

In het kader van politieke en maatschappelijke discussie heeft de KNMG in 2006 een standpunt geformuleerd over ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking. Afgezien van de gedateerde context in dit standpunt, gelden de daarin genoemde uitgangspunten nog steeds.

Standpunt Federatiebestuur KNMG Ouderschap van mensen met een verstandelijke handicap

Samenvatting

Ouderschap van mensen met een verstandelijke handicap verloopt in veel gevallen problematisch. Kinderen lopen daardoor het risico verwaarloost of zelfs mishandeld te worden. Beleid dat inzet op de bescherming van kinderen behoort zich echter niet te beperken tot verstandelijk gehandicapten. Toch is alertheid bij deze groep geboden. Artsen hebben daarbij de volgende handelingsopties:

- 1. Als onderdeel van seksuele voorlichting de verstandelijk gehandicapten informeren over en aanbieden van anticonceptie. Dit is altijd aangewezen.**
- 2. Ontmoedigen van ouderschap. Dit is alleen noodzakelijk als aan de hand van de NVAVG-standaard¹ wordt vastgesteld dat van ‘goed genoeg’ ouderschap geen sprake kan zijn. De arts kan zijn patiënt hiervoor ook gericht verwijzen.**
- 3. Reageren op mislukte ontmoediging. De arts moet overwegen of de (beperkte) wettelijke ruimte voor gedwongen anticonceptie mogelijkheden biedt. Over verruiming van het wettelijk kader is de KNMG vooralsnog terughoudend. Eerst moet een diepgaand maatschappelijk debat plaatsvinden over de (on)mogelijkheden tot inperking van de grondrechten op gezinsvorming en lichamelijk integriteit vanwege gevaar voor een (mogelijk) toekomstig kind.**
- 4. Ondersteuning van risicogezinnen. De arts moet hen permanent (laten) ‘monitoren’ en bevorderen dat zij alle ondersteuning krijgen die nodig is. Vermoedt of constateert de arts (dreigende) kindermishandeling, dan onderneemt hij de nodige stappen conform de KNMG-Meldcode inzake kindermishandeling.²**

Om artsen toe te rusten voor deze taken, is gerichte deskundigheidsbevordering en goede samenwerking noodzakelijk.

Inleiding

Sinds enige tijd wordt een maatschappelijk debat gevoerd over de vraag of aan mensen met een verstandelijke handicap beperkingen kunnen worden opgelegd in het realiseren van hun kinderwens. Verstandelijk gehandicapten blijken vaak zo zeer tekort te schieten in hun vermogen tot ouderschap, dat er feitelijk sprake is van verwaarlozing of zelfs mishandeling van het kind en uithuisplaatsing onvermijdelijk wordt. Men bepleit dan een beperking van het recht op voortplanting met het oog op de bescherming van de rechten van het kind. In veel gevallen lukt het hulpverleners of familieleden de verstandelijk gehandicapte te overreden in te stemmen met maatregelen die een zwangerschap voorkomen. Daar waar dat niet lukt en men toch overtuigd is van het ontbreken van ouderschapscompetentie, pleit men ervoor anticonceptie in de vorm van een ‘prikpil’ onder dwang toe te dienen, een spiraaltje te plaatsen of zelfs een sterilisatie uit te voeren.

In dit standpunt wordt nader ingegaan op de vraag of en zo ja hoe vormen van ontmoediging van ouderschap tot en met gedwongen vormen van anticonceptie bij mensen met een verstandelijke handicap kunnen worden gerechtvaardigd.

¹NVAVG, Omgaan met vragen omtrent kinderwens en anticonceptie bij mensen met een verstandelijke handicap, Utrecht, oktober 2005, zie: www.nvavg.nl

²KNMG, Utrecht 2004, zie: www.knmg.nl/vademecum

Omdat artsen op enig moment betrokken zijn bij besluitvorming over (het voorkomen van) het ouderschap van verstandelijk gehandicapten en hun eigen professionele afwegingen moeten maken bij de eventuele wenselijkheid van ontmoediging en de indicatie, het voorschrijven van en de al of niet gedwongen toediening van anticonceptiva, heeft de KNMG gemeend over deze kwestie een standpunt te moeten innemen.

