

# **Prenatale kindbescherming en de rol van de overheid**

**Advies d.d. 15 juni 2015**



## Inhoud

Hoofdstuk 1 Inleiding	5
Hoofdstuk 2 Algemene prenatale zorg	9
Inleiding	9
2.1 Het nog niet geboren kind	9
2.2 Aanstaande ouders	9
2.3 Professionals	10
2.4 Overheid	11
2.5 Preventieve prenatale zorg in de praktijk	12
Samenvatting	12
Hoofdstuk 3 Risicovol ouderschap	15
Inleiding	15
3.1 Risicofactoren	15
3.2 Zorgaanbod en risicovol ouderschap	17
Samenvatting	20
Hoofdstuk 4 Risicovol ouderschap en de noodzaak tot bescherming	23
Inleiding	23
4.1 Het nog niet geboren kind	23
4.2 Aanstaande ouders	25
4.3 Professionals	26
4.4 Overheid	28
4.5 Gedwongen prenatale zorg in de praktijk	38
Samenvatting	40
Hoofdstuk 5 Slotbeschouwing en aanbevelingen	43
Bijlage A: Maatregelen gedwongen kader	49
Bijlage B: Lijst van geïnterviewden	55



## Hoofdstuk 1 Inleiding

Er is ouders en specifiek zwangere vrouwen in de regel veel aan gelegen een zo gezond mogelijk kind ter wereld te brengen. Aanstaande moeders doen er doorgaans veel aan om hun zwangerschap zo goed mogelijk te laten verlopen. Een klein deel van de zwangere vrouwen (inclusief de eventuele partner) lukt het niet het kind dat zij verwachten voldoende te beschermen tegen schade in de ontwikkeling.

### Achtergrond

Het is bekend dat de leefstijl van de moeder en haar omstandigheden tijdens de zwangerschap van invloed zijn op de ontwikkeling van het kind waarvan zij zwanger is. Uit onderzoeken blijkt dat bepaald gedrag van de moeder schade toebrengt aan het nog niet geboren kind. Dat ouders hun ouderlijke verantwoordelijkheid niet kunnen nemen, heeft diverse oorzaken. Er is veelal sprake van een combinatie van risicofactoren. Naast persoonlijke eigenschappen (zoals psychische problematiek) spelen ook contextuele factoren (zoals huiselijk geweld) een rol.

### Aanleiding en doelstelling

In de media is regelmatig aandacht voor kinderen die geboren worden bij ouders die hun ouderlijke verantwoordelijkheid niet voldoende nemen. In deze context speelt ook de gezondheid van het kind voordat het is geboren een rol. De RSJ heeft over dit onderwerp twee expertmeetings georganiseerd met deskundigen uit het jeugdveld. Uit deze expertmeetings is de wens gekomen voor een advies over dit onderwerp. De RSJ heeft een adviestaak op het gebied van de kindbescherming en wil een bijdrage leveren aan een fundamentele bezinning op het vraagstuk van de beschermende taak van de overheid bij nog niet geboren kinderen.

### Probleemschets

Tegenover het recht van de ouders om hun kind naar eigen inzicht op te voeden en te verzorgen staat de verantwoordelijkheid van ouders om hun kind de zorg te bieden die het nodig heeft om zich goed te kunnen ontwikkelen. De overheid heeft een beschermingstaak ten opzichte van burgers in de samenleving, in het bijzonder kwetsbare 'burgers' zoals kinderen (kinderbeschermingstaak). Ook nog niet geboren kinderen zijn kwetsbaar. Soms gedragen ouders van nog niet geboren kinderen zich zodanig dat ze hun nog niet geboren kind schaden. De vraag is of de jeugdbeschermende taak van de overheid zo ver reikt dat ook nog niet geboren kinderen beschermd moeten worden tegen ouderlijk gedrag dat schadelijk is voor het nog niet geboren kind. Dit is een complexe vraag die aan essentiële morele en juridische rechten, plichten en vrijheden raakt. Tegenstrijdige waarden lijken in het spel: de vrijheid van ouders om een eigen levensstijl te kiezen, maar tegelijk ook de beschermwaardigheid van kwetsbare nog niet geboren kinderen die, ook al zijn ze nog niet geboren, toch minstens enigszins beschermwaardig geacht kunnen worden.

Geregeld ontstaan in de hulpverlening situaties waarbij deze tegenstrijdige waarden in het spel zijn. Ouders, professionals betrokken bij de zorg voor zwangeren, en overheid hebben ieder hun verantwoordelijkheid bij wat we prenatale zorg en hulpverlening kunnen noemen. In dit advies aan de overheid richten we ons primair op de verantwoordelijkheid van de

overheid, in het besef dat deze niet en nooit los te zien is van de verantwoordelijkheid van de andere betrokken 'partijen'. Uit het bovenstaande rijst de hoofdvraag op van dit advies:

## **Wat is de (gewenste) reikwijdte van de kindbeschermende taak van de overheid ten opzichte van het nog niet geboren kind?**

### **Inhoudelijk kader**

In het vervolg beantwoorden we deze vraag in een aantal stappen. De kindbeschermende taak van de overheid kan zowel breed als smal uitgelegd worden. De RSJ is van mening dat kindbescherming al begint bij voorlichting en preventie en niet pas bij de aanvraag van een kindbeschermingsmaatregel. In dit advies wordt daarom ook aandacht gegeven aan de beschrijving van algemene prenatale zorg (zoals voorlichting) en vrijwillige hulpverlening.

Allereerst wordt de huidige reikwijdte van de kindbeschermende taak van de overheid beschreven. De prenatale zorgpraktijk wordt inzichtelijk gemaakt aan de hand van twee kaders. De prenatale zorg wordt beschouwd als een *zorgcontinuüm* en deze wordt beschreven vanuit een *netwerk van vier betrokken partijen*.

### *Zorgcontinuüm*

We zoeken aansluiting bij een visie die Hermanns<sup>1</sup> ontwikkelde voor de bestrijding van kindermishandeling. We menen dat die visie ook toe te passen is om inzichtelijk te maken hoe nog niet geboren kinderen beschermd kunnen en moeten worden. De prenatale zorg wordt beschouwd als een zorgcontinuüm. Met aan de ene (groene kant) algemene prenatale zorg voor iedereen en aan de andere (rode) kant gedwongen zorg voor een kleine groep zwangeren. ertussen zit een groep zwangeren (paarse zone) met vrijwillige zorg.



In de groene zone is sprake van een gezonde leefstijl. In de paarse en rode zone is sprake van (steeds ernstigere mate van) risicovol ouderschap. Er is geen strikte scheiding tussen de uitersten van dit continuüm. Eerder is er sprake van een geleidelijke overgang van vrijblijvende algemene zorg naar steeds minder vrijblijvende individuele zorg.

In de opbouw van dit advies komen achtereenvolgens de algemene prenatale zorg (groene zone in hoofdstuk 2), de vrijwillige zorg (paarse zone in hoofdstuk 3) en de gedwongen zorg (rode zone in hoofdstuk 4) aan bod.

### *Vier betrokken partijen*

De prenatale zorg wordt beschreven vanuit een *netwerk van vier betrokken partijen*: het

<sup>1</sup> Hermanns, Jo, *Het bestrijden van kindermishandeling, een aanpak die werkt*, Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut, 2008

nog niet geboren kind, de ouders, de professionals en de overheid. De positie, de onderlinge relaties en verantwoordelijkheden van deze vier partijen worden beïnvloed door de positie op het zorgcontinuüm.

In hoofdstuk 2 worden de vier betrokken partijen geïntroduceerd en toegelicht vanuit het perspectief van de algemene prenatale zorg voor iedereen (groene zone). In hoofdstuk 4 worden de positie en onderlinge relaties van de vier betrokken partijen opnieuw beschreven maar dan vanuit het perspectief van gedwongen zorg (de rode zone).

### **Afbakening**

Dit advies richt zich uitdrukkelijk op de zorg voor het nog niet geboren kind, vanaf de conceptie tot aan de geboorte. Over de pre-conceptuele fase is regelmatig maatschappelijke discussie: mogen bepaalde ouders meer of minder dwingend ontmoedigd worden om hun kindrewens te realiseren (bijvoorbeeld door het verplicht toedienen van anticonceptiemiddelen)? Dit onderwerp wordt hier buiten beschouwing gelaten. Het verdient een aparte studie. De RSJ overweegt om een advies uit te brengen over deze pre-conceptuele fase.

Dit advies bevat geen internationale vergelijking. Het is gericht op de situatie in Nederland.

In verband met de leesbaarheid staat in dit advies veelal de term ouders, waar ook gelezen zou kunnen worden aanstaande ouders of pre-ouders. Voor de term moeder kan waar mogelijk ook ouders gelezen worden.

Het nog niet geboren kind en de moeder zijn met elkaar verbonden en vormen een eenheid. In sommige situaties lopen de belangen van het kind en de moeder echter niet synchroon. In dit advies wordt de positie van het nog niet geboren kind op zich zelf beschouwd.





## Hoofdstuk 2 Algemene prenatale zorg

### Inleiding

Vrouwen die zwanger zijn of graag zwanger willen worden krijgen te maken met de prenatale zorg zoals deze in Nederland is georganiseerd. In dit hoofdstuk staan de zwangeren met een gezonde leefstijl en de algemene prenatale zorg voor alle zwangeren centraal (groene zone).

Deze prenatale zorg wordt in dit hoofdstuk beschreven als netwerk waarin minstens vier partijen betrokken zijn: het nog niet geboren kind zelf, de ouders, de professionals en de overheid. In samenhang met elkaar vormen ze de prenatale zorgpraktijk. Van de betrokken partijen komen de morele status, rechtspositie, de relatie met andere partijen en de daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheden aan bod. In de laatste paragraaf wordt de praktijk van deze algemene prenatale zorg toegelicht.

### 2.1 Het nog niet geboren kind

Het nog niet geboren kind is geen rechtssubject. Het heeft zelf nog geen verantwoordelijkheid en is afhankelijk van anderen, primair de moeder. Naast de juridische status van het kind heeft een kind ook een morele status. Een (nog niet geboren) kind is een persoon in wording die beschermd moet worden, waar voor gezorgd moet worden<sup>2</sup>. Een kind is kostbaar en kwetsbaar. Het behoort tot onze bijna universele sociale- en familiemoraal om kinderen beschermwaardig te achten.

#### *Rechtspositie*

Het Burgerlijk Wetboek (BW) erkent minderjarigen als rechtssubject vanaf het moment dat zij als kind levend ter wereld komen (artikel 1:1 BW). Dit betekent dat zij vanaf dat moment rechten en plichten hebben. Voor hun geboorte hebben zij die niet. Artikel 1:2 BW stelt echter: 'Het kind waarvan de vrouw zwanger is, wordt als reeds geboren aangemerkt, zo dikwijls zijn belang dat vordert. (...)'

Het nog niet geboren kind is verbonden met de andere partijen in de prenatale zorgpraktijk. Het nog niet geboren kind heeft zelf geen actieve rol, de andere partijen wel. De goede zorgen van de moeder maken dat het kind zich goed ontwikkelt. De overheid ondersteunt een goede prenatale zorg, de professionals bieden deze zorg en het nog niet geboren kind profiteert hiervan.

### 2.2 Aanstaaende ouders

De aanstaande ouders zijn de cruciale (meest invloedrijke) partij tijdens een zwangerschap voor het welzijn van het nog niet geboren kind. De morele status van ouderschap ligt in het verlengde van de morele status van het kind. Een ouder dient een kind te beschermen. Deze morele waarde is vertaald in wetgeving.

#### *Rechtspositie*

Op grond van artikel 8 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van

<sup>2</sup> zie ook paragraaf 4.1 over de status van het nog niet geboren kind.

de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM) worden burgers (en ouders dus ook) beschermd door de overheid in hun recht op eerbiediging van het privé-, familie- en gezinsleven, het zogenaamde family-life.

Het gezag en daarmee de plicht en het recht om een kind te verzorgen en op te voeden ontstaat in principe bij de geboorte van een kind (artikel 1:247 BW). Dit betreft in elk geval de zorg en verantwoordelijkheid voor het geestelijk en lichamelijk welzijn en de veiligheid van het kind en daarnaast het bevorderen van de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid. In combinatie met artikel 1:2 BW, waarbij het kind als reeds geboren wordt aangemerkt als zijn belang dit vordert, hebben de ouders een verantwoordelijkheid voor de zorg van het nog niet geboren kind. Dit betekent dat gezag ook al voor de geboorte bestaat (voorzover het belang van het kind dat vordert).

Ouders hebben de vrijheid om op hun eigen manier te zorgen voor het nog niet geboren kind. De overheid dient deze vrijheid te beschermen. De overheid doet dit door goede prenatale zorg te organiseren (naast de reguliere verloskundige zorg ook voor problemen van de zwangere) en door inmenging zorgvuldig te reguleren.

Er is ouders in de regel veel aan gelegen om een zo gezond mogelijk kind te krijgen. Zij nemen deze verantwoordelijkheid door o.a. gebruik te maken van de reguliere verloskundige zorg (professionals) en gebruik te maken van voorlichting over een gezonde leefstijl tijdens de zwangerschap (overheid). Deze relaties tussen ouders, professionals en overheid lopen veelal in harmonie als de ouders vrijwillig op zoek gaan naar zorg en het goed lukt om een gezonde leefstijl (zoals niet roken en drinken) te volgen.

### 2.3 Professionals

De professionals die betrokken zijn bij de prenatale zorg behoren tot diverse beroepsgroepen. De zwangere vrouw heeft met name te maken met de verloskundige praktijk, het ziekenhuis en soms ook met de huisarts en het maatschappelijk werk. In Nederland is de eerstelijns zorg voor zwangere vrouwen georganiseerd in verloskundige praktijken. Zwangeren met een medische indicatie worden doorverwezen naar de tweedelijnszorg (ziekenhuis)<sup>3</sup>. De laatste jaren zijn er in het land zogenaamde Verloskundige Samenwerkingsverbanden tot stand gekomen (VSV's)<sup>4</sup>. Verloskundige praktijken in een regio zijn hiermee via een regionaal overleg verbonden aan een ziekenhuis en de regionale zorgverleners dragen een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de verloskundige zorg.

#### *Rechtspositie*

De rechtspositie van de professionals is van een andere orde dan de zorgplicht die een ouder en de overheid hebben. De ouders en de professional hebben een vrijwillige behandelrelatie met elkaar. De verschillende beroepsgroepen hebben hun eigen richtlijnen waarin de rechten en plichten binnen deze zorgrelatie tussen ouders en professional zijn uitgewerkt.

De betrokken professionals hebben een directe relatie met de moeder en invloed op het

<sup>3</sup> Zie ook de Verloskundige Indicatielijst (VIL), 2003, <http://www.knov.nl>.

<sup>4</sup> Stuurgroep zwangerschap en geboorte Een goed begin, veilige zorg rond zwangerschap en geboorte, 2009, speerpunt 4

gedrag van de moeder. Daarmee hebben de professionals een indirecte invloed op het welzijn van het nog niet geboren kind. De professional heeft te maken met de kaders van de prenatale zorgpraktijk zoals deze worden bepaald door de overheid.

## 2.4 Overheid

De taken en verantwoordelijkheden van de overheid in de prenatale zorgpraktijk zijn omvangrijk. De overheid zorgt en beschermt zowel de ouders als het kind.

De overheid heeft een taak om ouders *te beschermen tegen inmenging in hun privéleven*. De zorg en ontwikkeling van kinderen is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van ouders en deze moeten dit in vrijheid kunnen doen. De overheid vult deze rol in door de organisatie van goede prenatale zorg (dan wordt de zwangere geholpen en hoeft de overheid niet in te grijpen) en door zorgvuldige procedures bij ingrijpen (*bescherming van nog niet geboren kind*)<sup>5</sup>.

### *Rechtspositie*

De overheid moet ouders beschermen tegen te zwaar ingrijpen door diezelfde overheid. Dit blijkt uit artikel 18 lid 1 van het IVRK: de overheid moet alles doen wat in haar vermogen ligt om de erkenning te verzekeren van het beginsel dat beide ouders gezamenlijk de verantwoordelijkheid dragen voor de opvoeding en ontwikkeling van het kind. Artikel 18 lid 2 van het IVRK bepaalt dat de overheid passende bijstand aan ouders en wettige voogden verleent bij de uitoefening van hun verantwoordelijkheden die de opvoeding van het kind betreffen, en dat de overheid de ontwikkeling van instellingen, voorzieningen en diensten voor kinderzorg waarborgt.

De verschillende verantwoordelijkheden van de overheid in de prenatale zorg zijn bij verschillende organisaties belegd. De rol van de gemeenten (decentrale overheid) en de rol van de centrale overheid worden kort toegelicht.

