen op ernstige schade, hoort het tot de morele verantwoordelijkheid van hulpverleners haar daar indringend op aan te spreken. Het in de prenatale zorg gebruikelijke uitgangspunt van niet-directieve counseling moet daarbij worden verlaten.

Als lichte vormen van drang geen resultaat hebben, is sterke drang (bijvoorbeeld het aanvragen van een VOTS) of zo nodig dwang (gedwongen opname) niet bij voorbaat disproportioneel. Juridisch is (op grond van de Wet Bopz) dwangopname echter uitsluitend mogelijk bij door een geestesstoornis veroorzaakt 'gevaar' voor de zwangere zelf of voor anderen, waarbij (zoals uit jurisprudentie blijkt) pas na een zwangerschapsduur van 24 weken ook te denken valt aan het nog ongeborn kind. Verslaving wil nog niet zeggen dat sprake is van een geestesstoornis in de zin van de Wet Bopz. Dit is pas het geval wanneer er tevens stoornissen van het denken, voelen en doelgericht handelen zijn (de zogenaamde 'verslaving plus' (Van der Stel 2006)). Bij zwangeren die uitsluitend alcohol gebruiken, is dit in de regel niet het geval.

Indien sprake is van een geestesstoornis, maar niet van 'gevaar' voor de zwangere zelf, is een gedwongen opname ter bescherming van het toekomstige kind pas mogelijk na een zwangerschapsduur van 24 weken. Omdat blootstelling aan alcohol juist ook in de vroege zwangerschap ernstige schade kan veroorzaken aan het toekomstige kind, is dat in feite te laat (Berghmans e.a. 2009). Dat heeft uiteraard gevolgen voor de effectiviteit en dus voor de rechtvaardiging van een dergelijk zware maatregel. De Rotterdamse hulpverleners zien de 24-wekengrens als een belangrijke beperking van de mogelijkheden om het kind tegen gezondheidsschade te beschermen. Daarbij gaat het niet alleen om gedwongen opname, maar ook om het afgeven van een VOTS, waarna pas daadwerkelijk een voogd kan worden toegewezen.

### Afhankelijkheid van cocaïne of heroïne

Bij gebruik van uitsluitend cocaïne of heroïne is de vraag of de kans op door prenatale blootstelling veroorzaakte gezondheidsschade voor het toekomstige kind wel groot genoeg is om vormen van drang (laat staan dwang) te rechtvaardigen die uitgaan boven nadrukkelijke counseling gericht op het aansporen tot abstinentie (bij cocaïne) of gecontroleerde methadontoediening (bij heroïne). Immers, hoe sterker de drang, hoe groter de evidence moet zijn dat daarmee ernstige schade bij het kind kan worden voorkomen. Het ontbreken daarvan vraagt om terughoudendheid, bijvoorbeeld bij het gebruik van een VOTS als drangmiddel. Als sprake is van verminderde wilsbekwaamheid is sterke drang (en mogelijk ook dwang) eerder gerechtvaardigd, omdat paternalistische overwegingen zoals het belang van de vrouw bij het krijgen van een gezond kind en haar belang beschermd te worden tegen gezondheids- en/of psychische schade dan een rol mogen spelen. Dat betekent echter niet dat vrijheidsbeperking van wilsonbekwame zwangere vrouwen vanzelfsprekend proportioneel zou zijn (Berghmans 1992). De vraag is dan nog steeds of de bescherming tegen de gevolgen van haar eigen keuzes in voldoende mate opweegt tegen de inperking van haar vrijheid die met de maatregel in kwestie gegeven is.

### Combinatie van risicofactoren

Verslaving aan cocaïne of heroïne zal meestal niet op zichzelf staan, maar onderdeel vormen van het eerdergenoemde scala aan voor de uitkomst van de zwangerschap relevante risicofactoren. In die context (en vooral bij de groep van 'zorgwekkende zorgmijders') zal eerder sprake zijn van daadwerkelijk verminderde wilsbekwaamheid.

Als een zwangere die verslaafd is aan verschillende middelen zich aan de hulpverlening onttrekt en buiten het ziekenhuis bevalt, kan het kind niet worden behandeld in geval van abstinëntieverschijnselen. Om dat te voorkomen wordt soms een dwangopname aangevraagd. Dat is een zwaar

middel en we kunnen ons afvragen of het proportioneel is als uitsluitend het belang van het kind in de afweging mag worden betrokken. De gevolgen van onbehandelde abstinëntieverschijnselen kunnen zeer ernstig zijn. Aan de andere kant valt tijdens de zwangerschap moeilijk te voorspellen hoe groot de kans daarop daadwerkelijk is.