Achtergrond

Het debat over ontmoediging tot voortplanting en gedwongen anticonceptie bij mensen met een verstandelijke handicap vindt plaats tegen de achtergrond van het emancipatiebeleid dat de afgelopen decennia in de zorg voor deze mensen is gevoerd. Dit was erop gericht het leven van deze mensen zoveel mogelijk te normaliseren. Een betere zelfontplooiing, participatie en integratie in de maatschappij stonden daarbij centraal. Daardoor kwam er meer oog voor de seksuele wensen van verstandelijk gehandicapten en kregen zij ook feitelijk meer gelegenheid tot seksueel contact. De mogelijkheid van ouderschap ligt in het verlengde van deze ontwikkeling. De keerzijde van dit beleid kan echter zijn dat de verstandelijk gehandicapte verantwoordelijkheden krijgt c.q. neemt waaraan hij of zij niet kan voldoen. De kinderen van verstandelijk gehandicapte ouders kunnen daar de dupe van worden. Steeds meer wordt duidelijk dat deze kinderen soms ernstig worden verwaarloosd en/of mishandeld. Ook is de belasting voor de omgeving vaak bijzonder groot. Een verstandelijk gehandicapte ouder heeft doorgaans veel steun en hulp van anderen nodig om kinderen verantwoord te kunnen opvoeden.

Advies Gezondheidsraad

Tegen deze achtergrond vroeg de toenmalige minister van VWS in 1999 om advies aan de Gezondheidsraad. Het advies verscheen in oktober 2002 en handelde over de medische, ethische en gezondheidsrechtelijke overwegingen die van belang zijn voor de besluitvorming over anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap.³ In dit advies staat het recht op ouderschap van de verstandelijk gehandicapte, in het verlengde van volwaardig burgerschap, centraal. De Raad benadrukt dat mensen met een verstandelijke handicap als ouders niet wezenlijk anders zijn dan mensen zonder verstandelijke beperkingen. Zij zijn vooral kwetsbaarder ouders die - in sommige gevallen met ondersteuning - adequate opvoeders kunnen zijn. In andere gevallen (bijvoorbeeld bij een IQ van <60) is het opvoeden van een kind een te zware belasting met overwegend nadelige gevolgen voor zowel ouder als kind. Dan is – in de visie van de Raad - een vorm van anticonceptie wenselijk die effectief is en zo min mogelijk belastend en ingrijpend. Omdat hulpverleners vaak moeite hebben met de besluitvorming rond ouderschap en anticonceptie, is meer openheid en discussie en extra educatie en ondersteuning gewenst.

Als duidelijk is dat geen sprake kan zijn van verantwoord ouderschap en het belang van een eventueel toekomstig kind zwaarder moet wegen dan de wens van de verstandelijk gehandicapte, laat de wet op dit moment slechts dwang toe in het belang van de verstandelijk gehandicapte zelf en uitsluitend als deze wilsonbekwaam is. Soms is onverantwoord ouderschap inderdaad nadelig voor de verstandelijk gehandicapte zelf. In dat geval kan dus ook nu al dwang worden toegepast. Voor andere gevallen bepleit de Gezondheidsraad nog geen aanpassing van de wet omdat

- a. de praktijk van ouderschap nog onvoldoende duidelijk in beeld is;
- b. het voorspellen van ouderschapscompetentie moeilijk is;

³ Gezondheidsraad. Anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002; publicatie nr 2002/14.

- c. ouders met een verstandelijke beperking beter kunnen worden ondersteund dan thans gebeurt;
- d. het toepassen van dwang op grond van het belang van een toekomstig kind uitholling van het recht op bescherming van de lichamelijke integriteit met zich meebrengt.

