

MASTER'S THESIS

Medische interventies gedurende de bevalling: de rechten van de zwangere vrouw versus de rechten van het ongeboren kind

de Paus, Bianca

Award date:

2023

Awarding institution:

Department of Private Law

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

pure-support@ou.nl

providing details and we will investigate your claim.

Downloaded from <https://research.ou.nl/> on date: 06. Oct. 2024

Open Universiteit
www.ou.nl



Open Universiteit



**Medische interventies gedurende de bevalling: de rechten van de
zwangere vrouw versus de rechten van het ongeboren kind**

Student: Bianca de Paus
Studentennummer: 852134325
Begeleider: Mr. E. Jacobs
Examinator: Prof. mr. J.G.J. Rinkes
Aantal woorden: 13.693
Cursus: RM9906
Datum: 16 november 2023

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Afkortingenlijst	5
1. Inleiding	6
1.1. Probleembeschrijving	6
1.2. Doelstelling	7
1.3. Centrale vraag en deelvragen	7
1.4. Onderzoeksmethode	8
1.5. Leeswijzer	8
2. De rechten van de zwangere vrouw	10
2.1. Inleiding	10
2.2. Het zelfbeschikkingsrecht en het recht op informed consent	10
2.3. Het zelfbeschikkingsrecht en het recht op autonomie	14
2.4. Het zelfbeschikkingsrecht en het recht op lichamelijke integriteit	15
2.5. Wet op de afbreking zwangerschap en late zwangerschapsafbreking	17
2.6. Conclusie	19
3. De rechten van het ongeboren kind	20
3.1. Inleiding	20
3.2. Het ongeboren kind als patiënt	20
3.3. De rechten van het ongeboren kind aan de hand van nationaal recht	20
3.4. De rechten van het ongeboren kind aan de hand van internationaal recht	23
3.5. Conclusie	25
4. Medische interventies gedurende de bevalling	26
4.1. Inleiding	26
4.2. Dwang/drang mogelijkheden	26
4.3. Doelmatigheid	27
4.4. Subsidiariteit	29
4.5. Proportionaliteit	30
4.6. Discussie	31
4.7. Conclusie	32
5. Conclusies en aanbevelingen	34
5.1. Inleiding	34
5.2. Conclusie	34
5.3. Aanbevelingen	35

6. Literatuurlijst 36

Voorwoord

Soms lopen dingen anders dan dat je het je hebt voorgesteld. Enige tijd geleden ben ik vol goede moed begonnen aan mijn scriptie, maar helaas duurde dit traject langer dan gehoopt en verwacht. Gedurende mijn scriptie bleek ik in verwachting te zijn van mijn eerste kind, onverwacht maar niet onwelkom. De zwangerschap verliep de eerste 20 weken niet volgens plan en dan stap je ineens een medische wereld in, waarbij je wordt geconfronteerd met tegenstrijdige belangen, namelijk je eigen belang aan de ene kant en het belang van je ongeboren kind aan de andere kant.

Daaruit is mijn interesse naar dit onderwerp ontstaan en gegroeid. Wanneer je zwanger bent, voelen vrouwen zich ineens een stuk comfortabeler om vooral de negatieve ervaringen te delen omtrent de bevalling, waardoor een juridisch conflict tussen het ongeboren kind en de zwangere vrouw naar voren komt. Dit onderwerp is voor mij, sinds mijn eigen zwangerschap, een stuk persoonlijker geworden. Deze scriptie werd onverwachts een mooie voorbereiding op mijn eigen bevalling. Hierdoor wist ik wat mijn rechten en de rechten van mijn ongeboren kind inhielden, waardoor ik een positieve ervaring heb overgehouden aan mijn bevalling. Ondanks dat mijn bevalling eigenlijk een checklist is geworden hoe ik van te voren vooral niet wilde hoe mijn bevalling zou verlopen.

Graag wil ik mijn begeleidster, mevrouw E. Jacobs, enorm bedanken voor haar bereidheid om mij te begeleiden in een persoonlijk onderwerp. Zonder haar goede begeleiding en haar feedback had ik het niet gered.

Ook wil ik mijn partner bedanken voor zijn geduld en ondersteuning tijdens het gehele traject.

Bianca de Paus

Afkortingenlijst

BW	Burgerlijk Wetboek
ECRM	Europese Commissie voor de Rechten van de Mens
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EU	Europese Unie
EVRM	Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens
GW	Grondwet
HR	Hoge Raad der Nederlanden
IVRK	Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OM	Openbaar Ministerie
Rb.	Rechtbank
Sr.	Wetboek van Strafrecht
UVRM	Universele Verklaring van de Rechten van de Mens
VRMB	Verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde
Waz	Wet afbreking zwangerschap
WGBO	Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WHO	World Health Organization

1. Inleiding

1.1. Probleembeschrijving

Wanneer Eileen 40 weken zwanger is, beginnen bij haar de eerste weeën. De weeën beginnen in de eerste instantie regelmatig, maar worden steeds onregelmatiger. In de avond daarop wordt zij wakker van de pijn en komen de weeën snel achter elkaar. Haar man belt snel de verloskundige. De verloskundige komt direct langs en voelt de ontsluiting, een krappe twee centimeter. Eileen geeft aan dat zij graag pijnstilling wil. Hierdoor moet zij naar het ziekenhuis voor de rest van haar bevalling.

In het ziekenhuis aangekomen wordt zij in een bed gelegd en komt er een verloskundige van het ziekenhuis langs. Eileen is gelukkig nog redelijk helder en beantwoordt de vragen van de onbekende verloskundige. De verloskundige van het ziekenhuis controleert de ontsluiting en ineens zegt ze: 'Even plagen hoor' en Eileen wordt gestript. Vervolgens zegt de verloskundige van het ziekenhuis tegen Eileen: 'Goed nieuws, we gaan je helemaal geen medicatie geven. Je zit op zeven centimeter ontsluiting en we gaan je naar de verloskamer rijden.' Wanneer Eileen na een half uur op 8 centimeter ontsluiting zit, geeft de verloskundige aan dat zij de vliezen gaat breken, in de hoop de bevalling te versnellen. Het breken van de vliezen heeft snel resultaat en al snel mag Eileen voorzichtig mee persen met de weeën. Na een paar minuten rustig meepersen luistert de verloskundige naar het hartje van de ongeboren baby en deelt mee dat de baby het niet zo naar zijn zin schijnt te hebben, en dat Eileen op haar rechterzij moet gaan liggen.

Vervolgens komen de verloskundige van het ziekenhuis en een andere vrouw de verloskamer ingelopen en wordt het been van Eileen door iemand omhoog gehouden. Ondertussen probeert Eileen zo goed mogelijk te persen, maar het persen lukt niet. Na verschillende keren in verschillende posities te zijn geduwd, wordt Eileen in een liggende positie geplaatst waarbij twee vrouwen van het ziekenhuis haar benen vasthouden en haar knieën naast haar hoofd duwen. Ondertussen wordt er een katheter geplaatst, maar omdat de blaas van Eileen leeg is, wordt deze snel verwijderd.

Na nog een aantal keer persen, daalt de ongeboren baby nog steeds niet. De gynaecoloog, die inmiddels is gearriveerd, geeft aan dat de baby er nu uit moet komen en dat zij gaan helpen met een knip en een vacuümpomp. De knip wordt gezet, en door middel van de vacuümpomp wordt het hoofdje geboren. Vervolgens laat een van de vrouwen die de benen van Eileen vasthield, haar been los en duwt hard op de buik van Eileen. Met veel geduw en getrek aan Eileen wordt de baby geboren. De baby komt blauw ter wereld en wordt na het doorknippen van de placenta snel weggehaald. Eileen maakt zich zorgen, en blijft vragen of alles wel goed gaat, maar zij krijgt geen reactie. Uiteindelijk hoort Eileen een zwak huiltje.¹

Bovenstaand verhaal is een voorbeeld van hoe verloskundigen en gynaecologen met hun beste bedoelingen het leven van het ongeboren kind wensen te redden door in te grijpen door middel van het toepassen van medische interventies gedurende de bevalling, waarbij zij wellicht de rechten van de bevallende vrouw uit het oog verliezen. In het hierboven genoemde bevallingsverhaal komen de volgende medische interventies aanbod: het vaginaal toucheren (het controleren van de ontsluiting), het strippen, het breken van de vliezen, de episiotomie (de knip) en de vacuümpomp. Uit het verhaal

¹ Dit bevallingsverhaal staat op internet in een blog gepubliceerd. De naam en details zijn zoveel mogelijk geanonimiseerd zodat de daadwerkelijke betreffende vrouw niet kan worden geïdentificeerd.

blijkt dat iedere interventie wordt medegedeeld voordat de medische interventie wordt uitgevoerd. Er wordt van te voren dus geen expliciete toestemming gevraagd.

Om een medische behandeling te kunnen uitvoeren, heeft de behandelend arts op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst toestemming nodig van zijn patiënt. Het toestemmingsvereiste is opgenomen in artikel 7:450 BW. In dit geval heeft een verloskundige dan wel de gynaecoloog een zwangere vrouw en het ongeboren kind voor zich. De vraag is dus wie dan dient te worden aangemerkt als 'de patiënt'. Het uitoefenen van medische interventies gedurende de bevalling, kan alleen gebeuren via het lichaam van de zwangere vrouw. Om een medische behandeling uit te voeren ten behoeve van het ongeboren kind, is dus toestemming nodig van de zwangere vrouw.² De vraag is dan ook of een vrouw gedwongen mag worden om een medische interventie gedurende de bevalling te ondergaan, om het ongeboren kind gezond ter wereld te brengen. In de literatuur wordt aangegeven dat wanneer de vrouw een behandeling weigert, er in principe geen behandeling mag plaatsvinden. Het ongeboren kind is immers geen persoon en geen rechtssubject. Dat komt pas na de geboorte van het kind.³ Echter, dit betoog is niet overtuigend, zoals blijkt uit de signalering van de Gezondheidsraad uit 2009.⁴ Door het weigeren van een noodzakelijke behandeling, schaadt de zwangere vrouw namelijk niet slechts de belangen van een ongeboren vrucht, maar ook de belangen van een toekomstig geboren kind. Na de geboorte zal het kind erkend drager van rechten zijn.⁵ Bovendien is artikel 1:2 BW in deze discussie van belang. Dit artikel bepaalt namelijk dat het ongeboren kind als geboren dient te worden aangemerkt, zo dikwijls zijn belang dit vordert. In de literatuur vindt de discussie plaats of dit artikel in plaats van alleen toeziet op vermogensrechtelijke belangen, ook kan toezien op medische belangen.⁶ Er bestaan dus conflicterende meningen over het al dan niet toestaan van gedwongen medische interventies ten behoeve van het ongeboren kind. Er zal hiertoe dus een afweging dienen te worden gemaakt hoe ver mag worden gegaan om een zwangere vrouw te dwingen tot medische interventies gedurende de bevalling ten behoeve van het ongeboren kind.

1.2. Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om te onderzoeken of en in welke omstandigheden de belangen van het ongeboren kind prevaleren boven de belangen van de zwangere vrouw met betrekking tot het toepassen van medische interventies gedurende de bevalling. Het komt namelijk voor dat het belang van de moeder, namelijk het zelfbeschikkingsrecht (het recht om te bepalen om wel of geen toestemming te verlenen voor een medische interventie), tegenover het belang van het ongeboren kind staat, wanneer een hulpverlener het noodzakelijk vindt om in te grijpen ten behoeve van de gezondheid en/of het leven van het ongeboren kind.

1.3. Centrale vraag en deelvragen

De vraag die in dit onderzoek centraal staat, luidt "In hoeverre bestaan er juridische gronden op basis waarvan de rechten van het ongeboren kind prevaleren boven de rechten van de zwangere vrouw ten behoeve van het uitvoeren van medische interventies gedurende de bevalling?"

² Leenen e.a. 2020, p 367.

³ Leenen e.a. 2020, p 367.

⁴ Gezondheidsraad 2009, p. 22.

⁵ Gezondheidsraad 2009, p. 17-19.

⁶ Leenen e.a. 2011, p. 367; Jungschleger 2002, p. 339-344; Kottenhagen 2008, p. 492-503; Dorscheidt 2012; Kalkman-Bogerd 1990, p. 507; De Boer & Roex 1994, p. 341; Sluyters 1990, p. 133-148; De Bruijn-Lückers 1986, p. 605.

Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zullen achtereenvolgens de volgende deelvragen aan de orde komen:

1. Hoe zijn de rechten van de moeder wettelijk gezien geregeld?
2. Hoe zijn de rechten van het ongeboren kind wettelijk gezien geregeld?
3. Kunnen gedwongen medische interventies gerechtvaardigd worden aan de hand van de vereisten van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid?
4. Wat zijn de wettelijke mogelijkheden om dwang of drang toe te passen wanneer een zwangere vrouw weigert om toestemming te verlenen?

1.4. Onderzoeksmethode

De onderzoeksvraag zal beantwoord worden door middel van literatuur- en jurisprudentieonderzoek. Er wordt gekeken of de huidige wet- en regelgeving voldoende mogelijkheden biedt om de zwangere vrouw te dwingen tot een medisch noodzakelijke behandeling om het leven of de gezondheid van het ongeboren kind te beschermen. Hierbij is zowel de rechtspositie van het ongeboren kind als die van de zwangere vrouw bij medische behandelingen onderzocht.

1.5. Leeswijzer

Om de hoofdvraag te beantwoorden zal in hoofdstuk 2 worden ingegaan op de rechtspositie van de zwangere vrouw ten opzichte van gedwongen medische interventies (medische behandelingen). Deze positie zal worden besproken aan de hand van de nationale en internationale grondrechten die haar toekomen, maar ook aan de hand van de WGBO. De literatuur is niet eenduidig wat betreft de beantwoording op de vraag of een vrouw mag worden gedwongen om een medische behandeling te ondergaan ten behoeve voor het leven dan wel gezondheid van het ongeboren kind.

Hoofdstuk 3 zal ingaan op de rechtspositie van het ongeboren kind. Ook hier zal worden gekeken naar de rechten vanuit het Nederlands recht en vanuit het internationaal recht. Volgens het in Nederland geldend recht heeft het ongeboren kind geen rechtspersoonlijkheid. De rechtspersoonlijkheid begint pas wanneer het kind is geboren. Desondanks wordt het ongeboren kind geacht om aanspraak te kunnen maken op zorg en bescherming sinds het in 1990 uitgebrachte advies van de Gezondheidsraad.⁷ Ondanks het uitgebrachte advies van de Gezondheidsraad wordt er in de literatuur verschillend gedacht over de eventuele rechten van het ongeboren kind en de mate van bescherming die het ongeboren kind mag genieten.

In hoofdstuk 4 zal worden onderzocht in hoeverre gedwongen medische interventies gedurende de bevalling gerechtvaardigd kunnen worden aan de hand van de vereisten van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Niet alle medische interventies zullen worden behandeld, enkel de meest voorkomende medische interventies gedurende een bevalling, zoals het vaginaal toucheren, het plaatsen van een knip, het assisteren van de bevalling met een vacuümpomp en de keizersnede. Daarnaast wordt ingegaan op de mogelijke drang en dwangmogelijkheden die voortvloeien vanuit de wet.

In hoofdstuk 5 zal de onderzoeksvraag worden beantwoord. Hierin wordt besproken of er juridische gronden zijn om het belang van het ongeboren kind te laten prevaleren boven de belangen van de

⁷ Gezondheidsraad 1990.

zwangere vrouw, waardoor een medische interventie gedurende de bevalling zonder toestemming van de zwangere vrouw kan worden toegepast.

2. De rechten van de zwangere vrouw

2.1. Inleiding

Om te kunnen beoordelen welke rechten kunnen prevaleren, de rechten van het ongeboren kind of de rechten van de zwangere vrouw, is het van belang om te kijken naar de rechten die aan een zwangere vrouw toekomen. In dit hoofdstuk staat het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw centraal. Het zelfbeschikkingsrecht houdt het recht in om zelf over je eigen lichaam te beslissen zonder invloeden van buitenaf. Het zelfbeschikkingsrecht wordt niet expliciet geregeld, maar kan worden afgeleid uit verschillende bepalingen.⁸ Het zelfbeschikkingsrecht wordt bekeken in samenhang met het recht op informed consent, het recht op autonomie en het recht op lichamelijke integriteit. Aanvullend zal in dit hoofdstuk ook de rechten van de vrouw met betrekking tot de Wet op de afbreking zwangerschap aanbod komen.

2.2. Het zelfbeschikkingsrecht en het recht op informed consent

Het zelfbeschikkingsrecht is van bijzonder belang in het gezondheidsrecht in verband met de afhankelijkheid van de patiënt van de hulpverlener en het soms diep ingrijpende karakter van de geneeskunde.⁹ Uit het zelfbeschikkingsrecht vloeit voort dat een wilsbekwame patiënt beslissingen mag nemen over zijn eigen gezondheid. Zelfs wanneer anderen die beslissingen als 'onjuist' of als 'onverstandig' ervaren. Dit hoeft hulpverleners er niet van te weerhouden om daarover met een patiënt in discussie te gaan. In specifieke situaties kan er zelfs sprake zijn van een zorgplicht van de hulpverleners om de patiënt op andere gedachten te brengen.¹⁰

De algemene rechten van de patiënt zijn neergelegd in afdeling 5 van titel 7 van Boek 7 van het BW, ook wel bekend als de WGBO. Het recht op informatie van artikel 7:448 BW staat centraal in de rechten van de patiënt.¹¹ Het ontvangen van informatie is namelijk een voorwaarde om het zelfbeschikkingsrecht te kunnen uitvoeren. Daarnaast is het ontvangen van informatie van sterk symbolische waarde van de patiënt. Het overdragen van informatie door de arts verkleint namelijk het verschil in kennis tussen arts en patiënt.¹² De Hoge Raad heeft het belang van het recht op informatie nog uitdrukkelijk onderstreept: "Het tekortschieten in de nakoming van deze verplichting zorgt ervoor dat de patiënt niet op de door hem gewenste manier van zijn zelfbeschikkingsrecht gebruik kan maken. Hierin zit het risico dat de patiënt daardoor een keuze maakt die hij mogelijk niet zou hebben gemaakt als hij goed geïnformeerd was."¹³

Het recht op informatie is nauw verbonden met het toestemmingvereiste van artikel 7:450 BW. Er kan immers geen toestemming worden gegeven voor een medische handeling waarover men niet (goed) is geïnformeerd. De arts heeft volgens de WGBO de plicht om toestemming te vragen.¹⁴ Ook op basis van de richtlijnen van de NVOG en KNOV dient de hulpverlener voor elke (be)handeling toestemming te vragen. Zelfs in een spoedsituatie dient er om toestemming te worden gevraagd.¹⁵ Een vrouw in durante partu is nog in staat om informed consent te geven.¹⁶ De WGBO specificeert

⁸ Het zelfbeschikkingsrecht kan afgeleid worden uit artikelen 10 en 11 Grondwet (het recht op lichamelijke integriteit), het beginsel van informed consent en artikel 8 EVRM.