De juridische onderbouwing van dwangopname ter voorkoming van het onbehandeld blijven van abstinëntieverschijnselen is het bestaan van gevaar voor het kind, waarbij uit de eerder genoemde jurisprudentie volgt dat een dwangopname om dat gevaar af te wenden niet eerder dan bij een zwangerschapsduur van 24 weken kan plaatsvinden. De hulpverleners in Rotterdam vinden dat te laat. Men wil als daar aanleiding voor is al vroeger in de zwangerschap kunnen voorkomen dat een verslaafde zwangere zich aan de zorg onttrekt. Echter, hoe vroeger in de zwangerschap men dwangopname voor dit doel wil realiseren, hoe langer die opname moet duren. Daarmee wordt de mate van inbreuk op de vrijheid van de zwangere groter en komt de proportionaliteit van de maatregel onder druk te staan.

Een belangrijke vraag is: wat zijn de effecten van de toepassing van drang- en dwangmaatregelen? Goed onderzoek is vooralsnog schaars. Er is enige evidence dat drang tijdens de zwangerschap een gunstig effect heeft op de reductie van middelengebruik, zonder verlies van interne motivatie (Ondersma e.a. 2010).

### SUBSIDIARITEIT

De rechtvaardiging van drang of dwang vereist ten slotte dat voldaan wordt aan de eis van subsidiariteit. Het is niet genoeg dat sprake is van een legitiem doel en dat de mate van inbreuk in de handelingsvrijheid van de vrouw in een redelijke verhouding staat tot wat men wil (en kan) bereiken. Ook duidelijk moet zijn dat geen minder ingrijpende manieren mogelijk zijn om dat doel te bereiken. Concrete vormen van drang of dwang komen pas in beeld als maatregelen die een minder grote beperking voor de vrouw impliceren niet

(meer) in aanmerking komen of hebben gefaald. Sterke drang is niet aanvaardbaar als lichte drang ook zou kunnen werken; dwangmaatregelen komen pas in aanmerking als gedragsbeïnvloeding door drang geen reële mogelijkheid (meer) is.

De vraag of aan deze voorwaarde van subsidiariteit is voldaan, rijst in alle gevallen waarin men kiest voor het aanvragen van een dwangopname. Het is ook één van de wettelijke eisen waaraan de rechter een dergelijke aanvraag zal toetsen. Als het er bijvoorbeeld om gaat de zwangere in het belang van haar toekomstige kind (of ook in haar eigen belang) in de zorg te houden, zal voldoende aanmerkelijk moeten zijn dat minder ingrijpende drang onvoldoende is om dat te bewerkstelligen.

Het al ruim voor de geboorte aanvragen van een VOTS, met daarin de impliciete boodschap dat niet-meewerken met de hulpverlening kan leiden tot een UHP, is een vorm van sterke drang waarvan de rechtvaardiging veronderstelt dat de vrouw niet ook zonder die maatregel tot gedragsverandering en medewerking te bewegen zou zijn. Dit roept de vraag op of het standaard aanvragen van een VOTS bij alle zwangeren met verslavingsproblematiek niet op gespannen voet staat met het vereiste van subsidiariteit.

#### AGENDAPUNTEN VOOR DISCUSSIE EN ONDERZOEK

Wij sluiten onze reflectie op de Rotterdamse praktijk af met een aantal agendapunten voor discussie en onderzoek.

##### *Onvoldoende evidence*

Evidence inzake schade aan het toekomstige kind ontbreekt of is onvolledig. Nader wetenschappelijk onderzoek is nodig om ontbrekende kennis over de gevolgen van gebruik van schadelijke middelen tijdens de zwangerschap aan te vullen. Daarbij moet men ook naar andere vormen van mogelijk riskant gedrag kijken. Dat in het Rotterdamse convenant cannabisgebruik en roken buiten beschouwing blijven, heeft een prag-

matische reden. Er zijn zoveel vrouwen die roken of cannabis gebruiken dat de praktijk deze aantallen niet aan zou kunnen. De mogelijke gevolgen voor het toekomstige kind zijn echter niet bij voorbaat minder ernstig.

