

Handreiking kinderwens en anticonceptie bij mensen met een verstandelijke beperking

Herziening van de standaard uit 2005:
een monodisciplinaire handreiking

Datum: oktober 2016 (vastgesteld november 2016)

Formeel betrokken specialistische verenigingen: NVAVG

Inhoud

Samenvatting	3
1. Ethiek	6
2. Juridische aspecten	11
3. Wilsbekwaamheid	12
4. Ouderschapscompetentie	14
5. Ondersteuning bij kinderwens en ouderschap	16
6. Anticonceptie	17
9. Bijlagen	21
A. Ethische argumenten voor/tegen gedwongen anticonceptie	21
B. Risicolijsst ouders met een verstandelijke beperking	21
C. Beoordeling wilsbekwaamheid	22
D. Beslisboom wilsbekwaamheid beoordelen	22
E. Stroomschema zwangeren met een verstandelijke beperking	23
F. Enquete	24

Leden van de werkgroep met discipline/ specialistische vereniging

Annet Dekker	AVG
Jos den Hartigh	AVG
Margje Wammes – van der Waerden	AVG
Ingrid van Zoest	AVG

Samenvatting

Deze handreiking 'Omgaan met vragen omtrent kinderwens en anticonceptie bij mensen met een verstandelijke beperking' bevat een aantal toevoegingen en wijzigingen ten opzichte van het eerdere document uit 2005.

Hoofdstuk 1, ethiek, is toegevoegd. Overwegingen ten aanzien van bemoeizorg, ontmoedigingsbeleid en gedwongen anticonceptie komen hierin ter sprake.

Ook hoofdstuk 2, juridische aspecten, is nieuw. Juridische aandachtspunten, de rol van de vertegenwoordiger en de (on)mogelijkheden van gedwongen anticonceptie worden hierin behandeld.

Hoofdstuk 3 geeft handreikingen voor het vaststellen van de wilsbekwaamheid. Intercollegiaal of multidisciplinair overleg bij twijfel over de wilsbekwaamheid worden nadrukkelijker benoemd.

Hoofdstuk 4 over de ouderschapscompetentie is grotendeels herschreven en uitgebreid met een praktische leidraad voor het inventariseren van risicofactoren en beschermende factoren op micro- meso- en macro niveau. Ook hier wordt het belang van een zo mogelijk multidisciplinaire benadering benadrukt, evenals de samenwerking met andere hulpverleningsinstanties in geval van vraagtekens bij de (aankomende) opvoedingssituatie.

Hoofdstuk 5 staat uitgebreid stil bij de mogelijkheden en moeilijkheden bij ondersteuning ten aanzien van kinderwens en ouderschap. Daarbij worden verschillende fases onderscheiden: van psychoseksuele ontwikkeling tot de daadwerkelijke geboorte van een kind bij ouder(s) met een verstandelijke beperking. Met de transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten en de veranderingen naar de Wet langdurige zorg moet de verdeling van de taken wat betreft deze ondersteuning zich nog verder uitkristalliseren.

In hoofdstuk 6 over anticonceptie wordt in deze handreiking wat dieper ingegaan op de specifieke aandachtspunten bij mensen met een verstandelijke beperking wat betreft de keuze voor een anticonceptiemiddel. Het document wordt afgesloten met een overzicht van gebruikte termen, begrippen en afkortingen en enkele nuttige bijlagen met betrekking tot ouderschapscompetentie, wilsbekwaamheid, een stappenplan bij zwangerschap en resultaten van de gehouden enquête.

In hoeverre gebaseerd op praktische resp. wetenschappelijk onderbouwde informatie:

In de standaard uit 2005 is een aantal niet onderbouwde, maar op ervaring gebaseerde uitgangspunten verwerkt. De veronderstelling toen was dat deze uitgangspunten in de loop der jaren, n.a.v. onderzoek (en ervaring), verder genuanceerd en bijgesteld zouden kunnen worden. Op het gebied van onderzoek naar factoren en interventies die de kans op goed genoeg ouderschap van mensen met een verstandelijke beperking beïnvloeden, zijn enkele stappen gezet.

Het gaat hierbij om onderzoeken uitgevoerd in de dagelijkse praktijk. De resultaten hiervan zijn in deze handreiking verwerkt.

Doelstelling

Deze handreiking is geschreven door AVG's en voor AVG's in de hoop dat deze tevens bruikbaar is voor andere betrokkenen die met deze problematiek te maken hebben. De overwegingen, aandachtspunten en mogelijkheden en moeilijkheden die bij anticonceptie en kinderwens bij mensen met een verstandelijke beperking van toepassing zijn, worden aangereikt om zo tot een zorgvuldige afweging te kunnen komen.

Algemene uitgangsvragen

- Mag en kan men vanuit ethisch en juridisch gezichtspunt zwangeren of ouders met een verstandelijke beperking hulpverlening of bemoeizorg opdringen?
- Mag en kan men vanuit ethisch en juridisch gezichtspunt mensen met een verstandelijke beperking ontmoedigen in hun kinderwens?
- Mag en kan men vanuit ethisch en juridisch gezichtspunt mensen met een verstandelijke beperking gedwongen anticonceptie opleggen?
- Wat is de rol van wilsbekwaamheid in de besluitvorming over gedwongen anticonceptieve behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking?
- Hoe is de wilsbekwaamheid bij een vraag om anticonceptie of m.b.t. kinderwens bij mensen met een verstandelijke beperking vast te stellen?
- Is er voldoende ouderschapscompetentie bij ouders met een verstandelijke beperking?
- Welke vormen van ondersteuning zijn er nodig voor mensen met een verstandelijke beperking met kinderwens, zwangerschap of kinderen?
- Wat is de rol van de AVG bij het bepalen van wilsbekwaamheid, het beoordelen van ouderschapscompetentie en het adviseren t.a.v. anticonceptie?
- Welke specifieke zorgvuldigheidscriteria zijn van toepassing op het voorschrijven van anticonceptie voor mensen met een verstandelijke beperking?

Deze algemene uitgangsvragen zijn per hoofdstuk verder uitgewerkt.

Aanbevelingen

De werkgroep anticonceptie en kinderwens bij mensen met een verstandelijke beperking komt tot de volgende aanbevelingen, welke in de verschillende hoofdstukken verder toegelicht zullen worden.

Aanbeveling 1: Bemoeizorg met aanbieden van hulpverlening, onderzoek naar de opvoedings situatie en monitoring is te rechtvaardigen bij ouders met een verstandelijke beperking.

Aanbeveling 2: Ontmoedigingsbeleid moet worden vervangen door een ondersteuningsbeleid, gericht op het in dialoog met de cliënt onderzoeken van toekomstperspectieven in brede zin inclusief gezinsvorming, gericht op een positieve levensinvulling met haalbare doelen.

Aanbeveling 3: Gedwongen anticonceptie voor mensen met een verstandelijke beperking op grond van hun beperking is onwenselijk. Gedwongen anticonceptie voor ouders met gebleken ernstig falend ouderschap zou eerst multidisciplinair onderzocht moeten worden door een landelijk in te stellen onafhankelijk instituut dat ouders adviseert, alternatieven onderzoekt en de bevindingen registreert naar achtergrond en beloop. Voor het aandeel van de verstandelijk beperkte ouders onder de falende ouders zou een AVG hierbij moeten worden betrokken.