Standpunt staatssecretaris

In april 2004 kwam staatssecretaris Ross met een standpunt over het advies.⁴ In dat standpunt staat het belang van het toekomstige kind voorop. Om tot een weloverwogen advies te komen, is uitvoerige informatie in het veld ingewonnen. Daaruit komt in de ogen van de staatssecretaris een triest beeld naar voren. Gehandicapte ouders zijn voor de opvoeding in veel gevallen volledig afhankelijk van de steun van derden en verwaarlozing cq. mishandeling van kinderen is bepaald geen uitzondering. Het standpunt houdt dan ook in dat áls verantwoord ouderschap slechts mogelijk is dankzij een ondersteunend netwerk, een ontmoedigingsbeleid moet worden gevoerd. Inzetten op anticonceptie en op voorlichting over seksualiteit heeft de prioriteit. Verder wil de staatssecretaris dat zorgverleners samen met ouder- en cliëntenverenigingen protocollen opstellen waarmee kan worden getoetst of toekomstige ouders in staat zijn tot verantwoord ouderschap. De verdere ontwikkeling van een ondersteunend netwerk rond seksualiteit, zwangerschap en ouderschap, zoals de Gezondheidsraad dat bepleit voor gevallen waarin verantwoord ouderschap alleen kan worden gerealiseerd dankzij zo'n netwerk, acht de staatssecretaris op korte termijn niet mogelijk. Pas als nader onderzoek heeft uitgewezen dat er ook voorbeelden zijn van ouders die wél goede opvoeders zijn, wil Ross beslissen of extra ondersteuning voor hulpverleners georganiseerd moet worden, zoals de Gezondheidsraad adviseert. Het standpunt houdt **niet** in dat de huidige mogelijkheden voor gedwongen anticonceptie moeten worden verruimd.

Nader onderzoek ouderschapscompetentie

Inmiddels is het door Ross gevraagde onderzoek verricht en gepubliceerd.⁵ De onderzoekers hebben berekend dat het aantal mensen met een verstandelijke handicap dat kinderen krijgt, laag is en hoogstwaarschijnlijk onder de 5 % ligt. Ouderschap blijkt vrijwel uitsluitend voor te komen bij matig en licht verstandelijk gehandicapten. Er werden ongeveer 1500 gevallen van verstandelijk gehandicapt ouderschap gevonden. Daarvan is nagegaan in hoeveel gevallen sprake was van "goed genoeg"-ouderschap. Dit begrip is gedefinieerd als de afwezigheid van interventies van kinderbescherming of vermoeden van verwaarlozing en/of mishandeling. Volgens de gegevens van de hulpverleners kan ongeveer een derde van de ouderschappen als goed genoeg worden beschouwd, ongeveer een zesde als problematisch en in iets meer dan de helft van de gevallen (55%) schiet de opvoeding echt tekort.

Op basis van casusanalyse geven de onderzoekers een overzicht van de vele factoren die bijdragen aan goed genoeg ouderschap. De belangrijkste daarvan lijkt te zijn het ondersteunend netwerk van mantelzorg en professionals. Een andere belangrijke succesfactor is de bereidheid om ondersteuning te vragen en gegeven adviezen te accepteren, d.w.z. te beschikken over de competentie om te 'leren'. De mate van de handicap (o.a. IQ) telt wel, maar minder. Het onderzoek leert vooral dat de verstandelijke handicap als zodanig geen sterke indicator is voor de kans op succes of mislukking. Het gaat om een samenspel van factoren. Zo is ook het kind zelf een factor van betekenis. Is dat 'moeilijk' (heeft het bijvoorbeeld ADHD) dan vormt dit een risicofactor. Zoals in het algemeen bij

⁴ Kamerstukken II, 2003 - 2004, 29200 XVI, nr. 228.

⁵ J.N.de Vries c.s., Samenspel van factoren, Inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijke handicap, Amsterdam 2005.

probleemgezinnen een samenspel van risicofactoren elkaar negatief kunnen beïnvloeden, zo blijkt ook het omgekeerde waar te zijn: als beschermende factoren in voldoende mate aanwezig zijn, gaan ook die elkaar versterken en blijken ook ouders met een verstandelijke handicap die voldoende informele en professionele ondersteuning krijgen, een eigen gezin te kunnen runnen.