##### *Effectiviteit van niet-vrijblijvende zorgverlening*

Nog veel is onbekend over de effecten van de Rotterdamse aanpak. De centrale vraag is of en in hoeverre drang- en dwangtoepassing leidt tot preventie van schade aan het toekomstige kind. En wat betekent dit beleid voor de vrouwen zelf? Hoe ervaren en waarderen zij drang en dwang? Hebben zij het idee dat zij geholpen worden bij het vormgeven van hun leven? Ervaringsdeskundige vrouwen die wij in het kader van ons onderzoek spraken, benadrukken dat de strenge aanpak van de hulpverlening in Rotterdam tot stress kan leiden. Als dat zo is, en als stress tijdens de zwangerschap gezondheidsgevolgen kan hebben voor het toekomstige kind (Mulder e.a. 2001; ook hiernaar is meer onderzoek nodig), zou sprake zijn van een averechts effect. Een andere vraag is of de niet-vrijblijvende Rotterdamse aanpak leidt tot een groter aantal zorgmijders. Ook dat zou een averechts effect zijn.

##### *Rechtvaardiging van routinematig aanvragen van een VOTS*

De vraag is of met het routinematig aanvragen van een VOTS voldoende recht wordt gedaan aan de individuele situatie van de vrouw en of niet ongewild de motivatie van vrouwen om hun leefstijl te veranderen wordt ondermijnd. Die maatregel wordt door een deel van ervaringsdeskundige vrouwen als onrechtvaardig en demotiverend ervaren. De vraag is ook of het routinekarakter ervan niet op gespannen voet staat met de voorwaarde van subsidiariteit. Impliceert die eis niet dat gekeken moet worden naar de specifieke omstandigheden en motivatie van individuele zwangeren?

## Relatie tussen verslaving en wilsonbekwaamheid

De morele rechtvaardiging van drang en dwang is minder problematisch als ook het belang van de zwangere zelf mag meewegen. Vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen dan eerder als proportioneel worden aangemerkt. Maar de relatie tussen verslaving en wilsonbekwaamheid (het gaat hier om de wilsbekwaamheid ter zake van de zorg voor en het voorkomen van schade aan het nog ongeborn kind) is allermint helder (Berghmans 2000). Belangrijke vragen zijn: wordt in de praktijk niet te gemakkelijk verondersteld dat een verslaafde zwangere wilsonbekwaam is? Wordt niet te gemakkelijk gedacht dat vrijheidsbeperking dan vanzelfsprekend aanvaardbaar is?

### De 24-wekengrens

Dat in de jurisprudentie pas na een zwangerschapsduur van 24 weken rekening wordt gehouden met het toekomstige kind als een 'ander' betekent een aanzienlijke beperking van de mogelijkheden om het effectief tegen vermijdbare schade te beschermen. De achtergrond van deze beperking lijkt de vrees te zijn dat bescherming van het ongeborn kind vóór 24 weken zou kunnen leiden tot ondermijning van het recht van de vrouw om de zwangerschap in geval van een noodsituatie tot 24 weken te laten afbreken (Bijlsma e.a. 2008). Die vrees is echter onterecht. Het gaat hier niet om bescherming van de foetus, maar van het toekomstige kind (Berghmans e.a. 2009).

### Zwangeren met 'onzichtbare' middelenproblematiek

Zwangeren die hun middelengebruik (bijvoorbeeld cocaïne of alcohol) weten te combineren met een redelijk normaal maatschappelijk functioneren blijven buiten het zicht van de hulpverlening. Ook overigens blijft alcoholproblematiek in vergelijking met het gebruik van andere drugs onderbelicht (RVZ/RMO 1999).

## Andere groepen zwangeren

In het verlengde hiervan kan men zich afvragen wat de implicaties voor andere groepen zwangeren kunnen zijn. Vanuit een oogpunt van rechtvaardigheid en gelijke behandeling is nadere discussie wenselijk over andere mogelijke risicogroepen (Ondersma e.a. 2010), en, breder, debat over de preventie van zwangerschappen die bedreigend kunnen zijn voor de belangen van het toekomstige kind en de rol van drang en dwang.