⁹ Leenen ea, 2020, p. 55 en Den Hartogh 2014, p. 96-104.

¹⁰ Leenen ea 2020, p. 58.

¹¹ KNMG, Implementatie van de WGBO deel 2 (Informatie en toestemming), 2004; Legemaate & Legemate 2010, p. 1.

¹² Leenen 1984, p. 1238.

¹³ HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AD3963.

¹⁴ Leenen 2020, p. 128.

¹⁵ KNOV & NVOG 2015, p. 3.

¹⁶ NVA & NVOG 2008, p.109.

niet hoe er toestemming dient te worden gegeven, waardoor toestemming ook impliciet of stilzwijgend kan worden verkregen op grond van artikel 3:33 BW juncto artikel 3:35 BW.¹⁷ In het geval van een noodzakelijke behandeling zal dit eerder zo zijn dan bij een ingrijpende, riskante of electieve behandeling.¹⁸ Toestemming kan ook verondersteld zijn, bijvoorbeeld in het geval dat een zwangere vrouw naar het ziekenhuis gaat om te bevallen. In een dergelijk geval wordt verondersteld dat zij toestemming geeft voor de begeleiding gedurende de bevalling.¹⁹ Daarentegen impliceert het toelaten van een behandeling op zichzelf geen toestemming. Het kan zo zijn dat de patiënt niets durft te zeggen. De patiënt moet daadwerkelijk bereid zijn om een behandeling te ondergaan. Het niet tegenwerken bij een voorgenomen behandeling kan in sommige situaties voldoende zijn voor de hulpverlener om toestemming aan te nemen.²⁰

Het tuchtcollege heeft bepaald dat een rigide uitleg van het begrip informed consent, waarbij voor elke (be)handeling tijdens de bevalling expliciete toestemming dient te worden gevraagd, niet strookt met de gangbare (en werkbare) praktijk omdat bij de begeleiding van de bevalling ook ziet op de gezondheid van het kind. In dit specifieke geval mocht de hulpverlener uit de gedragingen van de zwangere vrouw afleiden dat zij (stilzwijgend) instemde met het uitvoeren van een keizersnede, mede gezien het feit dat de mogelijkheid van een keizersnede is besproken en uit het medisch dossier niet kenbaar is dat de zwangere vrouw per se geen keizersnede wilde.²¹ Voor het afleiden van toestemming is het wel belangrijk dat de hulpverlener voorafgaand aan de behandeling geen signalen heeft gekregen dat er geen sprake was van toestemming. Ook mag de hulpverlener geen signalen hebben gekregen waaruit de hulpverlener had moeten begrijpen dat hetgeen zij vertelde niet of onvoldoende doordrong.²²

Buiten de gedragingen van de zwangere vrouw om, geeft ook het medisch dossier een indicatie voor het afleiden van toestemming. Indien uit het medisch dossier (door bijvoorbeeld het opstellen van een bevalplan) niet blijkt dat een bepaalde handeling niet zonder expliciete toestemming mag worden uitgevoerd, mag een hulpverlener informed consent afleiden indien aanvullend daarop uit de gedragingen van de zwangere vrouw niet blijkt dat de zwangere vrouw niet (stilzwijgend) instemt met de behandeling.²³

In de praktijk lijkt dus niet de expliciete toestemming het uitgangspunt te zijn gedurende de bevalling, maar juist eerder een afgeleide toestemming, tenzij uit het dossier anders blijkt, omdat de begeleiding tijdens de bevalling ook ziet op de gezondheid van het ongeboren kind. In mijn ogen staat dit haaks op de WGBO en op de richtlijnen van de NVOG en KNOV. Hiermee wordt in mijns inziens ten onrechte het belang van het ongeboren kind op zijn minst gelijkgesteld aan het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw. Door uit te gaan van een afgeleide toestemming kan een zwangere vrouw haar zelfbeschikkingsrecht niet ten volste uitvoeren. Ook zitten er, naar mijn mening, haken en ogen aan het feit dat de hulpverlener toestemming mag afleiden op basis van het medisch dossier. Gedurende een bevalling kan een zwangere vrouw zich immers bedenken over welke (be)handelingen zij uiteindelijk wel of geen toestemming voor wenst te geven. De zwangere vrouw wordt hier beperkt in haar rechten ter bescherming van de gezondheid van het ongeboren

¹⁷ TGZR Amsterdam 22 mei 2018, ECLI:NL:TGZRAMS:2018:54, r.o. 5.3.

¹⁸ TGZC Den Haag 15 november 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:298.

¹⁹ MvA, Kamerstukken II 1990/91, 21561, 6, p. 55.

²⁰ TGZR Groningen 2 november 2020, ECLI:NL:TGZRGRO:2020:14.

²¹ TGZR Amsterdam 22 mei 2018, ECLI:NL:TGZRAMS:2018:54, r.o. 5.5.

²² TGZC Den Haag 15 november 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:298.

²³ TGZR Amsterdam 22 mei 2018, ECLI:NL:TGZRAMS:2018:54 en TGZR Groningen 2 november 2020, ECLI:NL:TGZRGRO:2020:14.

kind en de hulpverlener voert haar werkzaamheden niet conform de richtlijnen van de KNOV en NVOG uit. Deze richtlijnen bepalen immers dat voor elke (be)handeling gedurende de bevalling, conform de WGBO, toestemming dient te worden gevraagd. Een barende vrouw bevindt zich in een kwetsbare en afhankelijke positie. Het enkele feit dat een barende vrouw zich niet verzet, geeft niet aan dat er sprake is van een expliciete toestemming. Indien de vrouw door de bevalling niet zelf in staat is om duidelijk te communiceren of daadwerkelijk tegen te werken en zij heeft vooraf niet kenbaar gemaakt dat zij tegen bepaalde handelingen is, dan zal een hulpverlener geneigd zijn om toestemming af te leiden, terwijl de zwangere vrouw geen toestemming heeft verleend. Hiermee wordt geen rekening gehouden met de speciale omstandigheid van de bevalling waarin de zwangere vrouw zich bevindt. Een zwangere vrouw kan van te voren niet inschatten hoe zij een bevalling zal ervaren, en of zij in staat zal zijn om duidelijk te communiceren. Daardoor zou in mijn ogen in de praktijk moeten gelden dat expliciete toestemming moet worden gegeven. Bijvoorbeeld dat een zwangere vrouw in haar geboorteplan duidelijk heeft aangegeven al akkoord te zijn met bepaalde handelingen. Ook daar zit een gevaar, namelijk dat een zwangere vrouw gedurende de bevalling van mening kan veranderen.

Het recht op informatie en het toestemmingsvereiste vormen samen het beginsel informed consent. Het beginsel informed consent komt tevens naar voren in artikel 3:2 van het Handvest van de Grondrechten van de EU, artikel 5 VRMB en artikel 6 lid 1 van de Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Behalve het recht op informatie en het toestemmingsvereiste omvat informed consent de vrijheid om deze behandeling al dan niet te weigeren. Daarentegen omvat informed consent niet het recht om een behandeling te claimen. Bovendien geeft de toestemming de arts niet het recht om ongestraft ingrepen aan het lichaam te verrichten die tegen zijn beroepsmoraal ingaan.²⁴ Volgens artikel 7:453 BW dienen hulpverleners bij het uitoefenen van hun werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen. Daarbij dienen de hulpverleners te handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid die voortvloeit uit de voor de hulpverleners geldende professionele standaard en kwaliteitsstandaarden. Voor een medische behandeling dient er sprake te zijn van een medische indicatie, de enkele wil van de patiënt is daartoe niet voldoende.²⁵

De hulpverlener dient de patiënt op duidelijke wijze in te lichten en tijdig te overleggen met de patiënt over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling. Er is dus sprake van een zogeheten 'shared decision making'. De hulpverlener en de patiënt kiezen gezamenlijk tot een beleid die het best bij de patiënt past.²⁶ Een mooi voorbeeld van 'shared decision making' voor de bevalling is het opstellen van een geboorteplan, soms ook een bevallingsplan genoemd. De WHO²⁷ en de NICE²⁸ bevelen het opstellen van een geboorteplan aan. Ook in Nederland wordt het opstellen van een geboorteplan geadviseerd.²⁹ In een geboorteplan worden de individuele voorkeuren en wensen voor de bevalling vastgelegd.³⁰ Door het opstellen van een geboorteplan krijgt de zwangere vrouw de mogelijkheid om zich voor te bereiden op haar bevalling en na te denken over welke medische interventies zij wel of niet wenst te ondergaan. Door het gesprek aan te gaan met de hulpverleners

²⁴ Van Beers 2009, p. 108-109.

²⁵ Den Hartogh 2003, p. 98.

²⁶ Broersen 2011, p. 1639, KNOV-NVOG 2015, p. 4.

²⁷ WHO 2009, p. 2.

²⁸ NICE 2021, p. 23.

²⁹ Expertgroep zorgstandaard Integrale Geboortezorg, Integrale geboortezorg, 2016, p. 11 – 12.

³⁰ Anderson e.a. 2017, p. 305-309; Suarez-Cortes e.a. 2015, p. 520-526, Whitford e.a. 2014, p. 283-289; Hidalgo-Lopezosa, Rodriguez-Borrego & Munoz-Villanueva 2013, p. 150-156; Whitford & Hillan 1998, p. 248-253; NVOG 2013, p. 37-41.

na het opstellen van haar geboorteplan, kunnen de hulpverleners meer informatie geven over de medische interventies en in welke situaties deze noodzakelijk worden geacht. Indien een zwangere vrouw in overleg met haar verloskundige een geboorteplan heeft opgesteld en deze is opgenomen in het medisch dossier, dan dient het geboorteplan te worden opgevolgd, tenzij er sprake is van een noodsituatie.³¹

Alhoewel een geboorteplan wordt bedoeld om de communicatie tussen hulpverlener en de zwangere vrouw te vergemakkelijken, komt het ook voor dat het tegenovergestelde wordt bereikt. Zwangere vrouwen met een geboorteplan kunnen door de hulpverleners als moeilijk worden gezien en zijn hulpverleners soms van mening dat zwangere vrouwen door het opstellen van een geboorteplan zichzelf bijna voor teleurstellingen opstellen.³² Geboorteplannen worden in sommige gevallen genegeerd door hulpverleners omdat de hulpverleners het gevoel hebben dat geboorteplannen ondoordacht en zonder voorafgaand overleg met de hulpverleners zijn opgesteld.³³ In de aanbevelingen van de WHO, omtrent de zorg tijdens de bevalling voor een positieve bevalling, blijkt dat veel vrouwen de regie willen hebben over hun geboorteprocés en graag betrokken willen zijn bij de besluitvorming rondom het gebruik van medische interventies.³⁴ Deze bevindingen onderstrepen het belang van vrouwen om de relevante scenario's en mogelijke opties tijdens en na de bevalling te bespreken en in een geboorteplan op te stellen.

Het opstellen van een geboorteplan wordt geadviseerd, maar is niet verplicht. De ene vrouw zal dan ook wel een geboorteplan opstellen, maar een andere zwangere vrouw niet. Wanneer een barendende vrouw in haar geboorteplan heeft opgenomen dat er geen vaginaal toucher mag plaatsvinden zonder expliciete toestemming, en dat gebeurt tijdens de bevalling toch zonder dat de vrouw heeft tegengewerkt of heeft geweigerd, dan had de hulpverlener niet mogen vertrouwen op de afgeleide toestemming omdat uit haar medisch dossier blijkt dat haar expliciete toestemming gegeven had moeten worden. Wanneer een geboorteplan met een dergelijke notitie ontbreekt, of een andere notitie in haar medisch dossier en de zwangere vrouw werkt niet tegen of geeft op een andere manier niet aan dat zij deze medische interventie niet wenst, dan mag een hulpverlener eventueel uitgaan van afgeleide toestemming.

In de literatuur zijn de meningen verdeeld of het medisch ingrijpen zonder toestemming van de zwangere vrouw in strijd is met het zelfbeschikkingsrecht. Leenen is van mening dat er geen mogelijkheid is om een medische handeling uit te voeren zonder de toestemming van een wilsbekwame zwangere vrouw. Een andere zienswijze zou volgens hem kunnen leiden tot vergaande medicalisering van de zwangerschap en maatschappelijke controle op het gedrag van zwangere vrouwen.³⁵ Een aantal auteurs pleit echter voor de mogelijkheid voor vervangende toestemming om medische behandelingen mogelijk te maken ten behoeve van het ongeboren kind, wanneer de zwangere vrouw weigert om toestemming te verlenen.³⁶ De Bruin-Lückers is bijvoorbeeld van mening dat naarmate de zwangerschap vordert, het ongeboren kind niet langer in gevaar mag worden gebracht met een beroep op het recht op lichamelijke integriteit van de vrouw. Bovendien dient volgens Bruin-Lückers een belangenafweging plaats te vinden bij een botsing tussen het recht

³¹ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag 15 november 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:298.

³² Lothian 2006, p. 295–303.

³³ DeBaets 2017, p. 1–4.

³⁴ WHO Recommendations, in: W.H. Organization (Ed.). Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience.

³⁵ Leenen ea 2020, p. 367.

³⁶ Kottentagen 2008, p. 499-500; De Bruin-Lückers 1986, p. 607 en Schoonenberg 1988, p. 789-799.

op behandeling van het ongeboren kind en de lichamelijke integriteit. Per geval dient dan te worden beoordeeld welk belang het zwaarst weegt, het belang van het ongeboren kind of het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw.³⁷ Mocht de zwangere vrouw na de belangenafweging alsnog de medische handeling weigeren, dan kan de Raad voor de Kinderbescherming of een gezinsvoogd vervangende toestemming geven, indien dit in het belang van het ongeboren kind is.³⁸ Deze denkwijze wordt door Schoonenberg ondersteund. Schoonenberg pleit voor het benoemen van een bijzondere curator, die een verzoek tot belangenafweging bij de rechter kan indienen. De rechter kan vervolgens per geval beoordelen welk belang het zwaarst weegt. Op deze wijze kan een medische behandeling plaatsvinden zonder dat er voldaan is aan het toestemmingsvereiste zoals in artikel 7:450 BW.³⁹ Ook Kottenhagen is van mening dat er per geval een belangenafweging dient te worden gemaakt. Het ingrijpen tegen de wil van de moeder dient volgens hem onder omstandigheden mogelijk te zijn. Een gedwongen medische behandeling zal in dat geval eerder te rechtvaardigen zijn wanneer de ingreep relatief gering is, maar het uitermate positieve gevolgen heeft voor het ongeboren kind.⁴⁰

Het KNMG heeft in 2008 een soort gelijk standpunt ingenomen.⁴¹ In hun standpunt geven zij daarbij aan dat mocht de situatie zo zijn dat de zwangere vrouw in een spoedsituatie is opgenomen en weigert akkoord te gaan met de voorgestelde behandelaar dan wel met de behandeling waarbij het ongeboren kind in gevaar komt, dat de zwangere vrouw met alle mogelijke middelen overtuigd dient te worden van de noodzaak tot het aangaan van een behandelovereenkomst en de daaraan gekoppelde behandeling. In uiterste situaties kan dat volgens hen betekenen dat de weigering van de patiënt kan worden genegeerd. Op dat moment wegen de belangen van het ongeboren kind zwaarder dan de wens van de vrouw om niet behandeld te worden door de beschikbare hulpverlener. De zorgplicht van de arts komt in dit geval voorop te staan. Hij dient dus zo nodig tegen de wil van de zwangere vrouw maatregelen te nemen om ernstige schade of de dood van het kind te voorkomen. Daarbij dient de hulpverlener, gezien de omstandigheden, de minst ingrijpende maatregel toe te passen.⁴²

2.3. Het zelfbeschikkingsrecht en het recht op autonomie

Het recht op persoonlijke autonomie is door het EHRM erkend.⁴³ Volgens het hof zien autonomie en zelfbeschikking op de belangrijke aspecten van het privéleven van personen, zoals hun fysieke en sociale identiteit⁴⁴ en vormen de grondslag om een medische behandeling te weigeren.⁴⁵ De persoonlijke autonomie komt tot uitdrukking via het recht op privacy van artikel 8 EVRM.⁴⁶ Het recht op privacy van artikel 8 EVRM betreft geen absoluut recht aldus het tweede lid van het artikel. De

³⁷ De Bruijn-Lückers 1986, p. 600-607.

³⁸ De Bruijn-Lückers 1986, p. 600-607.

³⁹ Schoonenberg 1988, p. 789-799.

⁴⁰ Kottenhagen 2008, p. 503.

⁴¹ KNMG 2008, 6.

⁴² KNMG 2008, p. 7.

⁴³ EHRM 20 maart 2007, ECLI:NL:XX:2007:BA6785, NTM/NJCM-bull. 2007, p. 494.

⁴⁴ EHRM 29 april 2002, Pretty t. het VK y t. het VK, nr. 2346/02, NJ 2004, 543 (m.nt. E.A. Alkema), NJCM-Bulletin 2002, p. 910 (m.nt. B.E.P. Myjer) en EHRM 11 juli 2002, Christine Goodwin t. het VK, nr. 28957/95, NJ 2002, 553 (m.nt. S.F.M. Wortmann), NJCM-Bulletin 2003, p. 330 (m.nt. P. van Dijk).

⁴⁵ EHRM 9 maart 2004, Glass t. het VK, nr. 61827/00, NJ 2005, 14, EHRC 2004, 38 (m.nt. A.C. Hendriks), § 70.