Aanbeveling 4: De overheid moet voldoende financiële middelen en feitelijk hulpverleningsaanbod beschikbaar stellen om ouders met een verstandelijke beperking en hun kinderen te helpen een optimale opvoedings situatie te realiseren, om te voorkomen dat juridische bevoegdheden worden ingezet wegens tekort aan hulpverleningsaanbod. De huidige regelgeving voorziet nog onvoldoende in een financiering van de ondersteuning van de kinderen van verstandelijk beperkte ouders.

Aanbeveling 5: De arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) is als deskundige op het gebied van gezondheidsvragen en communicatie met mensen met een verstandelijke beperking in te schakelen voor vragen rond anticonceptie, wilsbekwaamheid en kinderwens. Op de website van de NVAVG zijn de landelijke poliklinieken voor AVG's in kaart gebracht.

Aanbeveling 6: De professionele oordeelsvorming over anticonceptie, wilsbekwaamheid, kinderwens en ouderschapscompetenties, inclusief de adviezen van derden, worden in het medische dossier schriftelijk vastgelegd.

Aanbeveling 7: Bij complexe situaties, bij verschil van mening, bij verzet van een cliënt en bij beoordeling van ouderschapscompetenties is multidisciplinaire beoordeling, met in ieder geval een gedragsdeskundige en een AVG, aangewezen.

Aanbeveling 8: Bij (aanstaande) ouders met een verstandelijke beperking, waarbij geen of onduidelijkheid betreffende een steunend netwerk is en/of onvoldoende hulpverlening, is het nodig om de (aanstaande) opvoedings situatie te (laten) onderzoeken en hulpverlening te organiseren. Hiervoor is het wenselijk dat er een stappenplan met samenwerkingspartners binnen medische zorg, de zorginstellingen, Veilig Thuis en de jeugdbescherming wordt opgesteld.

Aanbeveling 9: Ieder kind van verstandelijk beperkte ouders zou de mogelijkheid van een onafhankelijk belangenbehartiger moeten hebben.

Aanbeveling 10: De ondersteuning aan (wens-)ouders met een verstandelijke beperking behoeft de inzet van gespecialiseerde hulpverleners.

Aanbeveling 11: Om de kwaliteit en doelmatigheid van de hulpverlening aan ouders met een verstandelijke beperking te verhogen zal er nog veel onderzoek moeten worden gedaan.

Aanbeveling 12: De regionale beschikbaarheid van passende ondersteuning, inclusief 24 uurs moeder-kind voorzieningen, is een voorwaarde die volgt uit het burgerschapsparadigma, waarbij alle burgers kansen moeten krijgen tot gezinsvorming.

Aanbeveling 13: Wanneer een jongere met een verstandelijke beperking bij een arts komt met vragen over anticonceptie, kan dat gelegenheid bieden om een eventuele kinderwens ter sprake te brengen. De mogelijkheden en problemen die zich daarbij voordoen, kunnen geëxploreerd worden en zo nodig kan op tijd verwezen worden voor informatieverstrekking, ondersteuning en begeleiding.

Aanleiding

Door het participatiebeleid voor mensen met een verstandelijke beperking is er meer oog gekomen voor de relationele en seksuele wensen van mensen met een verstandelijke beperking. Mensen met een verstandelijke beperking wonen steeds vaker in de wijk en hebben tegenwoordig andere mogelijkheden voor het aangaan van relaties. Het gevolg hiervan is dat hulpverleners vaker vragen krijgen over anticonceptie, kinderwens

en ouderschap bij mensen met een verstandelijke beperking. Eind 2002 publiceerde de Gezondheidsraad het rapport 'Anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap'. Dit rapport stelt dat de Arts Verstandelijk Gehandicapten (AVG) een nadrukkelijke rol heeft in het begeleiden van de anticonceptievraag bij mensen bij wie de ouderschapscompetentie door hun verstandelijke beperking tekort kan schieten. In 2005 verscheen de NVAVG standaard 'Omgaan met vragen omtrent anticonceptie en

kinderwens bij mensen met een verstandelijke handicap'. Een revisie van deze standaard is na al die jaren gewenst.

Het formuleren van de ethische overwegingen en juridische aandachtspunten, het verwerken van ontwikkelingen van recent onderzoek en uitbreiding met een aantal ondersteunende instrumenten kan behulpzaam zijn voor arts- maar ook voor andere betrokkenen - in het omgaan met de complexe vragen die zich bij deze materie voordoen.

De afgelopen jaren is er meer aandacht gekomen voor de psycho-seksuele ontwikkeling en de voorlichting op dit gebied aan mensen met een verstandelijke beperking, er zijn ondersteuningsmaterialen en methodieken ontwikkeld en er is meer kennis over voorwaarden voor succesvolle ondersteuning van ouders met een beperking⁽³⁻⁷⁾. Ook is er meer helderheid over de aard van de mogelijke schade bij kinderen van ouders met een verstandelijke beperking⁽⁸⁾.

AVG's zijn in diverse regio's beschikbaar om te adviseren en te ondersteunen bij vragen op het gebied van kindwens en anticonceptie. Ook zijn er gedragsdeskundigen binnen de zorginstellingen met expertise op dit gebied waardoor multidisciplinaire beoordeling vrijwel altijd mogelijk is. Op het gebied van vroegsignalering, gezinsonderzoek en bemoeizorg is de tendens verschoven van afwachten op signalen dat er iets mis gaat, naar vooraf beoordelen van risico's en het inzetten op preventie en ondersteuning. Een mooi voorbeeld hiervan is het project in Tilburg, waarbij de sociaal psychiatrisch verpleegkundige, middels vroegtijdige gesprekken 84% van de kwetsbare vrouwen wist te motiveren tot anticonceptieve maatregelen. Op het terrein van de anticonceptie is het aanbod van middelen gelijk gebleven. In 2014/15 is de maatschappelijke discussie over het toepassen van gedwongen anticonceptie opnieuw aangewakkerd, vaak naar aanleiding van incidenten. Deze discussie betreft ook ouders met een verstandelijke beperking naast andere ouders met een hoog risico op tekort schietend ouderschap.

De huidige handreiking is door AVG artsen gemaakt, waarbij input en feedback is gegeven door andere betrokkenen bij deze problematiek. Omdat de aard van de problematiek niet alleen medisch van aard is, zou het wenselijk zijn dat een volgende richtlijn een multidisciplinair karakter krijgt.

Werkwijze

In deze notitie wordt als definiëring van een verstandelijke handicap de criteria van de AAIDD aangehouden⁽⁹⁾. Dat wil zeggen dat er sprake is van een verstandelijke beperking bij een beneden gemiddeld (-2 standaard deviaties) intellectueel functioneren met gelijktijdig beperking in twee of meer adaptieve vaardigheidsgebieden (bestaande uit communicatie, zelfredzaamheid, wonen, sociale vaardigheden, gebruik van de samenleving, zelfbepaling, gezondheid en veiligheid, schoolse vaardigheden, vrije tijd en werk), waarbij de beperking onderkend is voor het 18e jaar. Ten aanzien van het IQ wordt hierbij uitgegaan van een IQ onder 70 in combinatie met ondersteuningsbehoefte op het gebied van twee van de bovengenoemde adaptieve vaardigheden.

In de gebruikte literatuur worden soms ook ouders met een IQ tussen 70 en 85 betrokken, wat een grote inhoudelijke en getalsmatige invloed

kan hebben. Voorafgaand aan deze herziening is een enquête gehouden onder AVG's, huisartsen, gynaecologen, urologen en gedragsdeskundigen. De resultaten daarvan zijn terug te vinden in bijlage F.