## CONCLUSIE

In dit artikel hebben wij het belang van een gedegen morele rechtvaardiging van de Rotterdamse praktijk benadrukt. Dat is niet bedoeld om die praktijk voor de voeten te lopen of van buitenaf te kritiseren, maar als bijdrage aan de noodzakelijke verantwoording van deze en vergelijkbare praktijken. Overigens willen wij erop wijzen dat ook een praktijk waarin vrijblijvendheid centraal staat ethische vragen oproept. Immers: een sterk op de vrijheid en zelfbeschikking van de zwangere gerichte hulpverlening kan ethisch gezien tekortschieten omdat deze onvoldoende tegemoetkomt aan de belangen van het toekomstige kind en vrouwen met verminderde autonome vermogens onvoldoende tegen zichzelf in bescherming neemt. Een evenwichtige beoordeling van alle in het geding zijnde belangen is nodig om te voorkomen dat een toch al kwetsbare groep vrouwen de dupe wordt van de recent hoog opgestuwde golven van (terechte) maatschappelijke verontwaardiging over allerlei vormen van kindermishandeling. We moeten voorkomen dat een klimaat ontstaat waarin in plaats van wetenschappelijke gegevens over de aard en ernst van de gevolgen van prenatale blootstelling aan (illegale) middelen, morele vooroordelen over druggebruik en afwijkende leefstijlen het beleid jegens verslaafde zwangere vrouwen mede gaan bepalen (Ondersma e.a. 2000; Toscano 2005).



☞ Het onderzoek waarop dit artikel is gebaseerd, is uitgevoerd vanuit de onderzoeksschool CAPHRI op basis van subsidie van ZonMw.

## LITERATUUR

- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. (6de druk.) Oxford/New York: Oxford University Press; 2008.
- Bennet DS, Bendersky M, Lewis M. Childrens' intellectual and emotional- behavioral adjustment at 4 years as a function of cocaine exposure; maternal characteristics, and environmental risk. *Dev Psychol* 2002; 38: 648-58.
- Berghmans R. Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie. Amsterdam: Thesis Publishers; 1992.
- Berghmans RLP. Bekwaam genoeg? Wils(on)bekwaamheid in geneeskunde, gezondheidsrecht en gezondheidsethiek. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek; 2000.
- Berghmans R, de Jong J, Widdershoven G, de Wert G. Dwangmogelijkheden te beperkt: bescherm foetus tegen verslaafde moeder. *Med Contact* 2009, nr. 2, 77-80.
- Bijlsma MW, Wennink JMB, Enkelaar AC, Heres MHB, Honig A. De mogelijkheid van ondertoezichtstelling van het nog ongeborn kind bij twijfels over de veiligheid van de thuissituatie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008; 152: 895-8.
- Boel M. Casemanagement voor kinderen van verslaafde ouders. Utrecht: GGZ Nederland, Trimbos-instituut; 2002. <http://www.ggznederland.nl/scrivo/asset.php?id=306952>
- Gezondheidsraad. Noodgedwongen. Zorg voor niet-opgenomen acute psychiatrische patiënten. Den Haag: Gezondheidsraad; 2004.
- Gezondheidsraad. Risico's van alcoholgebruik bij conceptie, zwangerschap en borstvoeding. Den Haag: Gezondheidsraad; 2005.
- Gezondheidsraad. Zorg voor het ongeborn kind. Signalering ethiek en gezondheid, 2009/1. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid; 2009.
- Gerra G, Leonardi C, Cortese E, Zaimovic A, Dell'agnello G, Manfredini M, e.a. Childhood neglect and parental care perception in cocaine addicts: relation with psychiatric symptoms and biological correlates. *Neurosci Biobehav Rev* 2009; 33: 601-10.
- Glaser D. Child abuse and neglect and the brain – a review. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41: 97-116.
- Janssen JPA, van Rooij MFAM, ten Have HAM, Kortmann FAM, van Wijmen FCB. Pressure and coercion in the care for the addicted: ethical perspectives. *J Med Ethics* 2004; 30: 453-8.
- Mulder EJJ, Huizink AC, Robles de Medina PG, van den Bergh BRH, Buitelaar JK. Moederlijke stress: effecten op de zwangerschap en het (ongeboren) kind. *Tijdschr Kindergeneesk* 2001; 69: 119-26.
- Murray TH. Prenatal drug exposure: ethical issues. *Futur Child* 1991: 105-12.
- Ondersma SJ, Simpson SM, Brestin EV, Ward W. Prenatal drug exposure and social policy: the search for an appropriate response. *Child Maltreatment* 2000; 5: 93-108.
- Ondersma SJ, Winhusen T, Lewis DF. External pressure, motivation, and treatment outcome among pregnant substance-using women. *Drug Alcohol Depend* 2010; 107: 149-53.
- Onderzoeksraad voor Veiligheid. Over de fysieke veiligheid van het jonge kind. Den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid; 2011.
- Ornoy A. The effects of alcohol and illicit drugs on the human embryo and fetus. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2002; 39: 120-32.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) en Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). Verslavingszorg herijkt. Advies over een besturingsmodel voor verslavingszorg en Verslavingsbeleid. Zoetermeer/Den Haag: juli 1999.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) en Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO). Versterking voor gezinnen. Den Haag RMO/RVZ; 2008.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). *Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening*. Den Haag: RVZ; 2010.
- Schermer MHN. Drang en informele dwang in de zorg. In: *Rapport Signalering Ethiek en Gezondheid* 2003, 1-11.
- Schaefer C, Peters PWJ, Miller RK. *Drugs during pregnancy and lactation*. Academic Press, Elsevier; 2007.
- Schneider AJ, Raats M, Blondeau MJ, Steegers EA. Zwangere, verslaafde prostituees: soms gedwongen opname in het belang van het kind. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148: 1949-52.
- Shea AK, Steiner M. Cigarette smoking during pregnancy. *Nicotine Tob Res* 2008; 10: 267-78.
- Stel JC van der. *Verslaving. Co-morbiditeit. Verslaving plus een psychiatrische stoornis*. Den Haag: ZonMw; 2006.
- Swaab D. *Wij zijn ons brein. Van baarmoeder tot Alzheimer*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact; 2010.
- Szmukler G, Appelbaum PS. Treatment pressures, leverage, coercion, and compulsion in mental health care. *J Ment Health* 2008; 17: 233-44.
- Thomson KK. In defense of abortion. In: Singer P, red. *Applied ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1986. p. 37-56.