⁴⁶ EHRM 7 februari 2002, Mikulic t. Kroatië, EHRC 2002, 25 (m.nt. H.L. Janssen), § 53; EHRM 29 april 2002, Pretty t. het VK, nr. 2346/02, NJCM-Bulletin 2002, p. 910 (m.nt. B.E.P. Myjer), § 61; EHRM 11 juli 2002, Christine Goodwin t. het VK, nr. 28957/95, NJCM-Bulletin 2003, p. 330 (m.nt. P. van Dijk), § 90; EHRM 17 februari 2005, K.A. & A.D. t. België, EHRC 2005, 38, § 83; EHRM 10 april 2007, Evans t. het VK (GC), nr. 6339/05, NJ 2007, 459 (m.nt. J. de Boer); EHRM 16 oktober 2008, Renolde t. Frankrijk, nr. 5608/05, § 83 en EHRM 15 januari 2009, Reklos & Davourlis t. Griekenland, nr. 1234/05, NJ 2009, 524 (m.nt. E.J. Dommering).

overheid dient het recht op privacy te eerbiedigen, maar kan het recht beperken indien nodig.⁴⁷ Het beperken van het recht op privacy kan enkel plaatsvinden wanneer er wordt voldaan aan de vereisten van artikel 8 lid 2 EVRM, namelijk: (1) de beperking van het recht dient een grondslag te hebben in het nationale (on)geschreven recht, (2) de beperking moet dringend noodzakelijk zijn en (3) de beperking moet een legitiem doel dienen. Het beschermen van de gezondheid, de rechten en vrijheden van anderen is volgens artikel 8 lid 2 EVRM een legitiem doel om het recht van artikel 8 EVRM te beperken. Het beschermen van de gezondheid, de rechten en vrijheden van het ongeboren kind zou dus een legitiem doel kunnen zijn, om het recht op eerbiediging van het privé-, familie- en gezinsleven van de zwangere vrouw te beperken. De beperking dient wel een grondslag te hebben in het nationale (on)geschreven recht. Tevens dient de beperking te voldoen aan de proportionaliteits- en subsidiariteitstoets.⁴⁸

Het recht op autonomie in het gezondheidsrecht vormt een uitwerking van het recht op privacy uit artikel 8 EVRM en artikel 10 en 11 Gw.⁴⁹ De overheid dient voorwaarden en maatregelen te treffen om deze vrijheid te waarborgen. Net zoals het recht op lichamelijke integriteit kent het recht op privacy een afweerrecht en tevens het recht op een zekere vrijheid van handelen. In het Baby Kelly-arrest oordeelde de Hoge Raad dat de ouders in hun zelfbeschikkingsrecht zijn aangetast doordat de verloskundige had nagelaten om prenataal onderzoek te verrichten. Hierdoor kregen de ouders niet de mogelijkheid om de geboorte van een gehandicapt kind te voorkomen, waardoor de ouders het keuzerecht werd onthouden. Het onthouden van het keuzerecht moet worden gezien als een aantasting van de persoon.⁵⁰ De kern van het arrest is dat de ouders recht hadden op informatie en hierdoor een keuze hadden kunnen maken over de eventuele afbreking van de zwangerschap. Hieruit blijkt dat artikel 8 EVRM niet slechts wordt uitgelegd als een afweerrecht, maar ook als het recht op een zekere vrijheid van handelen.⁵¹

Zoals eerder vermeld is het recht op privacy niet oneindig. In de literatuur wordt aangegeven dat een patiënt een behandeling ten behoeve van zichzelf mag weigeren. Maar, wanneer een zwangere vrouw een behandeling weigert, dan heeft die weigering niet alleen impact op haarzelf, maar ook mogelijk impact op haar ongeboren kind. Dat zou eventueel gezien kunnen worden als de bescherming van de gezondheid van een ander, waardoor een beperking in het recht op autonomie van de zwangere vrouw gegrond kan zijn. Hierover in hoofdstuk 3 meer.

2.4. Het zelfbeschikkingsrecht en het recht op lichamelijke integriteit

Het zelfbeschikkingsrecht is ook geconcretiseerd via het grondrechtelijke systeem, met name in artikel 10 Gw (eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer) en artikel 11 Gw (onaantastbaarheid van het menselijke lichaam). Bij of krachtens de wet kan de overheid beperkingen stellen aan deze grondrechten. De eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en de onaantastbaarheid van het menselijke lichaam zijn dus geen absolute rechten.

Uit de parlementaire geschiedenis van artikel 11 Gw kan worden afgeleid dat het recht op lichamelijke integriteit een externe werking heeft. Volgens de regering gaat het om het recht op

⁴⁷ ECHR 13 juni 1979, nr. 6833/74 (Marckx t. Belgium).

⁴⁸ Kamerstukken II 2009/2010, 32405, nr. 2; Van Os & Hendriks 2010, p. 180-187 en Hendriks 2009, p. 31-38.

⁴⁹ Hendriks 2008, p. 2-6.

⁵⁰ HR 18 maart 2005, ECLI:NL:PHR:2005:AR5213, r.o. 4.8.

⁵¹ Van Beers 2009, p. 181.

afweer van invloeden van buitenaf.⁵² Bovendien omvat het recht op onaantastbaarheid van het lichaam het zelfbeschikkingsrecht.⁵³ Artikel 11 Gw beschermt de zwangere vrouw dus tegen ongewilde bemoeienis aan haar lichaam. In de rechtspraak wordt artikel 11 Gw in verband gebracht met het zelfbeschikkingsrecht. Op 23 november 2001 heeft de Hoge Raad voor het eerst tweemaal het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt expliciet afgeleid uit artikel 11 Gw.⁵⁴ In beide gevallen heeft de Hoge Raad bepaalt dat de verplichting om de patiënt op duidelijke wijze in te lichten over de risico's van de voorgestelde behandeling zijn grondslag vindt in de door artikel 10 van de Grondwet gewaarborgde eerbiediging en bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de door artikel 11 van de grondwet gewaarborgde onaantastbaarheid van het menselijke lichaam.⁵⁵ Door de Hoge Raad wordt een verband gelegd tussen het zelfbeschikkingsrecht, informed consent en artikel 10 Gw en artikel 11 Gw en de WGBO.

Uit de memorie van toelichting van artikel 11 Gw blijkt dat de rechten van de patiënt een ruimer gebied bestrijkt dan de bescherming van zijn fysieke integriteit. Tot de rechten van de patiënt behoren immers ook het recht op informatie omtrent de eigen toestand, de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt en het recht op behandeling van klachten. Het recht op onschendbaarheid van het eigen lichaam brengt met zich mee dat medische behandelingen alleen mogen worden verricht met zijn (eventuele veronderstelde) toestemming. Een arts die een patiënt zonder toestemming behandelt, kan daarom strafbaar zijn.⁵⁶ Volgens de wetgever heeft het recht op onaantastbaarheid van het lichaam betrekking op twee onderdelen, namelijk:

- het recht om te worden gevrijwaard van schendingen van en inbreuken op het lichaam door anderen; en
- het recht om zelf over het lichaam te beschikken.⁵⁷

In de literatuur wordt de lichamelijke integriteit op verschillende manieren opgevat. Zo is Leenen van mening dat geconcludeerd kan worden dat er op geen enkele mogelijkheid inbreuk kan worden gemaakt op de lichamelijke integriteit van een zwangere vrouw. Wanneer een zwangere vrouw een medische behandeling weigert, moet het belang van het ongeboren kind wijken. Het enkele feit dat de vrouw zwanger is, tast de rechten van de vrouw immers niet aan.⁵⁸ Andere auteurs zijn van mening dat een inbreuk op de rechten van de vrouw in uitzonderlijke gevallen mogelijk moet zijn. Kalkman-Bogerd heeft daarbij geconcludeerd dat naar huidig recht een zwangere vrouw kennelijk niet kan worden gedwongen om een medische behandeling te ondergaan ten behoeve van haar ongeboren kind, maar dat dit anders zou zijn wanneer de grondrechten van toepassing zijn op het ongeboren kind. In dat geval is er namelijk sprake van een botsing met de rechten van de zwangere vrouw en de rechten van het ongeboren kind, waarbij een rechter door middel van een belangenafweging zou moeten bepalen welk recht prevaleert.⁵⁹ Het dient dan wel te gaan om situaties waarin er sprake is van een levensbedreigende situatie voor het ongeboren kind, waarbij de medische behandeling deze situatie kan wegnemen, en er dient gebruik gemaakt te worden van de

⁵² Kamerstukken II 1978/79, 15 463, nr. 2, p. 5.

⁵³ Kamerstukken II 1978/79, 15 463, nr. 2, p. 5.

⁵⁴ Legemaate 2004, p. 19; HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2737 en HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AD3963.

⁵⁵ HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2737, r.o. 3.5.3 en 3.5.4. en HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AD3963, r.o. 3.5.2. en 3.5.3.

⁵⁶ Kamerstukken II, 1979/80, 16 086, nr. 3, p. 7.

⁵⁷ Handelingen II 1978/79, 15 463, nr. 2, p. 5.

⁵⁸ Leenen 2020, p. 367.

⁵⁹ Kalkman-Bogerd 1990, p. 500-513.

minst ingrijpende medische behandeling.⁶⁰ De Bruijn - Lückers voegt aan deze denkwijze toe dat zwangere vrouwen in een later stadium van de zwangerschap levensreddende medische behandelingen ten behoeve van de foetus moeten ondergaan, zoals het innemen van eventuele medicijnen of zelfs het ondergaan van een keizersnede.⁶¹

2.5. Wet op de afbreking zwangerschap en late zwangerschapsafbreking

Het feit dat een vrouw zwanger is, tast haar rechten niet aan, nu zij op grond van de WGBO niet verplicht kan worden om een medische behandeling te ondergaan. De positie van de zwangere vrouw werd met de invoering van de Waz in 1984 nog duidelijker onderstreept. Met deze wet werd het afbreken van een zwangerschap gelegaliseerd en formeel onderworpen aan het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw. De zwangere vrouw was door de invoering van deze wet in principe niet meer strafbaar wanneer zij ervoor koos om haar zwangerschap af te breken.⁶² Daarentegen werd het beschermen van het ongeboren kind formeel omschreven als even belangrijk als het recht van de zwangere vrouw op hulp bij een ongewenste zwangerschap.⁶³ Hierbij werd door de wetgever een politieke neutrale standpunt ingenomen, namelijk: “dat de zwangere vrouw zich in het algemeen zeer goed bewust zal zijn van haar verantwoordelijkheid voor het nieuwe leven dat zij draagt.”⁶⁴

Door de Waz wordt geen uiterste termijn gegeven voor een zwangerschapsafbreking.⁶⁵ In dit verband is artikel 82a Sr (in samenhang met artikel 289 Sr) normstellend. De essentie van artikel 82a Sr is dat abortus gelijk staat aan levensberoving of moord (artikel 289 Sr)⁶⁶ zodra de vrucht – naar redelijkere verwachting- in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven.⁶⁷ Het op grond van artikel 296 Sr afbreken van een zwangerschap is dus toegestaan zolang de afbreking plaatsvindt in de periode waarin de vrucht nog niet levensvatbaar is.⁶⁸ De Hoge Raad heeft hier nog aan toegevoegd dat het moment waarop de vrucht als levensvatbaar moet worden beschouwd een fictieve situatie betreft.⁶⁹

In dit kader wordt door Nederlandse rechters structureel een levensvatbaarheidsgrens gehanteerd van 24 weken. Vanaf dat moment worden de belangen van het ongeboren kind nadrukkelijk in hun oordeelsvorming betrokken.⁷⁰ De Waz stelt, voor het afbreken van een zwangerschap tot 24 weken, als absolute voorwaarde dat er sprake is van een noodsituatie bij de vrouw.⁷¹ Voor de invulling van de omschrijving ‘noodsituatie’ dient te worden gekeken naar de parlementaire stukken. Een noodsituatie wordt gezien als: “de toestand van geestelijke nood waarin de vrouw is komen te verkeren door haar ongewenste zwangerschap zonder dat er sprake is van, of sprake hoeft te zijn van dreigend fysiek of psychisch letsel”.⁷²

⁶⁰ Gezondheidsraad 2009, p. 53.

⁶¹ De Bruijn- Lückers 1986, p. 607.

⁶² Door de inwerkingtreding van de WAZ kwamen de oude abortusbepalingen uit het Wetboek van Strafrecht (art. 251bisen art. 295 t/m 298 Sr) te vervallen.

⁶³ Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 3, p. 9.

⁶⁴ Kamerstukken II 1979/80, 15475, nr. 6, p. 21.

⁶⁵ Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr. 3, p. 11.

⁶⁶ HR 29 mei 1990, ECLI:NL:HR:1990:ZC8539, r.o. 5.3.2. Zie ook Kottenhagen 2008, p. 498.

⁶⁷ Kamerstukken II 1978/79, 15475, nr.3, p. 33.

⁶⁸ Ploem e.a. 2022, p. 17 en Kamerstukken II 1978/79, 15475, nrs. 1-4, p. 32-33.

⁶⁹ HR 29 mei 1990, ECLI:NL:HR:1990:ZC8539, NJ 1991, 217.

⁷⁰ Rb. Dordrecht 7 februari 2012, ECLI:NL:RBDOR:2012:BV6246. Zie ook Rb. Utrecht 3 juni 2004, FJR 2005, p. 98; Rb. Groningen 24 oktober 2006, LJN AZ4417, en Rb. Maastricht 13 april 2012, ECLI:NL:RBMAA:2012:BW5222.

⁷¹ Art. 5 lid 1 WAZ.

⁷² Kamerstukken II 1979/80, 15475, nr. 6, p. 41.

Het oordeel van de zwangere vrouw dient bij het nemen van deze beslissing zwaar te wegen, zonder dat de arts zich aan zijn eigen verantwoordelijkheid kan onttrekken. Bij het afbreken van de zwangerschap gaat het om twee eigenstandige beslissingen: namelijk (1) de zwangere vrouw beslist of zij echt haar zwangerschap wenst af te breken, en (2) de arts beslist of hij de afbreking van de zwangerschap zowel medisch als ethisch voor zichzelf kan verantwoorden.⁷³ Het is dus aan de zwangere vrouw om te oordelen dat er sprake is van een noodsituatie. Daarmee beslist de vrouw uiteindelijk ook over het afbreken van haar zwangerschap.⁷⁴ De arts beoordeelt slechts of de zwangere vrouw consciëntieus en geheel vrijwillig tot dit besluit is gekomen en niet onder druk staat van haar directe omgeving. In de materiële toetsing van het begrip noodsituatie stelt de rechter zich terughoudend op en respecteert het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw indien het besluit tot afbreking van de zwangerschap conform alle Waz vereisten zorgvuldig en weloverwogen is genomen. Daarbij dient wel de bedenktijd van 5 dagen in acht te zijn genomen.⁷⁵

Late zwangerschapsafbreking (LZA)

Wanneer een zwangerschap wordt afgebroken nadat de vrucht als levensvatbaar wordt beschouwd, dan wordt er gesproken van een late zwangerschapsafbreking (LZA). Een late zwangerschapsafbreking is alleen in uitzonderlijke situaties en onder strikte voorwaarden toegestaan. Ook in deze sterk geprotocolleerde en juridische scherp gecontroleerde situaties komt aan de zwangere vrouw de eindbeslissing toe. De zwangere vrouw heeft het laatste woord voor het afbreken van de zwangerschap.

Op een late zwangerschapsafbreking is niet de Waz, maar artikel 82a Sr van toepassing.⁷⁶ In 1998 werd een late zwangerschapsafbreking gedefinieerd als “een behandeling die gericht is op het afbreken van een zwangerschap na 24 weken wegens geconstateerde ernstige foetale aandoeningen, met als beoogd gevolg het overlijden van de foetus.”⁷⁷ De foetale aandoeningen zijn onderscheiden in twee categorieën.⁷⁸ De eerste categorie bestaat uit aandoeningen van het ongeboren kind die naar redelijke verwachting tijdens of direct na de geboorte tot de dood zullen leiden. Er kan sprake zijn van uitzonderingen waarbij er sprake is van een wat langere levensduur.⁷⁹ De tweede categorie bestaat uit aandoeningen van het ongeboren kind die tot ernstige en ongeneeslijke functiestoornissen zal leiden, waarbij naar redelijke verwachting een beperkte kans op overleven bestaat. Het levensverlengend handelen leidt slechts tot voortzetting van een voor het kind uitzichtloze toestand. Het levensverlengend handelen kan gelet op de zeer slechte prognose zelfs schadelijk worden geacht.⁸⁰

Gezien het feit dat artikel 82 Sr een levensvatbare vrucht wenst te beschermen en het naar huidige medische inzicht met zekere waarschijnlijkheid vaststaat dat kinderen met ernstige aandoeningen uit de eerste categorie niet als levensvatbaar kan worden aangemerkt, levert het vroegtijdig afbreken van een dergelijke zwangerschap geen strafbaar feit op.⁸¹ Omdat het ongeboren kind niet buiten de

⁷³ Visser e.a. 2005, p. 37.

⁷⁴ IGZ 2013, p. 25.

⁷⁵ De Wildt 2006; 13: p. 1 – 4.

⁷⁶ Late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging, rijksoverheid.nl. (geraadpleegd op 16 februari 2023).

⁷⁷ Kamerstukken II 1998/99, 26717, nr. 1, p. 3.

⁷⁸ Kamerstukken II 1998/99, 26717, nr. 1, p. 3. Zie ook Wladimiroff & Christiaens 1998, p. 2627 – 2629.

⁷⁹ NVOG 2007, p. 2.

⁸⁰ NVOG 2007, p. 2.

⁸¹ Kamerstukken II 1998/99, 26717, nr. 1, p. 4 – 8.

baarmoeder kan leven, is een late zwangerschapsafbreking een actief ingrijpen met als beoogd gevolg het sterven van de foetus van meer dan 24 weken.