De uitgangsvragen werden geformuleerd op basis van de bestaande standaard, vragen voortkomend uit bovengenoemde enquête, literatuuronderzoek en discussies binnen de werkgroep.

Een eerdere versie is voor commentaar voorgelegd aan een breed aantal professionals vanuit de huisartsgeneeskunde, gynaecologie, urologie, VGN, jeugdbescherming, zorginstellingen, wetenschappers, juristen, KNMG, vertrouwensartsen, Werkgezelschap, commissie Ethiek van de NVAVG. Het commentaar is verwerkt in de huidige handreiking. Daar de meningen in het veld verdeeld zijn over deze materie kan men niet stellen dat allen de huidige handreiking ondersteunen. Alle verkregen commentaren zijn verwerkt. Het document verwoordt de opinie van de NVAVG.

Aanpak literatuuronderzoek en wetenschappelijke kwaliteitsbeoordeling
Er is een literatuur search gedaan op de zoektermen verstandelijke beperking, ouderschap, kindwens.

De wetenschappelijke kwaliteit moet op grond van de aard van de onderzoeken als zeer laag worden beschouwd, omdat het voornamelijk gebaseerd is op expert opinion. Er is op dit gebied nog weinig kwantitatief onderzoek beschikbaar.

Ontwikkelingsperiode: 3 jaar.

Wanneer volgende update? Over 5 jaar, bij voorkeur multidisciplinair.

Uitgangsvragen

1. Mag men vanuit ethisch gezichtspunt zwangeren of ouders met een verstandelijke beperking hulpverlening of bemoeizorg opdringen?
2. Mag men vanuit ethisch gezichtspunt mensen met een verstandelijke beperking ontmoedigen in hun kindwens?
3. Mag men vanuit ethisch gezichtspunt mensen met een verstandelijke beperking gedwongen anticonceptie opleggen?
4. Wat zijn de juridische aspecten waar men rekening moet houden bij anticonceptie en kindwens bij mensen met een verstandelijke beperking?
5. Wat is de rol van de wettelijk vertegenwoordiger bij vragen betreffende anticonceptie en kindwens bij mensen met een verstandelijke beperking?
6. Zijn er juridische mogelijkheden tot gedwongen behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking?
7. Is gedwongen behandeling mogelijk bij wilsbekwame mensen met een verstandelijke beperking?
8. Is gedwongen behandeling mogelijk bij wilsbekwame mensen met een verstandelijke beperking?

9. Hoe is de wilsbekwaamheid m.b.t. anticonceptie vraag cq kinderwens bij mensen met een verstandelijke beperking vast te stellen?
10. Is er voldoende ouderschapscompetentie bij ouders met een verstandelijke beperking?
11. Wanneer is er (gedwongen) ondersteuning nodig voor ouders met een verstandelijke beperking?
12. Wat is de rol van de AVG bij het onderzoeken/ bepalen van ouderschapscompetentie.
13. Welke vormen van ondersteuning zijn er nodig voor mensen met een verstandelijke beperking met kinderwens, zwangerschap of kinderen?
14. Hoe kan men het ondersteunen van ouders met een verstandelijke beperking combineren met het bewaken van de belangen van kinderen?
15. Welke hiaten bevat het huidige hulpverleningsaanbod?
16. Waarin onderscheidt anticonceptie zorg van mensen met een verstandelijke beperking zich van anticonceptie zorg in de algemene populatie?
17. Welke zorgvuldigheidscriteria zijn hierbij van toepassing?

Literatuur:

- (1) Anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap, Publicatienr 2002/14; Gezondheidsraad
- (2) Omgaan met vragen omtrent Kinderwens en anticonceptie bij mensen met een verstandelijke handicap. NVAVG. 2005
- (3) Schaafsma D. Sexuality and Intellectual Disability, implications for sex education. Proefschrift Universiteit van Maastricht 2013.
- (4) Meppelder – de Jong, H.M. Formal and informal support for parents with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning: The strength of connections. 2014 Proefschrift VU. Ridderprint BV Ridderkerk
- (5) Foolen, N., Zoon, M. Wat werkt bij licht verstandelijk beperkte ouders? Nederlands Jeugd Instituut, sept. 2014.
- (6) Verdonk, I. Ze zeggen dat we het niet kunnen; Kinderwens en ouderschap van mensen met een lichte verstandelijke beperking; Assen: van Gorcum; 2011; ISBN 9789023247005.
- (7) Hodes M, Meppeler M, Schuengel C, Kef S. Tailoring a video-feedback intervention for sensitive discipline to parents with intellectual disabilities. *Attach Hum Dev* 2014;16(4):387-401.
- (8) Deman P, Fischer M Uit Handboek psychiatrie en zwangerschap. Hoofdstuk 31 Verstandelijke Handicap. De tijdstroom, Utrecht 2015.
- (9) Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Buntinx WHE, Coulter EM ea 2010. Intellectual disability: Definition, classification and systems of support. The 11th edition of the AAIDD Definition Manual. Washington DC:AAIDD.

1. Ethiek

Uitgangsvragen:

1. Mag men zwangeren of ouders met een verstandelijke beperking hulpverlening of bemoeizorg opdringen?
2. Mag men mensen met een verstandelijke beperking ontmoedigen in hun kinderwens?
3. Mag men mensen met een verstandelijke beperking gedwongen anticonceptie opleggen?

Inleiding

In de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking zijn participatie, gelijke rechten en emancipatie tot gelijkwaardig burgerschap belangrijke uitgangspunten. Door gelijke rechten en goede ondersteuning toe te kennen aan mensen met een beperking, beschermt de maatschappij haar burgers tegen onheil dat een ieder kan overkomen (ziek of hulpbehoevend worden, een gehandicapt kind krijgen of zelf gehandicapt worden). We zeggen vaak dat de graad van beschaving is af te lezen aan de invulling van dit principe.

Het burgerschapsparadigma vertegenwoordigt het streven naar een samenleving waarin mensen met een verstandelijke beperking als volwaardig burgers kunnen deelnemen aan de samenleving, en recht hebben op ondersteuning om dat te realiseren. In Nederland hanteren we het uitgangspunt dat beperken van rechten van burgers op grond van hun handicap onwenselijk is, zoals in 2006 ook is vastgelegd in de Rechten van de mens en in het VN verdrag voor mensen met een beperking⁽¹⁻²⁾. Het ethisch dilemma dat zich in dit kader bij kinderwens voordoet is dat de behoefte aan gezinsvorming, de vermogens van de aanstaande ouders kan overstijgen, waarbij de belangen van de ouders en kind geschaad kunnen worden.

Historisch perspectief

De maatschappelijk positie van mensen met een verstandelijke beperking is door de eeuwen heen in de West-Europese landen aan verandering onderhevig geweest. Een bijzondere periode was de tweede helft van de 19e en het begin van de 20e eeuw, met veel armoede en verpaupering in de grote steden. Terwijl de socialistische beweging gericht was op verheffing door onderwijs en verbetering van de levensomstandigheden, ontstond parallel daaraan de eugenetische beweging gericht op preventie door rasverbetering. Belangrijke aanhangers discussieerden met de meer sociaal georiënteerde bewegingen over de erfelijkheid van zwakzinnigheid, de vermeende verhoogde vruchtbaarheid van zwakzinnigen en hun verval tot prostitutie. De eugenetische beweging in Nederland werd pas in de dertiger jaren opgericht. Tot formele eugenetische maatregelen, zoals in een aantal omringende landen, is het in Nederland nooit gekomen. Voorgestelde maatregelen voor verplicht geneeskundig onderzoek voor het huwelijk en een huwelijksverbod hebben het niet gehaald.