In hun aanbevelingen geven de onderzoekers onder andere in overweging dat het effect van het ontmoedigingsbeleid beperkt zou kunnen zijn: mensen die hulpverlening niet aanvaarden of niet leren van door het netwerk aangereikte adviezen, zullen ook niet openstaan voor het advies om geen of niet nog meer kinderen te krijgen.

Verder pleiten zij voor voldoende hulpverlening om ouderschap mogelijk te maken voor mensen met een verstandelijke handicap die in staat geacht zouden moeten worden tot goed genoeg ouderschap en voor het ontwikkelen van een professionele standaard voor hulpverleners rond (voorgenomen) ouderschap van mensen met een verstandelijke handicap en voor daarmee samenhangende extra scholing en vaardigheidstraining voor hulpverleners.

Medische en andere oplossingen ter voorkoming van verwaarlozing van kinderen

Juist vanwege de maatschappelijke context waarbinnen het ouderschap van verstandelijk gehandicapten mogelijk is geworden en de kwaliteit van het sociale netwerk als voorspeller van de uitoefening van verantwoord ouderschap, is de KNMG terughoudend bij voorstellen die de preventie van verwaarlozing c.q. mishandeling van kinderen op de eerste plaats zien in medische interventies bij de verstandelijke gehandicapte. Anticonceptie is uiteraard geen bezwaar wanneer de verstandelijk gehandicapte na voorlichting over ouderschap zelf afziet van haar kinderwens en via anticonceptie of sterilisatie wil voorkomen zwanger te worden. Meent de omgeving dat er onvoldoende sprake is van ouderschapscompetentie en blijft de verstandelijk gehandicapte niettemin bij haar kinderwens, dan zijn er ook andere mogelijkheden om de verwachte schadelijke gevolgen voor het kind te helpen voorkomen. Ten behoeve van het kind heeft de samenleving verantwoordelijkheid te nemen om succesvolle factoren te optimaliseren door voldoende middelen aan te wenden om ondersteuning te kunnen bieden aan de vorming van een adequaat netwerk rond de ouders. Met de wettelijk vertegenwoordiger, de familie, de partner zal moeten worden gezocht, waar professionele hulp is aangewezen. In het netwerk dient iemand aanwezig te zijn die in het bijzonder let op de belangen van het kind en tijdig alarmeert, wanneer deze (dreigen) te worden geschaad.⁶ Waar het netwerk vaststelt dat de ouders in de omgang met hun kind niet in staat blijken tot het vragen en opvolgen van adviezen – de onvoldoende leercompetentie is een belangrijke voorspeller van toekomstige verwaarlozing -, kan met een kinderbeschermingsmaatregel tijdig worden ingegrepen, dat wil zeggen, reeds voordat feitelijke verwaarlozing aanwezig is.

Wanneer onverhoopt blijkt dat een adequaat netwerk niet kan worden gerealiseerd, ontstaat de basis voor een ontmoedigingsbeleid, eerst als onderdeel van een begeleidingstraject in het leren aanvaarden van het afzien van de kinderwens. De verstandelijk gehandicapte kan dan alsnog worden bewogen voor een vorm van anticonceptie te kiezen. Of er ook sprake kan zijn van dwang tot anticonceptie als oplossingsstrategie, in de uitvoering waarvan de arts een beslissende verantwoordelijkheid heeft, vormt het onderwerp van de volgende paragrafen.

Het juridisch kader

Waar hulpverleners, familie en andere betrokkenen hun zorgen over het voorgenomen ouderschap met de verstandelijk gehandicapte delen en met respect voor diens eigen

⁶ Zie de NVAVG-standaard.

keuzevrijheid hem of haar proberen te overtuigen van voortplanting af te zien, ontstaat er geen probleem. Moeilijker ligt het om meer directieve cq. gedwongen vormen van anticonceptie te rechtvaardigen.