### *Gemeenten*

Sinds 1 januari 2015 is het nieuwe jeugdhulpstelsel<sup>6</sup> ingevoerd en voeren de gemeenten de regie over alle vormen van zorg en hulp voor de jeugd. Dit betekent zowel de voorlichting over een gezonde leefstijl, het bieden van hulpverlening als de organisatie van gedwongen zorg. De Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) hebben hierin een centrale rol. In alle gemeenten zijn CJG's (soms onder een andere naam) voor de doelgroep -9 maanden tot 23 jaar. De ouderkind adviseur van het CJG (er worden diverse functiebenamingen gebruikt) vormt de spil in de jeugdhulp. Deze functionaris bepaalt (samen met ouders) de zorgbehoefte en organiseert deze zorg (zelf of bij anderen).

### *De centrale overheid*

Het ministerie van VWS is systeemverantwoordelijk voor de prenatale zorg in Nederland. Het Ministerie van VWS heeft naar aanleiding van het relatief hoge aantal babysterften

<sup>5</sup> Bij de bescherming van het nog niet geboren kind gaat het niet om een beperking van het recht op abortus. Het gaat om de bescherming van het kind zolang er geen beslissing tot abortus genomen is (zie verder hoofdstuk 4).

<sup>6</sup> Zie bijv. [http://www.vng.nl/factsheet/Stelselwijziging\\_jeugdhulp](http://www.vng.nl/factsheet/Stelselwijziging_jeugdhulp)

in Nederland in 2009 een Stuurgroep zwangerschap en geboorte ingesteld. Deze Stuurgroep heeft speerpunten geformuleerd, waarvan de uitvoering in de praktijk in 2014 is geëvalueerd door de Inspectie van de Gezondheidszorg. Uit deze evaluatie blijkt dat er een duidelijke verbetering is maar dat er o.a. te weinig aandacht is voor preventie en te weinig op elkaar afgestemde, eenduidige aandacht voor zwangeren uit achterstandsituaties (bijvoorbeeld door taal- en cultuurverschillen of lage sociaaleconomische status)<sup>7</sup>.

## 2.5 Preventieve prenatale zorg in de praktijk

Naast de net beschreven reguliere verloskundige zorg worden preventieve activiteiten ondernomen, met name met behulp van voorlichting over een gezonde zwangerschap en de inzet van *screeningsinstrumenten*.

### *Voorlichting*

De verschillende professionals en ook de overheid geven ieder afzonderlijk uitvoering aan hun taak van prenatale voorlichting. De prenatale voorlichting die onder de verantwoordelijkheid van de gemeente valt, is aanvullend op de informatie en de voorlichting van de huisarts, de verloskundige of de gynaecoloog. Deze voorlichting richt zich primair op een gezonde leefstijl (zoals geen alcohol, niet roken, geen drugs, vermijden bepaald voedsel en voorkomen van stress). Er zijn vele websites beschikbaar met voorlichting over een gezonde levensstijl<sup>8</sup>. De informatie is deels ook in andere talen beschikbaar en voor minder geletterden (filmpje).

### *Screeningsinstrumenten*

Screeningsinstrumenten zijn een middel om risicofactoren bij zwangere vrouwen op te kunnen sporen. Op deze wijze kan, indien nodig, snel adequate zorg ingeschakeld worden. De verloskundige laat alle zwangere vrouwen in een bepaald gebied een vragenlijst beantwoorden, bespreekt de uitkomsten en oordeelt over het inschakelen van hulp. In Nederland zijn nog geen wetenschappelijk gevalideerde screeningsinstrumenten voor de prenatale zorg algemeen beschikbaar. Er zijn wel lokale initiatieven en onderzoeken naar het gebruik van verschillende screeninginstrumenten<sup>9</sup>. Zo wordt bijvoorbeeld in Amsterdam vooral gewerkt met de Alpha-NL screeningsmethodiek<sup>10</sup> en in Rotterdam wordt de R4U screeningsmethodiek toegepast in 14 gemeenten als onderdeel van het Health Pregnancy For All onderzoek<sup>11</sup>.

## Samenvatting

In hoofdstuk 2 staat de prenatale zorg voor alle zwangeren en de groep zwangeren met een gezonde levensstijl centraal (groene zone). Deze prenatale zorgpraktijk is beschreven als een netwerk van vier met elkaar verbonden partijen: het nog niet geboren kind, de ouders, de professionals en de overheid.

<sup>7</sup> Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Mogelijkheden voor verbetering geboortezorg nog onvolledig benut, eindrapport*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, juni 2014, p 20

<sup>8</sup> Bijvoorbeeld [thuisarts.nl](http://thuisarts.nl), [strakswangerworden.nl](http://strakswangerworden.nl), [opvoeden.nl](http://opvoeden.nl) en [strakswangerworden.nl](http://strakswangerworden.nl)

<sup>9</sup> O.a. Vink e.a., *Vroeg signaleren van ongunstige opgroeiomstandigheden door verloskundigen in Zaanstad en Amsterdam-Noord*, TNO KvL/P&Z 2009,125

<sup>10</sup> Richtlijn Vroegsignalering en overdracht van gegevens van pasgeborenen in Amsterdam, Gemeente Amsterdam, mei 2011, p 11

<sup>11</sup> [http://www.erasmusmc.nl/verloskunde\\_gynaecologie/Research/Subhome\\_HP4All/Factsheets\\_HP4All/2/5051842/4964788](http://www.erasmusmc.nl/verloskunde_gynaecologie/Research/Subhome_HP4All/Factsheets_HP4All/2/5051842/4964788)

Het nog niet geboren kind heeft zelf geen juridische status. De rechtspositie van het nog niet geboren kind wordt geconstrueerd op grond van een wetsartikel dat stelt dat 'een kind als reeds geboren wordt beschouwd als zijn belang dit vordert'. Ouders hebben de vrijheid om op hun eigen manier te zorgen voor het nog niet geboren kind. Het gezag van de ouders over het kind bestaat ook vóór de geboorte (voorzover het belang van het kind dit vordert).

De overheid dient de vrijheid van de ouders te beschermen. De overheid doet dit door prenatale zorg te organiseren (middels professionals) en door inmenging in hun privéleven zorgvuldig te reguleren.

Naast de reguliere verloskundige zorg worden in de praktijk preventieve activiteiten ondernomen, te weten voorlichting over een gezonde leefstijl en het gebruik van screeningsinstrumenten om vroegtijdig risicovol ouderschap te signaleren.



## Hoofdstuk 3 Risicovol ouderschap

### Inleiding

In dit hoofdstuk worden de risicofactoren en gevolgen van risicovol ouderschap voor het nog niet geboren kind in kaart gebracht. Het vrijwillige zorgaanbod en ontwikkelingen in het zorgnetwerk worden toegelicht.

Wanneer is het ouderschap nu risicovol te noemen? De RSJ zoekt aansluiting bij de Jeugdwet<sup>12</sup> en verstaat onder risicovol (aanstaand) ouderschap:

*ouderschap waarbij de ouders hun nog niet geboren kind verwaarlozen, mishandelen en/of ernstige schade dreigen toe te brengen.*

Van risicovol ouderschap kan bijvoorbeeld sprake zijn als de zwangere vrouw alcohol blijft gebruiken, waardoor het nog niet geboren kind ernstige schade kan oplopen.

In het zorgcontinuüm is niet langer sprake van een gezonde levensstijl en algemene prenatale zorg (groene zone) maar van risicovol ouderschap en vrijwillige hulpverlening (paarse zone).



Juist het tussengebied (paarse zone) roept veel vragen op voor professionals: wat te doen om enerzijds ouders tot hun recht te laten komen maar anderzijds het nog niet geboren kind zo goed mogelijk te beschermen?

### 3.1 Risicofactoren

Bij zwangere vrouwen die minder goed in staat zijn om te zorgen voor hun nog niet geboren kind is veelal sprake van een complex van factoren. Naast de persoonlijke eigenschappen van de vrouw gaat het ook om de contextuele omstandigheden, zoals bijvoorbeeld huiselijk geweld. Risicofactoren hoeven niet altijd te leiden tot schadelijk gedrag. Bij sommige zwangere vrouwen zijn risicofactoren aanwezig maar zijn er voldoende beschermende factoren (bijvoorbeeld mantelzorg).

#### *Middelengebruik en zwangerschap*

Er is uitgebreid wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de schade voor het nog niet geboren kind door risicovol gedrag van de moeder. Het gebruik van alcohol<sup>13</sup>, drugs<sup>14</sup>, sigaretten<sup>15</sup> en medicatie<sup>16</sup> tijdens de zwangerschap brengt risico's met zich mee voor

<sup>12</sup> art 1.1 Jeugdwet

<sup>13</sup> <http://www.trimbos.nl>

<sup>14</sup> Boonekamp, J. e.a., *Zorg voor verslaafde zwangere vrouwen rechtvaardiging van drang en dwang. Tijdschrift voor Psychiatrie 54 (2012) 3, 257-266*

<sup>15</sup> <http://www.rokeninfo.nl/publiek/zwangerschap-opvoeding/zwangerschap/tijdens-de-zwangerschap>

<sup>16</sup> Kleinsman, A.C.M. en Knoppert-Van der Klein, E.A.M. *Bipolaire stoornis en zwangerschap: ervaringen uit de praktijk, Tijdschrift voor*

het nog niet geboren kind. Voorkomende gevolgen zijn een miskraam, gezondheidsproblemen, groeiachterstand en gedragsproblemen<sup>17</sup>. Het gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap kan leiden tot het Foetaal Alcohol Syndroom (FAS) met bijbehorende gezondheidsproblemen. Recentelijk bleek uit onderzoek dat vrouwen die in de eerste 12 weken van de zwangerschap ongezond leven, hun nog niet geboren kind veel schade kunnen berokkenen<sup>18</sup>.

Naast het gebruik van middelen tijdens de zwangerschap zijn er ook risicofactoren die minder eenduidige gevolgen hebben voor de gezondheid van het kind. De meest pregnante risicofactoren worden toegelicht.

#### *Huiselijk geweld en zwangerschap*

Huiselijk geweld is geweld dat wordt gepleegd door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer. Vrouwen die te maken hebben met huiselijk geweld zijn eerder geneigd tabak, alcohol of drugs te gebruiken om de aanwezige stress te onderdrukken. Uiteraard kan geweld van buitenaf ook direct schade toebrengen aan het kind in de buik<sup>19</sup>.

#### *Psychische problemen en zwangerschap*

Psychische problemen zoals depressie, bipolaire stoornissen en angststoornissen komen in allerlei variaties voor. Uit onderzoek blijkt dat vrouwen die zich zowel angstig als depressief voelen tijdens de zwangerschap een verhoogd risico hebben op een vroeggeboorte en op een baby met een lager geboortegewicht<sup>20</sup>. Ander onderzoek geeft aan dat vrouwen met schizofrenie vaker dan gemiddeld drugs gebruiken en meer roken<sup>21</sup>.

#### *Verstandelijke beperking en zwangerschap*

Uit een inventariserend onderzoek<sup>22</sup> naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijke beperking blijkt: 'Risicofactoren bedreigen de opvoedingsmogelijkheden en -kwaliteiten van (verstandelijk beperkte) ouders. De factoren die een risico vormen voor goed genoeg ouderschap zijn divers. Ze lopen van sociaaleconomische omstandigheden, via culturele gegevenheden, naar individuele mogelijkheden en beperkingen. Over het algemeen zijn ouders met een verstandelijke handicap sociaal, economisch en cultureel in het nadeel'.

#### *Zwangere vrouw heeft eerder met gedwongen zorg te maken gehad*

Als de zwangere vrouw op het moment van haar zwangerschap niet in staat is om zelfstandig voor haar andere kinderen te zorgen dan is dit een risicofactor voor haar nog niet geboren kind. Dit kan blijken uit een kinderbeschermingsmaatregel (bijvoorbeeld

*Psychiatrie, 48 (2006), 2, p. 147-152*

<sup>17</sup> Zie hiervoor noten 11 t/m 14

<sup>18</sup> Jaddoe, V.W.V., de Jonge, L.L., Hofman, A., ...[et al.], *First trimester fetal growth restriction and cardiovascular risk factors in school age children: population based cohort study British Medical Journal* 348:g14. 2014

<sup>19</sup> Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S., *Domestic violence: prevalence in pregnant women and associations with physical and psychological health. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 113(2004), 1 (March), p. 6-11*

<sup>20</sup> Looman, Eva, *From the Womb into the World. Early life influences on neurocognitive functioning and behaviour in five to six year olds, 2013. Proefschr. Tilburg*

<sup>21</sup> Dr. K.P. Grootens, K.P., *Zwangerschap en fertiliteit bij schizofrenie, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2014,158:A7274.*

<sup>22</sup> Vries, J.N. de Willems, D.L. Isarin, J. ... [et al.] *Samenspel van factoren: inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijk handicap: eindrapport, Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2005*



ondertoezichtstelling) die is uitgesproken door de kinderrechter of uit feitelijke omstandigheden (kindje wordt door een ander verzorgd).

#### *Tienermoeders*

Vrouwen die nog erg jong zijn wanneer ze zwanger raken, zogenoemde tienermoeders, worden gezien als risicogroep. Er is een vergrote kans op vroeggeboorte van het nog niet geboren kind, omdat een tienermoeder lichamelijk nog niet is volgroeid. Andere risico's hangen samen met het feit dat tienermoeders meer dan gemiddeld een ongezonde leefstijl hebben. Ze roken meer en gebruiken vaker alcohol en/of drugs dan volwassen vrouwen<sup>23</sup>. Sommige tienermoeders zijn tijdens hun zwangerschap zelf onder toezicht gesteld.

#### *Leefomstandigheden en zwangerschap*

Een belangrijke risicofactor die lastig te definiëren is, betreft de leefomstandigheden van zwangere vrouwen. Het betreft zwangere vrouwen waarbij de sociale context van hun bestaan noopt tot gedrag dat schade kan veroorzaken aan de ontwikkeling van het nog niet geboren kind. De sociale context van hun bestaan is bijvoorbeeld gekleurd door armoede, slechte woonomstandigheden, illegaliteit of familiale perikelen. Deskundigen uit de praktijk<sup>24</sup> signaleren dat deze groep niet goed zichtbaar is. Dergelijke leefomstandigheden kunnen leiden tot stress. Dit geldt ook voor de andere genoemde risicofactoren. Chronische stress in de eerste 3 maanden van de zwangerschap geeft een verhoogd risico op het krijgen van een kind met een laag geboortegewicht<sup>25</sup>. Het risico op ongezond leven (bijvoorbeeld roken en drinken) neemt toe bij stress. Vrouwen die roken rapporteren meer chronische stress tijdens hun zwangerschap dan vrouwen die niet roken<sup>26</sup>.

#### *Risicofactoren en aantallen*

Alhoewel er uitgebreid onderzoek is gedaan naar de effecten van risicovol gedrag is er weinig informatie beschikbaar over de mate waarin dit voorkomt. Zwangere vrouwen die roken en/of drinken vormen in volume de grootste groep. De meest betrouwbare informatie betreft het gebruik van alcohol tijdens de zwangerschap. Ongeveer 35 tot 50% van de zwangere vrouwen drinkt nog tijdens de zwangerschap. Dit kan variëren van af en toe een glaasje tot zeer regelmatig drinken. In Nederland worden er naar schatting elk jaar 500 kinderen geboren met FAS<sup>27</sup>. Naar schatting 14% van alle zwangeren rookt<sup>28</sup>.

### **3.2 Zorgaanbod en risicovol ouderschap**

In Nederland is een uitgebreid vrijwillig zorgaanbod beschikbaar voor zwangere vrouwen die het minder goed lukt om zelf een gezonde leefstijl te volgen.

#### *Verslaving aan roken, alcohol en drugs*

In Nederland zijn verslavingsklinieken om mensen te begeleiden van hun verslaving af

<sup>23</sup> <http://www.babyopkomst.nl/article/tienermoeders-risicos>

<sup>24</sup> Interview in ErasmusMC en VUMc met team van betrokkenen (zie bijlage b)

<sup>25</sup> Paarlberg, K.M., Effecten van stress op zwangerschap en zwangerschapsuitkomst, *Nederlands tijdschrift voor obstetrie en gynaecologie*, 117 2004; 3-1

<sup>26</sup> Promotie: stress verhoogt risico op laag geboortegewicht, 26-5-1999, *Nieuwsbank* ([www.nieuwsbank.nl](http://www.nieuwsbank.nl))

<sup>27</sup> [www.fasproject.nl](http://www.fasproject.nl)

<sup>28</sup> Lanting C, Segaar D, ... (et al.), Licht dalende prevalentie van roken rondom de zwangerschap, *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*, 2007; 151(46):2566-9

te komen. Zwangere vrouwen kunnen van deze klinieken gebruik maken. Daarnaast zijn er allerlei andere methoden om van een verslaving af te komen. Het *Trimbos instituut* (deels gefinancierd door VWS) biedt publieksinformatie aan over stoppen met roken. De methoden (individuele gesprekken of in groep) zijn niet specifiek gericht op zwangeren. Speciaal voor de verloskundige praktijk heeft Stivoro de V-MIS ontwikkeld, de 'Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Verloskundige praktijk'. Minder dan 30% van de verloskundigen voeren de V-MIS goed en volledig uit. De meeste praktijken (84%) hebben geen beleid voor de begeleiding bij stoppen met roken (of dit beleid is niet vastgelegd)<sup>29</sup>.