Segregatie door mensen in instellingen op te nemen werd wel toegepast, ook om voortplanting te voorkomen. Sterilisatie werd met name door de katholieken afgewezen, die onvrijwillige segregatie verkozen. De Nederlandse eugenetici stonden niet achter het Duitse beleid met gedwongen sterilisatie, en niet achter de rassenleer. Voor

de Tweede Wereldoorlog zijn door het Duitse eugenetisch beleid meer dan 300.000 psychiatrisch patiënten en verstandelijk gehandicapten gedwongen gesteriliseerd. Ook in Scandinavië is dit op grote schaal toegepast ⁽³⁾. Hoewel de eugenetische gedachten nu met afschuw worden beschouwd, is de behoefte om nakomelingschap bij gehandicapten te voorkomen soms nog steeds aanwezig.

De motivatie daarvoor is verschoven van het verbeteren van de genenpoel, naar het voorkomen van leed bij ouders en kind. Dit leed kan zijn gelegen in de geboorte van een kind met een handicap of in de moeilijke opvoedingssituatie die ontstaat bij verstandelijk beperkte ouders. Keuzes in deze liggen primair bij de ouders. Ouders kiezen soms bewust voor een hoog risico op een kind met een aandoening die zij zelf ook hebben. De huidige technologische ontwikkelingen op het gebied van prenatale diagnostiek brengen keuzes en selectiemogelijkheden met zich mee die ouders voor complexe dilemma's plaatsen ten aanzien van de maakbaarheid van het leven. Een verstandelijke beperking kan het vermogen om een dergelijke keuze weloverwogen te maken beïnvloeden, maar ontnemt ouders daarmee niet het recht hierop. Het besluit over de kindervens is in eerste instantie een verantwoordelijkheid van de aanstaande ouder zelf.

Het ethische dilemma dat zich in deze problematiek voordoet ontstaat ogenschijnlijk uit het tegengestelde belang van ouder en kind in deze kwestie ⁽⁴⁾. Dit is echter een schijn tegenstelling. De belangen van ouders en kinderen zijn gelijk. Beiden willen een prettige, stimulerende, liefdevolle en veilige opvoedingssituatie. Het kind is evenmin als de ouder gebaat bij een slecht gezinsklimaat. Men kan niet stellen dat het kind ongeborn beter af is. Ook kinderen uit gezinnen met minder fortuinlijke gezinsomstandigheden kunnen goed terecht komen en gelukkig worden. Bekend is dat ongeveer een derde van de gezinnen met (een) verstandelijk beperkte ouder(s) in staat is tot goed genoeg ouderschap (voor toelichting zie hoofdstuk 5 over ouderschapscompetentie) ⁽⁵⁾. De belangrijkste factoren hierbij zijn niet de ernst van de beperking maar de beschikbaarheid en het accepteren van goede hulpverlening en het beschikken over een ondersteunend netwerk.

Soms is het moeilijk voor (aanstaande) ouders te begrijpen en te accepteren dat hulpverlening nodig is. Maar veel mensen met een verstandelijke beperking hebben ook hulp voor andere levensstaken (zoals financiën, administratie, omgaan met instanties of het voeren van een eigen huishouding) en staan open voor ondersteuning bij de opvoeding en verzorging. Juist de mensen met een lager IQ zijn meer gewend hulp te accepteren.

Bijkomende factoren die niet specifiek zijn voor mensen met een beperking zijn, maar soms wel vaker voorkomen (zoals beperkte financiële middelen), spelen ook een belangrijke rol bij de kans op succesvol of falend ouderschap.

In hoofdstuk 5 over ouderschapscompetentie wordt hier verder op ingegaan. Als hulp uitblijft kan er schade voor kind en gezin ontstaan. Verstandelijk beperkte ouders kunnen vooraf vaak niet overzien hoe omvangrijk de belasting, de taken en de verantwoordelijkheden van het ouderschap zijn. Er is mogelijk wel een belangenconflict tussen

gezin en maatschappij. De maatschappij wil enerzijds een zorgzame beschaaft cultuur met burgerschapsparadigma zijn, maar anderzijds ook opvoedingsschade voorkomen en de kosten beperken.

Faciliteren, verbieden, ontmoedigen of oefenen

Hoewel de primaire verantwoordelijkheid bij ouders ligt, zijn familieleden, omstanders en hulpverleners vaak bezorgd als zij inschatten dat ouders over onvoldoende ouderschapskwaliteiten beschikken. Hiermee worden bezorgde derden mede probleemeigenaar en zoeken zij naar interventies om met deze bezorgdheid om te gaan. Voor hulpverleners en instanties zijn vier interventies denkbaar.

Faciliteren

De wet en het burgerschapsparadigma vragen van de overheid te voorzien in ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking. Zowel nationaal als internationaal wordt er hard gewerkt aan het ontwikkelen van begeleidingsprogramma's voor verstandelijk gehandicapte ouders ⁽⁶⁻⁹⁾. Deze ondersteuning is veelal intensief en langdurig, en moet steeds worden aangepast aan de gezinsomstandigheden. Naast ondersteuning van de ouders, is er vaak een vorm van toezicht en hulpverlening voor het kind nodig. Met de verbeterde programma's zal het aantal kinderen dat bij eigen ouders kan opgroeien kunnen toenemen. Daarnaast blijft er een groep ouders die de hulpverlening afwijst of ook met hulpverlening en ondersteunend netwerk niet tot goed genoeg ouderschap kan komen.

Verbieden

Een verbod om kinderen te krijgen is in Nederland niet aan de orde. Wel zijn voor wilsonbekwame cliënten besluiten over gedwongen anti-conceptie mogelijk. Voor wilsbekwame cliënten is er geen mogelijkheid tot verbod. Directe uithuisplaatsing na de geboorte is het meest vergaande ingrijpen dat momenteel mogelijk is, dat jaarlijks een aantal malen wordt toegepast. Na onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming wordt hiertoe door de rechter besloten als er onvoldoende basiszorg, veiligheid of ontwikkelingsmogelijkheden zijn.

Er is een actuele discussie in Nederland gaande over de wenselijkheid van gedwongen anticonceptie bij gebleken ernstig falend ouderschap ⁽¹⁰⁻¹²⁾. Dit zou mogelijk ook verstandelijk beperkte ouders kunnen betreffen, evenals ouders met een ernstige verslaving of ernstig psychiatrische stoornis.

Ontmoedigen

Ontmoedigen is een negatief geformuleerde term voor het begeleiden van jonge mensen met een verstandelijke beperking tot het maken van keuzes voor een invulling van hun leven die passen bij hun mogelijkheden en draagkracht. Deze keuzes betreffen passend werk, passende vrije tijdsbesteding, hulp bij het voeren van een eigen huishouding en hulp bij partnerkeuze en gezinsvorming. Als de ontmoediging zuiver negatief ingestoken is op voorkomen van zwangerschap, doet dit de cliënt en zijn positieve levensvulling tekort, en zal de cliënt dit ook niet waarderen. In de praktijk blijkt ontmoedigen averechts te werken ⁽¹³⁾. De LFB heeft in 2006 de term ontmoedigingsbeleid afgewezen: 'mensen zullen daarbij eerder gaan dwarsliggen en

stiekem toch weer een kind verwekken', de LFB is wel voorstander van vroege voorlichting⁽¹⁴⁾. Positieve invulling van dergelijke coaching begint op jonge leeftijd en gaat uit van een dialoog met de cliënt. Deze dialoog is gericht op zijn of haar mogelijkheden, en het plannen en bewerkstelligen van haalbare doelen die voldoening en succeservaringen met zich meebrengen. Het is daarbij tevens de intentie de cliënt te behoeden voor keuzes die hem/haar zullen overvragen.