Een late zwangerschapsafbreking bij aandoeningen uit de tweede categorie valt wel onder de werking van artikel 82a Sr en is dus in principe strafbaar, omdat er sprake is van een beperkte kans op overleven. In principe dient de zwangerschap in dit geval dus te worden voldragen. Het afbreken van de zwangerschap kan toch gerechtvaardigd zijn, wanneer er voldaan is aan twee vereisten, namelijk 1) er is sprake van een aandoening uit categorie 2 waarbij vaststaat dat na het voldragen van de zwangerschap wordt afgezien van medische behandeling én 2) een voorzienbaar lijden van het kind en de moeder dat zijn oorsprong vindt in de conditie van het ongebooren kind na de geboorte.⁸²

2.6. Conclusie

Op grond van de WGBO kan een zwangere vrouw niet worden gedwongen om een medische behandeling te ondergaan. Een medische behandeling kan immers alleen worden uitgevoerd wanneer de zwangere vrouw, als patiënte, daar toestemming voor geeft. De hulpverlener heeft op basis van de WGBO en de richtlijnen van de KNOV en NVOG de plicht om voor elke (be)handeling toestemming te vragen. In de praktijk lijkt het uitgangspunt te zijn geworden dat toestemming mag worden afgeleid van de gedragingen van de zwangere vrouw en uit het medisch dossier. Indien de zwangere vrouw niet duidelijk laat merken dat zij niet instemt met een (be)handeling en uit haar dossier volgt niet dat de zwangere vrouw per se de behandeling niet ondergaat, mag een hulpverlener uitgaan dat er sprake is van toestemming. Een rigide uitleg van het begrip informed consent is volgens het tuchtcollege niet werkbaar in de praktijk nu de begeleiding tijdens de bevalling ook ziet op de gezondheid van het ongebooren kind. De rechten van het ongebooren kind beperken hier dus het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw. Daarnaast geeft het zelfbeschikkingsrecht de zwangere vrouw het recht om haar zwangerschap tot 24 weken straffeloos te beëindigen. Desondanks is er vanuit de literatuur een stroming te vinden waarin wordt gepleit voor vervangende toestemming wanneer de behandeling voor het ongebooren kind noodzakelijk is. Er wordt dan gesproken van een botsing tussen de belangen van de zwangere vrouw en de belangen van het ongebooren kind.

⁸² Kamerstukken II 1998/99, 26717, nr. 1, p. 5.

3. De rechten van het ongeboren kind

3.1. Inleiding

In de literatuur is al enige tijd een discussie gaande omtrent de rechten van het ongeboren kind. De vraag blijft of het ongeboren kind kan worden gezien als rechtssubject of niet. Indien het ongeboren kind als rechtssubject kan worden gezien, dan geniet het ongeboren kind bepaalde rechtsbescherming. Wanneer het ongeboren kind niet kan worden gezien als rechtssubject, dan geniet het ongeboren kind geen rechten.

3.2. Het ongeboren kind als patiënt

In het Baby Kelly-arrest is de vraag of een ongeboren kind kan worden aangemerkt als patiënt aan bod gekomen. De Hoge Raad heeft in dit arrest overwogen dat de mogelijkheid bestaat dat een vrouw de geneeskundige behandelovereenkomst niet alleen voor zichzelf maar ook mede ten behoeve van haar ongeboren kind afsluit. Dit kan volgens de Hoge Raad op grond van artikel 1:2 BW, omdat het ongeboren kind als geboren kan worden aangemerkt, mits zijn belang dit vordert. Deze redenering laat zien dat een ongeboren kind niet alleen als foetus moet worden gezien, maar ook als een toekomstig kind.⁸³ In beginsel wordt een geneeskundige behandelovereenkomst door de zwangere vrouw uitsluitend voor haarzelf gesloten.⁸⁴ Het feit dat het ongeboren kind een eigen belang heeft bij de behandelingsovereenkomst, is niet voldoende om het ongeboren kind aan te merken als partij in de behandelingsovereenkomst, of om te verwachten dat de zwangere vrouw een aparte overeenkomst, ten behoeve van haar ongeboren kind, met haar behandelaar aangaat.⁸⁵ Het niet mee-contracteren van het ongeboren kind, neemt niet weg dat de behandelingsovereenkomst gezien haar aard mede is gericht op het verlenen van de noodzakelijke zorg aan het nog ongeboren kind. Wanneer de behandelaar tekortschiet in de nakoming van zijn zorgplicht jegens de zwangere vrouw, dan handelt de behandelaar daarmee ook in strijd met 'hetgeen hem jegens het ongeboren kind volgens ongeschreven recht in het maatschappelijk verkeer betaamt'. Dit geldt uiteraard niet wanneer de gesloten behandelingsovereenkomst gericht is op het afbreken van de zwangerschap.⁸⁶

3.3. De rechten van het ongeboren kind aan de hand van nationaal recht

Artikel 1:2 BW bepaalt dat het kind waarvan een vrouw zwanger is als reeds geboren wordt aangemerkt, zo dikwijls zijn belang dit vordert. Komt het dood ter wereld, dan wordt het geacht nooit te hebben bestaan. Artikel 1:2 BW is alleen van toepassing wanneer er wordt voldaan aan drie voorwaarden, namelijk (1) de vrouw dient zwanger te zijn van het kind, (2) het kind dient levend ter wereld te komen en (3) het belang van het kind dient de aannahme te kunnen rechtvaardigen dat het reeds geboren is. Het artikel bewerkstelligt geen vervroegde toekenning van juridische persoonlijkheid, maar een fictie van het tijdstip van de geboorte.⁸⁷ Het ongeboren kind is dus geen rechtssubject en daardoor geen drager van rechten.⁸⁸

⁸³ Gezondheidsraad 2009, p. 23.

⁸⁴ HR 18 maart 2005, ECLI:NL:HR:2005:AR5213, r.o. 4.12.

⁸⁵ HR 8 september 2000, ECLI:NL:PHR:2000:AA7041.

⁸⁶ HR 18 maart 2005, ECLI:NL:HR:2005:AR5213, r.o. 4.13.

⁸⁷ Asser & De Boer 2010, p. 32; Doek & Vlaardingerbroek 2009, p. 35.

⁸⁸ Rb Limburg 19 januari 2015, ECLI:NL:RBLIM:2015:2187.

Zwangerschap

Allereerst dient er sprake te zijn van een zwangerschap voordat artikel 1:2 BW van toepassing kan zijn. Daarbij dient te worden gekeken vanaf welk moment er sprake is van een zwangerschap. Volgens Leenen is er pas sprake van een zwangerschap vanaf de nidatie (innesteling van de bevruchte eicel in de baarmoeder). Voorafgaand aan de nidatie is er nog geen sprake van individuatie, waardoor het nog niet zeker is of de vrouw in verwachting is van één toekomstig kind of meerdere toekomstige kinderen. Leenen is van mening dat voor de nidatie het embryo de status nascendi (staat van wording) nog niet heeft.⁸⁹ Ook de Waz volgt deze benadering. Artikel 1 sub 2 Waz bepaalt namelijk dat het voorkomen van de innesteling van het bevruchte eicel in de baarmoeder niet wordt gezien als afbreking van een zwangerschap (denk aan een morning-afterpil).

Zowel de artikelen uit de Waz als artikel 1:2 BW zijn van toepassing indien er sprake is van een zwangerschap. Er is hiermee dus sprake van een eenduidig wettelijk aanknopingspunt voor wanneer er sprake is van een zwangerschap en wanneer het ongeboren kind de status nascendi heeft. Van der Burg is van mening dat er desondanks redenen zijn om vragen te stellen bij deze fundering. Zo stelt Van der Burg dat deze interpretatie, vanuit het privaatrecht beschouwd, in de praktijk onwenselijke implicaties heeft. Daarnaast beargumenteert Van der Burg dat artikel 1:2 BW is overgenomen uit het Romeins recht, maar dat zowel de Romeinse juristen als de Romeinse wetgever in de negentiende eeuw geen kennis hadden van de moderne embryologie. Vanuit dat inzicht is het idee dat het artikel pas zou gelden vanaf de nidatie vanuit historisch perspectief niet houdbaar.⁹⁰

Vanuit historisch oogpunt pleit Van der Burg voor om uit te gaan van de coïtus, omdat de Romeinse juristen en de wetgever destijds niet konden vermoeden dat er een mogelijk tijdsverschil zat tussen de coïtus en het begin van het nieuw menselijk leven. Van der Burg pleit daarvoor, door aan te geven dat artikel 1:2 BW niet gaat om de juridische status van het ongeboren leven. Het artikel beoogt slechts de belangen veilig te stellen van het ongeboren kind. Dat proces begint met de coïtus, volgens Van der Burg. Dat er tussen coïtus en de geboorte nog van alles kan gebeuren, zoals dat er geen innesteling plaatsvindt, verandert daar niets aan.⁹¹ Leenen verwerpt het betoog nu artikel 1:2 BW alleen eist dat er sprake is van een zwangerschap.⁹² Mij lijkt het eveneens ver gezocht om uit te gaan vanaf het moment van de coïtus, omdat het moment van de coïtus afwijkt vanaf het moment dat er sprake is van een zwangerschap. De onderbouwing dat er destijds geen weet was van moderne technologie, maakt dat mijns inziens niet anders. Het recht ontwikkelt zich namelijk samen met de samenleving en ook de interpretatie van het bestaand recht wordt beïnvloed door bestaande inzichten.⁹³

Levend ter wereld gekomen

Voordat artikel 1:2 BW van toepassing is, dient het ongeboren kind levend ter wereld te zijn gekomen. Wanneer het dood ter wereld is gekomen, dan wordt het kind geacht, op grond van artikel 1:2 BW, nooit te hebben bestaan. Voor de vraag of het kind dood of levend ter wereld is gekomen, wordt veelal beslissend geacht of het kind al dan niet heeft geademd. Het ademen wordt doorgaans beschouwd als de eerste levensverrichting, die het ongeboren kind van de foetus onderscheidt.⁹⁴

⁸⁹ Leenen 2020, p. 351 – 354.

⁹⁰ Van der Burg 1994, p. 131 – 133.

⁹¹ Van der Burg 1994, p. 134-135.

⁹² Leenen 1994, p. 405-406.

⁹³ Leenen 1994, p. 405-406

⁹⁴ Rb. Arnhem 22 juni 1922, ECLI:NL:RBARN:1922:11.

Desondanks heeft de Hoge Raad in 1959 in het midden gelaten of het kind had geademd bij het vaststellen of het kind had geleefd.⁹⁵ Hieruit blijkt dat het mogelijk is om tot de conclusie te komen dat 'leven' zonder ademhaling is vastgesteld.⁹⁶ Volgens artikel 2 Wlb wordt onder dood geboren verstaan: "de na een zwangerschapsduur van ten minste vierentwintig weken levenloos ter wereld gekomen menselijke vrucht".

Zijn belang

In het geval van zijn belang, dat wil zeggen het belang van het ongeboren kind, wordt ervan uitgegaan dat artikel 1:2 BW in het bijzonder gaat om vooral vermogensrechtelijke belangen.⁹⁷ In de literatuur wordt er verschillend gedacht of artikel 1:2 BW ruimer zou moeten worden geïnterpreteerd en ook van toepassing zou moeten zijn wanneer het gaat om niet-vermogensrechtelijke belangen, zoals medische belangen. Zo zijn bepaalde auteurs van mening dat door de geboorte een mens pas drager kan zijn van rechten.⁹⁸ Andere auteurs zijn van mening dat het wordt 'belang' in artikel 1:2 BW de ruimte laat om ook medisch belang er bij te betrekken.⁹⁹ Vervolgens zijn er ook auteurs die aangeven dat artikel 1:2 BW alleen geldt voor vermogensrechtelijke belangen, maar pleiten voor een nieuwe wettelijke basis om het ingrijpen wegens medische belangen van het ongeboren kind mogelijk te maken.¹⁰⁰

In de jurisprudentie is ondersteuning te vinden voor de ruime interpretatie voor het begrip 'zijn belang'.¹⁰¹ Sinds deze uitspraak heeft de gedachte dat bescherming van het gezondheidsbelang van het ongeboren kind in bijzondere omstandigheden voorrang moet (kunnen) krijgen op de grondrechten van de zwangere vrouw, vaste(re) voet aan de grond gekregen. Wanneer het ongeboren kind de levensvatbaarheidsgrens heeft bereikt, worden diens belangen door de rechter nadrukkelijk meegewogen in het oordeel. Zo werd in 2004 een levensvatbare foetus met een beroep op artikel 1:2 BW voor het eerst als geboren aangemerkt om een prenatale ondertoezichtstelling (OTS) te rechtvaardigen.¹⁰² Ook in een uitspraak van de Rechtbank Rotterdam in 2006 werd een ongeboren kind als geboren aangemerkt om maatregelen te kunnen treffen ter waarborging van een gecontroleerde zwangerschap en begeleiding gedurende en na de bevalling.¹⁰³

Het IVRK bepaalt in artikel 3 lid 1 dat bij iedere beslissing die door de kinderrechter wordt genomen, het belang van het ongeboren kind, de eerste overweging dient te zijn. Het belang van het ongeboren kind, wordt dus gezien als prioriteit boven het belang van de zwangere vrouw.¹⁰⁴ Deze interpretatie geniet een brede steun in de literatuur wanneer de situatie voordoet dat de zwangere vrouw of zwakbegaafd is, of zelf niet de belangen van haar ongeboren kind behartigt.¹⁰⁵ In uitzonderlijke gevallen kan een rechter voor 24 weken ingrijpen.¹⁰⁶

⁹⁵ HR 14 september 1959, NJ 1960/119.

⁹⁶ Asser/De Boer, Kolkman & Salomons, 2020, p. 2.

⁹⁷ Art. 6:108 lid 1 onder a BW. Zie bijvoorbeeld Van der Burgt & Doek & 2002, p. 3.

⁹⁸ Gevers 1988, p. 38-49; Roscam Abbing 1988, p. 1540-1544; Hammerstein-Schoonderwoerd 1987, p. 1222; De Boer & A. Roex 1994, p. 341 en Asser-De Boer 2006, p. 30.

⁹⁹ Jungschleger 2002, p. 339-344; Kottenhagen 2008, p. 492-503; Dorscheidt 2012 en Leenen ea, 2020, p. 367.

¹⁰⁰ Sluyters 1990, p. 133-148 en Kalkman-Bogerd 1990, p. 500-513.

¹⁰¹ Rb. Haarlem 14 oktober 1966, NJ 1967/22.

¹⁰² Rb. Utrecht 3 juni 2004, FJR 2005, 99 en Kamerstukken II 2007/08, 31001 en 31015, nr. 46, p.5.

¹⁰³ Rb. Rotterdam 9 mei 2006, ECLI:NL:RBROT:2006:AX2185.

¹⁰⁴ Bijlsma e.a. 2008, p. 897.

¹⁰⁵ Enkelaar & van der Does 2009, p. 4 – 9 en Kottenhagen 2009, nr. 4, p. 4 – 9.

¹⁰⁶ Rb. Amsterdam 14 februari 2011, ECLI:NL:RBAMS:2011:BW7232 en Rb. Dordrecht 7 februari 2012, ECLI:NL:RBDOR:2012:BV6246.

De rechtbank Roermond heeft het heersend juridisch inzicht in 2009 samengevat. Hierbij heeft de rechter overwogen dat artikel 1:2 BW niet alleen doelt op een vermogensrechtelijk belang, maar ook op een medisch en opvoedkundig belang, in de zin van de bescherming van de lichamelijke en geestelijke gezondheid en ontwikkeling van het ongeboren kind.¹⁰⁷ Wanneer een vrouw haar zwangerschap niet binnen 24 weken laat afbreken en haar ongeboren kind de levensvatbaarheidsgrens bereikt, dan aanvaardt zij de plicht het leven van haar ongeboren kind te beschermen. Daarbij dient zij dan ook adequate prenatale zorg¹⁰⁸ en een adequate bevallingsituatie in acht te nemen. De verloskundige heeft hierin een niet af te wentelen verantwoordelijkheid om een optimale individuele gezondheidszorg aan zowel moeder als kind te bieden.¹⁰⁹ Zij dient daarbij te handelen volgens de professionele standaard. In het algemeen geldt dat een zwangere vrouw de verloskundige niet kan verplichten om te handelen in afwijking van de professionele standaard.¹¹⁰

Volgens de KNMG kan in uiterste situaties de belangen van het ongeboren kind rondom de bevalling zelfs zwaarder wegen dan de wensen van de zwangere vrouw.¹¹¹ In het standpunt van het KNMG wordt daarbij aangegeven dat als gevolg van een noodsituatie de zorgplicht van de arts voorop komt te staan. Dat houdt in dat de op dat moment beschikbare arts indien nodig tegen de wil van de vrouw in maatregelen mag nemen om ernstige schade of de dood van het ongeboren kind te voorkomen. De arts dient daarbij de minst ingrijpende maatregel toe te passen, rekening houdende met de omstandigheden.¹¹²

3.4. De rechten van het ongeboren kind aan de hand van internationaal recht

In 1948 is door de Verenigde Naties de UVRM aangenomen. De UVRM heeft niet de status van een internationaal bindend verdrag¹¹³, waardoor zij in strikte zin geen bron van afdwingbaar recht is.¹¹⁴ De UVRM richt zich op bestaande natuurlijke personen, en dus niet op ongeborenen die geen rechtssubject zijn. Artikel 1 UVRM bepaalt dat alle mensen vrij en gelijk in waardigheid en rechten worden geboren. De geboorte verschaft de persoon dus de in het UVRM vermelde rechten. De rechten van het UVRM zijn zodanig van aard, dat het duidelijk is dat zij geen betrekking hebben op ongeborenen kinderen. Artikel 3 UVRM bepaalt dat een ieder het recht heeft op leven, vrijheid en onschendbaarheid van zijn persoon. In de eerste instantie was het de bedoeling om in dit artikel op te nemen dat het recht op leven bestaat vanaf het moment van conceptie. Deze toevoeging werd door de lidstaten geweigerd.¹¹⁵

In tegenstelling tot de UVRM is de IVBPR wel degelijk juridisch bindend. De IVBPR is immers een verdrag. De IVBPR is gebaseerd op de UVRM. Artikel 6 lid 1 IVBPR bepaalt dat een ieder het recht heeft op het leven, waarbij het recht door de wet wordt beschermd en niemand naar willekeur van zijn leven mag worden beroofd. Dit recht biedt het ongeboren kind geen rechtsbescherming.¹¹⁶ Naast de IVBPR is ook het EVRM gebaseerd op de UVRM. Ook het EVRM is een verdrag, waardoor deze juridisch bindend is. Artikel 2 EVRM bepaalt dat het recht van een ieder op leven zal worden

¹⁰⁷ Rb. Roermond 26 juni 2009, ECLI:NL:RBROE:2009:BJ0644.

¹⁰⁸ Schoonenberg 1989, p. 29.

¹⁰⁹ TGZR Amsterdam 10 december 2019, ECLI:NL:TGZRAMS:2019:239.