*Stap* heeft met de *Universiteit van Maastricht* een nieuw e-health programma ontwikkeld. Dit programma heet 'Negen maanden niet'. Met dit programma kan het alcoholgebruik tijdens de zwangerschap minderen of stoppen. Recent is dit programma als effectief erkend door de Erkenningscommissie Interventies van het RIVM<sup>30</sup>.

#### *Huiselijk geweld*

In Nederland kennen wij de Vrouwenopvang als mogelijkheid voor vrouwen en hun kinderen om opvang en steun te krijgen bij het opbouwen van een veilig bestaan na huiselijk geweld. Een deel van de vrouwen die hulp krijgt, is zwanger of merkt tijdens het verblijf of ambulante hulpverlening zwanger te zijn. Vanuit de methodiek "Krachtwerk"<sup>31</sup> wordt met de vrouw en haar systeem gewerkt aan een veilige toekomst voor haar en haar eventuele kinderen. Naast de vrouwenopvang wordt er ook via de gemeenten ondersteuning geboden aan gezinnen met huiselijk geweld<sup>32</sup>.

#### *Psychische problemen*

Naast de reguliere zorg voor psychische problemen (psychologen, psychiaters) kunnen zwangere vrouwen gebruik maken van een gespecialiseerd hulpaanbod voor zwangere vrouwen met psychische problematiek. In de twee ziekenhuizen die zijn bezocht (ErasmusMC en VUMC) wordt gewerkt met de POP poli (Psychiatrie, Obstetrie en Pediatrie) die ondersteuning biedt aan zwangere vrouwen met psychische problemen.

#### *Verstandelijke beperking*

MEE Nederland biedt ondersteuning aan mensen met een beperking en hun sociaal netwerk. Zwangere vrouwen met een beperking worden ook door MEE ondersteund. MEE heeft voor deze vrouwen specifiek voorlichtingsmateriaal ontwikkeld.

#### *Tienermoeders*

Het programma VoorZorg is in 2004 gestart. VoorZorg is een preventief huisbezoekprogramma dat vijf maanden voor de bevalling start en nog 24 maanden daarna door loopt. Het programma is bedoeld voor jonge aanstaande moeders (tot 25 jaar) in hun eerste zwangerschap met hoge risico's, zoals tieners zonder opleiding en

<sup>29</sup> 'Begeleiding stoppen met roken aanzienlijk verbeterd', *Staat van de gezondheidszorg, Tijdschrift voor verloskundigen*, april 2013, p. 11

<sup>30</sup> [www.loketgezondleven.nl/interventies](http://www.loketgezondleven.nl/interventies)

<sup>31</sup> *De methodiek krachtwerk is ontwikkeld door het onderzoekscentrum Maatschappelijke zorg van het UMC St Radboud; zie ook: Wolf, J en Jansen, C, Krachtwerk-basismethodiek in de vrouwenopvang, Nijmegen, Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg. 2011*

<sup>32</sup> Zie ook <http://veiligthuis.nl>

zonder steunend netwerk. De huisbezoeken van het programma worden gedaan door ervaren verpleegkundigen van het consultatiebureau (JGZ). Uit recent onderzoek<sup>33</sup> blijkt dat VoorZorg o.a. leidt tot minder roken tijdens de zwangerschap (en minder kindermishandeling na de geboorte). Eind 2011 werd het programma uitgevoerd op 15 verschillende locaties. Op de website is te lezen dat het sinds medio 2014 een streven is om het programma VoorZorg landelijk uit te gaan voeren vanwege het behaalde succes<sup>34</sup>.

### *Leefomstandigheden*

Er zijn verschillende programma's die gericht zijn op het ondersteunen van zwangere vrouwen die te maken hebben met risicovolle leefomstandigheden. Om een aantal voorbeelden te noemen:

- In VUMC is een POP plus poli, die gericht is op de ondersteuning van zwangere vrouwen met 'sociale problematiek'.
- Vangnet jeugd. Vangnet Jeugd is een breed programma dat zich richt op alle kinderen die (mogelijk) in hun ontwikkeling worden bedreigd. Deze methodiek zou in 2007 geëvalueerd worden maar dat bleek lastig realiseerbaar<sup>35</sup>.
- Programma 'Moeders van Rotterdam' van bureau Frontlijn in de gemeente Rotterdam. Dit is een project van 5 jaar dat er primair op gericht is dat kinderen in achterstandswijken een goede start en een gezonde ontwikkeling hebben. Door middel van huisbezoeken die ook worden ingezet ten tijde van de zwangerschap worden moeders ondersteund. Het doel is om een methode te ontwikkelen die de wijkteams kunnen overnemen
- Prenataal huisbezoek kan als instrument worden ingezet bij zwangere vrouwen waar zorgen om zijn (bijvoorbeeld opgenomen in richtlijn<sup>36</sup> van Amsterdam dat de verloskundige de JGZ een verzoek kan doen om een prenataal huisbezoek)<sup>37</sup>.

### *Beeld zorgaanbod*

In Nederland is allerhande zorg beschikbaar voor zwangere vrouwen die hun problemen willen aanpakken om zo beter voor hun kind te zorgen. De beschikbaarheid van zorg verschilt wel per locatie (sommige programma's zijn heel lokaal). Bij een analyse van de hulpprogramma's valt een aantal zaken op. Voor de aanpak van roken en alcoholgebruik tijdens de zwangerschap (de grootste groep) worden nog weinig interventie-instrumenten gebruikt. Er zijn goede ervaringen met hulpprogramma's waarvan de medewerkers actief de vrouwen bezoeken (ook onverwachts)<sup>38</sup>. Het interventieprogramma met de meest uitgebreide onderzoeksresultaten betreft het Voorzorg programma. Dit programma blijkt effectief. Het betreft een wat kleinere doelgroep.

### *De stelselwijziging jeugd en het zorgaanbod*

De professionals maken gebruik van het zojuist beschreven beschikbare zorgaanbod. De

<sup>33</sup> Mejdoubi, J. *The primary prevention of child maltreatment in early life Study on The effectiveness of Voorzorg, 2014, Proefschr. VU Amsterdam*

<sup>34</sup> [www.voorzorg.info](http://www.voorzorg.info)

<sup>35</sup> Koster, P.P., Osté, J.P., Wal, M.F. vander ...[et al.], *Beschrijving Vangnet Jeugd Amsterdam, Amsterdam, GGD, 2007*

<sup>36</sup> *Richtlijn vroegsignalering en overdracht van gegevens van pasgeborenen in Amsterdam; mei 2011*

<sup>37</sup> *Zie ook Vink, Remy, Sleuven, B. van en Boere-Boonekamp, M. Evaluatie prenatale huisbezoeken JGZ, TNO, 2013 (TNO/CH 2013 R10548), [www.tno.nl](http://www.tno.nl)*

<sup>38</sup> *gesprek met twee verloskundigen van de KNOV, zie overzicht geïnterviewden in bijlage b*

stelselwijziging brengt een belangrijke verandering met zich mee bij de toegang tot het zorgaanbod.

Tot 1 januari 2015 was de prenatale zorg zo georganiseerd dat de betrokken professionals hun eigen zorgnetwerk hadden. Iedere verloskundige heeft zelf contacten opgebouwd met bijvoorbeeld MEE (voor gehandicapte zwangeren) en de vrouwenopvang (huiselijk geweld). Een dergelijk zorgnetwerk is sterk afhankelijk van onderlinge opgebouwde relaties en eerdere ervaringen. In sommige gemeenten wordt gewerkt met zorgpaden<sup>39</sup> (specifiek gericht op de problematiek van de zwangere) om de verloskundigen te ondersteunen bij het vinden van het goede zorgaanbod.

De ziekenhuizen hebben ook een eigen zorgnetwerk opgebouwd. Het ErasmusMC heeft met alle belangrijke zorgpartners convenanten afgesloten over de manier waarop ze samenwerken.

Sinds de stelselwijziging is de gemeente verantwoordelijk voor de jeugdhulp. Het is de bedoeling dat de ouder en kind adviseur in het CJG (dan wel het sociale team) degene is die voor een bepaald gebied het zorgnetwerk onderhoudt. Deze spil bepaalt in overleg welke zorg nodig is en organiseert deze ook. Deze nieuwe dynamiek in de prenatale zorg zal zijn vorm nog moeten krijgen. De stelselwijziging is nog zeer recent en de organisatie heeft tijd nodig om zich te vormen. De professionals in de prenatale zorg (huisartsen, verloskundigen, maatschappelijk werk en ziekenhuizen) zullen vertrouwen moeten krijgen in de nieuwe organisatie waarbij ze de gemeente meer moeten betrekken. Er zijn enkele hoopvolle ontwikkelingen. Er is in een pilot gestart in Amsterdam om de huisarts bepaalde patiënten (jeugdigen waar zorgen over zijn) over te laten dragen aan het CJG (daar OuderKindCentrum genaamd). Uit de evaluatie<sup>40</sup> blijkt dat deze overdracht goed loopt en dat huisartsen tevreden zijn met deze nieuwe werkwijze. Op een vergelijkbare wijze kunnen de zwangere vrouwen waar zorgen over zijn worden gemeld aan de CJG's. Deze verandering zal tijd kosten, zeker ook bij de ziekenhuizen die zeer outreachend te werk gaan en de zorg middels convenanten juist 'naar binnen' hebben gehaald.

### **Samenvatting**

Risicovol ouderschap betekent ouderschap waarbij de ouders hun nog niet geboren kind verwaarlozen, mishandelen of ernstige schade dreigen toe te brengen. Een aantal belangrijke risicofactoren op schade voor het nog niet geboren kind is in dit hoofdstuk beschreven. De schade voor het nog niet geboren kind kan zeer vergaand en blijvend zijn.

Het vrijwillige zorgaanbod om moeders (en vaders) te helpen en de risico's voor de nog niet geboren kinderen te verminderen is toegelicht. Het zorgaanbod is zeer divers en wordt lokaal ingevuld. Er valt een aantal zaken op. Voor de aanpak van roken en alcoholgebruik tijdens de zwangerschap (de grootste groep) worden nog weinig interventie-instrumenten gebruikt. Er zijn goede ervaringen met hulpprogramma's waarvan de medewerkers actief de vrouwen bezoeken (ook onverwachts). In de slotbeschouwing (hoofdstuk 5) wordt nader

<sup>39</sup> Zie *bijv. werkgroep zorgpaden* [www lijn1haaglanden.nl](http://www lijn1haaglanden.nl)

<sup>40</sup> *Rapportage van pilot 'Samenwerking tussen huisartsen en ouder- en kindteams voor kinderen met psychische en psychosociale problematiek'*, gemeente Amsterdam, mei 2015.

ingegaan op de beschikbare interventie instrumenten.

Er is een omwenteling gaande in het zorgveld. De gemeente heeft de centrale rol gekregen in de jeugdhulp. De lijnen tussen verloskundigen en gynaecologen (en huisartsen en maatschappelijk werk) om de risicozwangere naar de gemeente toe te leiden zijn nog dun of zelfs nog niet gevormd.



## Hoofdstuk 4 Risicovol ouderschap en de noodzaak tot bescherming

### Inleiding

De gevolgen van risicovol ouderschap voor het nog niet geboren kind kunnen verstrekkend en deels blijvend zijn. Het spanningsveld tussen de vrijheid van de ouders en de bescherming van het nog niet geboren kind wordt groter indien de risico's op schade groter zijn. In dit hoofdstuk wordt de positie van de vier partijen in de zorgpraktijk beschreven vanuit dit perspectief, een toenemende mate van risicovol en schadelijk gedrag voor het kind.

In het zorgcontinuüm komt dan de rode zone in zicht, gedwongen zorg om het kind te beschermen.



De maatregelen in het spectrum worden steeds ingrijpender, hierbij gaat het om steeds kleinere aantallen zwangeren. De meest gebruikte kindbeschermingsmaatregel tijdens de zwangerschap, de ondertoezichtstelling, is in 2014 aangevraagd voor ongeveer 270 nog niet geboren kinderen. Dit aantal is de laatste jaren redelijk stabiel<sup>41</sup>.

### 4.1 Het nog niet geboren kind

De morele status van het nog niet geboren kind brengt met zich mee dat een kind beschermwaardig wordt geacht. De juridische status van het nog niet geboren kind in het Burgerlijk Wetboek is eerder toegelicht. Bij de bescherming van (nog niet geboren) kinderen spelen de internationale verdragen een grote rol. De juridische status van het nog niet geboren kind in deze verdragen is niet zo eenduidig. Dit heeft mede te maken met het onderwerp abortus.

#### *Nog niet geboren kind en de internationale verdragen*

Bij de totstandkoming van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) is om discussie over abortus te voorkomen ervoor gekozen om op een indirecte manier de bescherming van het nog niet geboren kind te vermelden<sup>42</sup>. In de preambule van het IVRK is opgenomen dat het kind bijzondere bescherming en zorg nodig heeft, met inbegrip van geëigende wettelijke bescherming, zowel voor als na zijn geboorte. Deze preambule is niet bindend, maar geeft een kader voor uitleg van het IVRK. Daarnaast verplicht artikel 2 IVRK verdragsstaten om de rechten die zijn opgenomen in het IVRK te eerbiedigen en te waarborgen zonder discriminatie van welke aard ook, ongeacht onder meer ras, geslacht én geboorte.

Ook het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM) is niet eenduidig over de rechtspositie van het nog niet

<sup>41</sup> Cijfers Landelijk Bureau RvdK, mei 2015

<sup>42</sup> Blaak, M.,...[et al.] *Handboek Internationaal Jeugdrecht, Leiden, Defence for Children, 2012, p. 133*

geboren kind<sup>43</sup>. Artikel 2 EVRM stelt dat de overheid de plicht heeft om het recht van een ieder op leven te beschermen. Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) sloot in de zaak Hercz tegen Noorwegen een absoluut recht op leven van de foetus uit als strijdig met het object en doel van het EVRM<sup>44</sup>. Ook in de zaak Vo tegen Frankrijk heeft het EHRM geen principiële uitspraak willen doen over de vraag wanneer het recht op leven begint<sup>45</sup>.

Een juridische complicatie bij de bescherming van het nog niet geboren kind blijkt uit de heersende leer van de progressieve rechtsbescherming (een leerstuk uit het gezondheidsrecht) die stelt dat de beschermwaardigheid van het embryo toeneemt naarmate het zich verder ontwikkelt<sup>46</sup>. Deze bescherming is, juridisch gezien, echter niet absoluut. Een zwangere vrouw in Nederland kan onder voorwaarden tot de 24e zwangerschapsweek kiezen voor het afbreken van de zwangerschap<sup>47</sup>. Wanneer een vrouw voor abortus kiest, heeft haar recht om over zichzelf en haar zwangerschap te beslissen meer gewicht dan de waarde van de foetus. Hoe kan een foetus gedurende de eerste 24 weken van de zwangerschap dan beschermd worden? Omdat het nog niet geboren kind geen rechtssubject is, heeft het nog geen rechten die de bescherming ervan zo zwaar laten wegen, dat deze het 'wint' van het zelfbeschikkingsrecht. Er lijkt een *grond* te ontbreken om, desnoods tegen de wil van de zwangere vrouw in, te kunnen optreden. Als die grond er zou zijn zou de zwangere vrouw er bijvoorbeeld door middel van drang en/of dwang toe kunnen worden gebracht om minder risicovol te leven<sup>48</sup>.

Art 1:2 BW biedt enige soelaas. Daartoe wordt het nog niet geboren kind, fictief, beschouwd als geboren als zijn belang dit vordert. Een kind heeft recht op een gezonde en evenwichtige ontwikkeling. Het kind dat als geboren wordt beschouwd, maakt aanspraak op bescherming. Het feit is dat het kind nog niet geboren is; de fictie in deze leer is dat wordt gedaan alsof dat wel zo is.

Er is echter ook een andere redenering mogelijk. Deze redenering kan op meerdere plekken worden teruggevonden<sup>49</sup>. In deze redenering wordt de plicht tot bescherming en de mogelijkheid om een zwangere vrouw er via drang en dwang toe te bewegen dat zij haar kind beter beschermt dan ze doet, niet gegrond op een *fictieve status* van het nog niet geboren kind. De bescherming wordt gerechtvaardigd door een beroep op de beschermwaardigheid van het *nog niet geboren kind*: zolang een moeder het kind draagt

---

43 Enkelaar, A.C. en van der Does, A.M.I., *Ouderlijke (on)verantwoordelijkheid, al voor de geboorte*, Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht 2009, 3, p. 4-9

44 EHRM 19 mei 1992, Hercz tegen Noorwegen, NJCM 1993/65. Daarbij is het EHRM van oordeel dat zij niet hoeft te beslissen of de foetus een zekere mate van bescherming geniet onder artikel 2 EVRM, maar sluit zij niet uit dat dat onder bepaalde omstandigheden het geval is. Het Hof neemt daarbij in aanmerking dat er binnen de verschillende verdragsstaten een aanzienlijk verschil van opvatting bestaat of en in welke mate artikel 2 EVRM het ongeboren leven beschermt

45 EHRM 8 juli 2004, Vo tegen Frankrijk, application number 53924/00 overweging 82 en 84

46 Leenen, H.J.J., Gevers J.K.M. en Legemaate, J, *Handboek gezondheidsrecht deel 1: rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers, 2011

47 Artikel 82a Wetboek van Strafrecht

48 Zie Den Hartogh, G. *Prenatale en postmortale schade: temporele grenzen van rechtssubjectie*, NJB 2010, afl. 13(2 april), p.778: "Als we aan de foetus een recht zouden toekennen om niet geschaad te worden in zijn gezondheid, een recht dat zelfs geldend zou kunnen worden gemaakt tegen de vrouw die de foetus draagt, lijkt het zonder meer inconsistent om diezelfde vrouw het recht te geven het leven van diezelfde foetus te laten beëindigen."