In het Nederlandse recht bestaat op dit moment geen mogelijkheid om anticonceptie onder dwang toe te dienen ter voorkoming van schade aan een eventueel toekomstig kind. Dit houdt verband met de (grond)rechten op ‘family-life’, onaantastbaarheid van het menselijk lichaam en het grondrecht om een gezin te stichten. Deze grondrechten zijn neergelegd in internationale verdragen en in de Nederlandse Grondwet. Beperkingen van deze rechten zijn weliswaar mogelijk, maar slechts voor zover de wet die toestaat. De WGBO is zo’n wet. Daarin is o.a. een mogelijkheid neergelegd om inbreuk te maken op de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam. Hoofregel is dat de arts voor medische handelingen het informed-consent van de patiënt moet hebben. Geeft de patiënt die niet, dan mag behandeling niet worden toegepast. Is de patiënt ‘niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake’ (wilsonbekwaam), dan kan - ondanks verzet van de patiënt - behandeling onder dwang worden toegepast. Daarvoor is nodig dat

- a. de vertegenwoordiger met de behandeling heeft ingestemd en
- b. de behandeling ‘kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen’ (art. 7:465 lid 5 BW).

Deze dwangbehandelingsmogelijkheid bestaat slechts als het belang van de patiënt zélf dreigt te worden geschaad. Dit belang kan medisch, maar ook psychosociaal van aard zijn. Als tevoren duidelijk is dat zwangerschap en/of ouderschap een ernstige bedreiging vormt voor het maatschappelijk functioneren van de verstandelijk gehandicapte en deze dreiging alleen kan worden afgewend door gedwongen anticonceptie, dan mag deze worden toegepast. Duidelijk moet dan zijn dat de persoon in kwestie *wilsonbekwaam* is terzake van anticonceptie. Op welke manier dat moet worden bepaald, is niet eenvoudig. Objectieve criteria bestaan niet. In genoemd advies van de Gezondheidsraad (p. 43 – 47) zijn enkele aanknopingspunten te vinden.

Het gaat volgens de Raad om het *vermogen* tot begrip van

- a. de aanleiding voor anticonceptie (seksueel gedrag, voortplanting en de relatie daartussen);
- b. het doel en de verschillende methoden van anticonceptie;
- c. de gevolgen van het niet gebruiken van anticonceptie: zwangerschap, bevalling en ouderschap.

Om te kunnen spreken van wilsbekwaamheid is volgens de Raad vereist dat betrokkene er weet van heeft dat het niet gebruiken van anticonceptie mogelijk met zich meebrengt dat zij de verantwoordelijkheid voor het opvoeden van een kind op zich zal moeten nemen en wat de gevolgen van het ouderschap voor zijn eigen leven zullen zijn. Iemand die niet begrijpt wat de gevolgen van niet goed verlopend ouderschap zijn, is terzake van het afzien van anticonceptie wilsonbekwaam. Overigens mogen, aldus - terecht - de Gezondheidsraad, bij verstandelijk gehandicapten geen hogere eisen aan dit begrip worden gesteld dan bij mensen zonder een verstandelijke handicap. Zo mag niet worden verlangd dat iemand het vermogen bezit om het ouderschap te kunnen waarderen, inzicht te hebben in de gevolgen die het op zich nemen van de ouderrol kan hebben voor andere, concurrerende wensen en op basis van dit inzicht een afweging te maken.

De WGBO biedt geen ruimte voor dwangbehandeling wegens dreigende schade aan een *ander*. De WGBO is een civielrechtelijke regeling die slechts ziet op het belang van de patiënt zélf. Andere wetten kennen gevaar voor derden wel als grond voor dwangtoepassing. Zo kent de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Bopz) de mogelijkheid tot

dwangopname en/of -behandeling om gevaar voor derden af te wenden. Het is echter zeer de vraag of de wet BOPZ in de discussie over (ongewenst) ouderschap effectief kan zijn. Ook de Infectieziektenwet kent een mogelijkheid van gedwongen quarantaine wegens besmettingsgevaar voor derden, maar de Infectieziektenwet kent geen mogelijkheid voor *dwangbehandeling*.