¹¹⁰ TGZR Amsterdam 16 juli 2013, ECLI:NL:TGZRAMS:2013:14 en TGZ Den Haag 24 juni 2014, ECLI:NL:TGZCTG:2014:263.

¹¹¹ KNMG 2008, p. 7.

¹¹² KNMG 2008, p. 7.

¹¹³ Henrard 2008, p. 58.

¹¹⁴ Smith 2007, p. 47.

¹¹⁵ Smits 1992, p. 10 – 14 en p. 18 – 27.

¹¹⁶ Kamerstukken II 1979/80, 15475, nr. 6, p. 5 – 6.

beschermd door de wet. De vraag is of een ongeboren kind onder ‘een ieder’ valt, waardoor het ongeboren kind rechtsbescherming geniet.

Het ECRM heeft in 1977 geweigerd om uitspraak te doen of het ongeboren kind valt onder de rechtsbescherming van artikel 2 EVRM of, dat het ongeboren kind moet worden beschouwd als een entiteit die op grond van artikel 8 lid 2 EVRM een inmenging zou kunnen rechtvaardigen ‘ter bescherming van anderen’. Daarbij heeft de Commissie wel aangegeven dat er geen twijfel bestaat dat bepaalde belangen met betrekking tot zwangerschap wettelijk zijn beschermd, zoals bijvoorbeeld het recht van een ongeboren kind om te erven.¹¹⁷

In een andere uitspraak heeft het ECRM zich wel expliciet uitgelaten over of het ongeboren kind moet worden beschouwd als “leven” in de zin van artikel 2 van het EVRM. De Commissie heeft toen aangegeven dat het aan de foetus toekennen van een absoluut recht op leven voorbij zou gaan aan de rechten en belangen van de zwangere vrouw, waardoor de rechten van de zwangere vrouw zelf ondergeschikt zouden kunnen worden gemaakt aan de rechten van het ongeboren kind. De Commissie kon zich daar niet in vinden en vond een dergelijke interpretatie in strijd met het doel van het Verdrag.¹¹⁸ In *Hercz v. Noorwegen* heeft de Commissie haar eerdere uitspraak bevestigd en benadrukt dat lidstaten een zekere beoordelingsmarge toekomt om naar eigen inzicht de toelaatbaarheid van abortus en het begin van leven in nationale wet- en regelgeving te reguleren. De Commissie heeft niet uitgesloten dat artikel 2 EVRM het ongeboren kind in bepaalde omstandigheden rechtsbescherming zou kunnen bieden.¹¹⁹

In de zaak *Boso v. Italië* kwam het EHRM tot eenzelfde beslissing, zonder een inhoudelijke toelichting of specifieke verwijzing naar enig beschermwaardigheid van het ongeboren kind.¹²⁰ In 2004 kwam het EHRM tot de overweging dat het ongeboren kind niet geldt als “een ieder” die direct wordt beschermd door artikel 2 EVRM en dat als het ongeboren kind wel het recht op leven heeft, dat het wordt beperkt door de rechten en belangen van de moeder.¹²¹ Daarbij heeft het Hof vastgesteld dat onder de lidstaten een consensus bestaat dat een embryo en foetus tot de menselijke soort behoren, en daarom rechtsbescherming geniet in de naam van de menselijke waardigheid. Echter, dit is volgens het Hof (nog) niet voldoende om het ongeboren kind te behandelen als een persoon met een recht tot leven. Het Hof heeft daarbij de conclusie getrokken dat het zowel niet wenselijk als mogelijk is om de vraag te beantwoorden of het ongeboren kind een persoon is in de zin van artikel 2 van het EVRM.¹²² Zolang de Europese Lidstaten geen consensus bereiken over een wetenschappelijke en juridische definitie van het aanvang van menselijk leven, zal het EHRM zich niet uitspreken over het precieze moment waarop het recht op leven ontstaat.¹²³ Vanuit de internationale rechtspraak wordt er niet uitgegaan van het feit dat een ongeboren kind op grond van artikel 2 EVRM een absoluut recht tot leven heeft. Hierdoor kunnen de rechten van de zwangere vrouw niet ondergeschikt zijn aan de rechten en belangen van het ongeboren kind.

¹¹⁷ ECRM, nr 6959/75, Commission Report 12 July 1977, § 60 (*Brüggeman en Scheuten vs. Bondsrepubliek Duitsland*).

¹¹⁸ ECRM 13 mei 1980, NJ 1981, 110, m.nt. EAA (X vs. VK), § 19 – 20.

¹¹⁹ ECRM 19 mei 1992, NJCM-Bulletin 1993, m.nt. Loenen (*Hercz vs. Noorwegen*), § 1.

¹²⁰ EHRM 5 september 2002 (*Boso vs. Italië*).

¹²¹ EHRM (Grote Kamer) 8 juli 2004, *Vo vs. Frankrijk*, § 80.

¹²² EHRM (Grote Kamer) 8 juli 2004, *Vo vs. Frankrijk*, § 85.

¹²³ EHRM (Grote Kamer) 8 juli 2004, *Vo vs. Frankrijk*, § 82.

Naast het EVRM is ook het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) een belangrijke rechtsbron.¹²⁴ Het IVRK definieert in artikel 1 'een kind' als ieder mens jonger dan 18 jaar. Daarbij wordt niet aangegeven of ook een ongeboren kind als 'kind' moet worden gedefinieerd. Tijdens de onderhandelingen over de totstandkoming van het verdrag kwam de problematiek van het ongeboren kind aan de orde. In de preambule van de Verklaring van 1959 is opgenomen dat het kind, vanwege zijn fysieke en mentale onvolwassenheid, speciale bescherming en zorg, inclusief passende rechtsbescherming, nodig heeft zowel voor als na geboorte. Vervolgens is er een verklaring opgenomen in de 'travaux préparatoires' namens de hele werkgroep, dat de werkgroep met het aannemen van deze paragraaf niet van plan is om vooruit te lopen op de interpretatie van Artikel 1 IVRK of elk ander artikel van het verdrag.¹²⁵ Het IVRK erkent dus niet het recht om geboren te worden.¹²⁶

Volgens artikel 31 lid 2 Weens Verdragenverdrag faciliteert een preambule de door contractspartijen beoogde interpretatie van de verdragsbepalingen en verduidelijkt de doelen zonder juridische verplichtingen te scheppen.¹²⁷ Een preambule biedt de lidstaten wel de mogelijkheid om specifieke verdragsartikelen 'in de geest van het Verdrag' toe te passen. Het staat de Nederlandse wetgever dus vrij, om zelf wetgeving te creëren waarin het ongeboren kind rechtsbescherming geniet.

3.5. Conclusie

Artikel 1:2 BW kan de mogelijkheid bieden om het ongeboren kind rechtsbescherming te geven. Terwijl het artikel in de eerste instantie voornamelijk richt op de vermogensrechtelijke belangen van het ongeboren kind, wordt er tegenwoordig betoogd dat het artikel ook ziet op de medische belangen van het ongeboren kind. Deze zienswijze wordt in de jurisprudentie ondersteund. Wanneer een zwangere vrouw ervoor kiest om haar zwangerschap niet af te breken voor de 24 weken, aanvaardt zij de plicht om adequate prenatale zorg in acht te nemen. De zwangere vrouw heeft daarbij ook de verplichting om een veilige bevallingsituatie te creëren. Hierbij wordt dus het belang van het ongeboren kind gelijkgesteld aan de zwangere vrouw. Het KNMG heeft als standpunt dat in sommige gevallen het belang van het ongeboren kind gedurende de bevalling kan prevaleren boven het belang van de zwangere vrouw.

Geen van de vernoemde verdragen, UVRM, EVRM, IVBPR en IVRK, kennen een expliciete bescherming van het ongeboren kind. Het IVRK heeft echter wel in de preambule opgenomen dat het kind zowel voor als na zijn geboorte bescherming geniet. Een preambule heeft echter geen absolute werking, en geeft echter de ruimte voor lidstaten om hiervoor nationale wetgeving in te regelen. Het EHRM heeft besloten dat zolang er geen consensus bestaat vanuit de lidstaten over de invulling van het begin van het leven, dat zij geen uitspraak zullen doen over wanneer het recht op het leven bestaat. Op basis van de genoemde wetsartikelen heeft het kind echter geen absoluut recht op leven, zoals blijkt uit het feit dat de zwangere vrouw tot 24 weken haar zwangerschap mag afbreken. Er komt een ongeboren kind wel een zekere mate van rechtsbescherming toe, nu de zwangere vrouw gebonden is aan een uiterste termijn voor het afbreken van haar zwangerschap en omdat de rechters na dezelfde termijn het belang van het ongeboren kind dienen mee te wegen in hun beoordeling.

¹²⁴ Pulles & Wöorst 2012, p. 64 en De Graaf 2012.

¹²⁵ Hodgkin & Newell 1998, p. 3 – 44.

¹²⁶ Kamerstukken II 1992/93, 22855, nr. 3, p. 13.

¹²⁷ Van Os & Hendriks 2010, p.70. Zie ook Cliteur & Voermans 2009, p. 9 – 11 en Meuwese e.a. 2005, p. 46.

4. Medische interventies gedurende de bevalling

4.1. Inleiding

De zwangere vrouw heeft het recht om te bepalen over haar lichaam, zoals is gebleken uit hoofdstuk 2. In sommige gevallen kan betoogd worden dat de zwangere vrouw ten onrechte afziet van de behandeling, en daarmee het ongeboren kind ernstig tekort doet. Volgens de Gezondheidsraad kan van een dergelijke situatie alleen sprake zijn, wanneer zij niet heeft gekozen of niet meer kan kiezen voor het afbreken van de zwangerschap.¹²⁸ Ook het tuchtcollege is van mening dat bij de begeleiding van de bevalling ook ziet op de gezondheid van het ongeboren kind, waardoor rigide toepassing van het begrip informed consent niet toepasselijk is. Maar betekent dit dan ook dat een zwangere vrouw onder druk kan worden gezet om een medische behandeling te ondergaan? Er kan worden verdedigd dat goed ouderschap al voor de geboorte begint en dat de hulpverleners de zwangere vrouw daar op mogen wijzen.

4.2. Dwang/drang mogelijkheden

Op grond van artikel 7:450 BW is toestemming noodzakelijk voordat een medische behandeling kan worden uitgevoerd gedurende een bevalling. De toestemming moet in vrijwilligheid en weloverwogen gegeven worden. De toestemming dient ook op basis van voldoende informatie gebaseerd te zijn.¹²⁹ Het geven van toestemming voor het aangaan van de geneeskundige behandelovereenkomst is niet gelijkgesteld aan het geven van toestemming voor het uitvoeren van de medische handelingen. Daarvoor dient op grond van artikel 7:450 BW speciaal toestemming te worden gevraagd.¹³⁰ Weigering om toestemming te geven door een wilsbekwame patiënt dient te worden gerespecteerd.¹³¹ Een nadeel voor een ander, zoals het ongeboren kind, lijkt dus voor de WGBO geen rechtvaardigingsgrond om dwang uit te voeren. Dit komt overeen met de uitspraak van het ECRM waarin is bepaald dat het toekennen van het recht op absoluut leven voorbij zou gaan aan de rechten en belangen van de zwangere vrouw. Een dergelijke interpretatie vond de Commissie in strijd met het doel van het EVRM.¹³²

Eerder is gebleken dat de hulpverlener niet alleen jegens de zwangere vrouw, maar ook jegens het ongeboren kind een zorgplicht heeft, waardoor de hulpverlener gehouden is tot het verlenen van noodzakelijke zorg aan het ongeboren kind.¹³³ Een arts heeft onder omstandigheden ook de plicht om een patiënt op andere gedachten te brengen, wanneer deze patiënt een onverstandige beslissing lijkt te gaan nemen. De arts kan dan worden gehouden dat hij met indringende vasthoudendheid en herhaaldelijk de patiënt op andere gedachten moet brengen.¹³⁴ Het is dus een mogelijkheid dat een arts een zwangere vrouw zal proberen te overtuigen om toestemming te verlenen voor de medische behandeling. Hierdoor wordt de toestemming mijns inziens niet volledig in vrijheid gegeven, maar onder drang van de arts. Ook dit kan in sommige gevallen afbreuk doen aan het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw. Wat een arts onverstandig vindt, kan immers subjectief zijn en hoeft daarmee ook niet per se een gevaar op te leveren voor het ongeboren kind.

¹²⁸ Gezondheidsraad 2009, p. 49.

¹²⁹ Leenen 1988, p. 160-175.

¹³⁰ Leenen 2020, p. 127.

¹³¹ KNOV en NVOG 2015, p. 5-7.

¹³² ECRM 13 mei 1980, NJ 1981, 110, m.nt. EAA (X vs. VK), § 19 – 20.

¹³³ HR 18 maart 2005, ECLI:NL:HR:2005:AR5213, r.o. 4.13.

¹³⁴ HR 12 maart 2013, ECLI:NL:HR:2013:BY4876 en ECLI:NL:HR:2013:BY4858.

Hierboven is de situatie geschetst wanneer de zwangere vrouw wilsbekwaam is. Het kan ook voorkomen dat een wilsonbekwame zwangere vrouw een behandeling weigert. Volgens artikel 7:465 lid 2 BW is een patiënt wilsonbekwaam wanneer zij niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van haar belangen betreffende de voorgestelde behandeling. De wilsonbekwame patiënt is niet in staat om zelf weloverwogen beslissingen te nemen, en dient daardoor vertegenwoordigd te worden.¹³⁵ Op grond van artikel 7:465 BW kan deze vertegenwoordiger de rechten van de patiënt uitoefenen en dus toestemming geven voor de behandelingen. Daarnaast heeft de rechter de mogelijkheid om een curator of mentor ten behoeve van de wilsonbekwame patiënt aan te wijzen.¹³⁶ De rechter zal daarbij toetsen of de zwangere patiënt haar algemene zorgbelangen kan behartigen en bepalen of de zwangere vrouw wilsbekwaam is of niet.¹³⁷ Het vragen van toestemming van een vertegenwoordiger kan op grond van artikel 7:466 lid 1 BW achterwege blijven indien onverwijld behandeling noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Daarbij kan de kanttekening worden gezet dat een ernstig nadeel voor het ongeboren kind, zoals het overlijden gedurende de bevalling of ernstig gehandicapt ter wereld komen, ook een ernstig nadeel voor de vrouw kan opleveren, wat mijns inziens weer een rechtvaardigingsgrond kan opleveren om zonder toestemming van de vertegenwoordiger een (be)handeling uit te voeren.

In het geval van een psychische stoornis of een verslaving is het mogelijk dat er verplichte zorg wordt toegepast op grond van de Wet verplichte gezondheidszorg (Wvvgz). Daartoe dient de zorgverlener alle andere mogelijkheden hebben uitgeput alvorens tot verplichte zorg kan worden overgegaan.¹³⁸ Naast het ultimum remedium beginsel dient de verplichte zorg te voldoen aan de beginselen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.¹³⁹ Het niet voldoen aan deze beginselen zorgt ervoor dat de hulpverlener niet alleen onzorgvuldig, maar ook onrechtmatig handelt ten opzichte van de patiënt.¹⁴⁰ Wanneer een arts van mening is dat er dient te worden overgegaan tot verplichte zorg, dan dient de arts daarvoor toestemming te hebben van de burgemeester of de rechter. De arts kan daartoe kiezen om een zorgmachtiging te vragen bij de rechter, of crisismaatregel via de burgemeester.¹⁴¹

4.3. Doelmatigheid

Het KNMG bepaalt dat het ook voor kan komen dat het belang van het ongeboren kind prevaleert boven het belang van de zwangere vrouw. De arts dient dan het minst ingrijpende middel te kiezen. Daarnaast heeft het tuchtcollege aangegeven dat de begeleiding tijdens de bevalling ook ziet op de gezondheid van het ongeboren kind, waardoor een rigide uitleg van informed consent niet hanteerbaar is in de praktijk, waardoor expliciete toestemming niet voor elke behandeling wordt gevraagd, maar mag worden afgeleid. Het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw wordt dus ten behoeve van een ander (namelijk, het ongeboren kind) beperkt. Hierdoor dient er dan te worden voldaan aan de vereisten van de subsidiariteit, proportionaliteit en de doelmatigheid.

Gedurende een bevalling wordt de hartslag van het ongeboren kind via een CTG gemeten.¹⁴² Aan de hand van de hartslag van het ongeboren kind wordt gekeken hoe het gaat met het ongeboren kind.

¹³⁵ Handreiking ministerie van Justitie 1994.

¹³⁶ KNMG 2004, p. 91-92.

¹³⁷ Frederiks 2010, p. 81.

¹³⁸ MvT 2009-2010, 32 399, nr. 3, p. 42.

¹³⁹ PHR 10 maart 2023, ECLI:NL:PHR:2023:305.

¹⁴⁰ Rb Maastricht 11 juli 2012, ECLI:NL:RBMAA:2012:BX2205.

¹⁴¹ Hendriks, Sombroek & Vries 2022, p. 1.

¹⁴² NVOG 2013, p. 3.