49 Gezondheidsraad, *Zorg voor het ongeboren kind, ethische en juridische aspecten van foetale therapie*; *Signalering Ethiek en Gezondheid* 2009/1, Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid 2009; Den Hartogh, G. *Prenatale en postmortale schade: temporele grenzen van rechtssubjectie*, NJB 2010, afl. 13(2 april), p.778-783; en in de Wet verplichte Ggz, zie paragraaf 3.4.10



en zij dus niet kiest voor een abortus, heeft zij de ouderlijke plicht zo goed mogelijk te zorgen voor het kind waarvan ze zwanger is. Als moeder van haar geboren kind heeft ze de plicht dit kind te beschermen. De zorg voor haar geboren kind strekt zich echter uit tot voor diens geboorte. Het gaat zo beschouwd niet over de zorg voor nog niet geboren leven *maar om zorg voor geboren leven, welke zorg zich uit strekt tot voor de geboorte*. Het gaat niet om de bescherming van de belangen van het nog niet geboren kind, het gaat om de belangen van het toekomstige geboren kind<sup>50</sup>. De moeilijke morele en juridische status van het *nog niet geboren kind* is in deze redenering niet meer van belang. Immers de grond voor interventies, drang en dwang wordt gevonden in de status van het *geboren kind*. Diens belangen strekken zich uit tot voor de geboorte maar moeten vanwege het toekomstige geboren kind wél worden behartigd.

Deze redenering kan rechtvaardiging bieden voor beschermend ingrijpen al in de eerste 24 weken van de zwangerschap, zelfs tegen de wil van de vrouw, bijvoorbeeld in de vorm van een kinderbeschermingsmaatregel zoals de ondertoezichtstelling.

Het nog niet geboren kind dat bescherming nodig heeft tegen risicovol ouderschap is primair afhankelijk van de ouders, maar is ook afhankelijk van de inzet van de betrokken professionals en overheid.

#### 4.2 Aanstaande ouders

De situatie van de moeder die minder goed voor het nog niet geboren kind zorgt, is lastig. Een moeder wil graag goed voor haar kind zorgen. Als dit niet goed lukt is het vaak moeilijk bespreekbaar te maken. Er spelen gevoelens van schaamte, maar ook van angst, angst om het niet op een eigen manier te kunnen doen, angst om zelfstandigheid kwijt te raken. Het vooruitzicht op hulp kan het leven ook ingewikkeld maken, bijvoorbeeld omdat in het hulpprogramma wordt gevraagd om bepaalde dingen juist wel te doen (bijvoorbeeld dag/nachtritme) en andere dingen niet (bijvoorbeeld roken). De 'goede dingen doen' gaat niet vanzelf.

Eerder is de juridische status van de zorgplicht van de ouder voor het nog niet geboren kind toegelicht en de plicht van de overheid (op basis van artikel 8 EVRM) om te zorgen voor eerbiediging van het recht op privé-, familie- en gezinsleven. De overheid mag op grond van deze artikelen alleen inbreuk maken op het zogenaamde 'family life' als aan een aantal strikte voorwaarden is voldaan. Artikel 8 lid 2 EVRM zegt: 'Geen inmenging van enig openbaar gezag is toegestaan in de uitoefening van dit recht, dan voor zover bij de wet is voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk is in het belang van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economisch welzijn van het land, het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid of de goede zeden of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen.'

#### *Ouders en zelfbeschikking*

Een belangrijk beginsel voor de zwangere vrouw is het recht op zelfbeschikking. Het zelfbeschikkingsrecht komt niet in de (Grond)wet voor, maar wordt in verschillende wetten

<sup>50</sup> Den Hartogh, G. *Prenatale en postmortale schade: temporele grenzen van rechtssubjectie*, NJB 2010, afl. 13(2 april), p.778-779

nader uitgewerkt<sup>51</sup>. De Wet Afbreking Zwangerschap (WAZ) is een voorbeeld van een concretisering van het recht op zelfbeschikking voor de zwangere vrouw. Op grond van deze wet kan de zwangere vrouw de zwangerschap onder strikte voorwaarden afbreken (tot een duur van 24 weken).

### 4.3 Professionals

Indien een professional meent dat er gedwongen zorg nodig is dan worden Veilig Thuis en/of de Raad voor de Kinderbescherming ingeschakeld. Professionals uit verschillende sectoren, waaronder verloskundigen zijn sinds 1 juli 2013 verplicht om een *Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld*<sup>52</sup> te hanteren over de werkwijze bij een vermoeden van kindermishandeling.

#### *Veilig Thuis*

Het AMK (advies- en meldpunt kindermishandeling) en het Steunpunt Huiselijk geweld zijn sinds 1 januari 2015 samengegaan in één organisatie onder de nieuwe naam Veilig Thuis<sup>53</sup>. De organisatie Veilig Thuis behoort tot de verantwoordelijkheid van de gemeente. Veilig Thuis organisaties zijn regionale instellingen waar slachtoffers, daders, omstanders en ook professionals terecht kunnen voor deskundige hulp en advies indien er een vermoeden is van huiselijk geweld of kindermishandeling.

*De Raad voor de Kinderbescherming (RvdK)* (onderdeel van het ministerie van Veiligheid en Justitie) kan geraadpleegd of ingeschakeld worden wanneer er ernstige zorg is over de opgroei- en opvoedsituatie van een kind tussen de 0 en 18 jaar. Indien vrijwillige hulp stagneert of onmogelijk is kan de Raad aan de rechter verzoeken om een kinderschermingsmaatregel op te leggen.

Indien de professional vindt dat er sprake is van (een vermoeden) van kindermishandeling dan wordt Veilig Thuis ingeschakeld. Veilig Thuis doet zelf onderzoek naar de situatie en indien deze instantie vindt dat er een kinderschermingsmaatregel nodig is dan draagt zij de zaak over aan de Raad voor de Kinderbescherming. De RvdK doet ook zelf onderzoek naar de situatie en kan dan besluiten om een verzoek in te dienen bij de kinderrechter. In de praktijk is het soms lastig dat als vroeg in een zwangerschap vermoedens zijn van ernstige schade voor het kind, het vervolgens lang kan duren voordat er wordt ingegrepen. Veilig Thuis heeft voor reguliere onderzoeken een termijn voor de onderzoeksperiode van 10 weken<sup>54</sup> en de RvdK heeft vervolgens ook zo'n 8 weken beschikbaar voor zijn rapportage<sup>55</sup>. Veilig Thuis kan een zaak ook direct naar de RvdK sturen zonder zelf onderzoek te doen. Daarnaast kan een gemeente ook rechtstreeks een melding bij de RvdK doen. In crisissituaties worden rapportages eerder opgeleverd. De mate waarin dit voorkomt bij nog niet geboren kinderen is onbekend.

<sup>51</sup> Leenen, H.J.J., Gevers J.K.M. en Legemaate, J, *Handboek gezondheidsrecht deel 1: rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers, 2011, p. 39

<sup>52</sup> Basismodel Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, stappenplan voor het handelen bij signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling.; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport geactualiseerde versie 2013.

<sup>53</sup> Vanaf 1 januari 2015 is de nieuwe naam van het AMHK 'veilig thuis'. De naam AMHK wordt nog wel gehanteerd in de nieuwe Jeugdwet.

<sup>54</sup> Telefonische informatie medewerker Veilig Thuis Haaglanden, juni 2015 (zie lijst geïnterviewden)

<sup>55</sup> Bijlage bij Kwaliteitskader van de RvdK (Utrecht, januari 2013) vermeldt voor beschermingszaken een periode van 56 kalenderdagen.

In de twee ziekenhuizen die zijn bezocht, is multidisciplinaire zorg georganiseerd voor begeleiding van zwangerschappen met risicovol gedrag van de moeder. In het EMC en VUMC wordt de aanpak van individuele zwangere vrouwen besproken in multidisciplinaire teams. Met deskundigheid van diverse professionals wordt beoordeeld of in casu sprake is van kindermishandeling en of er een noodzaak is tot een kinderbeschermingsmaatregel. Beide ziekenhuizen geven aan dat er de afgelopen jaren gestructureerder en intensiever aandacht is voor vrouwen met risicovol gedrag in hun zwangerschap.

In het VUMC wordt daarnaast een (eenmalig) multidisciplinaire overleg voor een specifieke zwangere als instrument gebruikt. In dit overleg worden naast de betrokkenen van het reguliere overleg ook diverse externe partijen betrokken zoals huisarts, gezinsmanager gemeente, behandelend psycholoog etc. In dit overleg worden afspraken gemaakt wie welke taak op zich neemt.

Professionals maken in de dagelijkse praktijk van de prenatale zorg de afwegingen in individuele gevallen. De wetgever en jurisprudentie hebben een kader gevormd om invulling te geven aan de afweging wanneer ingrijpen noodzakelijk is. Het is lastig om algemene uitspraken te doen over de afweging in individuele gevallen en de moeilijkheid zit met name in de categorie zwangeren die zich in het middengebied bevinden. Gesprekken met experts geven de indruk dat roken en alcohol gebruik (waardoor je niet in het ziekenhuis belandt) geen reden is tot ingrijpen. Middelengebruik waardoor meerdere eerdere zwangerschappen tot een doodgeboren kind hebben geleid zijn wel reden tot ingrijpen.

Het afzien van ingrijpen kan op verschillende gronden berusten. In deze context spelen de handelingsverlegenheid, ongewenste neveneffecten en praktische beperkingen een rol. Onder handelingsverlegenheid verstaan we hier dat een professional niet handelt, twijfelt om te handelen of niet weet hoe te handelen, ondanks dat de situatie er wel om vraagt. Oorzaken hiervan kunnen bijvoorbeeld een onveilige situatie zijn (zaken niet aan durven te pakken/ door te zetten in verband met agressie), wrijving in de relatie en angst voor een conflict, gebrek aan kennis of ervaring, onduidelijkheid over het probleem of signalen, het buiten het takenpakket vallen of onkunde<sup>56</sup>. Dit dilemma is ingewikkeld en de overheid heeft een taak de professional hierin te ondersteunen en geeft hier blijk van onder andere door de ontwikkelde *Meldcode Kindermishandeling en Huiselijk Geweld*. Er zijn geen specifieke initiatieven bekend voor de aanpak van handelingsverlegenheid bij risicovol aanstaand ouderschap. De verwachting is dat goed gebruik kan worden gemaakt van andere initiatieven om instrumenten te ontwikkelen voor het tegengaan van handelingsverlegenheid (zoals kennisbijeenkomsten met professionals en het ontwikkelde barrière model)<sup>57</sup>.

Naast handelingsverlegenheid spelen ongewenste neveneffecten zoals de angst voor het mijden van zorg door de moeder een grote rol. Professionals schatten het risico op het mijden van zorg door zwangeren indien een kinderbeschermingsmaatregel in beeld komt hoog in. De professional is gericht op betere zorg voor het nog niet geboren kind en vreest

---

<sup>56</sup> Dit is een definitie van Movisie (kennis en advies voor maatschappelijke ontwikkeling), [www.movisie.nl](http://www.movisie.nl).

<sup>57</sup> Bijvoorbeeld binnen het programma aanpak uitbuiting Roma kinderen (zie brief aan de Tweede Kamer (629475) d.d. 14 april 2015)

dat zonder contact met de moeder dit kind nog minder zorg krijgt.

Tot slot spelen ook heel praktische factoren een rol. Alle professionals in het veld met wie is gesproken in het kader van dit advies, geven aan dat het begeleiden van een zwangere vrouw die risicovol gedrag vertoont, veel extra tijd en inspanning kost.

#### 4.4 Overheid

Het spanningsveld tussen de ouders, de professionals en de overheid neemt toe indien de moeder de gezondheid van haar nog niet geboren kind (meer) in gevaar brengt. In het rode gebied van het zorgcontinuüm staat de rol van de *overheid als beschermer van ouders tegen inmenging op gespannen voet met de zorgtaak en de rol van de overheid ter bescherming van het kind*. Om ingrijpen in het privéleven van aanstaande ouders te voorkomen is goede reguliere verloskundige zorg en een gespecialiseerd zorgaanbod (voor probleemzwangeren) een voorwaarde. De zorgtaak van de overheid is nauw verbonden met de bescherming van zowel de ouders als het kind.

Als we spreken over bescherming van kind en ouders gaat het over dwangmaatregelen die door overheidsingrijpen mogelijk gemaakt worden. Die beschermingsmaatregelen kunnen ruwweg worden onderverdeeld in maatregelen die primair beogen het kind te beschermen en maatregelen die primair beogen de meerderjarige te beschermen. De eerste categorie betreft de maatregelen van kinderbescherming. Het gaat dan voornamelijk over de (voorlopige) ondertoezichtstelling en de beëindiging van het gezag (zie hieronder sub a en b). Ook het benoemen van een bijzondere curator (zie hieronder sub c) ten behoeve van het kind kan onder deze categorie worden gebracht. Betreft het primair de bescherming van de meerderjarige zelf dan gaat het over curatele en mentorschap (zie hieronder sub d en e). Onder die categorie zijn echter ook te brengen een tijdelijk huisverbod (zie hieronder sub f), de gedragsaanwijzing (g) en de verplichte opname in een psychiatrische kliniek (zie hieronder sub h en i). Voor al deze beschermingsmaatregelen geldt dat zij met waarborgen zijn omgeven. Ze zijn wettelijk vastgelegd en ze worden door een rechter uitgesproken<sup>58</sup>.

Beschermingsmaatregelen beperken de handelingsvrijheid van de betrokkene. Voor de rechtvaardiging daarvan is het niet genoeg dat die maatregelen een legitiem doel dienen (de bescherming van het ongeborn kind in kwestie). De maatregelen moeten ook proportioneel zijn: de beperking moet in redelijke verhouding staan tot het doel. En voldoen aan de eis van subsidiariteit: er zijn geen minder ingrijpende manieren mogelijk om het gewenste doel te bereiken.

Deze beschermingsmaatregelen zijn niet primair in het leven geroepen om ook het niet geboren kind te beschermen. In deze paragraaf wordt nader onderzocht of en zo ja in welke gevallen de beschermingsmaatregelen toegepast kunnen worden ter bescherming van het niet geboren kind. Daartoe beschrijven we allereerst de maatregelen zoals die in de wet staan en gaan we in op interpretatie van de regelgeving. Daarna worden eventuele mogelijkheden en beperkingen voor de toepassing van de maatregelen voor

<sup>58</sup> Met uitzondering van het tijdelijk huisverbod dat door de burgemeester wordt opgelegd in gevallen van huiselijk geweld.

de prenatale praktijk besproken. Tenslotte worden per regeling conclusies getrokken. Met name op de ondertoezichtstelling zal wat uitgebreider worden ingegaan omdat dit de beschermingsmaatregel is die doorgaans ter bescherming van het nog niet geboren kind wordt toegepast. In bijlage A is een kort overzicht te vinden van alle juridische maatregelen, wie deze kunnen verzoeken, het criterium voor de maatregel en het gevolg.

### **a. ondertoezichtstelling van het nog niet geboren kind**

#### De maatregel

De ondertoezichtstelling (hierna: ots) is geregeld in artikel 1:255 van het Burgerlijk Wetboek. Dit artikel bepaalt dat de kinderrechter een minderjarige onder toezicht kan stellen van een gecertificeerde instelling<sup>59</sup> (g.i.) indien de minderjarige zodanig opgroeit dat hij in zijn ontwikkeling ernstig wordt bedreigd. Daarbij moet de zorg die is vereist om deze bedreiging weg te nemen niet of onvoldoende door de ouder(s) worden geaccepteerd en moet de verwachting aanwezig zijn dat de ouder(s) niet in staat is (zijn) 'binnen een gelet op de persoon en de ontwikkeling van de minderjarige aanvaardbaar te achten termijn' de verantwoordelijkheid te dragen voor de verzorging en opvoeding van het desbetreffende kind.

In acute situaties kan een voorlopige ots worden uitgesproken (art. 1:257 BW). Tegelijk met of tijdens de (v)ots kan verzocht worden om een (voorlopige) machtiging tot uithuisplaatsing (art. 1:265a BW) waarmee het kind tegen de wil van de gezagsouders uit huis kan worden geplaatst.