Het ongeboren kind wordt in het Nederlandse recht niet als ‘derde’ gezien in de zin van de Wet Bopz. Gevaar voor een foetus door onverantwoord gedrag van de moeder is geen grond voor dwangtoepassing. De foetus is nog geen beschermwaardig ‘rechtssubject’.⁷

Standpunt

Voor een ontmoedigingsbeleid hoeft geen wettelijke basis te worden gecreëerd, omdat het op vrijwillige leest geschoeid is. Maar zo’n specifiek op een bepaalde doelgroep gericht beleid roept wel vragen op in de sfeer van non-discriminatie. In een derde van de nu onderzochte gevallen blijkt ‘goed-genoeg’ ouderschap van verstandelijk gehandicapten mogelijk, zodat een generalisatie niet op zijn plaats is. In de meeste gevallen zijn er problemen of reeds geconstateerde verwaarlozing. Het kan wel zo zijn dat er in de groep verstandelijk gehandicapten een significant groter aantal probleemgevallen aan te wijzen is dan in de bevolking als geheel, maar een beleid dat inzet op de bescherming van de rechten van de kinderen zou maatregelen moeten omvatten die gericht zijn op alle burgers bij wie de verwachting gegrond is dat ouderschapscompetentie of een ondersteunend netwerk onvoldoende aanwezig is. Men kan bijvoorbeeld denken aan andere zorgbehoefte groepen als verslaafde ouders of ouders met een ernstige psychiatrische problematiek. Daarom past het niet om bij voorbaat alle verstandelijk gehandicapten en uitsluitend hen het voordeel van de twijfel te ontnemen.

Anderzijds is het percentage ‘niet goed genoeg’ ouderschap zo hoog en zijn de schadelijke gevolgen voor de kinderen zo ernstig, dat de arts in alle gevallen alert moet zijn; niets doen is geen optie. De arts heeft vier handelingsopties.

1. Informeren van verstandelijk gehandicapten over en aanbieden van anticonceptie, zowel de tijdelijke vormen als de permanente (sterilisatie), als onderdeel van seksuele voorlichting. Deze handelingsoptie is in alle gevallen aangewezen. Komt daarbij een kinderwens op tafel, dan dient de arts met de wettelijk vertegenwoordiger/familie en bij de verstandelijk gehandicapte betrokken hulpverleners na te gaan of er een netwerk bestaat of is te vormen waardoor de verwachting van goed genoeg ouderschap in de rede ligt.
2. Ontmoedigen van ouderschap. Deze optie is aangewezen als beoordeling van de individuele situatie tot de conclusie leidt dat van ‘goed genoeg’ ouderschap geen sprake kan zijn. De daarbij te hanteren criteria zijn nog niet volledig uitgekristalliseerd. De factoranalyse van het onderzoek van de Vries e.a. biedt goede aanknopingspunten voor het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen aan de hand waarvan deze beoordeling kan plaatsvinden. De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten heeft het ontwikkelen van een richtlijn reeds ter hand genomen. Blijkt aan de hand van deze richtlijn dat onvoldoende beschermende factoren aanwezig zijn, dan is actieve ontmoediging op zijn plaats. Daarbij moet de arts waken over de mate waarin hij directief kan zijn en de mate waarin van drang sprake kan zijn. De voorzichtigheid gebiedt verder te zeggen dat toetsing vooraf slechts beperkte zekerheid geeft, omdat het gaat om een samenspel van beïnvloedende factoren die aan verandering onderhevig zijn. Het gaat niet simpel om de vraag over

⁷ Zie o.a. H.J.J. Leenen in zijn noot onder Rb Amsterdam 25 april 2000, *kBJ* 2000, nr. 47.

wel of geen ouderschapscompetentie: wat bij een eerste kind nog aan ouderschap en ondersteunend netwerk lukte, kan bij meer kinderen toch een probleem worden.