Het is mogelijk dat het ongeboren kind zich in een foetale noodsituatie bevindt, waardoor de medische interventies worden ingezet om een bevalling zo spoedig mogelijk te beëindigen.¹⁴³

Het toepassen van vaginaal toucher geeft de verloskundige of de gynaecoloog een redelijk betrouwbaar inzicht in de ontsluiting van de baarmoederhals, maar geeft daarentegen geen inzicht hoe de ontsluiting vanaf dat moment zich gaat ontwikkelen.¹⁴⁴ Het uitvoeren van vaginaal toucher in het geval van foetale nood, kan doelmatig zijn om te beoordelen op welke wijze de bevalling het snelst kan worden beëindigd.¹⁴⁵ Bijvoorbeeld rechtvaardigt het enkele feit dat er sprake is van volledige ontsluiting het nastreven van een vaginale bevalling niet.¹⁴⁶

Een episiotomie is een chirurgische incisie van de vagina en het perineum uitgevoerd om de vaginale opening te vergroten.¹⁴⁷ Het uitvoeren van een episiotomie bij (dreigende) foetale nood is alleen doelmatig als de uitdrijving onvoldoende vordert bij het oprekken van het perineum. De episiotomie geeft immers alleen maar meer ruimte aan het weke baringskanaal.¹⁴⁸ Door ruimte te creëren in het perineum, kan het ongeboren kind sneller worden geboren. Het is echter onduidelijk of een episiotomie zinvol is bij een langdurige uitdrijving. Daarnaast is het ook onvoldoende bekend over de grootte van de tijdswinst bij een episiotomie.¹⁴⁹ Of het uitvoeren van een episiotomie om een bevalling snel te beëindigen in het geval van foetale nood doelmatig is, is dus onzeker. Daar dient meer onderzoek naar gedaan te worden. Het tuchtcollege acht een episiotomie een mogelijkheid om een lange uitdrijvingsduur te verkorten om nadelige gevolgen voor zowel de zwangere vrouw als het ongeboren kind te voorkomen.¹⁵⁰

Naast een episiotomie kan een gynaecoloog ook kiezen voor een vacuümextractie of een keizersnede indien er sprake is van foetale nood, waarbij de bevalling dient te worden beëindigd. Door een vacuümapparaat wordt er trekkracht uitgeoefend op het hoofd van het kind, om bij de bevalling een levensvatbaar kind te helpen door de uitdrijvingsfase te bespoedigen.¹⁵¹ Een vacuümextractie is alleen mogelijk indien het hoofd van het ongeboren kind voldoende is ingedaald.¹⁵² Een vacuümextractie wordt zoveel mogelijk toegepast tijdens de contracties en het persen van de barendende vrouw. Een vacuümextractie dient binnen 20 minuten of binnen 4 weeën de bevalling te beëindigen. Indien dat niet gebeurt, dient er voor een alternatief te worden gekozen.¹⁵³ Een vacuümextractie heeft een hoge slagingspercentage, afhankelijk van het soort materiaal dat wordt gekozen en de training van de hulpverleners.¹⁵⁴

Als laatste kan de gynaecoloog een keizersnede inzetten om de bevalling/ uitdrijvingsfase te versnellen indien het ongeboren kind zich bevindt in foetale nood, waarbij een vaginale bevalling niet mogelijk is. Als richtlijn geldt dat het ongeboren kind binnen 30 minuten dient te worden gehaald via

¹⁴³ NVOG 2015, p. 8.

¹⁴⁴ Reed 2021, p. 182.

¹⁴⁵ TGZR Zwolle 18 maart 2010, ECLI:NL:TGZRZWO:2010:YG0169, r.o. 5.4

¹⁴⁶ TGZR Zwolle 20 december 2022, ECLI:NL:TGZRZWO:2022:176, r.o. 5.2

¹⁴⁷ FIGO 2012, p. 110-116.

¹⁴⁸ KNOV 2018, p. 5. en TGZR Den Haag 7 mei 2019, ECLI:NL:TGZRSGR:2019:67.

¹⁴⁹ KNOV 2018, p. 5.

¹⁵⁰ TGZ Den Haag 15 november 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:298.

¹⁵¹ NVOG 2015, p. 1.

¹⁵² TGZR Den Haag 27 maart 2018, ECLI:NL:TGZRSGR:2018:35.

¹⁵³ NVOG 2005, p. 5.

¹⁵⁴ Srisomboon e.a. 1998, p. 480; O'Mahony, Hofmeyr & Menon 2010, p. 7; Verhoeven e.a. 2016, p. 30; Sheiner e.a. 2001, p. 819-24 en Al-Kadri e.a. 2003, p. 642-648.

de sectio caesarea.¹⁵⁵ Het uitvoeren van een keizersnede is zeker doelmatig om de bevalling te beëindigen.

4.4. Subsidiariteit

Volgens de vereisten van de subsidiariteit dient er te worden gekozen voor de minst ingrijpende behandeling. Gedurende een bevalling wordt de hartslag van het ongeboren kind via een CTG gemeten. Aan de hand van de hartslag van het ongeboren kind wordt gekeken hoe het gaat met het ongeboren kind. Het is mogelijk dat het ongeboren kind zich in een foetale noodsituatie bevindt, waardoor de medische interventies worden ingezet om een bevalling zo spoedig mogelijk te beëindigen. Echter, dat houdt niet in dat met elke afwijkende CTG meting direct ingegrepen moet worden met een medische interventie om de bevalling zo snel mogelijk te beëindigen. Er zijn immers verschillende mogelijke afwijkende CTG metingen die gedaan kunnen worden, zoals een suboptimale, abnormale en preterminale CTG meting.¹⁵⁶

Het toepassen van vaginaal toucher om de baarmoederhals volledig te openen om de bevalling te termineren, omdat er sprake is van een suboptimale CTG, voldoet niet aan het subsidiariteitsbeginsel.¹⁵⁷ Bij een suboptimale CTG is er immers nog geen sprake van een foetale noodsituatie. Hierdoor is het beëindigen van de bevalling niet op zijn plaats, en dient er eerst gekeken te worden naar minder ingrijpende mogelijkheden om de oorzaak van de suboptimale CTG op te heffen. Een zwangere vrouw commanderen om op haar zij te gaan liggen en haar daarbij fysiek te helpen voldoet bij een suboptimale CTG wel aan de subsidiariteitsbeginsel, omdat dat een minder ingrijpende interventie is om de oorzaak van de suboptimale CTG weg te nemen.¹⁵⁸

Een episiotomie en een vacuümextractie kunnen worden uitgevoerd gedurende een lange uitdrijving om een minder gunstige uitkomst voor de moeder en het kind te voorkomen. Een episiotomie is minder invasief ten opzichte van een vacuümextractie.¹⁵⁹ Er zijn onduidelijkheden of het toepassen van een episiotomie doelmatig is om de lange uitdrijvingsfase te verkorten. Daarentegen heeft de vacuümextractie wel een hoge slagingspercentage om de bevalling snel te beëindigen. Het hanteren van verticale houding of een zijligging in plaats van een rugligging tijdens de uitdrijving verkort de duur van de uitdrijvingsfase, en verkleint daarom het risico op een episiotomie of vacuümextractie.¹⁶⁰ Het NVOG raadt daarom aan om vrouwen de gelegenheid te geven om zelf een houding aan te nemen die zij wenselijk vinden om de uitdrijvingsfase voorspoediger te laten lopen, in plaats van een liggende houding.¹⁶¹ Het aannemen van een andere positie gedurende de uitdrijvingsfase is uiteraard een minder ingrijpende wijze van handelen, dan het toepassen van een episiotomie dan wel een vacuümextractie.

Indien een vaginale bevalling mogelijk is, wordt de voorkeur gegeven aan een vaginale bevalling die door middel van een vacuümextractie wordt versneld. In sommige gevallen kan een keizersnede namelijk gecompliceerder zijn wat nadeligere gevolgen kan hebben voor de zwangere vrouw en het ongeboren kind.¹⁶² Indien er sprake is van een abnormale CTG registratie die niet herstelt, dan duidt

¹⁵⁵ ACOG 2002, p. 147.

¹⁵⁶ NVOG 2015, p. 8.

¹⁵⁷ TZGR Amsterdam 26 april 2022, ECLI:NL:TGZRAMS:2022:51, r.o. 5.3.

¹⁵⁸ TZGR Amsterdam 26 april 2022, ECLI:NL:TGZRAMS:2022:51, r.o. 5.3.

¹⁵⁹ TGZT Den Haag 15 november 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:298.

¹⁶⁰ Gupta e.a. 2017, p. 1-99.

¹⁶¹ NVOG 2013, p. 18.

¹⁶² TGZR Den Haag 27 maart 2018, ECLI:NL:TGZRSGR:2018:35, r.o. 5.7.

dat op een dusdanige foetale noodsituatie, waardoor het uitvoeren van een spoedsectio geïndiceerd is. Het eerst uitvoeren van een vacuümextractie is dan niet op zijn plaats.¹⁶³ Het uitvoeren van een keizersnede kan ook voldoen aan het subsidiariteitsbeginsel wanneer er geen sprake is van een foetale noodsituatie, maar wanneer er sprake is van de onmogelijkheid om vaginaal te bevallen, zoals een niet- vorderende ontsluiting.¹⁶⁴

4.5. Proportionaliteit

Van proportionaliteit is sprake wanneer de belasting en de risico's van de behandeling in verhouding staan tot het doel. Een langdurige bevalling geeft een verhoogd risico op complicaties voor zowel de zwangere vrouw als voor het ongeboren kind. Het vaginaal toucher wordt gedurende de bevalling regelmatig toegepast om de voortgang van de bevalling te bewaken. Uit niets is gebleken dat het gebruik van vaginaal toucher nuttig is voor het verbeteren van de uitkomst van de bevalling, zoals de lengte van de bevalling, moeder- of kindersterfte of morbiditeit.¹⁶⁵

Het uitvoeren van vaginaal toucher is een inwendig onderzoek die door vele vrouwen wordt gezien als een pijnlijk en invasief onderzoek die voor ernstige gêne en soms zelfs posttraumatisch stressstoornis (PTSS) kan zorgen.¹⁶⁶ Daarnaast is het uitvoeren van vaginaal toucher niet zonder risico's. Er is namelijk een verband aangetoond tussen het aantal vaginale onderzoeken en een verhoogd risico op urineweginfecties¹⁶⁷ en irritaties aan de baarmoederhals.¹⁶⁸ Het uitvoeren van vijf of meer vaginale onderzoeken tijdens de bevalling wordt bovendien geassocieerd met een hoger risico op ernstig perineaal trauma. Het is daarbij wel onduidelijk of dit trauma wordt veroorzaakt door de onderzoeken zelf of door de situaties waardoor het vaginaal onderzoek moest worden uitgevoerd.¹⁶⁹ Vaginaal toucher kan volgens het Tuchtcollege niet worden uitgevoerd zonder het vragen van toestemming, ongeacht hoe de CTG wordt geïnterpreteerd. Door die toestemming niet te vragen handelt de hulpverlener onzorgvuldig en daarmee tuchtrechtelijk verwijtbaar.¹⁷⁰ Hierdoor staan de belasting en de risico's voor het uitvoeren van een vaginaal toucher niet in verhouding tot het doel (voorkomen van complicaties door een langdurige bevalling) en is er niet voldaan aan het proportionaliteitsvereiste.

Een episiotomie brengt onder andere risico's mee op complicaties zoals bloedverlies, een verhoogd risico op een totaal ruptuur, en een verhoogde kans op infecties.¹⁷¹ Het toepassen van een episiotomie om de bevalling te versnellen, om de foetale nood te voorkomen, voldoet niet aan het proportionaliteitsbeginsel nu het onduidelijk is hoe groot de tijdswinst is bij het uitvoeren van een episiotomie.

Een vacuümextractie brengt onder andere risico's mee op complicaties zoals een verhoogde kans op lange termijnschade aan de bekkenbodem¹⁷², een verhoogde kans op totaalruptuur en een

¹⁶³ TGZC Den Haag 24 maart 2015, ECLI:NL:TGZCTG:2015:99 .

¹⁶⁴ TGZC Den Haag 20 juni 2019, ECLI:NL:TGZCTG:2019:166, r.o. 4.3 en TGZR Amsterdam 22 mei 2018, ECLI:NL:TGZRAMS:2018:54, r.o. 5.6. TGZR Den Haag 7 juni 2016, ECLI:NL:TGZRSGR:2016:65, r.o. 5.3.

¹⁶⁵ Dahlen e.a. 2013, p. 149.

¹⁶⁶ Dahlen e.a. 2013, p. 142-152.

¹⁶⁷ Seaward e.a. 1998, p. 635 – 639; Maharaj 2007, p. 400-406 en Wong & Rosh 2019.

¹⁶⁸ Gluck e.a. 2020, p. 3-5.

¹⁶⁹ Gluck e.a. 2020, p. 1405 – 1410.

¹⁷⁰ TGZR Amsterdam 26 april 2022, ECLI:NL:TGZRAMS:2022:50.

¹⁷¹ Jiang e.a. 2017; Viswanathan e.a. 2005, p. 1–8; Signorello e.a. 1984(5):881–888; Dudding e.a. Ann Surg 2008, p. 224–237 en Rollow Hersh & Emeis 2020, p. 405.

¹⁷² Sultan, Johanson & Carter 1998, p. 113-119.

verhoogde kans op bloedingen.¹⁷³ Daarnaast hebben zwangere vrouwen een verhoogde kans op een negatieve geboorte-ervaring en een secundaire angst voor een volgende bevalling.¹⁷⁴ Een negatieve geboorte-ervaring kan meer dan tien jaar na de bevalling nog indruk op vrouwen maken.¹⁷⁵ Bij een keizersnede is er sprake van een verhoogd risico op onherstelbare beschadiging aan organen, zoals de blaas en de baarmoeder¹⁷⁶, infecties¹⁷⁷ en trombose¹⁷⁸. Daarnaast zitten er risico's aan vast op langere termijn, waardoor een keizersnede noodzakelijk is voor een volgende bevalling.¹⁷⁹ Zowel de vacuümextractie als een keizersnede brengen ook risico's met zich mee voor het ongeborn kind.¹⁸⁰

Een vacuümextractie en keizersnede worden toegepast om de foetale nood te verminderen, en daarbij blijvende gezondheidsschade of zelfs de dood te voorkomen bij het ongeborn kind. Een vacuümextractie en keizersnede brengen meer nadelige gevolgen met zich mee dan een episiotomie, waaronder mogelijke lange termijnschade bij de zwangere vrouw. Wanneer er sprake is van een foetale noodsituatie kunnen de risico's van het uitvoeren van deze medische interventies in verhouding staan tot het doel, namelijk het beperken dan wel voorkomen van schade aan het ongeborn kind. Daartoe is het wel belangrijk dat de foetale noodsituatie ook duidelijk van toepassing is, door bijvoorbeeld het uitvoeren van een microbloedonderzoek, waarbij het zuurstofgehalte in het bloed van het ongeborn kind wordt gemeten. Ondanks een suboptimale CTG kan een vaginale bevalling worden gecontinueerd zonder medisch ingrijpen via een keizersnede, zolang de bevalling vordert, al is het langzaam. In een dergelijk geval is er geen sprake van een situatie die medisch ingrijpen vergt.¹⁸¹

Zelfs als er sprake is van foetale nood kan er alsnog de situatie zich voortdoen dat het ingrijpen middels een keizersnede niet voldoet aan het proportionaliteitsvereiste. Wanneer er sprake is van een zeer slechte prognose van het ongeborn kind, waarbij er een reële kans is dat het ongeborn kind voor, tijdens of vlak na de geboorte zal overlijden, is de foetale nood niet voldoende om over te gaan tot keizersnede gelet op de risico's die er voor de vrouw aan verbonden zijn.¹⁸²

4.6. Discussie

Wanneer een zwangere vrouw een medische interventie weigert, heeft dat niet alleen invloed op haar, maar ook op haar ongeborn kind. De arts heeft een zorgplicht voor zowel de zwangere vrouw als voor het ongeborn kind. Daarnaast kan betoogd worden dat de zwangere vrouw ook een zorgplicht heeft jegens haar ongeborn kind, wanneer zij ervoor kiest om haar zwangerschap te voldragen en niet tussentijds af te breken. Dit zijn allemaal factoren die de zwangere vrouw beperken in het uitvoeren van haar zelfbeschikkingsrecht ten behoeve van haar ongeborn kind. Een arts kan haar bijvoorbeeld overtuigen om een bepaalde medische interventie te ondergaan ten behoeve van

¹⁷³ De Leeuw e.a. 2001, p. 383 – 387.

¹⁷⁴ Rouhe e.a. 2009, p. 67-73; Nilsson e.a., 2012, p. 114-121 en Waldenström e.a. 2004, p. 17-27.

¹⁷⁵ Bossano e.a. 2017, p. 1-8.

¹⁷⁶ Nielsen en Hokegard 1984, p. 103-108.

¹⁷⁷ Duff 1986, p. 269-276 en Owen & Andrews 1994, p. 842-855.

¹⁷⁸ Gherman e.a. 1999, p. 730-734 en Simpson e.a. 2001, p. 56-60.

¹⁷⁹ Ananth e.a. 1997, p. 1071-1078; Lydon-Rochelle e.a. 2001, p. 765-769; Clark, Koonings & Phelan 1985, p. 89-92 en Lydon-Rochelle e.a. 2001, p. 3-8.

¹⁸⁰ Demissie e.a. 2004, p. 24-29; Benedetto e.a. 2007, p. 35-40; Doumouchtsis & Arulkumaran 2006, p. 129-134; Swanson e.a., 2012, p. 260-263; Simonson e.a. 2007, p. 626-633; Graziosi e.a., 1998, p. 2300-2303; Ashtiani e.a. 2009, p. 1867-1871; Tita e.a., 2009, p. 111-120; Wilmlink e.a. 2010, p. 1-8.

¹⁸¹ TGZC Den Haag 20 november 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2433, r.o. 4.13

¹⁸² TGZCTG Den Haag 20 december 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2519 en TGZR Zwolle 17 februari 2011, ECLI:NL:TGZRZWO:2011:YG0914

de gezondheid van haar ongeboren kind, waardoor het belang van het ongeboren kind prevaleert boven haar eigen belang.

Daarnaast heeft het tuchtcollege bepaald dat hulpverleners toestemming mogen afleiden aan de hand van de gedragingen van de zwangere vrouwen en het medisch dossier. Hierdoor kan de zwangere vrouw niet volledig gebruik maken van haar zelfbeschikkingsrecht. Ook hier lijkt het belang van het ongeboren kind te prevaleren, nu het tuchtcollege aangeeft dat het vragen van toestemming voor elke behandeling niet werkbaar is, omdat de begeleiding tijdens de bevalling ook ziet op de gezondheid van het ongeboren kind.