#### Interpretatie van de regelgeving

Uit de wettelijke omschrijving van de ots komt naar voren dat deze is bedoeld voor kinderen die al geboren zijn<sup>60</sup>. Echter, in de rechtspraktijk wordt het desbetreffende artikel, 1:255 BW, in samenhang met artikel 1:2 BW zo geïnterpreteerd dat het ook kan worden toegepast ter bescherming van het nog niet geboren kind. In artikel 1:2 BW is bepaald dat het kind dat nog niet is geboren, als zijn belang dit vordert, fictief wordt beschouwd als reeds geboren. Met een beroep op dit artikel kan ook een nog niet geboren kind onder toezicht worden gesteld. Bij het opleggen van een ots ten aanzien van een nog niet geboren kind is in de praktijk gebleken dat de grens wordt gelegd bij 24 weken zwangerschap: vóór deze periode wordt (vrijwel) nooit een ots opgelegd.

#### Mogelijkheden en beperkingen van de maatregel

De g.i. houdt toezicht op de minderjarige, in casu het ongeboren kind, en zorgt voor de begeleiding van de onder toezichtgestelde zwangere vrouw. De g.i. coördineert de hulpverlening en stelt daartoe een schriftelijk hulpverleningsplan op (art. 4.1.3, lid 1 Jeugdwet). De g.i. heeft de volgende **mogelijkheden** om het nog niet geboren kind te beschermen:

<sup>59</sup> Een gecertificeerde instelling is een instelling die een kinderbeschermingsmaatregel of jeugdreclassering uitvoert en die moet voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen

<sup>60</sup> Ook uit de terminologie in dit wetsartikel blijkt dat de ots is ontworpen voor kinderen die reeds zijn geboren. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het begrip ouder(s), en het begrip minderjarige. Zo zijn minderjarigen natuurlijke personen die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt (art. 1:233 BW), die onder gezag staan van ouders. Ouderschap (art. 1:245 lid 1 en 3 BW) ontstaat bij de geboorte van het kind.

- De g.i kan (beperkt) schriftelijke aanwijzingen geven over de verzorging van het ongeboren kind als de gezagsouder niet instemt met of onvoldoende medewerking verleent aan de uitvoering van een hulpverleningsplan of om concrete bedreigingen in de ontwikkeling van de minderjarige weg te nemen (art. 1.263, eerste lid BW).
- Wordt in de prenatale fase een ots uitgesproken, dan wordt de zwangere vrouw door een jeugdhulpverlener<sup>61</sup> begeleid. De jeugdhulpverlener kan aanwijzingen geven aan de zwangere vrouw, zoals bijv. geen gebruik van drugs en het zich onder controle laten stellen van een gynaecoloog. Als de ouder(s) zich echter niet aan de schriftelijke aanwijzingen van de jeugdhulpverlener houden, heeft de jeugdhulpverlener sinds 1 januari 2015 een dwangmiddel om naleving van de schriftelijke aanwijzing af te dwingen. De g.i. kan de kinderrechter verzoeken een schriftelijke aanwijzing te bekrachtigen en tegelijkertijd toepassing van een wettig dwangmiddel (dwangsom, lijfswang) verzoeken (art. 1:263, derde lid BW).
- De g.i. heeft sedert 1 januari 2015 de mogelijkheid om bij de verlening van de machtiging tot uithuisplaatsing de kinderrechter te verzoeken het gezag, voor zover dat noodzakelijk is in verband met de uitvoering van de ondertoezichtstelling, gedeeltelijk te laten uitoefenen door de g.i. Die kan dat dan doen met betrekking tot het geven van toestemming voor een medische behandeling van de minderjarige van in beginsel jongere dan 12 jaar (art. 1:265<sup>e</sup>, eerste lid sub b BW).
- De ots is primair bedoeld als ambulante maatregel, maar de g.i. kan wel een machtiging tot uithuisplaatsing verzoeken indien reeds tijdens de zwangerschap duidelijk is dat de moeder het kind na de geboorte (tijdelijk) niet kan verzorgen. De uithuisplaatsing kan dan vanaf de geboorte van het kind ten uitvoer worden gelegd door de g.i. Met die machtiging kan de de g.i. drang uitoefenen op de zwangere vrouw om ter bescherming van het nog niet geboren kind zich te onthouden van bepaalde gedragingen of juist bepaalde handelingen wel te verrichten, bijv. urinecontrole. Daarbij moet dan wel jegens de ouders gewerkt worden met de zogenaamde 'informed consent'.

De uitvoering van de ots ten aanzien van het nog niet geboren kind kent ook een aantal **beperkingen**.

- De schriftelijke aanwijzingen van de g.i. mogen niet strijdig zijn met het recht of het doel van de ots. Te denken valt daarbij aan het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van de zwangere vrouw (art. 11 Gw) en haar rechten op grond van de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. De vraag is dan ook of de bedoelde schriftelijke aanwijzingen wel toelaatbaar zijn nu – in het geval van het ongeboren kind – een expliciete wettelijke regeling ontbreekt. Enkele rechterlijke uitspraken ondersteunen deze redenering. Zo besliste de rechtbank Alkmaar op 5 september 2007, LJN BB3871 dat een gezagsouder niet met een schriftelijke aanwijzing verplicht kan worden hulpverlening voor zichzelf aan te gaan. In een andere zaak besliste de rechtbank Breda (op 2 april 2007; LJN BA0701) dat een schriftelijke aanwijzing niet kan inhouden dat de gezagsmoeder een persoonlijkheidsonderzoek moet ondergaan. Daarmee lijkt ook de rechter een direct verband te eisen tussen de inhoud van de schriftelijke aanwijzing en het reeds geboren kind zelf.

---

<sup>61</sup> De Jeugdwet verstaat onder een jeugdhulpverlener een persoon die beroepsmatig jeugdhulp verleent (de vroegere gezinsvoogd).



- Bij de uitvoering van de ots beschikt de g.i. niet over mogelijkheden om een tijdelijk huisverbod te vragen (zie hierna sub f), of om een curatele of mentorschap van de zwangere vrouw te verzoeken (zie hieronder sub d en e) dan wel om een verzoek te doen tot gedwongen opname van de zwangere vrouw in een psychiatrische kliniek (zie hierna sub g en h).
- De g.i. kan niet tegen de wil van de zwangere vrouw vervangende toestemming geven of een verzoek doen voor een medisch noodzakelijk geachte keizersnede ter bescherming van het ongeboren kind.

### Conclusie

Hoewel een ongeboren kind met een beroep op artikel 1:2 BW onder toezicht kan worden gesteld ontbreken er middelen om de zwangere vrouw en haar ongeboren kind voldoende te kunnen beschermen. De ots-maatregel is niet bedoeld voor het ongeboren kind. Desondanks kan de ots worden toegepast ter bescherming van het ongeboren kind, maar de maatregel is niet goed toegesneden op deze situatie.

### **b. beëindiging van het ouderlijk gezag en schorsing van het ouderlijk gezag**

#### De maatregel

De rechtbank kan het ouderlijk gezag beëindigen wanneer een minderjarige zodanig opgroeit dat hij ernstig in zijn ontwikkeling wordt bedreigd (artikel 266 lid 1 BW) en de ouder(s) niet in staat zijn de verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding te dragen binnen een voor de ontwikkeling van het kind aanvaardbaar te achten termijn. De gezagsbeëindigende maatregel is een nieuwe maatregel die in de plaats is gekomen van de vroegere maatregelen van ontheffing en ontzetting.

In situaties waarin sprake is van een acute en ernstige bedreiging van de minderjarige zou de zwangere vrouw als gezagsouder ook geheel of gedeeltelijk in de uitoefening van het gezag kunnen worden geschorst (art. 1:268 BW).

#### Interpretatie van de regelgeving

Ook deze maatregel is niet bedoeld voor het niet geboren kind, zoals blijkt uit de gebruikte terminologie zoals ouder(s) en minderjarige. Evenals de ondertoezichtstelling kan de maatregel van beëindiging van het gezag echter met een beroep op artikel 1:2 BW worden opgelegd als aan de criteria voor deze maatregel wordt voldaan. Hier zal dus dan tijdens de zwangerschap al moeten worden vastgesteld dat de ouders niet in staat zijn de verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding te dragen binnen een voor de ontwikkeling van het kind aanvaardbaar te achten termijn.

#### Mogelijkheden en beperkingen

- Het opleggen van deze maatregel zou kunnen plaatsvinden als tijdens de zwangerschap al blijkt dat de zwangere vrouw nimmer zelf voor het kind zal kunnen gaan zorgen. Tijdens de zwangerschap zou de benoemde jeugdhulpverlener kunnen optreden als vast aanspreekpunt voor al degenen die betrokken zijn bij de prenatale jeugdzorg. Voorts kan de jeugdhulpverlener ten tijde van de geboorte van het kind diens verblijfplaats bepalen. Zo kan reeds tijdens de zwangerschap geregeld worden dat het kind vanaf de geboorte

een goed alternatief geboden wordt ter vervanging van de verzorging en opvoeding van ouders, bijvoorbeeld plaatsing in een pleeggezin.

- De maatregel zou ook kunnen worden toegepast indien de ouder zijn gezag misbruikt. Daarmee wordt bedoeld dat de gezagsouder door nalatigheid of daden zijn plichten schendt, bijvoorbeeld door het ongeboren kind de zorg te onthouden die het behoeft.
- Als nadeel kan worden gezien dat met deze maatregel het gezag over het nog niet geboren kind (dan aangeduid als 'voogdij') wordt opgedragen aan een derde (meestal de g.i.), die geen taak heeft om toezicht te houden en hulp en steun te verlenen zoals bij de ots. De g.i. heeft ook niet de bevoegdheid om schriftelijke aanwijzingen aan de ouders te geven.

### Conclusie

Ook de kinderbeschermingsmaatregelen 'beëindiging en schorsing van het ouderlijk gezag' zijn niet bedoeld voor het niet geboren kind. De maatregelen lijken niet erg geschikt voor toepassing op het ongeboren kind omdat de g.i. niet de bevoegdheid heeft om zich te bemoeien met het leven van de moeder.

### **c. bijzondere curator voor de minderjarige**

#### De maatregel

Artikel 1:250 BW bepaalt dat wanneer in aangelegenheden betreffende diens verzorging en opvoeding, dan wel het vermogen van de minderjarige, de belangen van de met het gezag belaste ouders of een van hen dan wel van de voogd of de beide voogden in strijd zijn met die van de minderjarige, de rechtbank op verzoek van een belanghebbende of ambtshalve een bijzondere curator benoemt om de minderjarige terzake zowel in als buiten rechte, te vertegenwoordigen.

#### Interpretatie van de regelgeving

De terminologie van deze maatregel geeft aan dat hier niet beoogd is het ongeboren kind te beschermen, zoals blijkt uit de begrippen 'minderjarige', belang van met het gezag belaste ouders' en 'vermogen van de minderjarige'.

Het is de vraag of een bijzondere curator benoemd kan worden voor een kind dat nog moet worden geboren. Het gaat bij het bijzonder curatorschap om de vertegenwoordiging van de minderjarige in specifieke aangelegenheden. De maatregel is niet gericht op het bieden van hulp aan de zwangere vrouw die zij zou moeten aanvaarden. Maar de bijzonder curator kan mogelijk wel het belang van het nog niet geboren kind behartigen.

#### Mogelijkheden en beperkingen:

De bijzondere curator zou contact kunnen opbouwen tussen de hulpverlening en de zwangere vrouw en haar motiveren mee te werken aan hulp. Momenteel zijn er pilots in Breda waarbij voor reeds geboren kinderen een psycholoog of orthopedagoog tot bijzondere curator kan worden benoemd. Wellicht is het met toepassing van artikel 1:2 BW mogelijk om bij onverantwoord pre-ouderschap een verslavingsdeskundige, gespecialiseerde maatschappelijk werker of psychiatrisch verpleegkundige tot bijzondere curator voor het nog niet geboren kind te benoemen. De bijzondere curator zal eerst proberen de tegenstelling



tussen ouders en kind door bemiddeling uit de wereld te helpen. Indien dat niets oplost kan aan een procedure (via de RvdK) tot een verzoek om een kindbeschermingsmaatregel of verzoek aan het OM om een gedwongen opname van de zwangere vrouw worden gedacht. Als nadeel van deze maatregel kan worden gezien dat bij de uitvoering geen kindbeschermingsorganisaties zijn betrokken zoals de RvdK en dat de g.i. niet om de benoeming van een bijzondere curator kan verzoeken.

#### Conclusie

Het is onduidelijk of een bijzondere curator kan worden benoemd voor het nog niet geboren kind. Een bijzonder curator zou als belangenvertegenwoordiger van het nog niet geboren kind kunnen ondersteunen en adviseren en zich desgewenst tot de RvdK kunnen wenden voor onderzoek naar verder strekkende kindbeschermingsmaatregelen.

#### **d. ondercuratelestelling van de meerderjarige (zwangere vrouw)**

##### De maatregel

Een meerderjarige kan door de rechter veelal op verzoek van in de wet genoemde belanghebbenden onder curatele worden gesteld wanneer hij zijn belangen niet behoorlijk waarneemt of wanneer hij zijn veiligheid of die van anderen in gevaar brengt als gevolg van zijn lichamelijke of geestelijke toestand dan wel door de gewoonte van drank- of drugsmisbruik (artikel 1:378 BW).

##### Interpretatie van de regelgeving

De maatregel is bedoeld ter bescherming van de onder curatele gestelde meerderjarige en is niet zozeer gericht op het (ongeboren) kind. Het ongeboren kind dat schade wordt toegebracht kan wel vallen onder het criterium 'het in gevaar brengen van anderen'.

##### Mogelijkheden en beperkingen van de maatregel

De ondercuratelestelling van een zwangere vrouw leidt ertoe dat zij volgens de wet zelf onbevoegd is geworden om het gezag over het kind uit te oefenen. Dat betekent dat dan (wellicht al tijdens de zwangerschap) een derde tot voogd benoemd kan/moet worden die (in ieder geval vanaf de geboorte van het kind) alle beslissingen neemt over het kind. Als nadeel van deze maatregel ten aanzien van de bescherming van een ongeboren kind kan worden gezien dat kindbeschermende organisaties zoals de RvdK en de g.i. geen rol hebben bij het aanvragen van de curatele of anderszins erbij zijn betrokken. De maatregel is niet mogelijk voor minderjarige (tiener-) moeders.

Een gedwongen opname of medische behandeling tegen de wil van betrokkene kan door de curator niet worden gerealiseerd.

#### Conclusie

Mogelijk kan een ondercuratelestelling van een meerderjarige zwangere vrouw een positief effect hebben op haar gedrag. Daarmee kan het nog niet geboren kind (indirect) ook worden beschermd.

### **e. mentorschap voor de meerderjarige (zwangere vrouw)**

#### De maatregel

Indien als gevolg van een geestelijke of lichamelijke toestand een meerderjarige niet in staat is om zijn belangen van niet-vermogensrechtelijke aard waar te nemen kan de rechter iemand tot mentor over de meerderjarige benoemen (1:450 BW); dit gebeurt veelal op verzoek van in de wet genoemde belanghebbenden.

#### Interpretatie van de regelgeving

De maatregel is bedoeld ter bescherming van de meerderjarige zwangere vrouw voor wie een mentor is benoemd; de maatregel is niet zozeer gericht op het ongeboren kind. Bij een mentorschap is de zwangere vrouw in beginsel niet bevoegd rechtshandelingen te verrichten in aangelegenheden betreffende haar verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding. Die onbevoegdheid geldt echter niet zodra uit wet (bijv. WGBO of BOPZ) of verdrag anders voortvloeit.

#### Mogelijkheden en beperkingen van de maatregel

- Door toepassing van de maatregel wordt de (zwangere) vrouw onbevoegd om het gezag over het kind uit te oefenen.
- Als medische beslissingen genomen moeten worden die met de zwangerschap verband houden, heeft de zwangere vrouw toestemming nodig van de mentor.
- Een gedwongen opname of medische behandeling tegen de wil van betrokkene kan door de mentor niet worden gerealiseerd.
- Bij deze maatregel zijn geen kindbeschermende instanties zoals de Raad voor de Kinderbescherming betrokken, en de g.i. kan niet om een mentorschap verzoeken.
- De maatregel is niet mogelijk voor minderjarige (tiener-)moeders.

#### Conclusie

Mentorschap is, 'bij gebrek aan beter' een mogelijkheid voor de toepassing bij psychisch gestoorde en verslaafde meerderjarige zwangere vrouwen. De mentor kan een positieve invloed hebben op het gedrag van de vrouw. Langs deze weg kan, indirect, het kind worden beschermd dat nog geboren moet worden.

### **f. tijdelijk huisverbod**

#### De maatregel

Een tijdelijk huisverbod kan op grond van de Wet tijdelijk huisverbod (Wth) door de burgemeester worden opgelegd aan plegers van huiselijk geweld.

#### Interpretatie van de regelgeving

De maatregel is bedoeld om plegers van huiselijk geweld tijdelijk uit huis te halen. De maatregel is niet direct bedoeld voor de bescherming van het nog niet geboren kind.