3. Reageren op mislukte ontmoediging of plotselinge zwangerschap. In het eerste geval dient de arts te overwegen of de beperkte wettelijke ruimte voor gedwongen anticonceptie mogelijkheden biedt. Voor een stappenplan voor indicatiestelling en uitvoering voor alle gedwongen vormen van anticonceptie is de richtlijn bruikbaar die de Inspectie heeft geschreven voor sterilisatie.⁸ Het beginsel van subsidiariteit brengt met zich mee dat gekozen wordt voor het minst ingrijpende middel, waarbij gedwongen sterilisatie als ingrijpender kan worden aangemerkt vanwege het irreversibele karakter ervan. Gevaar voor een mogelijk toekomstig kind is in ons rechtsstelsel geen grond voor gedwongen anticonceptie. Daarvoor zou het wettelijk kader moeten worden aangepast. De KNMG is vooralsnog terughoudend. Niet alleen lijkt gedwongen anticonceptie problematisch in het licht van Europese regelgeving, ook zou eerst een diepgaand maatschappelijk debat moeten worden gevoerd over de voorwaarden, waaronder de uitoefening van grondrechten als gezinsvorming en integriteit van het lichaam om deze reden kunnen worden beperkt. Voorstellen zoals dat van PvdA-kamerlid Van Dijken om ook niet-verstandelijk gehandicapten te kunnen verplichten tot anticonceptie bij bewezen falend ouderschap en het voorstel⁹ om sterilisatie of anticonceptie als bijzondere voorwaarde te stellen voor beëindiging van een strafrechtelijke maatregel, verdienen in dit kader eveneens nader onderzoek. In het kader van eventuele wetsaanpassingen kan de betrokkenheid van artsen worden beoordeeld bij een medische oplossing van het probleem. In het tweede geval (vastgestelde zwangerschap en twijfel aan voldoende ouderschapscompetentie) doet zich in de praktijk de vraag voor of drang of dwang tot zwangerschapsafbreking als een optie kan worden beschouwd. Ging het om een gewenste zwangerschap, dan dienen artsen zich ook hierbij te realiseren dat de huidige wetgeving daartoe geen mogelijkheid biedt. De Wet Zwangerschapsafbreking kent immers slechts een strafuitsluitingsgrond voor de aborterende arts, wanneer hij tot de bevinding is gekomen dat de nood van de vrouw zwangerschapsafbreking onontkoombaar maakt, dat er geen andere oplossingen zijn voor de opheffing van haar nood en dat zij haar verzoek om zwangerschapsafbreking in alle vrijwilligheid heeft gedaan en gehandhaafd.
4. Ondersteuning van voor de kinderen risicovolle gezinnen. Het kan voorkomen dat een verstandelijk gehandicapte zwanger blijkt of reeds van een kind is bevallen, voordat gelegenheid bestond tot voorlichten en eventueel ontmoedigen. Is er ernstige twijfel aan voldoende ouderschapscompetentie van de verstandelijk gehandicapte in haar netwerk, dan dient de arts te bevorderen dat alle ondersteuning wordt geboden die noodzakelijk is om de kans op ‘niet goed genoeg ouderschap’ te verkleinen. Ook dient de arts de gezinssituatie permanent te laten monitoren. Vermoedt of constateert de arts (dreigende) kindermishandeling, dan onderneemt hij de nodige stappen conform de KNMG-Meldcode inzake kindermishandeling.¹⁰

Van een arts mag worden verwacht dat hij in staat is om met deze problematiek om te gaan, dat hij voorlichting kan geven en in staat is om de verstandelijk gehandicapte zo nodig te overtuigen van het feit dat het beter is om geen kinderen te nemen dan wel voor zo’n advies

⁸ IGZ, Sterilisatie mensen met een verstandelijke handicap, Den Haag 1998.

⁹ J.N.de Vries, Falend ouderschap bewezen?, Journaal Ggz en recht, augustus 2005, nr. 5.

¹⁰ KNMG, Utrecht, 2004, www.knmg.nl/vademecum

gericht te verwijzen. Ook mag van de arts worden verwacht dat hij oog heeft voor bedreigende situaties en daar alert op reageert.

Daarvoor is gerichte deskundigheidsbevordering noodzakelijk en goede samenwerking. Van een arts mag worden verwacht dat hij zo nodig overleg pleegt met gespecialiseerde collega's zoals artsen voor verstandelijk gehandicapten, orthopedagogen, sociaal-pedagogische hulpverleners of maatschappelijk werkers.

Utrecht, 10 maart 2006

Overal waar in deze tekst hij/hem is gebruikt, kan ook zij/haar worden gelezen.