Oefenen

Bij cliënten met een kinderwens kan als onderdeel van de voorbereiding op gezinsvorming stapsgewijs geoefend worden door het voeren van een eigen huishouding, samenwonen, het zorgen voor een huisdier en het oefenen met een hiervoor ontwikkelde babypop (die verzorgd moet worden en die de zorg registreert). Hierbij groeien de vaardigheden en de inzichten over de haalbaarheid van een eigen gezin. Hiervoor zijn in Nederland diverse programma's ontwikkeld⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

De drie ethische uitgangsvragen worden beschreven vanuit het perspectief van ouders, kind, netwerk, hulpverleners en maatschappij.

1. Mag men zwangeren of ouders met een verstandelijke beperking hulpverlening of bemoeizorg opdringen?

Ouders

De meeste ouders met een verstandelijke beperking hebben hulp nodig bij de opvoeding. Vaak overzien zij zelf niet de omvang van de taken, de belasting en de verantwoordelijkheden. Indien afgewacht wordt tot ouders zelf om hulp vragen of tot er iets misgaat, is er mogelijk al schade. Deze schade kan het kind, maar ook de ouder zelf betreffen. Preventie lijkt daarom beter. Anderzijds kunnen ouders het als discriminerend ervaren dat zij op basis van hun beperking wel door bemoeizorg benaderd worden en andere ouders niet. IQ is maar een van de vele factoren die een opvoedingssituatie bepalen. IQ onder de 60 kan als een hoge risicofactor voor falend ouderschap worden beschouwd. Bij een IQ tussen 60 en 85 zijn andere factoren belangrijker dan de intelligentie. Zorg opgedrongen krijgen nog voor men iets verkeerd heeft gedaan kan averechts werken en tot zorgmijding leiden.

Kind

Er is een verhoogde kans op perinatale morbiditeit, kindermishandeling, verwaarlozing, hechtingsproblemen, gedragsproblemen, ontwikkelingsachterstand, parentificatie en seksueel misbruik bij kinderen van ouders met een verstandelijke beperking⁽¹²⁾. Ouders met een verstandelijke beperking zullen hiervoor niet altijd zelf tijdig hulp zoeken. Bemoeizorg is vaak nodig om de risicofactoren en signalen van problemen te onderzoeken en waar nodig hulpverlening te starten. Bemoeizorg heeft echter ook een stressverhogend effect op ouders die zich bekeken en gecontroleerd voelen. Dergelijke stress bij ouders kan het opvoedingsklimaat voor het kind verslechteren^(5,15).

Familie/netwerk

Door bemoeizorg of outreachende hulpverlening kunnen de personen in het netwerk beter voorbereid worden op hun taak bij de ondersteuning

van het gezin. Door erkenning van hun vaak niet zelf gekozen rol, kan deze ook beter afgebakend en verdeeld worden. Soms is de familie echter wars van hulpverleners en wil eventuele problemen liever zelf oplossen. Een samenwerking tussen netwerk en professionele hulpverleners komt de zorg en rust voor het gezin ten goede. Een goed steunend sociaal netwerk is de belangrijkste beschermende factor voor het welzijn van kind en ouders⁽¹⁶⁾.

Hulpverlening

Bemoeizorg of regievoering in de hulpverlening draagt bij aan vroege ondersteuning van de (aanstaande) ouders en een heldere taakverdeling. Voor veel hulpverleners is het moeilijk om tegelijk het gezin te ondersteunen en de opvoedingssituatie te beoordelen. Door afspraken en rolverdeling kan hierin voor zowel gezin als hulpverleners rust gebracht worden. Bezwaar van intensieve samenwerking van alle betrokken hulpverleners, is dat ouders zich bekeken, besproken en onveilig kunnen gaan voelen en professionals gaan vermijden. Het krijgen en accepteren van gespecialiseerde hulpverlening is de tweede belangrijke beschermende factor voor goed genoeg ouderschap^(5,9,15).

Maatschappij

Voor de overheid is het belangrijk om de taken, die gezinsvorming faciliteren en veilig ouderschap bewaken, ergens onder te brengen. Met outreachende bemoeizorg, toegankelijke specialistische zorg en een controlerend apparaat kan dit verantwoord ingericht worden.

Conclusie

De NVAVG laat hierbij het ethische argument van goed hulpverlenerschap t.o.v. het kind het zwaarst wegen en kent hierbij het meeste gewicht toe aan de verhoogde kans op schade bij het kind, naast de argumenten dat het merendeel van de ouders met een verstandelijke beperking hulp bij de opvoeding nodig heeft en de omvang van de opvoedtaak niet goed kan overzien. De NVAVG vindt daarom dat bemoeizorg en opgedrongen hulpverlening te rechtvaardigen zijn voor ouders met een verstandelijke beperking.

Aanbeveling 1

Bemoeizorg met aanbieden van hulpverlening, onderzoek naar de opvoedingssituatie en monitoring is te rechtvaardigen bij ouders met een verstandelijke beperking.

2. Mag men mensen met een verstandelijke beperking ontmoedigen in hun kinderwens?

Ouders

Vooraf is het moeilijk in te schatten voor betrokkene en omgeving of succesvol ouderschap mogelijk is. Veel jong volwassene met een beperking worstelen met deze vraag. Het op zich nemen van een taak die boven het vermogen ligt kan een bron van frustratie en teleurstelling worden. Bij overvraging is er een verhoogd risico op disfunctioneren van de ouder. Het verdriet over een eventuele mislukking en uithuisplaatsing kan groot zijn. Sommige mensen met een verstandelijke

beperking komen tot het inzicht dat ze de zorg die een kind nodig heeft, waarschijnlijk niet kunnen bieden. Anderen zien de mogelijkheden als reëel en haalbaar, en zijn bereid daarvoor hulp en bemoeienis te accepteren. Zelfoverschatting of onderschatting van de aard en omvang van de verantwoordelijkheid komt veel voor. Puur ontmoedigen kan averechts werken ^(13,14). Het wordt ervaren als een vorm van betutteling, als een beperking van het recht op gezinsvorming en als discriminatie t.o.v. andere ouders. Een negatief advies ten aanzien van gezinsvorming, terwijl men het nooit heeft geprobeerd, kan worden ervaren als geen eerlijke kans krijgen. Ook het rouwproces bij mensen met een verstandelijke beperking die afzien van het krijgen van kinderen, behoeft respect en aandacht.

Kind

Het is onmogelijk om te oordelen of een kind beter niet geboren kan worden. Ook kinderen uit moeilijke gezinsomstandigheden kunnen goed terecht komen en gelukkig worden. Men mag ouders niet alleen op basis van hun IQ beoordelen, wetende dat ruim 30% van de verstandelijk beperkte ouders tot goed genoeg ouderschap komt. Kinderen van tekortschietende ouders dienen geholpen en beschermd te worden. Indien er naast een laag IQ nog meerdere risicofactoren op falend ouderschap zijn, is de kans kleiner dat het kind bij deze ouders kan opgroeien. Ook voor niet thuis wonende kinderen is vormgeving van de relatie met de biologische ouders belangrijk.