#### Mogelijkheden en beperkingen van de maatregel

- Een tijdelijk huisverbod kan worden opgelegd aan plegers van huiselijk geweld. Dit kan betekenen dat de partner van de zwangere vrouw de toegang tot het huis wordt

ontzegd. Een tijdelijk huisverbod wordt in beginsel voor 10 dagen opgelegd terwijl verlenging met 18 dagen mogelijk is. In die periode kan bescherming worden geboden aan de vrouw en het nog niet geboren kind en kan worden onderzocht of andere beschermingsmaatregelen nodig zijn.

- Bij deze maatregel zijn geen kinderbeschermende instanties zoals de RvdK betrokken; de g.i. kan niet verzoeken om deze maatregel.

#### Conclusie

Het opleggen van deze maatregel is bedoeld voor plegers van huiselijk geweld en kan voor zwangere vrouwen van belang zijn indien zij en hun nog niet geboren kind (mede) slachtoffer zijn van huiselijk geweld.

In het verlengde hiervan is het ook mogelijk een zogenaamde gedragsaanwijzing op te leggen.

#### **g. gedragsaanwijzing**

Met deze maatregel (artikel 509hh Wetboek van Strafvordering) kan de Officier van Justitie een verdachte van bepaalde strafbare feiten tegen wie ernstige bezwaren bestaan, aanwijzingen geven aangaande zijn gedrag. De OvJ heeft vier mogelijkheden, te weten het opleggen van een gebiedsverbod, een contactverbod, een meldplicht of een verplichting voor de verdachte om zich te laten begeleiden.

Er moet sprake zijn van een verdenking van een strafbaar feit waardoor de openbare orde ernstig is verstoord en waarbij grote vrees bestaat voor herhaling of waarbij de vrees bestaat dat de verdachte personen zal lastigvallen of goederen zal vernielen.

De gedragsaanwijzing geldt totdat tegen de verdachte een onherroepelijk vonnis is uitgesproken of in ieder geval maximaal 90 dagen. Verlenging, zolang er geen onherroepelijk vonnis is, kan maximaal drie keer plaatsvinden met 90 dagen (totaal dus maximaal 360 dagen).

#### Interpretatie van de regelgeving

De maatregel is gericht op de verdachte en kan indirect de zwangere vrouw die lastig wordt gevallen, beschermen.

Bij deze maatregel zijn geen kinderbeschermende instanties zoals de RvdK betrokken.

#### Mogelijkheden en beperkingen van de maatregel

Het kan bijvoorbeeld gaan om zwangere vrouwen die ernstig overlast ondervinden van een ander met als gevolg schadelijke effecten voor hen en/of hun ongeboren kind.

#### Conclusie

De afwezigheid van een bedreigende of overlastgevende persoon kan voor zwangere vrouwen van belang zijn indien zij en hun nog niet geboren kind (mede)slachtoffer zijn van ernstige overlast.

## **h. voorlopige machtiging op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz)**

### De maatregel

Met een inbewaringstelling of voorlopige machtiging kan een persoon gedwongen worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis indien hij gevaar veroorzaakt voor zichzelf of voor anderen als gevolg van een stoornis van de geestvermogens (artikel 2 tot en met 10 Wet Bopz).

### Interpretatie van de regelgeving

Het is de vraag of deze maatregel kan worden toegepast bij het ongebornen kind. Dit is afhankelijk van de uitleg van het begrip 'gevaar' in de Bopz en hierover bestaat discussie. Centraal in de discussie staat de vraag of het nog niet geboren kind kan worden aangemerkt als een ander die in gevaar wordt gebracht. Voorts gaat het om de uitleg van het begrip verslaving en om de vraag of een verslaving kan worden aangemerkt als een psychiatrische stoornis. Op beide begrippen wordt hier ingegaan.

#### *De uitleg van het gevaarscriterium in de Bopz:*

De gepubliceerde jurisprudentie over de uitleg van het begrip gevaar is niet éénduidig<sup>62</sup>. In een aantal uitspraken wordt overwogen dat nu het om een 'vergevoorderde zwangerschap' gaat de ongebornen vrucht als 'een ander' kan worden aangemerkt in de zin van de Wet Bopz<sup>63</sup>. In een andere uitspraak, waarbij eveneens sprake is van een vergevoorderde zwangerschap, wordt hierover niets overwogen maar geeft de rechter een rechterlijke machtiging af omdat hij zich zorgen maakt over de benodigde zorg rond de bevalling<sup>64</sup>. In slechts één (gepubliceerde) uitspraak verleent de rechter een inbewaringstelling bij een vrouw die 16 weken zwanger is<sup>65</sup>. De zwangere vrouw in deze zaak is bekend met een cocaïneafhankelijkheid en heeft tijdens drie eerdere zwangerschappen cocaïne gebruikt, terwijl zij wist dat zij zwanger was. Door het gebruik van cocaïne tijdens deze zwangerschappen heeft zij vier kinderen verloren. De rechter acht voldoende aannemelijk dat de vrouw gevaar veroorzaakt, waarbij het ernstige vermoeden bestaat dat afhankelijkheid van cocaïne, nicotine en een borderline-persoonlijkheidsstoornis dit gevaar doen veroorzaken. Het gevaar, dat er volgens de rechter uit bestaat dat de vrouw met name haar nog niet geboren kind van het leven zal beroven of hem ernstig letsel zal toebrengen, is zo onmiddellijk dreigend dat een inbewaringstelling wordt verleend.

#### *De uitleg van het begrip verslaving in de Bopz.*

Bij een gedwongen opname kan een verplichte behandeling (bv. afkicken) en verplichte medicatie worden opgelegd. In de Bopz wordt een verslaving vooralsnog niet aangemerkt als een psychiatrische stoornis (uitzonderingen daargelaten) en een verslaving vormt dus geen reden voor opname.

Een verslaving kan in sommige gevallen worden geclassificeerd als een stoornis van de

<sup>62</sup> Rb. Amsterdam 21 februari 2006, BJ 2007/6; Rb. Amsterdam 1 oktober 2007, LJN: BW7236; Rb. Den Bosch 11 september 2000, BJ 2001/29; Rb. Amsterdam 23 februari 2012, LJN BW6166; Rb. Groningen 29 november 2007, BJ 2008/17

<sup>63</sup> Rb. Amsterdam 21 februari 2006, BJ 2007/6; Rb. Amsterdam 1 oktober 2007, LJN: BW7236

<sup>64</sup> Rb. Den Bosch 11 september 2000, BJ 2001/29; Rb. Amsterdam 23 februari 2012, LJN BW6166; Rb. Groningen 29 november 2007, BJ 2008/17

<sup>65</sup> Rb. Amsterdam 14 februari 2011, LJN: BW7232

geestvermogens in de zin van Wet Bopz.

#### Mogelijkheden en beperkingen van de maatregel

De maatregel richt zich niet rechtstreeks op het ongeboren kind maar op de zwangere vrouw, die door haar gedrag schade kan veroorzaken bij haar ongeboren kind. Indien een zwangere vrouw voldoet aan de hiervoor uiteengezette criteria kan zij gedwongen worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Hierdoor kan meer controle worden uitgeoefend op mogelijk schadelijk gedrag van de zwangere vrouw met gevolgen voor haar ongeboren kind.

#### Conclusie

De jurisprudentie in Bopz-zaken is verre van eenduidig. Een eenduidiger uitleg van het begrip gevaar en het begrip verslaving in de BOPZ is gewenst en zou meer mogelijkheden kunnen bieden voor de bescherming van verslaafde zwangere vrouwen. Deze maatregel zou daarmee geschikt kunnen zijn voor zwangere vrouwen met een verslaving als die een stoornis van de geestvermogens oplevert en voor zwangere vrouwen met een psychiatrische stoornis. Uiteraard moet ook aan de overige wettelijke vereisten voor het opleggen van de maatregel zijn voldaan.

#### **i. verplichte zorgtitel in het kader van het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wetsvoorstel vGgz)**

##### De maatregel

Het wetsvoorstel voor de nieuwe WvGgz, die de Wet Bopz moet gaan vervangen, ligt bij de Eerste Kamer<sup>66</sup>. Aan een zwangere vrouw die haar nog niet geboren kind schade toebrengt, kan op grond van de WvGgz een 'verplichte zorgtitel' worden opgelegd. Dit is mogelijk als zij een psychische of psychiatrische stoornis heeft en zij een aanzienlijk risico vormt op ernstige schade voor haarzelf of voor een ander.

##### Interpretatie van de regelgeving

Het wetsvoorstel richt zich niet rechtstreeks tot het ongeboren kind, maar tot de meerderjarige/zwangere vrouw die door haar gedrag schade kan veroorzaken aan haar ongeboren kind.

In dit wetsvoorstel wordt onder 'een ander' ook verstaan het nog niet geboren kind. Het gebruik van drugs of alcohol kan onder omstandigheden worden aangemerkt als een psychische stoornis en de maatregel zou in dat geval ook kunnen worden opgelegd aan zwangere vrouwen met een verslaving.

##### Mogelijkheden en beperkingen van de maatregel

Het is mogelijk in het kader van de WvGgz een verplichte zorgtitel op te leggen aan zwangere vrouwen met een psychische stoornis. Ook het gebruik van drugs of alcohol kan onder omstandigheden worden aangemerkt als een psychische stoornis en de maatregel kan in dat geval worden opgelegd aan zwangere vrouwen met een verslaving. In de Memorie van Toelichting op de voorgestelde wet staat het volgende vermeld:

---

<sup>66</sup> Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, TK 32399

'In die gevallen dat bijvoorbeeld door ernstige ondervoeding of het gebruik van drugs of alcohol de schade aan de foetus zo ernstig is, dat er na de geboorte sprake zal zijn van blijvende schade of een verstoorde ontwikkeling, kan een zwangere vrouw verplicht worden tot behandeling van haar psychische stoornis ter bescherming van haar ongeboren kind. [...] Hierbij geldt geen ondergrens in weken ten aanzien van de ontwikkeling van de foetus: juist ook in de eerste termijn van de zwangerschap is er een aanzienlijk risico op schade aan de foetus indien er sprake is van schade toebrengend gedrag door de moeder. [...] De mogelijkheid om een zwangere verplichte zorg te kunnen verlenen teneinde schade aan het ongeboren kind te voorkomen, moet overigens los gezien worden van haar recht op abortus. Dit recht kan niet terzijde worden gelegd door verplichte zorg. Bij het geven van verplichte zorg staat de wens van de zwangere voorop om de zwangerschap te behouden en uit te dragen. Zolang die wens aanwezig is, mag van de zwangere verwacht worden dat zij schade toebrengend gedrag achterwege laat.'

### Conclusie

Het wetsvoorstel biedt mogelijkheden om ook vóór de grens van 24 weken zwangerschap in te grijpen en zo blijvende schade bij het nog niet geboren kind te voorkomen.

## **4.5 Gedwongen prenatale zorg in de praktijk**

### **Onbereikbaarheid zwangere vrouwen**

Sommige zwangere vrouwen komen niet in beeld via de weg van de reguliere verloskundige zorg. Zij vermijden zorg en hulp. Deze vrouwen komen soms via een andere weg in beeld van hulpverleners (bijvoorbeeld op de eerste hulp na een delirium) maar ook bij de huisarts (voor een klacht die niets met de zwangerschap te maken heeft), via bekendheid bij de maatschappelijke opvang of bij het consultatiebureau voor een ander kind. Deze groep is lastig te bereiken.

Deze 'onbereikbaarheid' geldt overigens voor de meeste zwangeren in de eerste periode van hun zwangerschap. De reguliere verloskundige zorg begint veelal rond de 8e week van de zwangerschap. Sommige zwangere vrouwen komen al wel eerder in beeld bij hulpverleners. Bijvoorbeeld via de jeugdhulpverlener die betrokken is in verband met de ondertoezichtstelling van een ander kind of een hulpverlener in de vrouwenopvang die bekend wordt met de zwangerschap.

### **'24-weken regel'**

In de praktijk blijkt dat met de groep 'prille' zwangeren met risicovol gedrag anders wordt omgegaan dan met vrouwen die verder zijn in hun zwangerschap. Dit komt omdat door verschillende organisaties een '24-weken regel' door de hulpverleners gehanteerd wordt. Dit betekent dat pas na 24 weken zwangerschap de reguliere procedures (doen van melding en onderzoek) in gang worden gezet. Deze '24-weken regel' is op verschillende plekken in zowel de praktijk als de literatuur terug te vinden. In de praktijk wordt deze 24-weken regel toegepast door vele organisaties zoals bijvoorbeeld Vrouwenopvang, Veilig Thuis en de RvdK. In de literatuur komt men in veel publicaties ook deze 24-weken grens tegen<sup>67 68</sup>.

<sup>67</sup> Bijv. Vink, R. *Drang en dwang rond de geboorte*, Tijdschrift voor verloskundigen 2012, 4, p. 42: 'Sinds 2008 kunnen nog niet geboren kinderen vanaf de abortusgrens van 24 weken zwangerschap, onder toezicht gesteld worden.'

<sup>68</sup> Zie ook: Boonekamp, J. ea *Handreiking drang en dwang in de zorg aan verslaafde zwangere vrouwen in het belang van het toekomstige kind*, Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming | Advies prenatale kindbescherming en de rol van de overheid

Deze '24-weeken regel' lijkt geïnspireerd op de jurisprudentie. De ondertoezichtstelling tijdens de zwangerschap wordt in de praktijk beperkt uitgelegd. Op 7 februari 2012 heeft de kinderrechter van de rechtbank Dordrecht een uitspraak gedaan, die in de rechtspraak tot grote onzekerheid heeft geleid<sup>69 70</sup>. Deze uitspraak zou impliceren dat pas vruchten vanaf de levensvatbaarheid van de vrucht beschermd zouden kunnen worden. De rechter ontvangt nauwelijks verzoeken tot ondertoezichtstelling van nog niet geboren kinderen met een zwangerschapsduur van minder dan 24 weken, wat voor gedrag de moeder ook laat zien<sup>71</sup>. Dit lijkt een gevolg van eerdere jurisprudentie.

### **Toepassing gedwongen maatregelen**

Andere gedwongen maatregelen dan de ondertoezichtstelling worden zeer beperkt ingezet. Er is weinig jurisprudentie over bekend. Er is bijvoorbeeld slechts één gepubliceerde uitspraak bekend van een gedwongen opname van een zwangere vrouw ter bescherming van haar nog niet geboren kind. Deze vrouw had eerder vier kinderen verloren door haar cocaïnegebruik in combinatie met een borderline stoornis<sup>72</sup>.

In de praktijk is een verschil gesignaleerd met betrekking tot het gebruik van gedwongen maatregelen. De inzet van Veilig Thuis en de Raad voor de Kinderbescherming wordt in het ene ziekenhuis echt als ultimum remedium gezien als vele pogingen van vrijwillige hulpverlening niet baten. In het VUMC komen gedwongen maatregelen niet in beeld, zolang de zwangere vrouw beterschap belooft (opnieuw en opnieuw). Door de betrokkenen wordt het als een voordeel gezien dat de nadruk op vrijwillige hulpverlening ervoor zorgt dat zwangeren minder snel weg zullen lopen van de zorg. Het wordt als een nadeel gezien dat het nog niet geboren kind behoorlijke risico's kan lopen en dat de inzet van gedwongen maatregelen rond het tijdstip van de geboorte soms erg hectisch kan verlopen. In het ErasmusMC wordt de gedwongen maatregel eerder gebruikt en ook als instrument gezien om de tijd tijdens de zwangerschap te gebruiken om een plan van aanpak te maken en in een gecalculeerde situatie te komen bij de geboorte. De periode van de geboorte wordt als onwenselijk gezien om bijvoorbeeld het contact met de jeugdhulpverlener op te bouwen.

### **Termijnen**

De klok van de zwangerschap loopt tijdens een zorgtraject van een zwangere vrouw gestaag door. In verband met de grote belangen die op het spel staan wordt geprobeerd om met grote zorgvuldigheid de situatie in kaart te brengen. Dit kost tijd. De betrokken zorgverlener (bijvoorbeeld verloskundige) doet eerst zelf onderzoek naar de situatie, consulteert collega's en gaat aan de slag met vrijwillige hulpverlening. Vervolgens kan het scenario zijn dat wordt doorverwezen naar het ziekenhuis. Het is de bedoeling dat de 1e zorgverlener hierbij zoveel mogelijk gegevens overdraagt aan de opvolgende zorgverlener. In het ziekenhuis

*stige kind, een ethische handreiking, Universiteit Maastricht/CAPHRI, juni 2011, p 7: '(...) ook aan het nog niet geboren kind te denken valt, maar pas bij een zwangerschapsduur van meer dan 24 weken.'*

<sup>69</sup> Rb Dordrecht 7 februari 2012, ECLI:NL:RBDOR:2012:BV6246; JPF 2012, 82 m.nt. P. Vlaardingerbroek.

<sup>70</sup> De kinderrechter in casu oordeelde dat het verzoek om (voorlopige) ondertoezichtstelling van de ongeboren vrucht (de vrouw was ca. 17 weken zwanger) moest worden afgewezen vanwege de nog niet zelfstandige levensvatbaarheid van de foetus, die gelet op de duur van de zwangerschap geen bescherming toekwam.