Toscano V. Misguided retribution. Criminalization of pregnant woman who take drugs. *Soc Leg Stud* 2005; 14: 359-86.

Verkerk MA. A care perspective on coercion and autonomy. *Bioethics* 1999; 13: 358-68.

Widdershoven G, Berghmans R. Coercion and pressure in psychiatry: lessons from Ulysses. *J Med Ethics* 2007; 33: 560-3.

#### AUTEURS

JULIE BOONEKAMP is onderzoeker bij de vakgroep Health, Ethics and Society van Maastricht University.

RON BERGHMANS is universitair docent bij de vakgroep Health, Ethics and Society van Maastricht University.

WYBO DONDORP is universitair docent vakgroep Health, Ethics and Society van Maastricht University.

GUIDO DE WERT is hoogleraar biomedische ethiek bij de vakgroep Health, Ethics and Society van Maastricht University.

Alle auteurs zijn lid van de onderzoeksschool Caphri.

Correspondentieadres: dr. Ron Berghmans, Health, Ethics and Society, Maastricht University, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

E-mail: r.berghmans@maastrichtuniversity.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-6-2011

#### SUMMARY

Care for addicted, pregnant women: justification for pressure and coercion – J. Boonekamp, R. Berghmans, W. Dondorp, G. de Wert –

**BACKGROUND** *The care of addicted, pregnant women and the protection of the newborn child and its future wellbeing have long been issues of considerable concern and require further attention.*

**AIM** *To reflect upon current practice and to consider whether it is justified, and to draw up an agenda for further ethical discussion and research.*

**METHOD** *We performed an ethical analysis on the basis of criteria for pressure and coercion.*

**RESULTS** *Measures involving pressure or coercion constitute an infringement of the pregnant woman's freedom of action to make personal choices. This requires a more explicit moral justification than is actually provided in the current practice.*

**CONCLUSION** *A moral justification needs to be more firmly based on the proportionality and the subsidiarity of specific forms of pressure and coercion. The routine application for prenatal supervision by a guardian seems to be at odds with these conditions. A major problem is that according to Dutch law coercive measures (that are in the interests of the child) cannot be taken within the first 24 weeks of a pregnancy.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)3, 257-266]

**KEY WORDS** addiction, coercion, ethics, pregnancy, pressure