Familie/netwerk

Het voorbereiden op de toekomst was voor de ouders van de verstandelijk beperkte volwassene een opvoedingstaak. Men streeft naar een invulling die past bij de capaciteit van de inmiddels volwassen zoon of dochter en bijdraagt aan diens levensgeluk. Vaak is het ouderschap een grote zorg voor de familie. Men kan zorgen hebben over het functioneren van de aanstaande ouder als deze overvraagd wordt, naast de zorgen over het kind. Veel ouders besteden daarom al vanaf jonge leeftijd aandacht aan het toekomstperspectief ten aanzien van gezinsvorming. Een positieve aanpak met alternatieven is daarbij effectiever dan pure ontmoediging. Grootouders kunnen soms ook opkomen voor de rechten van het jonge stel op gezinsvorming. Grootouders hebben ook een eigen belang bij de uitkomst voor wat betreft de last die bij hen terecht kan komen, als blijkt dat ouders niet voor het kind kunnen zorgen.

Hulpverleners

Het meest positief en effectief is het werken vanuit de dialoog met de cliënt waarbij gezamenlijk onderzocht wordt wat een goede toekomstinvulling is, wat er haalbaar is op het terrein van gezinsvorming en welke stappen daarvoor nodig zijn. Daarvoor is een vroeg beginnend contact en een goede klik tussen hulpverlener en cliënt nodig. Niet alle hulpverleners zitten in een dergelijke positie. Regelmatig komt het voor dat de professionele inschatting is dat ouderschap voor de betreffende patiënt of cliënt niet haalbaar lijkt. Er ontstaat dan een spanningsveld tussen eerlijk willen zijn, iemand geen kans willen ontnemen en niet te vroeg willen oordelen. Puur ontmoedigen blijkt daarin averechts te werken. Samen exploreren van mogelijkheden, creëren van oefensituaties, bespreken van voorwaarden en consequenties is effectiever maar vereist een vertrouwensrelatie tussen cliënt en hulpverlener.

Binnen de ambulante hulpverlening van veel zorginstellingen is hiervoor expertise opgebouwd ^(15,16).

Maatschappij

De overheid heeft er belang bij dat ongunstige opvoedingssituaties worden voorkomen. Ook in financieel opzicht heeft de overheid belang bij ontmoediging. Zowel de jarenlange intensieve ondersteuning als de kosten van opvoedingsschade kunnen heel hoog zijn. Daar tegenover staat dat de staat gebonden is aan internationale verdragen, verstandelijk gehandicapten moet en wil ondersteunen en niet mag discrimineren. Indien ontmoediging leidt tot zorgmijding, kan dit ook negatieve maatschappelijke consequenties hebben.

Conclusie

De NVAVG concludeert dat voor deze vraag het principe van respect voor autonomie en goed hulpverlenerschap moet overwegen. Het goede hulpverlenerschap moet er op gericht zijn de cliënt zelf te laten bepalen of gezinsvorming haalbaar is.

Het ontmoedigen is niet alleen niet effectief, maar ook te paternalistisch. Door vroege ondersteuning van jong volwassen mensen met een verstandelijke beperking gericht op een positieve levensvulling kunnen ook op het gebied van gezinsvorming haalbare doelen worden geformuleerd en bereikt ⁽⁸⁾. Zo kan kinderwens in samenspraak onderzocht worden en in stappen worden voorbereid. Ook kan daar afstand van de kinderwens worden gedaan, met aandacht voor het bijbehorende rouwproces. In dit traject moet ook in alle eerlijkheid benoemd worden wat er niet haalbaar is en wat de consequenties zijn indien er toch kinderen komen. Men hoopt hierbij op verstandige keuzes door de cliënten zelf.

Aanbeveling 2

Ontmoedigingsbeleid moet worden vervangen door een ondersteuningsbeleid gericht op het in dialoog met de cliënt onderzoeken van toekomstperspectieven in brede zin inclusief gezinsvorming, gericht op een positieve levensvulling met haalbare doelen.

3. Mag je op grond van een verstandelijke beperking gedwongen anticonceptie opleggen?

Ouder

Indien iemand de consequenties niet kan overzien, geen eigen keuzes kan maken, beschouwen we hem/haar als wilsonbekwaam ter zake (zie ook hoofdstuk 4: wilsbekwaamheid). In dat geval worden beslissingen overgenomen door wettelijke vertegenwoordigers en behandelaren, ook t.a.v. anticonceptie. Dit kan aantasting van de integriteit van het lichaam, dwangbehandeling en discriminatie met zich meebrengen. De cliënt is hierbij overgeleverd aan de beoordeling en de intenties van derden. Indien deze wilsonbekwame cliënt zich tegen de anticonceptie verzet, kan er alleen behandeld worden (op basis van goed hulpverlenerschap) indien de kwaliteit van het leven van de cliënt ernstig wordt bedreigd. Het tijdig ingaan op een mogelijke kinderwens en samen met een cliënt de wens en de consequenties onderzoeken

volgens een daartoe ontwikkelde methode, kan het hanteren van dwang mogelijk voorkomen. Men zou het ondergaan van een zwangerschapsafbreking, de overdraging van de cliënt tijdens zwangerschap en als ouder, het ervaren van falend ouderschap of het moeten meemaken van en uithuisplaatsing, als argumenten voor aantasting van de levenskwaliteit van de moeder kunnen hanteren. Of deze argumenten voldoende wegen om van goed hulpverlenerschap bij gedwongen anticonceptie te spreken zal per geval moeten worden afgewogen door de wettelijk vertegenwoordiger en de behandelaren. Soms is de vraag om gedwongen anticonceptie gebaseerd op de seksuele behoeften en vrijheden van de cliënt, zonder dat er sprake is van kinderwens. Belangrijk is te onderkennen dat sommige criteria betreffende ouderschapscompetentie dynamisch van aard zijn en dus mettertijd kunnen veranderen.

Kind

Het is niet te beoordelen of niet leven beter is dan geboren worden in een slechte opvoedingssituatie. Echter indien de opvoedingssituatie zodanig ongunstig lijkt, dat gedwongen anticonceptie wordt overwogen, is er waarschijnlijk ook sprake van een situatie waarbij directe uithuisplaatsing postpartum wordt overwogen. De schade voor het kind blijft dan beperkt¹⁷. De Gezondheidsraad vond in 2002 ouderschap onwenselijk bij ernstige schade voor het kind of bij overbelasting van de ouder. Over onwenselijkheid van ouderschap bij verwachte directe uithuisplaatsing is geen uitspraak gedaan.

Familie/netwerk

Gedwongen anticonceptie is voor veel ouders een geruststellende gedachte indien zij zorgen hebben over de ouderschapscompetentie van hun zoon of dochter, het seksuele gedrag en de eventuele eigen verantwoording voor een toekomstig kleinkind.