<sup>71</sup> Gesproken kinderrechtshouders (zie lijst geïnterviewden)

<sup>72</sup> ECLI:NL:RBAMS;2011:BW7232



wordt opnieuw onderzoek gedaan naar de situatie en eventueel opnieuw een poging met vrijwillige hulpverlening gedaan. Indien een gedwongen maatregel gepast wordt geacht zal Veilig Thuis een onderzoek doen (termijn van 10 weken) en vervolgens de Raad voor de Kinderbescherming (termijn van 8 weken). Gelet op de praktijk dat voor 24 weken zwangerschap geen actie wordt ondernomen is in de praktijk het kind regelmatig al geboren voordat het resultaat van het onderzoek bekend is.

### Samenvatting

Het spanningsveld tussen de vier betrokken partijen in de prenatale zorgpraktijk komt meer onder druk te staan indien de moeder minder in staat is om een gezonde levensstijl te volgen. In het zorgcontinuüm komt dan ook de rode zone in zicht, gedwongen zorg om het kind te beschermen.

De ouders hebben de vrijheid om hun privéleven op hun eigen manier vorm te geven. De vrouw heeft een zelfbeschikkingsrecht en de mogelijkheid om de zwangerschap af te breken (tot een zwangerschapsduur van 24 weken). Het zelfbeschikkingsrecht (tot 24 weken zwangerschap) kan niet worden ingeperkt. De vrijheid van de ouders om hun privéleven op hun eigen manier vorm te geven kan wel worden beperkt. Inbreuk door de overheid door middel van een kindbeschermingsmaatregel is slechts toegestaan indien de ontwikkeling van het nog niet geboren kind ernstig wordt bedreigd.

Professionals maken in de dagelijkse praktijk de afwegingen in individuele gevallen van risicovol ouderschap. De primaire focus is hierbij gericht op vrijwillige hulpverlening maar de professional kan in het belang van de gezondheid van de baby een noodzaak zien tot een gedwongen (kinderbeschermings)maatregel. Dit heeft invloed op de relatie van de professional met de ouder(s). De relatie wordt precair en er speelt angst om het contact met de ouder te verliezen. De professional is gericht op betere zorg voor het kind en vreest dat zonder contact met de moeder het kind nog minder zorg krijgt. Dit dilemma is ingewikkeld en de overheid heeft een verantwoordelijkheid om de professionals bij deze taak te ondersteunen.

De overheid is geen eenduidige partij in de prenatale zorgpraktijk en heeft verschillende verantwoordelijkheden. De overheid *bescherm*t ouders tegen *inmenging in hun privéleven*. Dit vertaalt zich in wetgeving en in zorg. Wetgeving zorgt ervoor dat die gedwongen zorg gereguleerd wordt. Het ingrijpen van professionals is door wetgeving ingeperkt en wordt in individuele gevallen getoetst door de kinderrechter. De zorgtaak van de overheid houdt in dat er basale prenatale zorg beschikbaar is en vrijwillige hulpverlening om specifieke zwangeren te ondersteunen. Met goede prenatale zorg kan gedwongen zorg en inmenging in het privéleven voorkomen worden.

De rol van de overheid *ter bescherming van het kind* is ingevuld met het zojuist genoemde wettelijk kader aan kindbeschermingsmaatregelen en met de organisatie van deze gedwongen zorg in de praktijk (Veilig Thuis en Raad voor de Kinderbescherming).

Er is een overzicht gegeven van de wettelijke maatregelen die kunnen worden toegepast



ter bescherming van het nog niet geboren kind. Er is geen beschermingsmaatregel die uitsluitend in de wet is opgenomen ter bescherming van het nog niet geboren kind. Weliswaar kan in de praktijk de bescherming worden gevraagd via de ondertoezichtstelling maar deze maatregel is vooral en met name bedoeld om het reeds geboren kind te beschermen. Bij de ondertoezichtstelling wordt een gezinsbeschermer aangesteld die de zwangere ondersteunt en de hulpverlening coördineert. In de praktijk wordt de ondertoezichtstelling veelal niet opgelegd in de eerste 24 weken van de zwangerschap. De andere genoemde (kinderbeschermings)maatregelen worden zeer weinig gebruikt ten tijde van de zwangerschap. Deze andere maatregelen liggen ook minder voor de hand omdat de betrokken instanties zoals de Raad voor de Kinderbescherming geen rol hebben bij het verzoeken om maatregelen, zoals de ondercuratelestelling.

In de praktijk wordt een verschil gesignaleerd met betrekking tot het gebruik van gedwongen maatregelen als ultimum remedium of al eerder in de zwangerschap. In de evaluatie wordt nader ingegaan op deze verschillen.



## Hoofdstuk 5 Slotbeschouwing en aanbevelingen

De centrale vraag van dit advies luidt:

### **Wat is de (gewenste) reikwijdte van de kindbeschermende taak van de overheid ten opzichte van het nog niet geboren kind?**

Om deze vraag te beantwoorden is allereerst de huidige prenatale zorgpraktijk in kaart gebracht. In dit hoofdstuk wordt de rol van de overheid in de prenatale zorgpraktijk geëvalueerd en worden aanbevelingen gedaan.

Dit advies is gericht aan de bewindslieden van VWS en de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie. De evaluatie en aanbevelingen zijn derhalve gericht aan de overheid. De RSJ is zich er terdege van bewust dat de rol van de overheid niet los is te zien van - en bestaat in samenhang met - de andere partijen in de zorgpraktijk (kind, ouders en professional). De ouders en professionals hebben, naast de overheid, een cruciale verantwoordelijkheid voor de zorg voor het nog niet geboren kind.

De prenatale zorgpraktijk is in kaart gebracht met behulp van twee kaders. De prenatale zorg wordt beschouwd als een *zorgcontinuüm* en wordt beschreven vanuit een *netwerk van vier betrokken partijen* (nog niet geboren kind, ouders, professionals, overheid).

In het zorgcontinuüm is aan de ene kant (groene zone) sprake van algemene prenatale zorg en zwangeren met een gezonde leefstijl en aan het andere kant (rode zone) is sprake van risicovol ouderschap en gedwongen zorg. De positie, de onderlinge relaties en verantwoordelijkheden van deze vier partijen worden beïnvloed door de positie op het zorgcontinuüm.

### **De algemene zorgpraktijk en de rol van de overheid**

In dit advies is de rol van de overheid in samenwerking met de andere partijen in de algemene zorgpraktijk (groene zone) beschreven. De basis van de zorgpraktijk is de reguliere verloskundige zorg die verloskundigen en gynaecologen uitoefenen. De stuurgroep van VWS heeft naar aanleiding van de relatief hoge babysterfte in Nederland uitgebreid onderzoek gedaan naar deze verloskundige zorg en speerpunten ter verbetering geformuleerd. Het Ministerie van VWS erkent het belang van noodzakelijke verbeteringen in de prenatale zorg.

In de algemene prenatale zorg (gericht op alle zwangeren) is naast de reguliere verloskundige zorg ook een belangrijke rol weggelegd voor voorlichting en screeningsinstrumenten. Voorlichting over een gezonde levensstijl tijdens de zwangerschap wordt zowel door professionals als de overheid gegeven. Naast de mondelinge voorlichting (bijvoorbeeld via verloskundigen) wordt veel informatie via internet verspreid. De overheid (mede)financiert websites die uitgebreide voorlichting geven. Deze informatie is ook beschikbaar in andere talen en in een vorm die voor minder geletterden begrijpelijk is. Goede en toegankelijke voorlichting is belangrijk omdat de reguliere verloskundige zorg start rond de 8 weken van de zwangerschap en veel zwangere vrouwen in de periode

daarvóór meestal nog geen contact met de zorg hebben en daardoor niet bekend en (dus) onbereikbaar zijn. Hier speelt mee dat juist in de eerste fase van de zwangerschap de schadelijke gevolgen bij risicovol ouderschap groot zijn.

Screeningsinstrumenten worden gebruikt om risicofactoren (op een ongezonde leefstijl) zo vroeg mogelijk in de zwangerschap op te kunnen sporen. Door deze zwangeren vroegtijdig hulp aan te bieden kan schade aan het nog niet geboren kind voorkomen of verminderd worden. Screeninginstrumenten in de prenatale zorg zijn niet breed beschikbaar in Nederland. De screeningsinstrumenten maken een snelle ontwikkeling door. Er lopen meerdere onderzoeken naar het gebruik van deze instrumenten. De eerste bevindingen zijn hoopvol en de RSJ vindt dat de overheid deze ontwikkeling (verder) moet ondersteunen zowel door onderzoek als door het stimuleren van gemeenten en professionals (ook in ziekenhuizen) om deze instrumenten te gaan gebruiken.

## ***Aan bewindslieden van VWS***

### **1. Stimuleer de ontwikkeling, het onderzoek en het gebruik van screeningsinstrumenten.**

#### **Risicovol ouderschap, vrijwillige zorg en de rol van de overheid**

De overheid heeft een essentiële verantwoordelijkheid in de organisatie van goede prenatale zorg. Hierbij gaat het naast de zojuist besproken algemene prenatale zorg ook om de vrijwillige zorg bij risicovol ouderschap. Goede zorg kan risicovol ouderschap verminderen. Goede zorg biedt bescherming tegen gedwongen zorg (kinderbeschermingsmaatregelen).

In het advies is stilgestaan bij het effect van risicovol ouderschap op het nog niet geboren kind. Tevens komt het vrijwillige zorgaanbod om de ouders te helpen aan de orde. De overheid heeft een belangrijke rol bij het doen van onderzoek naar het zorgaanbod (interventie-instrumenten) en de financiering van de zorg.

Het is opvallend dat voor de aanpak van roken en alcoholgebruik tijdens de zwangerschap (de grootste groep risicozwangeren) weinig interventie-instrumenten in de praktijk worden toegepast. Zeer positief is de ontwikkeling van het nieuwe e-health programma 'negen maanden niet' om zwangere vrouwen te helpen bij het stoppen of minderen met drinken. Het is van belang dat dit nieuwe instrument snel zijn weg vindt naar de zwangere vrouwen. De RSJ hecht er belang aan dat de overheid het gebruik van en onderzoek naar interventie-instrumenten om roken en drinken tijdens de zwangerschap te verminderen verder zal stimuleren.

De overheid heeft onderzoek gefinancierd naar het gebruik van prenataal huisbezoek door de Jeugdgezondheidszorg. De eerste resultaten lijken veelbelovend. Verder onderzoek naar dit instrument wordt sterk geadviseerd. In de praktijk lijkt nog weinig gebruik te worden gemaakt van dit instrument en met behulp van onderzoek naar de effectiviteit kan hierin verandering gebracht worden.

## ***Aan de bewindslieden van VWS***

### **2. Implementeer het gebruik van effectieve programma's tegen roken en alcohol bij zwangerschap en stimuleer prenatale huisbezoeken.**

De focus van de professionals in de praktijk is op het verminderen van risicovol ouderschap met behulp van vrijwillige hulpverlening. Er is een omwenteling gaande in het zorgveld. De gemeente heeft nu de centrale rol in de jeugdhulp. De lijnen tussen verloskundigen en gynaecologen (en huisartsen en maatschappelijk werk) om de risicozwangere naar de gemeente toe te leiden, zijn dun of zelfs nog niet aanwezig. De stelselwijziging in de jeugdzorg zorgt voor een nieuwe dynamiek in de prenatale jeugdhulp.

#### **Risicovol ouderschap, gedwongen zorg en de rol van de overheid**

Tevens is de rol van de overheid in de samenwerking met de andere partijen in de rode zone beschreven. In de rode zone is sprake van risicovol ouderschap en gedwongen zorg.

In de praktijk blijkt dat er bij veel hulpverleners zorg bestaat voor het verliezen van contact met deze ouders door de inzet van gedwongen maatregelen, zoals een ondertoezichtstelling. De vrees is dat de moeder zorg gaat mijden en dat het nog niet geboren kind dan nog slechter af is. Er zijn ook andere gronden om af te zien van ingrijpen. Indien sprake is van handelingsverlegenheid dan grijpt een professional niet in, terwijl de situatie er wel om vraagt. De overheid heeft een taak om de professionals bij deze problematiek te ondersteunen en doet dit onder andere door de ontwikkelde meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. De RSJ acht van belang dat de overheid meer aandacht besteedt aan de training van professionals in de prenatale zorg in het gebruik van de meldcode, waaronder het tijdig melden, en de aanpak van handelingsverlegenheid. De RSJ roept de overheid tevens op om te stimuleren dat in de opleiding van de zorgverleners meer aandacht wordt besteed aan dit onderwerp<sup>73</sup>.

In de praktijk wordt een verschil gesignaleerd tussen ziekenhuizen met betrekking tot het inzetten van gedwongen maatregelen als ultimum remedium of al eerder in de zwangerschap (om een ondertoezichtstelling op het moment van de geboorte te voorkomen). Beide varianten bieden voordelen en nadelen. De RSJ vindt dat de bewindslieden van VWS, met hulp van de beroepsorganisaties, verder onderzoek moeten doen naar deze verschillen om wellicht richtlijnen voor de praktijk te doen ontwikkelen.

In Nederland wordt de vrijheid van de ouders tegen inmenging van de overheid goed beschermd. Pas indien sprake is van voor het nog niet geboren kind zeer schadelijk gedrag komen kindbeschermsmaatregelen in beeld. In die gevallen dat professionals oordelen dat de schade aan het nog niet geboren kind ernstig dreigt te worden dienen effectieve kindbeschermsmaatregelen voorhanden te zijn.

De meest gebruikte kindbeschermsmaatregel die tijdens de zwangerschap wordt

---

<sup>73</sup> In 2013 is een onderzoek gedaan naar de mate waarin kindermishandeling en huiselijk geweld onderdeel zijn van een aantal opleidingen. De opleiding tot verloskundige en kindermishandeling in de prenatale fase maakte geen onderdeel uit van dit onderzoek.

opgelegd is de ondertoezichtstelling. Er wordt dan een gecertificeerde instelling (g.i.) benoemd die toezicht houdt en de hulp en steun aan de zwangere vrouw coördineert. De ondertoezichtstelling is echter primair gericht op de bescherming van reeds geboren kinderen. Ook de bevoegdheden van de g.i. zijn niet specifiek gericht op de prenatale bescherming van het nog niet geboren kind.

In de huidige zorgpraktijk wordt door veel professionals een '24-weeken regel' gehanteerd. Dit betekent dat er geen activiteiten (zoals onderzoek) worden ondernomen tot de grens van 24 weken zwangerschap. Het beleid van deze organisaties is geïnspireerd op de jurisprudentie (vrijwel geen ondertoezichtstelling voor de 24 weken).

De rechtsgrond van de maatregel, de wettelijke bevoegdheden van de g.i. en de uitvoering van de maatregel zouden meer dan thans kunnen worden toegespitst op de prenatale bescherming van het nog niet geboren kind. Daarmee kan tevens worden bereikt dat ook aan nog niet geboren kinderen beneden de leeftijd van 24 weken de noodzakelijke prenatale bescherming kan worden verleend en dat door de raad voor de kindbescherming sneller kan worden opgetreden als dat ter bescherming van het nog niet geboren kind noodzakelijk is.

De RSJ adviseert de staatssecretaris van V&J om de bescherming van het nog niet geboren kind apart en overzichtelijk in de wet vast te leggen. De suggestie is om naast de ondertoezichtstelling van artikel 1:255 BW een aparte rechtsgrond in een artikel 1:255a BW op te nemen voor de ondertoezichtstelling van nog niet geboren kinderen met daarop gerichte wettelijke bevoegdheden voor de g.i.

### ***Aan de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie***

**3. Ontwikkel nieuwe wetgeving die een aparte rechtsgrond bevat voor een ondertoezichtstelling van het nog niet geboren kind.**

**4. Geef de gecertificeerde instelling in het kader van de ondertoezichtstelling meer op de prenatale bescherming van het nog niet geboren kind gerichte wettelijke bevoegdheden.**

De RSJ adviseert de bewindslieden van VWS om via de beroepsorganisaties de professionals in het veld te benaderen om hun beleid en cultuur te wijzigen zodat vrijwillige hulpverlening en indien nodig gedwongen maatregelen worden toegepast om het nog niet geboren kind te beschermen. De hierboven aanbevolen nieuwe wetgeving gericht op het nog niet geboren kind zal deze beleidswijziging ondersteunen.

***Aan de bewindslieden van VWS***

***5. Zorg via de beroepsorganisaties voor een beleids- en cultuurwijziging bij de professionals. Voor het organiseren van vrijwillige -en gedwongen zorg bij risicovol ouderschap dient de grens van 24 weken zwangerschap niet langer gehanteerd te worden.***





## Bijlage A: Maatregelen gedwongen kader

De juridische titels die in paragraaf 4.4 zijn beschreven worden in deze bijlage verder toegelicht. Het gaat om de volgende juridische mogelijkheden:

- a. ondertoezichtstelling (ots) van het nog niet geboren kind;
- b. beëindiging van het ouderlijk gezag van de ouder(s) en schorsing van het ouderlijk gezag;
- c. bijzondere curator voor het nog niet geboren kind;
- d. ondercuratelestelling van de meerderjarige/zwangere vrouw;
- e. mentorschap van de meerderjarige/zwangere vrouw;
- f. tijdelijk huisverbod;
- g. gedragsaanwijzing;
- h. voorlopige machtiging op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) voor de zwangere vrouw;

Mogelijkheid naar toekomstig recht:

- i. verplichte zorgtitel in het kader van de WvGgz.