Tijdens een bevalling wordt het ongeboren kind gemonitord door middel van een CTG. Wanneer het niet goed gaat met het ongeboren kind, kan er gekozen worden om een medische interventie toe te passen om de bevalling zo spoedig mogelijk te beëindigen. Het toepassen van vaginaal toucher mag niet zonder toestemming gebeuren, aldus het tuchtcollege. Daarvoor dient dus expliciet toestemming te worden gevraagd. Het uitvoeren van een episiotomie kan doelmatig zijn om een bevalling zo spoedig mogelijk te beëindigen, omdat er meer ruimte wordt gecreëerd, maar er is nog onduidelijkheid over hoe groot de tijdswinst is door het toepassen van een episiotomie. Het tuchtcollege acht een episiotomie een mogelijkheid om een lange uitdrijvingsduur te verkorten om een nadelige uitkomst voor zowel de zwangere vrouw als voor het ongeboren kind te voorkomen. Hier wordt het belang van het ongeboren kind dus gelijkgesteld aan het belang van de zwangere vrouw.¹⁸³

Om een bevalling te beëindigen kan er ook gekozen worden voor een vacuümextractie en/of keizersnede. Zowel de vacuümextractie als keizersnede zijn doelmatige interventies om een bevalling spoedig te beëindigen. Indien een vaginale bevalling mogelijk is, dan geniet dat de voorkeur boven een keizersnede, ook al dient er een vacuümextractie te worden toegepast. Een keizersnede is geïndiceerd indien een vaginale bevalling niet mogelijk is, of als er sprake is van een acute foetale noodsituatie. Een foetale noodsituatie op zichzelf hoeft een keizersnede niet te rechtvaardigen als er sprake is van een slechte prognose waarbij al bekend is dat het ongeboren kind mogelijk tijdens de bevalling zal komen te overlijden. In dat geval prevaleert het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw.

4.7. Conclusie

Zowel de arts als de zwangere vrouw hebben zo hun zorgplicht. De arts ten opzichte van de zwangere vrouw en de zwangere vrouw ten opzichte van haar ongeboren kind. Van de arts kan in sommige situaties worden gevergd dat hij de zwangere vrouw op andere gedachten brengt, wanneer de zwangere vrouw een onverstandige keuze maakt. In het geval van een wilsonbekwame zwangere vrouw is het mogelijk dat er zonder toestemming een medische behandeling wordt uitgevoerd. Als er sprake is van een wilsonbekwame zwangere vrouw die door een geestelijke stoornis of verslaving weigert mee te werken, kan verplichte zorg worden uitgeoefend. De verplichte zorg op basis van de Wvvgz is wel een ultimum remedium, waarbij dient te worden voldaan aan de vereisten van proportionaliteit, subsidiariteit en de doelmatigheid.

Medische interventies gedurende de bevalling zijn: vaginaal toucher, episiotomie, vacuümextractie en keizersnede. Vaginaal toucher mag niet zonder toestemming worden uitgevoerd aldus het

¹⁸³ TGZT Den Haag 15 november 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:298, r.o. 2.6.

tuchtcollege. Een episiotomie, vacuümextractie en keizersnede worden ingezet om een bevalling te beëindigen. In hoeverre een episiotomie tijdwinst oplevert is onbekend, waardoor niet gezegd kan worden dat deze interventie voldoet aan de doelrechtmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit. Een vacuümextractie en keizersnede zijn allebei doelrechtmatig, en kunnen beide voldoen aan de andere vereisten afhankelijk van het situatie.

5. Conclusies en aanbevelingen

5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk zal aan de hand van het gedane onderzoek conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan. Aan de hand van de conclusies en aanbevelingen zal de onderzoeksvraag van deze scriptie worden beantwoord. De onderzoeksvraag die beantwoord wordt in dit onderzoek luidt als volgt: “In hoeverre bestaan er juridische gronden op basis waarvan de rechten van het ongeboren kind prevaleren boven de rechten van de zwangere vrouw ten behoeve van het uitvoeren van medische interventies gedurende de bevalling?”

5.2. Conclusie

De zwangere vrouw heeft het zelfbeschikkingsrecht om een medische interventie gedurende de bevalling te weigeren. Dit recht is niet expliciet geregeld in het nationaal recht, maar kan worden afgeleid uit het internationaal recht. De WGBO bepaalt dat er geen medische handeling mag worden toegepast zonder toestemming van de patiënt. Op grond van het WGBO kan een wilsbekwame zwangere vrouw niet worden gedwongen om een medische interventie te ondergaan. Uit de uitspraken van het Tuchtcollege blijkt dat de toestemming niet uitdrukkelijk hoeft te worden gegeven. Zo kan het enkel niet tegenwerken aan een bepaalde medische interventie voldoende zijn voor een hulpverlener om aan te nemen dat er sprake is van toestemming. Mijns inziens wordt hierdoor afbraak gedaan aan het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw en het toestemmingsvereiste van het WGBO en prevaleert het belang van het ongeboren kind. Het enkele feit dat een zwangere vrouw gedurende de bevalling niet tegenwerkt aan de medische interventie, zegt niet dat de zwangere vrouw ook daadwerkelijk akkoord gaat met de medische interventie.

Daarnaast heeft de arts de verplichting om een patiënt te overtuigen om alsnog akkoord te gaan met een medische behandeling. De arts heeft immers zowel een zorgplicht voor de zwangere vrouw (de patiënt) als voor het ongeboren kind. Goed ouderschap begint immers voorafgaand aan de geboorte van het ongeboren kind. Door een zwangere vrouw te overtuigen om alsnog een medische interventie te ondergaan, wordt er geen vrije toestemming gegeven voor de medische interventie, waardoor er op dat punt een zekere mate van drang wordt uitgevoerd en prevaleert het belang van het ongeboren kind boven het belang van de zwangere vrouw.

In de hierboven genoemde situaties betreft het een wilsbekwame zwangere vrouw die een medische interventie weigert te ondergaan. Het kan ook zo zijn dat een wilsonbekwame zwangere vrouw een medische interventie weigert te ondergaan. Op basis van artikel 7:465 BW kan dan de vertegenwoordiger beslissingen nemen op het gebied van het toepassen van de medische interventies gedurende de bevalling. Daarnaast kan op grond van artikel 7:466 BW een medische handeling worden uitgevoerd zonder toestemming van de vertegenwoordiger wanneer onverwijld handelen noodzakelijk is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen. Hier kan betoogd worden dat het levenloos of zwaar gehandicapt geboren worden van het kind ernstig nadeel voor de zwangere vrouw kan opleveren. Indien de wilsonbekwame zwangere vrouw wegens een psychische stoornis de behandeling weigert, dan kan er op grond van de Wvzgz verplichte zorg worden toegepast. Daartoe dient de reguliere vrijwillige zorg uitgeput te zijn. Ook moet de verplichte zorg voldoen aan de vereisten van doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit. Of een medische interventie voldoet aan de vereisten van doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit is afhankelijk van de situatie van de zwangere vrouw. De ene medische interventie kan op het ene

moment wel voldoen aan de vereisten en op een ander moment niet. De arts dient daartoe de situatie zorgvuldig te beoordelen. Het uitvoeren van een medische interventie die niet voldoet aan de vereisten zorgt ervoor dat de arts onrechtmatig en onzorgvuldig handelt naar de patiënt toe.

Vanuit de internationale verdragen wordt het leven of het belang van het ongeboren kind niet beschermd. Een persoon heeft pas rechtsbescherming vanaf het moment dat het kind wordt geboren. Op grond van artikel 1:2 BW kan een ongeboren kind als geboren worden beschouwd, wanneer zijn belang dit vordert. Dit verandert de rechtspositie van het ongeboren kind niet. Tegenwoordig wordt in de jurisprudentie en de literatuur steeds vaker aangenomen dat het begrip 'zijn belang' niet alleen geldt voor vermogensrechtelijke belangen maar ook voor medische belangen. Een ruime interpretatie van het artikel heeft het gevolg dat gedurende een bevalling een medische interventie noodzakelijk is omdat het belang van het ongeboren kind kan prevaleren boven het belang van de zwangere vrouw.

5.3. Aanbevelingen

Zoals hierboven geconcludeerd wordt artikel 1:2 BW steeds vaker ruim geïnterpreteerd om op grond van dit artikel rechtsbescherming te geven aan het ongeboren kind. Hierover is in de literatuur en de rechtspraak nog geen duidelijke consensus. Het is aan de wetgever om hierin duidelijkheid te creëren en dat kan door bijvoorbeeld in artikel 1:2 BW op te nemen dat het begrip 'zijn belang' zowel vermogensrechtelijke belangen als medische belangen betreffen, of door de wet op een andere wijze aan te passen waardoor er expliciet wordt aangegeven dat het medisch belang van het ongeboren kind wordt beschermd.

Bovendien kan mijns inziens artikel 7:450 BW concreter worden ingevuld wat betreft 'toestemming' en op welke wijze deze gegeven dient te worden. Uit de praktijk blijkt dat het uitgangspunt voor toestemming niet de expliciete toestemming is, maar juist de afgeleide toestemming nu het tuchtcollege aangeeft dat de expliciete toestemming in de praktijk niet werkbaar is, nu de begeleiding van de bevalling ook ziet op de gezondheid van het ongeboren kind. Een barende vrouw bevindt zich in een unieke en kwetsbare positie waardoor de expliciete toestemming het uitgangspunt behoort te zijn naar mijn mening. Ook wanneer er sprake is van een foetale noodsituatie dient de zwangere vrouw evengoed expliciete toestemming te kunnen geven voor een medische interventie. Dit is namelijk het standpunt van de richtlijnen van de NVOG en KNOV. Daarin wordt aangegeven dat ook in een spoedsituatie de toestemming van de zwangere vrouw noodzakelijk is. Op basis van de WGBO kan er namelijk niet worden afgeweken van de toestemming omwille van de bescherming van een ander, indien er sprake is van een wilsbekwame patiënt. Als er wordt gekeken naar de begincasus, dan hadden de betrokken hulpverleners voor elk toegepaste medische interventie conform de WGBO en de richtlijnen van de NVOG en KNOV de toestemming van de zwangere vrouw moeten vragen. Het mededelen van een medische interventie is niet voldoende. Door de medische interventies mede te delen wordt ten onrechte het recht van de zwangere vrouw beperkt ten behoeve van de gezondheid van het ongeboren kind.

6. Literatuurlijst

Boeken:

Asser – De Boer 2010

C. Asser en J. De Boer, *Personen en familierecht*, Hoofddorp: Kluwer 2010

Asser/De Boer, Kolkman & Salomons, 2020

J. de Boer, W.D. Kolkman & F.R. Salomons, *De persoon, afstamming en adoptie, gezag en omgang, levensonderhoud, bescherming van meerderjarigen*, Deventer: Kluwer 2020.

Van Beers 2009

B.C van Beers, *Persoon en lichaam in het recht (diss. Amsterdam VU)*, Amsterdam: Boom juridische uitgevers 2009

Van der Burgt & Doek 2002

Gr. van der Burgt (Editor) en J.E. Doek (Editor), *Personen- en familierecht*, 12e druk. Deventer : Kluwer 2002.

Cliteur & Voermans 2009

P.B. Cliteur & W.J.M. Voermans, *Preambules*, Alphen aan den Rijn: Kluwer 2009, p. 9 – 11

Doek & Vlaardingebroek 2009

J.E. Doek & P. Vlaardingebroek, *Jeugdrecht en jeugdzorg*, Amsterdam: Elsevier Juridisch 2009.

Forder 2004

C Forder, 'Het belang van het ongeboren kind', in: E. Engelhart, T. Hartlief & G. van Maanen (red.), *Aansprakelijkheid in gezinsverband*, Den Haag: Boom Juridische Uitgevers 2004.

De Graaf e.a. 2012

J.H. de Graaf e.a., 'De toepassing van het internationaal verdrag inzake de rechten van het kind in de Nederlandse rechtspraak', Nijmegen: Ars Aequi Libri 2012.

Gevers 1988

J.K.M. Gevers, 'Status van het (pre-)embryo naar Nederlandse rechtsopvattingen', in: *Kunstmatige voortplanting en de status van het embryo*, Cahiers van het Katholiek Studiecentrum nr. 7, 1988.

Den Hartogh 2014

G.A. Den Hartogh, *De morele grondslagen van het gezondheidsrecht: de erfenis van Leenen.*, in: G.A. Den Hartogh & P. B. Cliteur, *Ethiek en Gezondheidsrecht: Preadvies 2014 Vereniging voor Gezondheidsrecht*, Den Haag: SDU 2014.

Hendriks 2009

A.C. Hendriks, 'De betekenis van het EVRM voor het gezondheidsrecht', in: *Gezondheidszorg en Europees recht Preadvies* (Vereniging voor Gezondheidsrecht), Den Haag: Sdu uitgevers 2009.

Henrard 2008

K. Henrard, *Mensenrechten vanuit internationaal en nationaal perspectief*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2008.

Hodkin & Newell 1998

R. Hodgkin & Peter Newell, *Implementation Handbook for the Convention of the Rights of the Child*, Geneva: United Nations Children's Fund 1998.

Leenen 1988

H.J.J. Leenen, *Handboek Gezondheidsrecht, Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, 2e dr. Alphen a/d Rijn: 1988.

Leenen e.a. 2011

H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht deel 1: Rechten van de mens in de Gezondheidszorg*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2011.

Leenen e.a. 2020

H.J.J. Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2020.

Leenen, Pinet & Prims 1986

H. Leenen, G. Pinet & A. Prims, *Trends in health legislation in Europe*, Paris: Masson 1986.

Meuwese, Blaak & Kaandorp 2005

S. Meuwese, M. Blaak & M. Kaandorp, *Handboek internationaal jeugdrecht*, Nijmegen: Ars Aequi Libri 2005.

Reed 2021

R. Reed, *Reclaiming Childbirth as a Rite of Passage: Weaving Ancient Wisdom With Modern Knowledge*, Australia: Word Witch Press 2021.

Schoonenberg 1989

R.M. Schoonenberg, 'Een recht van het ongeboren kind op adequate prenatale zorg en medische behandeling?', in M. de Langen e.a., *Kinderen en recht*, Deventer: Gouda Quint 1989.

Sluyters 1990

B. Sluyters, 'Civielrechtelijke aansprakelijkheid voor medische fouten voor de geboorte', in: J.K.M. Gevers & J.H. Hubben (red.), *Grenzen aan de zorg; zorgen aan de grens*, Alphen aan den Rijn: 1990.

Smith 2007

R.K.M. Smith, *Textbook on International Human Rights*, Oxford: Oxford University Press 2007.

Smits 1992

P.W. Smits, *The right to life of the unborn child in international documents, decisions and opinions (diss. Leiden)*, Bedum: Scholma Druk 1992.

Visser e.a. 2005

M.R.M. Visser e.a., *Evaluatie Wet Afbreking Zwangerschap*, Den Haag: ZonMw 2005.

Viswanathan e.a. 2005

M. Viswanathan e.a., 'The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review', Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality 2005.

Tijdschriften:**Al-Kadri e.a. 2003**

H. Al-Kadri e.a., 'Failed individual and sequential instrumental vaginal delivery: contributing risk factors and maternal-neonatal complications'. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003, p. 642–648.

Ananth e.a., 1997

C.V. Ananth e.a., 'The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: A metaanalysis', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, p. 1071-1078.

Anderson e.a. 2017

Anderson e.a., 'Patient communication, satisfaction, and trust before and after use of a standardized birth plan'. *Hawaii J Med Public Health*. 2017;76:p. 305-309.

Ashtiani e.a. 2009

N. Ashtiani, 'Respiratoire complicaties bij vroege electieve sectio caesarea', *Nederlands tijdschrift voor de Geneeskunde* 2009; 153;A57, p. 1867 -1871.

Benedetto e.a. 2007

C. Benedetto e.a. 'Short-term maternal and neonatal outcomes by mode of delivery. A case-controlled study'. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2007, p. 35-40.

Berghmans e.a. 2009

R. Berghmans, e.a., 'Dwangmogelijkheden te beperkt. Bescherm foetus tegen verslaafde moeder', *Medisch contact* 2009, p. 77-80.

Bijlsma e.a. 2008

M.W. Bijlsma e.a., 'De mogelijkheid van ondertoezichtstelling van het nog ongebooren kind bij twijfels over de veiligheid van de thuissituatie, *NTvG* 2008; 152: p. 897.

De Boer & Roex 1994

G. De Boer & A. Roex, 'Conflicterende belangen van zwangere vrouw en ongebooren kind', *NTvG* 1994, p. 295-303.

Bossano e.a. 2017

C.M. Bossano e.a., 'The maternal childbirth experience more than a decade after delivery.' Am J Obstet Gynecol. 2017, p. 1-8.

Broersen 2011

S. Broersen, 'Shared Decision Making voor beginners'. Medisch Contact 2011, p. 1639.

Van der Burg 1994

W. van der Burg, De juridische 'status' van het embryo: een op drift geraakte fictie, TvGR 1994, p. 386-40

De Bruijn-Lückers 1986

M.L.C.C. De Bruijn-Lückers, 'Baas in eigen buik en de grondrechten', NJCM 1986, p.600-607.

Clark, Koonings & Phelan 1985

S.L. Clark, P.P. Koonings, J.P. Phelan, 'Placenta previa/accreta and prior cesarean section'. Obstet Gynecol. 1985, p. 89-92.

Dahlen e.a. 2013

H. Dahlen e.a., 'Vaginal examination during normal labor: routine examination or routine intervention?' International Journal of Childbirth, 2013, 3(3), p. 142-152.

DeBaets 2017

A.M. DeBaets, 'From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth, Am J Obstet Gynecol 2017;216, p.1-4.

Demissie e.a. 2004

K. Demissie e.a. 'Operative vaginal delivery and neonatal and infant adverse outcomes: population based retrospective analysis'. BMJ. 2004, p. 24-29.

Dorscheidt 2012

J.H.H.M. Dorscheidt, 'Rechter laat foetaal belang onbeschermd', NJB 2012, p. 810-822.

Doumouchsis & Arulkumaran 2006

S.K. Doumouchsis & S. Arulkumaran, 'Head injuries after instrumental vaginal deliveries.' Curr Opin Obstet Gynecol. 2006, p. 129-134.

Dudding e.a. 2008

T.C. Dudding e.a., 'Obstetric anal sphincter injury: Incidence, risk factors, and management.' Ann Surg 2008;247(2), p. 224-237.

Duff 1986

P. Duff, 'Pathophysiology and management of postcesarean endomyometritis'. Obstet Gynecol 1986, p. 269-276.

Enkelaar & Van der Does 2009

A.C. Enkelaar & A.M.I. van der Does, 'Ouderlijke (on)verantwoordelijkheid, al voor de geboorte', FJR 2009, p. 4 – 9.

Frederiks e.a. 2010

B.J.M Frederiks e.a., 'Wetsvoorstel zorg en dwang', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2010, p. 81.

Gherman e.a. 1999

R.B. Gherman e.a., 'Incidence, clinical characteristics, and timing of objectively diagnosed venous thromboembolism during pregnancy'. Obstet Gynecol 1999, p. 730-734.