Hulpverlening

Hoewel kinderen beschermd kunnen worden bij gebleken falend ouderschap door snelle uithuisplaatsing van volgende kinderen, is het voor veel professionals toch schrijnend om dit meerdere keren te zien gebeuren bij één ouderpaar. De behoefte aan gedwongen anticonceptie bij falend ouderschap komt regelmatig als discussie terug. Dit geldt niet alleen voor ouders met een verstandelijke beperking. Indien een maatregel dit alleen voor ouders met een verstandelijke beperking zou toestaan is dit een vorm van discriminatie. Voor veel professionals vormen de te hanteren criteria, het besluitvormingsproces en de aantasting van de burgerrechten argumenten om gedwongen anticonceptie af te wijzen. Ook de praktische uitvoerbaarheid van gedwongen anticonceptie is problematisch.

Maatschappij

De voordelen van gedwongen anticonceptie vindt men in de preventie van falend ouderschap of kindermishandeling, en in de grote kostenbesparing ten opzichte van langdurige hulpverlening. Gedwongen anticonceptie is in strijd met het recht op gezinsvorming. Een instrument waarbij de overheid de mogelijkheid krijgt te beslissen over wie er wel of geen kinderen krijgt, vormt voor velen een beangstigend beeld. Ook bij beoordeling en toetsing door de rechtbank wordt toch een nieuwe grens overschreden.

Bij toepassing in geval van eerder gebleken falend ouderschap zou er geen sprake van discriminatie zijn, omdat dit ook voor andere dan verstandelijk beperkte falende ouders zou gelden. Gedwongen anticonceptie doet mogelijk ouders te kort wiens gezinsomstandigheden ten goede verbeterd zijn. Gedwongen anticonceptie zal de internationale reputatie van Nederland mogelijk schaden.

Conclusie

De NVAVG komt tot het standpunt dat gedwongen anticonceptie op basis van IQ onwenselijk is. Voor deze vraag hecht de NVAVG de grootste waarde aan de ethische principes van niet schaden (door onnodig mensen hun mogelijkheid tot gezinsvorming te ontnemen) en van een gelijkwaardig burgerschapsprincipe. Falend ouderschap komt zowel bij verstandelijk beperkte ouders als bij andere ouders voor. Hoe vaak er sprake is van gedwongen anticonceptie als enige mogelijkheid om een nieuwe zwangerschap te voorkomen bij aangetoond ernstig falend ouderschap, is nog onduidelijk.

Omdat gegevens over dergelijke situaties in Nederland ontbreken, pleit de NVAVG voor een landelijk onderzoekspunt waar dergelijke casuïstiek multidisciplinair onderzocht kan worden, alternatieven gezocht worden, ouders en professionals geadviseerd worden en er een registratie komt naar de aantallen en de achterliggende problematiek en het beloop. Overwogen dient te worden in hoeverre het ook mogelijk en noodzakelijk is vragen neer te leggen wanneer men overtuigd is van onvoldoende ouderschapscompetentie bij wilsbekwame verstandelijk beperkten met een onvoldoende sociaal netwerk zonder gebleken falend ouderschap. Besluitvorming over gedwongen anticonceptie bij wilsbekwamen kan dan over enkele jaren beter onderbouwd worden overwogen.

Aanbeveling 3

Gedwongen anticonceptie voor mensen met een verstandelijke beperking op grond van hun beperking is onwenselijk. Gedwongen anticonceptie voor ouders met gebleken ernstig falend ouderschap zou eerst multidisciplinair onderzocht moeten worden door een landelijk in te stellen onafhankelijk instituut dat ouders adviseert, alternatieven onderzoekt en de bevindingen registreert naar achtergrond en beloop. Voor het aandeel van de verstandelijk beperkte ouders onder de falende ouders zou een AVG hierbij moeten worden betrokken.

Literatuur:

- (1) Verenigde Naties. Universele Verklaring van de Rechten van de mens. 1948
- (2) VN verdrag inzake rechten van personen met een handicap. 2006
- (3) Mans I, Zin der zotheid, 1998 Uitgeverij SWP Amsterdam, ISBN 90 6665 567 4
- (4) Meininger H.P., en Frederiks, B.J.M Gedwongen anticonceptie bij mensen met een verstandelijke beperking? Juridische en ethische kanttekeningen bij een actuele discussie. NTZ. 2005-3; 161-184
- (5) Vries, J.N. de Willems, D.L. Isarin, J. Reinders, J.S. (2005) Samenspel van factoren : inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijk handicap : eindrapport. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam

- (6) <http://www.watwerktvoorouders.nl/> Samenwerkingsproject tussen VU en ASVZ
- (7) Foolen, N., Zoon, M. Wat werkt bij licht verstandelijk beperkte ouders? Nederlands Jeugd Instituut, sept. 2014
- (8) Verdonk, I. Ze zeggen dat we het niet kunnen; Kinderwens en ouderschap van mensen met een lichte verstandelijke beperking; Assen: van Gorcum; 2011; ISBN 9789023247005
- (9) Joha D, Gerards G, Nas, M., van Gendt J, Kersten, M. Ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking; Den Haag: Lemma; 2006
- (10) Groot C de, Vlaardingerbroek P. Wij rechters willen een wet die verplichte anticonceptie mogelijk maakt. NRC 4-3-2015
- (11) Lincke C, Sommige moeders moeten aan de pil. NRC 11-3-15
- (12) Sitalsing M. Sommige kinderen had je willen voorkomen. NRC 29-1-2015
- (13) Traustadóttir R, Sigurjónsdóttir HB, Parenting and resistance: strategies in dealing with services and professionals. Uit parents with intellectual disabilities Redactie: Llewellyn G e.a. 2010. Wiley_Blackwell ISBN
- (14) Uit: Baert M en Raymaekers J. Kinderwens en ouderschap bij mensen met een verstandelijke beperking. Pag 230. 2009 Garant, Antwerpen ISBN 978-90-441-2480-4 978-0-470-77294-2
- (15) McConnell D, Llewellyn G 1997. Providing services for parents with intellectual disability: parent needs and service constraints. Journal of Intellectual and Developmental Disability, 22(1),5-18
- (16) <http://www.asvz.nl/kinderwensenouderschap/nl/>
- (17) www.babybedenktijd.nl
- (18) ADOC Psychosociale uitkomsten van jongvolwassen binnenlands geadopteerden en hun adoptief ouders. 2011 Universiteit van Leiden

2. Juridische aspecten

Uitgangsvragen:

4. Wat zijn de juridische aspecten waar men rekening moet houden bij anticonceptie en kinderwens bij mensen met een verstandelijke beperking?
5. Wat is de rol van de wettelijk vertegenwoordiger bij vragen betreffende anticonceptie en kinderwens bij mensen met een verstandelijke beperking?
6. Zijn er juridische mogelijkheden tot gedwongen behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking?

De vragen rond kinderwens en anticonceptie bij mensen met een verstandelijke beperking, worden in hoge mate door juridische aspecten bepaald. Het burgerschapsparadigma brengt met zich mee dat de burgerlijke grondrechten niet beperkt mogen worden op grond van het zuivere feit dat iemand een verstandelijke beperking heeft.

Deze juridische aspecten betreffen:

- Het recht op gezinsvorming
- De bepaling van wils(on)bekwaamheid
- Het recht op vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid
- Behandeling bij wilsonbekwaamheid
- Gedwongen behandeling
- Kinderbescherming

Het recht op gezinsvorming en het recht op het eerbiedigen van het privé leven, zijn vastgelegd in Artikel 12 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). Ook in het nog door Nederland te ratificeren 'Convention on the Rights of Persons with Disabilities', is het recht op het stichten van een gezin opgenomen. Hierin staat ook

dat handicap van ouder of kind geen grond voor scheiding van kind en ouders mag zijn (artikel 23). Dit brengt een verplichting met zich mee aan de overheid om gezinsvorming te faciliteren en hulp bij opvoeding te bieden.