### **a. ondertoezichtstelling (ots) van het nog niet geboren kind**

Bij een ondertoezichtstelling wordt het gezag van de ouders over hun kind(eren) beperkt. Dit kan het geval zijn bij ernstige (opvoedings)problemen en indien de ontwikkeling van het kind in gevaar komt. Het gezin krijgt dan begeleiding van een gezinsvoogd.

#### Verzoekers:

Raad voor de Kinderbescherming, het Openbaar Ministerie, de ouder of een ander die de minderjarige als behorende tot zijn gezin verzorgt en opvoedt.

#### Criterium:

art. 1:255 lid BW:

“de kinderrechter kan een minderjarige onder toezicht stellen van een gecertificeerde instelling indien een minderjarige zodanig opgroeit dat hij in zijn ontwikkeling ernstig wordt bedreigd, en:

- a. de zorg die in verband met het wegnemen van de bedreiging noodzakelijk is voor de minderjarige of voor zijn ouders of de ouder die het gezag uitoefenen, door dezen niet of onvoldoende wordt geaccepteerd, en
- b. de verwachting gerechtvaardigd is dat de ouders of de ouder die het gezag uitoefenen binnen een gelet op de persoon en de ontwikkeling van de minderjarige aanvaardbaar te achten termijn, de verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding, bedoeld in artikel 247, tweede lid, in staat zijn te dragen.”

De kinderrechter moet de concrete bedreigingen in de ontwikkeling van de minderjarige alsmede de daarop afgestemde duur van de ots in de beschikking vermelden. De ots wordt uitgevoerd door de g.i. die toezicht houdt op de minderjarige, in casu het nog niet geboren kind. De g.i. zorgt ervoor dat de minderjarige en de met gezag belaste ouder hulp en steun worden geboden. Die hulp en steun is gericht op het wegnemen van de concrete bedreigingen in de ontwikkeling van de minderjarige. De hulp en steun moeten door de

zwangere vrouw worden aanvaard. Bij verschil van mening kan zij, evenals de gezagsouder, een geschil over de uitvoering van de ots voorleggen aan de kinderrechter. Deze neemt dan, nadat hij eerst probeert te bemiddelen, een zodanige beslissing als hem in het belang van het nog niet geboren kind wenselijk voorkomt (art. 1:262b BW).

De ots kan voor maximaal 1 jaar worden opgelegd en kan daarna steeds door de kinderrechter worden verlengd.

Gevolg:

beperking van het gezag van de ouders/moeder. In artikel 1:262 lid 1 BW is onder meer bepaald dat de gecertificeerde instelling in het kader van de ondertoezichtstelling toezicht houdt op de minderjarige en ervoor zorgt dat aan de minderjarige en de met het gezag belaste ouders of ouder hulp en steun wordt geboden opdat concrete bedreigingen in de ontwikkeling van de minderjarige binnen de duur van de ondertoezichtstelling worden weggenomen.

**b. Beëindiging van het ouderlijk gezag van de ouder(s) en schorsing van het ouderlijk gezag**

Verzoekers:

De Raad voor de Kinderbescherming, het Openbaar Ministerie en pas in tweede instantie degene die niet de ouder is en de minderjarige meer dan een jaar als behorende tot zijn gezin verzorgt en opvoedt. (dit laatste speelt dus niet bij een kind dat nog geboren moet worden).

Criterium:

art. 266 BW

1. De rechtbank kan het gezag van een ouder beëindigen indien:
  - a. een minderjarige zodanig opgroeit dat hij in zijn ontwikkeling ernstig wordt bedreigd, en de ouder niet de verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding, bedoeld in artikel 247, tweede lid, in staat is te dragen binnen een voor de persoon en de ontwikkeling van de minderjarige aanvaardbaar te achten termijn, of
  - b. de ouder het gezag misbruikt.
2. Het gezag van de ouder kan ook worden beëindigd indien het gezag is geschorst, mits aan het eerste lid is voldaan.

Gevolg:

de rechter bepaalt dat een ander voor bepaalde of onbepaalde tijd het gezag over het kind krijgt. Het gezag zal meestal worden uitgevoerd door de g.i. Het kind wordt opgevoed in een pleeggezin of tehuis. De ouders hebben officieel niets meer te zeggen over het kind maar de voogd betreft hen voorzover mogelijk en informeert hen over het kind.

*Schorsing gezag*

Op grond van feiten die tot gezagsbeëindiging van een ouder kunnen leiden, en indien dit dringend en onverwijld noodzakelijk is, kan de kinderrechter de ouder(s) geheel of

gedeeltelijk in de uitoefening van het gezag over een kind schorsen en een ander belasten met de voorlopige voogdij over een kind (1:268 BW).

### **c. bijzondere curator voor het nog niet geboren kind**

#### Verzoekers:

Een belanghebbende kan het verzoek doen. Daarnaast kan de rechter ook ambsthalfve een bijzondere curator aanwijzen.

#### Criterium:

De benoeming van de bijzondere curator moet in het belang van de minderjarige noodzakelijk zijn.

Artikel 1:250 BW spreekt van een conflict tussen de belangen van de met het gezag belaste ouders of een voogd en de belangen van een minderjarige met betrekking tot de verzorging en opvoeding.

#### Gevolg:

Over wie tot bijzondere curator kunnen worden benoemd laat de wet zich niet uit. De bijzondere curator is de vertegenwoordiger van de (belangen van de) minderjarige in een concreet probleem en het is de bijzondere curator die bepaalt hoe het belang van de minderjarige het beste kan worden behartigd<sup>74</sup>.

### **d. ondercuratelestelling van de meerderjarige /zwangere vrouw**

#### Verzoekers:

De betrokken persoon zelf, zijn echtgenoot, zijn geregistreerde partner dan wel andere levensgezel, zijn bloedverwanten in de rechte lijn en in de zijlijn tot en met de vierde graad, degene die het gezag over de betrokken persoon uitoefent, zijn voogd, zijn bewindvoerder en zijn mentor. De curatele kan voorts worden verzocht door het openbaar ministerie en door de instelling waar de betrokkene wordt verzorgd of die aan de betrokkene begeleiding biedt.

#### Criterium:

Een meerderjarige kan onder curatele worden gesteld (artikel 1:378 BW), wanneer zij tijdelijk of duurzaam haar belangen niet behoorlijk waarneemt of haar veiligheid of die van anderen in gevaar brengt, als gevolg van:

a. zijn lichamelijke of geestelijke toestand, dan wel

b. gewoonte van drank- of drugsmisbruik

en een voldoende behartiging van die belangen niet met een meer passende en minder verstreckende voorziening mogelijk is.

#### Gevolg

De gevolgen van een ondercuratelestelling zijn verstreckend. De onder curatele gestelde is niet bekwaam rechtshandelingen te verrichten, anders dan met toestemming van de curator. De handelingsonbekwaamheid strekt zich niet alleen uit tot het vermogensrecht,

---

<sup>74</sup> Groene Serie Personen- en familierecht, 1 Algemeen bij: Burgerlijk Wetboek Boek 1, Artikel 250 Bijzondere curator.

maar omvat ook de rechtshandelingen van de curandus op het gebied van het personen- en familierecht, erfrecht, procesrecht en het publiekrecht. Voor een onder curatele gestelde zwangere vrouw betekent het onder meer dat zij na de geboorte onbevoegd is om gezag over het kind uit te oefenen.

#### **e. mentorschap van de meerderjarige/zwangere vrouw**

Ten behoeve van de zwangere vrouw kan een mentorschap worden ingesteld (artikel 1:450 BW).

##### Verzoekers:

De betrokken persoon, zijn echtgenoot, zijn geregistreerde partner dan wel andere levensgezel, zijn bloedverwanten in de rechte lijn en die in de zijlijn tot en met de vierde graad, degene die het gezag over de betrokken persoon uitoefent, zijn voogd, zijn curator of zijn bewindvoerder. Voorts het openbaar ministerie en de instelling waar de betrokkene wordt verzorgd of die aan de betrokkene begeleiding biedt.

##### Gevolg:

De betrokkene is tijdens het mentorschap onbevoegd om rechtshandelingen te verrichten in aangelegenheden betreffende zijn verzorging, verpleging, behandeling en begeleiding. Hierover beslist zijn mentor. Ook voor medische beslissingen rond de zwangerschap en bevalling heeft de zwangere vrouw toestemming nodig van de mentor.

#### **f. tijdelijk huisverbod**

##### Verzoeker:

Naar aanleiding van een melding huiselijk geweld, de burgemeester. Indien de burgemeester voornemens is het huisverbod op te leggen wegens kindermishandeling of een ernstig vermoeden daarvan, neemt hij contact op met Bureau Jeugdzorg.

##### Criterium:

Het dreigen met huiselijk geweld, het gepleegd hebben van huiselijk geweld of het ervan verdacht worden huiselijk geweld te hebben gepleegd (Wet tijdelijk huisverbod (Wtv)), voor in eerste instantie de periode van 10 dagen, verlenging met 18 dagen is mogelijk. Een tijdelijk huisverbod is mogelijk als uit feiten of omstandigheden blijkt dat de aanwezigheid van die persoon in de woning ernstig en onmiddellijk gevaar oplevert voor de veiligheid van één of meer medebewoners of indien op grond van feiten of omstandigheden een ernstig vermoeden van dit gevaar bestaat. Het tijdelijk huisverbod voorziet in een afkoelingsperiode na een noodsituatie, zodat hulpverlening op gang kan worden gebracht en escalatie kan worden voorkomen. Het tijdelijk huisverbod kan tussentijds worden ingetrokken door de burgemeester wanneer de situatie rustig is, er hulpverlening is geaccepteerd of tot stand is gekomen en er geen acute dreiging meer is.

Gevolg: de persoon die huiselijk geweld dreigt te plegen, heeft gepleegd of ervan verdacht wordt te hebben gepleegd kan een verbod worden opgelegd om zijn woning te betreden. Hij mag in die periode geen contact opnemen met de partner of de kinderen (artikel 2 Wvt).

## **g. gedragsaanwijzing**

### Verzoeker:

Met deze maatregel (artikel 509hh Wetboek van Strafvordering) kan de Officier van Justitie een verdachte aanwijzingen geven aangaande zijn gedrag. De OvJ heeft vier mogelijkheden, nl. een gebiedsverbod en/of een contactverbod en/of een meldplicht en/of een verplichting zich te doen begeleiden.

### Criterium:

Er moet sprake zijn van een verdenking van een strafbaar feit waardoor de openbare orde ernstig is verstoord en waarbij grote vrees voor herhaling bestaat, of de vrees bestaat dat de verdachte personen zal lastigvallen, of de vrees bestaat dat de verdachte goederen zal vernielen.

De gedragsaanwijzing geldt totdat tegen de verdachte een onherroepelijk vonnis is uitgesproken of in ieder geval maximaal 90 dagen. Verlenging, zolang er dus geen onherroepelijk vonnis is, kan maximaal drie keer plaatsvinden met 90 dagen (totaal dus maximaal 360 dagen).

### Gevolg:

De verdachte moet zich houden aan de aanwijzing. Overtreding ervan levert een misdrijf op op grond van artikel 184a van het Wetboek van Str. en wordt gestraft met een gevangenisstraf van maximaal 12 maanden of een geldboete van maximaal 7.400 Euro.

## **h. voorlopige machtiging op grond van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) voor de moeder**

### Verzoeker:

De officier van justitie (bij een voorlopige machtiging), de burgemeester (bij een last tot inbewaringstelling).

### Criterium:

Voor de machtiging: het veroorzaken van gevaar als gevolg van een stoornis van de geestvermogens (artikel 2 tot en met 10 Wet Bopz). Voor de last tot inbewaringstelling: als de betreffende persoon/zwangere vrouw een gevaar veroorzaakt, er een ernstig vermoeden is dat een stoornis van de geestvermogens dit gevaar veroorzaakt, en het gevaar zo onmiddellijk dreigend is, dat een rechterlijke machtiging niet kan worden afgewacht.

### Gevolg:

Als een voorlopige machtiging wordt opgelegd of een last tot inbewaringstelling wordt afgegeven, wordt de zwangere vrouw gedwongen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Tijdens de opname in een psychiatrische ziekenhuis kan ondermeer middelengebruik worden gereguleerd of gestopt en kan de zwangerschap van de vrouw door medisch personeel worden gecontroleerd.

### **i. verplichte zorgtitel in het kader van de WvGgz**

Aan een zwangere vrouw die haar nog niet geboren kind schade toebrengt kan op grond van de WvGgz, een 'verplichte zorgtitel' worden opgelegd. De huidige Wet Bopz, die op 17 januari 1994 (Stb. 1993, 755) in werking trad, zal naar verwachting binnen afzienbare tijd worden vervangen door de WvGgz.

#### Verzoeker(s):

Een ieder, op te leggen door de rechter.

#### Criterium:

Als een persoon/zwangere vrouw een psychische of psychiatrische stoornis heeft en zij een aanzienlijk risico vormt op ernstige schade voor haarzelf of voor een ander. Onder 'een ander' wordt ook verstaan het nog niet geboren kind.

Gevolg: mogelijkheid tot gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis en controle/begeleiding inzake middelengebruik en medische zorg.

## Bijlage B: Lijst van geïnterviewden

### De Raad heeft gesprekken gevoerd met:

E. Ammerlaan, beleidsmedewerker/ketenregisseur bij de gemeente Rotterdam, Maatschappelijke Ontwikkeling, afdeling Persoonsgerichte Zorg

A. Annegarn, senior adviseur 1<sup>ste</sup> lijn Amsterdam

prof. dr. H.E.M. Baartman, docent bij de Rinogroep

M. Baracs, beleidsadviseur bij de Kinderombudsman

mr. K. Blankman, assistent professor Private Law bij de Vrije Universiteit Amsterdam

dr. K. Boer, voormalig Universitair Hoofddocent verloskunde/emeritus gynaecoloog AMC

mr. H.C. van den Bosch, projectleider Jeugdzorg bij Jeugdzorg Nederland

mr. J. Calkoen-Nauta, vice-president Rechtbank Breda, tevens kinderrechter

A. Derksen, beleidsadviseur sociaal domein bij de Vereniging van Nederlandse Gemeenten

drs. G. van Dijk, secretaris commissie ethische vraagstukken bij het Erasmus MC

drs. E. Edelenbos, kinderarts/forensisch arts VUmc

dr. A.J. Eggink, gynaecoloog/perinatoloog Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis

S.R. van der Eijk, regieverpleegkundige Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis

mr. D.A. Flinterman, senior rechter te Groningen

R.M.A. Hakkenberg, klinisch verloskundige, MPA, beleidsadviseur belangenbehartiging bij de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)

dr. A.J.K. Hondius, psychiater/geneesheer-directeur bij GGZ Centraal

I. Kannegieter-van Wessel, maatschappelijk werker Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis

mr. M.J.C. Koens, senior raadsheer gerechtshof 's-Hertogenbosch

K. Kooijman, senior medewerker afdeling Zorg voor Jeugd bij het Nederlands Jeugd Instituut (NJI)

R.J.P. Kottenhagen, associate professor of Law bij de Erasmus Universiteit

W.M. van der Made-Witteveen, klinisch verloskundige VUmc, lid POP-team, aandachtsfunctionaris Kindermishandeling/huiselijk geweld

drs. W.R. Pattje, programmaleider voor het ondersteuningsprogramma Veilig Thuis van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten

B. de Raadt, medisch maatschappelijk werker bij het Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis

A.J. Schneider, gynaecoloog/perinatoloog Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis

A. Schutte, projectleider Innovatie Jeugdbescherming bij de Vereniging van Nederlandse Gemeenten

mr. N. Snijders, plv. Hoofd Beleid bij de Raad voor de Kinderbescherming Landelijk Bureau

P.G.W. van Sommeren, aandachtsfunctionaris kindermishandeling/huiselijk geweld/forensisch verpleegkundige VUmc

J.M. Sprokkereef, directeur Bureau Jeugdzorg Utrecht

mr. T. Stikker, juridisch adviseur bij GGZ Nederland

A.V. Verburg, programmamanager bij de William Schrikker Groep

J.S.P. Vervoort, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis

prof. mr. P. Vlaardingebroek, hoogleraar personen- en familierecht bij de Universiteit van Tilburg

dr. J.M.B. Wennink, kinderarts in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis

A.G.C.G. Wils, verloskundige/beleidsadviseur belangenbehartiging bij de Koninklijke  
Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV)

J.M. Wiggelendam, vertrouwensarts Veilig Thuis VUmc

mr. S. Wortmann, lid Raad van State en bijzonder hoogleraar personen- en familierecht aan  
de Rijksuniversiteit Groningen