Gluck e.a. 2020

O. Gluck e.a., 'The correlation between the number of vaginal examinations during active labor and febrile morbidity, a retrospective cohort study' BMC Pregnancy and Childbirth, 2020, 20(246).

Gluck e.a. 2020

O. Gluck e.a., 'The association between the number of vaginal examinations during labor and perineal trauma: a retrospective cohort study'. Arch Gynecol Obstet. 2020 Jun;301(6):, p. 1405-1410.

Graziosi e.a. 1998

G.C. Graziosi e.a. 'Electieve sectio caesarea bij voorkeur na minimaal 38 complete zwangerschapsweken'. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde. 1998, p. 2300-2303.

Hammerstein – Schoonderwoerd 1987

W Hammerstein- Schoonderwoerd, De foetus, een toekomstige patiënt?, NJB 1987, p. 1221 – 1222.

Den Hartogh 2003

G.A. den Hartogh, 'Het Europese Hof over hulp bij suicide', Ars Aequi 2003, p. 96-104.

Hendriks 2008

A.C. Hendriks e.a, 'Het recht op autonomie in samenhang met goede zorg bezien', Tijdschrift Gezondheidsrecht 2008, p. 2-18.

Hendriks, Sombroek & de Vries 2022

A.C. Hendriks, M.P. Sombroek, & M.C. de Vries, 'Wet verplichte ggz biedt meer mogelijkheden om zwangeren te begeleiden'. Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde, 2022 166, p. 1.

Hidalgo-Lopezosa, Rodriguez-Borrego & Munoz-Villanueva 2013

P. Hidalgo-Lopezosa, M.A. Rodriguez-Borrego, M.C. Munoz-Villanueva, 'Are birth plans associated with improved maternal or neonatal outcomes?' MCN Am J Matern Child Nurs. 2013, p. 150-156.

Jungschleger 2002

M.K. Jungschleger, 'De onveilige baarmoeder', Ars Aequi 2005, p. 339-344

Kalkman-Bogerd 1990

L.E. Kalkman-Bogerd, 'Dwang op zwangere vrouw ten behoeve van de ongeboren vrucht toelaatbaar?', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1990-8, p. 500-513.

Kottenhagen 2008

R.J.P. Kottenhagen, 'Botsende rechten van moeder en ongeboren kind. Kan een vrouw tegen haar wil gedwongen worden een medische ingreep te ondergaan ten behoeve van de nasciturus?', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2008, p. 492-503.

Kottenhagen, Letsel & Schade 2009

R.J.P. Kottenhagen, 'Juridische mogelijkheden ter voorkoming of beperking van geboorteschade als gevolg van het handelen van de moeder. Een stand van zaken', Letsel & Schade 2009, nr. 4, p. 4 – 9

Leenen 1984

H.J.J. Leenen, 'Recht op informatie van de patiënt; een tussentijdse balans', Nederlands Tijdschrift Geneeskundige 1984, p. 1238.

Leenen 1994

H.J.J. Leenen, 'De juridische status van het (pre)embryo: ficties over een juridische fictie', Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1994, p. 402-409.

De Leeuw e.a. 2001

J.W. De Leeuw e.a. 'Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery'. BJOG. 2001;108(4):p. 383–387

Legemaate & Legemate 2010

D.A. Legemaate & J. Legemate, 'Het preoperatief informed consent', NTvG 2010;154:A2492

Legemaate 2004

J. Legemaate, 'Het zelfbeschikkingsrecht: een oud debat in nieuw licht', TvGR 2004, p. 18 – 20.

Lothian 2006

J. Lothian, 'Birth plans: the good, the bad, and the future'. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2006;35(2):295–303

Lydon-Rochelle e.a. 2001

M. Lydon-Rochelle e.a., 'First-birth cesarean and placental abruption or previa at second birth(1)'. Obstet Gynecol. 2001, p. 765 – 769.

Lydon-Rochelle e.a. 2001

M. Lydon-Rochelle e.a. 'Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery'. N Engl J Med. 2001, p. 3-8.

Maharaj 2007

D. Maharaj, "Puerperal pyrexia: a review. Part II", *Obstetrical and Gynecological Survey* 2007;62, p. 400-406.

Nielsen en Hökegard 1984

T.F. Nielsen & K.H. Hökegård, 'Cesarean section and intraoperative surgical complications.', *Acta Obstet Gynecol Scand* 1984; p. 103-108.

Nilsson e.a. 2012

C. Nilsson e.a., 'Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: a longitudinal population-based study'. *Women Birth*. 2012, p. 114-121.

Van Os & Hendriks 2010

E.C.C. van Os, A.C. Hendriks, 'Wie is de baas over de baarmoeder?', *Tijdschrift voor familie- en jeugdrecht* 2010, p. 70 – 181.

Owen & Andrews 1994

J. Owen & W.W. Andrews, 'Wound complications after cesarean sections'. *Clin Obstet Gynecol*. 1994, p. 842-855.

Ploem e.a. 2022

M.C. Ploem e.a., 'Tweede evaluatie van de Wet afbreking zwangerschap', *TvGR* 2022, p. 17.

Pulles & Wöorst 2012

GJW Pulles, LCJM Wöorst, "Doorwerking van het IVRK: de wetgever geeft het voorbeeld", *FJR* 2012, p. 64.

Rollow Hersh & Emeis 2020

S. Rollow Hersh & C.L. Emeis, "Mediolateral Episiotomy: Technique, Practice and Training", *Journal of Midwifery & Women's Health* 2020, p. 405.

Roscam Abbing 1988

H.D.C. Roscam Abbing, 'Medisch handelen bij het begin van leven; enkele juridische kanttekeningen', *NTvG* 1988, p. 1540-1544.

Rouhe e.a. 2009

H. Rouhe e.a., 'Fear of childbirth according to parity, gestational age and obstetric history', *BJOG* 2009;116, p. p. 67-73.

Schoonenberg 1988

A.M. Schoonenberg, 'De foetus, een toekomstig patient?', *NJB* 1988, p. 789-799.

Seaward e.a. 1998

P.G. Seaward e.a., 'International multicenter term PROM study: evaluation of predictors of neonatal infection in infants born to patients with premature rupture of membranes at term. Premature rupture of the membranes', *Am J Obstet Gynecol* 1998, 179, p. 635 – 639.

Sheiner e.a. 2001

E. Sheiner e.a., 'Failed vacuum extraction. Maternal risk factors and pregnancy outcome.' *J Reprod Med* 2001, p. 819–824.

Signorello e.a. 2001

L.B. Signorello, 'Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women.', *Am J Obstet Gynecol* 2001, p. 881-888.

Simonson e.a. 2007

C. Simonson, 'Neonatal Complications of Vacuum-Assisted Delivery', *Obstetrics & Gynecology*, 2007, p. 626-633.

Simpson e.a. 2001

E.L. Simpson, 'Venous thromboembolism in pregnancy and the puerperium: incidence and additional risk factors from a London perinatal database', *BJOG* 2001, p. 56-60.

Srisomboon e.a. 1998

J. Srisomboon e.a., 'Comparison of vacuum extraction delivery between the conventional metal cup and the new soft rubber cup'. *J Med Assoc Thai*. 1998;81(7), p. 480-486.

Suarez-Cortes 2015

M. Suarez-Cortes e.a., 'Use and influence of delivery and birth plans in the humanizing delivery process'. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015, p. 520-526

Sultan, Johanson & Carter 1998

A.H. Sultan, R. B. Johanson & J. E. Carter. 'Occult anal sphincter trauma following randomized forceps and vacuum delivery.', *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 61.2 (1998), p. 113-119.

Swanson e.a. 2012

A.E. Swanson e.a. 'Subgaleal hemorrhage: risk factors and outcomes'. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012, p. 260-263.

Tita e.a. 2009

A.T. Tita e.a., 'Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Engl J Med*. 2009, p. 111-120.

Verhoeven e.a. 2016

C.J. Verhoeven e.a., 'Predictors for failure of vacuum-assisted vaginal delivery: a case-control study', *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2016, p. 29–34.

Waldenström e.a. 2004

U. Waldenström e.a., 'A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample'. Birth, 2004 p. 17-27.

Whitford & Hillan 1998

H.M. Whitford & E.M. Hillan, 'Women's perceptions of birth plans'. Midwifery 1998, p. 248-253.

Whitford e.a. 2014

H.M. Whitford e.a., 'Use of a birth plan within woman-held maternity records: a qualitative study with women and staff in northeast Scotland Birth', 2014 p. 283-289.

De Wildt 2006

W.M.J. de Wildt, 'Structurele noodsituatie: Parlement en rechter over de WAZ', PVH 2006; 13: p. 1 – 4.

Wilmink e.a. 2010

F.A. Wilmink, 'Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry'. Am J Obstet Gynecol. 2010, p. 1-8.

Wladimiroff & Christiaens 1998

J.W. Wladimiroff & G.C.M.L. Christiaens, "Het rapport 'Late zwangerschapsafbreking: zorgvuldigheid en toetsing' van de overleggroep Late Zwangerschapsafbreking, NTvG 1998 (142): p. 2627 – 2629.

Wong & Rosh 2019

A.W. Wong & A.J. Rosh AJ: 'Pregnancy, Postpartum Infections', eMedicine 2019 [<http://www.emedicine.medscape.com/article/796892>].

Jurisprudentie:

HR 14 september 1959, NJ 1960/119

HR 29 mei 1990, ECLI:NL:HR:1990:ZC8539, r.o. 5.3.2

HR 8 september 2000, ECLI:NL:PHR:2000:AA7041

HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB2737

HR 23 november 2001, ECLI:NL:HR:2001:AD3963

HR 18 maart 2005, ECLI:NL:PHR:2005:AR5213

HR 12 maart 2013, ECLI:NL:HR:2013:BY4876

HR 12 maart 2013, ECLI:NL:HR:2013:BY4858

HR 10 maart 2023, ECLI:NL:PHR:2023:305

Rb. Arnhem 22 juni 1922, ECLI:NL:RBARN:1922:11

Rb. Haarlem 14 oktober 1966, NJ 1967/22

Rb. Utrecht 3 juni 2004, FJR 2005, p. 98

Rb. Groningen 24 oktober 2006, LJN AZ4417

Rb. Rotterdam 9 mei 2006, ECLI:NL:RBROT:2006:AX2185

Rb. Roermond 26 juni 2009, ECLI:NL:RBROE:2009:BJ0644

Rb Middelburg 30 juli 2010, ECLI:NL:RBMID:2010:BN2996

Rb. Amsterdam 14 februari 2011, ECLI:NL:RBAMS:2011:BW7232
Rb. Dordrecht 7 februari 2012, ECLI:NL:RBDOR:2012:BV6246
Rb. Maastricht 13 april 2012, ECLI:NL:RBMAA:2012:BW5222
Rb Maastricht 11 juli 2012, ECLI:NL:RBMAA:2012:BX2205
Rb Limburg 19 januari 2015, ECLI:NL:RBLIM:2015:2187

TGZR Zwolle 18 maart 2010, ECLI:NL:TGZRZWO:2010:YG0169, r.o. 5.4
TGZR Zwolle 17 februari 2011, ECLI:NL:TGZRZWO:2011:YG0914
TGZC Den Haag 20 november 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2433
TGZC Den Haag 20 december 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2519
TGZR Den Haag 22 januari 2013, ECLI:NL:TGZRSGR:2013:YG2578
TGZC Den Haag 14 februari 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG2645
TGZR Amsterdam 16 juli 2013, ECLI:NL:TGZRAMS:2013:14
TGZC Den Haag 24 juni 2014, ECLI:NL:TGZCTG:2014:263
TGZC Den Haag 24 maart 2015, ECLI:NL:TGZCTG:2015:99
TGZR Den Haag 7 juni 2016, ECLI:NL:TGZRSGR:2016:65
TGZR Amsterdam 28 november 2017, ECLI:NL:TGZRAMS:2017:134
TGZR Den Haag 27 maart 2018, ECLI:NL:TGZRSGR:2018:35
TGZR Amsterdam 22 mei 2018, ECLI:NL:TGZRAMS:2018:54
TGZC Den Haag 15 november 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:298
TGZR Den Haag 7 mei 2019, ECLI:NL:TGZRSGR:2019:67
TGZC Den Haag 20 juni 2019, ECLI:NL:TGZCTG:2019:166
TGZR Amsterdam 10 december 2019, ECLI:NL:TGZRAMS:2019:239
TGZR Groningen 2 november 2020, ECLI:NL:TGZRGRO:2020:14.
TGZR Den Haag 17 november 2020, ECLI:NL:TGZRSGR:2020:132
TGZR Amsterdam 26 april 2022, ECLI:NL:TGZRAMS:2022:50
TGZR Amsterdam 26 april 2022, ECLI:NL:TGZRAMS:2022:51
TZGR Zwolle 20 december 2022, ECLI:NL:TGZRZWO:2022:176

ECHR 13 juni 1979, nr. 6833/74 (Marckx t. Belgium)
ECRM 13 mei 1980, Application 8416/78, NJ 1981/110
ECRM , nr 6959/75, Commission Report 12 July 1977, § 60 (Brüggeman en Scheuten vs. Bondsrepubliek Duitsland)
ECRM 13 mei 1980, NJ 1981, 110, m.nt. EAA (X vs. VK), § 19 – 20
ECieRM 19 mei 1992, NJCM-Bulletin 1993, m.nt. Loenen (Hercz vs. Noorwegen), § 1.
EHRM 7 februari 2002, Mikulic t. Kroatië, EHRC 2002, 25 (m.nt. H.L. Janssen), § 53
EHRM 29 april 2002, Pretty t. het VK y t. het VK, nr. 2346/02, NJ 2004, 543 (m.nt. E.A. Alkema), NJCM-Bulletin 2002, p. 910 (m.nt. B.E.P. Myjer)
EHRM 11 juli 2002, Christine Goodwin t. het VK, nr. 28957/95, NJ 2002, 553 (m.nt. S.F.M.Wortmann), NJCM-Bulletin 2003, p. 330 (m.nt. P. van Dijk)
EHRM 5 september 2002 (Boso vs. Italië)

EHRM 9 maart 2004, Glass t. het VK, nr. 61827/00, NJ 2005, 14, EHRC 2004, 38 (m.nt. A.C. Hendriks), § 70.

EHRM (Grote Kamer) 8 juli 2004, Vo vs. Frankrijk, § 80

EHRM 17 februari 2005, K.A. & A.D. t. België, EHRC 2005, 38, § 83
EHRM 20 maart 2007, ECLI:NL:XX:2007:BA6785, NTM/NJCM-bull. 2007, p. 494
EHRM 10 april 2007, Evans t. het VK (GC), nr. 6339/05, NJ 2007, 459 (m.nt. J. de Boer)
EHRM 16 oktober 2008, Renolde t. Frankrijk, nr. 5608/05, § 83
EHRM 15 januari 2009, Reklos & Davourlis t. Griekenland, nr. 1234/05, NJ 2009, 524 (m.nt. E.J. Dommering).

Kamerstukken:

Kamerstukken II 1978/79, 15475, nrs. 1-4
Kamerstukken II 1978/79, 15 463, nr. 2
Handelingen II 1978/79, 15 463, nr. 2
Kamerstukken II 1978/79, 15 475, nr. 3
Kamerstukken II 1979/80, 15 475, nr. 6, p. 41
Kamerstukken II, 1979/80, 16 086, nr. 3, p. 7.
Kamerstukken II 1992/93, 22855, nr. 3, p. 13
Kamerstukken II 1998/99, 26717, nr. 1
Kamerstukken II 2006/07, 30 800 XVI, nr. 183, p. 3.
Kamerstukken II 2007/08, 31001 en 31015, nr. 46
Kamerstukken II 2009/2010, 32405, nr. 2
Kamerstukken II 2009/10, 32 399, nr. 3

Overig:

ACOG 2002

American College of Obstetricians and Gynecologists, 'Guidelines for Perinatal Care', Washington DC 2002

Gezondheidsraad 2009

Gezondheidsraad, Zorg voor het ongeboren kind. Signalering ethiek en gezondheid, Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid 2009.

Gezondheidsraad 1990

Gezondheidsraad, Het ongeboren kind als patiënt, Den Haag: Gezondheidsraad 1990.

Handreiking ministerie van Justitie 1994

Handreiking voor de beoordeling van wilsonbekwaamheid, Den Haag: Ministerie van Justitie 1994

IGZ 2013

Inspectie voor de Gezondheidszorg, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 'Jaarrapportage 2011 van de Wet Afbreking Zwangerschap', Utrecht 2013, p. 25

Jiang e.a. 2017

H. Jiang e.a., 'Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth (Review)', Cochrane Database Syst Rev, Wiley & Sons 2017

KNMG 2004

Afdeling in- en externe communicatie KNMG. Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Bijlage 8 : Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame patiënt, KNMG: Den Haag, 2004: 91-115

KNMG 2008

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 'Standpunt KNMG over vrije artsenkeuze'. Utrecht 2008

KNOV & NVOG 2015

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie, 'De Leidraad 'Verloskundige zorg buiten richtlijnen'', Utrecht 2015.

KNOV & NVOG 2015

Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen en de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie, 'Omgaan met zwangeren die geadviseerde / geprotocolleerde zorg afwijzen', Utrecht 2015.

'Late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen', rijksoverheid.nl**NICE 2021**

National Institute for Health and Care Excellence, 'Antenatal care.' 2021, p. 23.

NVA & NVOG 2008

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 'Medicamenteuze pijnbehandeling tijdens de bevalling'. Utrecht 2008.

NVOG 2005

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 'Vaginale kunstverlossing (vacuümextractie, forcipale extractie)', Utrecht 2005.

NVOG 2007

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, ' Modelprotocol "LZA: Medisch handelen late zwangerschapsafbreking', Utrecht 2007.

NVOG 2013

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 'Spontane vaginale baring', Utrecht 2013.

NVOG 2015

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 'NVOG-richtlijn Intrapartum foetale bewaking à terme', Utrecht, 2015.

O'Mahony, Hofmeyr & Menon 2010

F. O'Mahony, G.J. Hofmeyr & V. Menon, 'Choice of instruments for assisted vaginal Delivery'. Cochrane Database Syst Rev, Wiley & Sons 2010.

WHO 2009

World Health Organization, Department of Making Pregnancy Safer, 'WHO Recommended Interventions for Improving Maternal and Newborn Health, WHO Press 2009.