De bepaling van wilsonbekwaamheid gebeurt alleen als daar een aanleiding toe is. Indien het gaat om een behandeling, zoals bij anticonceptie, valt dit onder de WGBO, Artikel 465.3. Wilsonbekwaamheid is niet in de wet vastgelegd, maar wordt wel door de Gezondheidsraad benoemd in haar Rapport Anticonceptie voor mensen met een verstandelijke beperking (2002) ^(1,2).

De patiënt is wilsbekwaam, tenzij anders is geconstateerd. De bepaling of iemand wilsonbekwaam is m.b.t. een beslissing aangaande zijn gezondheid/een lichamelijk probleem, gebeurt alleen in geval van onduidelijkheid, en wordt uitgevoerd door een arts eventueel ondersteund door een gedragsdeskundige.

In geval van wilsonbekwaamheid dient een vertegenwoordiger te worden aangewezen. Dit kan een niet wettelijke vertegenwoordiger zijn, door de betrokkenen zelf aangewezen, of een door de rechter aan te wijzen wettelijke vertegenwoordiger.

De volgorde van vertegenwoordiging bij wilsonbekwaamheid is:

1. Curator of mentor
2. Schriftelijk gemachtigde
3. Echtgenoot, geregistreerd partner of levensgezel
4. Ouder, kind, broer of zus

Bij jongeren tussen 12 en 18 jaar, die wilsonbekwaam zijn, kunnen ouders als wettelijk vertegenwoordiger optreden. De wettelijke vertegenwoordiger kan niet overal alleen over beslissen en zal altijd de betrokkene naar vermogen moeten betrekken in de te nemen beslissing. Er kan een spanningsveld ontstaan tussen een wettelijke vertegenwoordiger en een cliënt, die op het gebied van anticonceptie wel ter zake wilsbekwaam is. Iemand met een lichte verstandelijke beperking kan wilsbekwaam ter zake anticonceptie zijn en tegelijk (nog) niet competent voor het ouderschap.

Behandeling van iemand die wilsonbekwaam is met akkoord van de vertegenwoordiger kan plaatsvinden mits deze:

- bepaald is door het expliciete belang van de cliënt zelf
- zo min mogelijk belastend is
- de minst ingrijpende behandeling voor het beoogde doel is
- er geen sprake is van verzet

Dit betekent dat het niet mogelijk is om:

- een wilsonbekwame cliënt(e) te laten steriliseren ter bescherming van een nog niet verwekt kind, of een andere cliënt
- een onomkeerbare ingreep te verrichten waar een omkeerbaar alternatief ook zou volstaan
- anticonceptie toe te dienen waar een cliënt dit niet wil en zich hiertegen verzet

Hierbij kan wellicht onderscheid gemaakt worden tussen de cliënt die zich tegen een prik verzet om de prik, en de cliënt die zich tegen de

aard van de behandeling zelf verzet. Verzet tegen een prik kan in het kader van de WGBO worden overruled. Verzet tegen anticonceptie als behandeling kan alleen met overreding worden beïnvloed. Gedwongen anticonceptie kan slechts worden toegepast om ernstig nadeel voor de betrokkenen te voorkomen. Dit nadeel kan zowel van medische aard (automutilatie bij onbegrepen zwangerschap bijv.) als van psychosociale aard (als de cliënt onvoldoende zelfstandig de ouderrol zal kunnen vervullen en alternatieve opvoedingsmogelijkheden ontbreken) ⁽³⁾. Gedwongen behandeling bij een wilsbekwame cliënt is in principe niet mogelijk, behalve wanneer in een noodsituatie goed hulpverlenerschap anders vereist. Hiervoor is het belang van een toekomstig kind onvoldoende argument.

Continuïteit van zorg, opvoeding en hechting wordt gegarandeerd door bescherming van het ouderlijk gezag. Ouders krijgen niet het ouderlijk gezag bij de geboorte van het kind indien zij onder curatele staan, minderjarig zijn of indien hun geestesvermogens (blijvend) zodanig zijn verstoord dat zij niet in staat zijn het ouderlijk gezag uit te voeren (Burgerlijk wetboek 1: 246). De rechten van ouders op gezinsvorming en zelfbeschikking kunnen strijdig zijn met de rechten van een kind (Verdrag van de rechten van het kind). De ouders hebben de plicht om te zorgen voor onderdak, veiligheid, kleding, voeding, onderwijs en medische behandeling. Daarnaast zijn ouders verantwoordelijk voor het geestelijk en lichamelijk welzijn van het kind en moeten zij de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid bevorderen.

Het geheel van vaardigheden om dit goed te volbrengen, noemt men ouderschapscompetentie. Dit begrip is niet wettelijk verankerd. Bij onvoldoende bescherming, onvoldoende zorg, mishandeling of negeren van wezenlijke behoeften van het kind, ongeacht of dit gebeurt uit onmacht, ongeschiktheid of opzet, kan de overheid ingrijpen. Indien ouders hierin feitelijk tekort schieten, kunnen via de Raad van de Kinderbescherming, beschermingsmaatregelen worden uitgesproken door de kinderrechter. Onder toezichtstelling en uithuisplaatsing zijn voorbeelden hiervan. Het behoud van de familieband is een belangrijk uitgangspunt, evenals het handelen in het belang van het kind.

Het aanvragen van een kinderbeschermingsmaatregel is mogelijk in geval dat er ernstige schade wordt toegebracht aan het kind. Dit kan ook voor het ongeboren kind bijvoorbeeld bij ernstig voortgaand middelen gebruik van de moeder tijdens de zwangerschap. Een gedwongen opname met behulp van een rechterlijke machtiging hoort tot mogelijkheden.

Het is ook mogelijk om een kinderbeschermingsmaatregel reeds voor de geboorte bij de rechter te vragen bij een verwacht tekortschietend ouderschap waarbij dit met voldoende feiten dient te worden onderbouwd (denk aan een zeer laag IQ, het weigeren van alle hulp/ondersteuning terwijl het functioneren van de toekomstig ouder dusdanig is dat de verwachting is dat deze de zorg voor het komende kind niet zelfstandig aankan). Bij een zwangerschapstermijn van 16 weken kan een ongeborene al gemeld worden bij de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) en vanaf 24 weken zwangerschap kan de kinderrechter, op verzoek van de RvdK, een Voorlopige Onder Toezichtstelling toekennen.

Dit geeft de mogelijkheid om vroegtijdig, ruim voor de geboorte van het kind, een gezinsvoogd toe te kennen welke samen met ouders, hulpverlening en netwerk kijkt wat nodig is om de zwangerschap zo goed mogelijk te laten verlopen en een veilige opvoedsituatie voor de baby na de geboorte te creëren. In 2014 werd voor 270 ongeboren kinderen een OTS aangevraagd. Het aantal ongeboren kinderen waarvoor een OTS werd aangevraagd is de laatste jaren redelijk stabiel gebleven ⁽⁴⁾.

Ingrijpen op grond van risico's zonder feiten, is forse beperking van de rechten op zelfbeschikking van de ouder. Bij deze ontwikkeling past dan ook een aanbod om ouders en kinderen met een hoog risico, samen in een voorziening met begeleiding en toezicht op te nemen. Het ingrijpen in een gezinssituatie omdat er onvoldoende financiële middelen of voorzieningen zijn om deze intensieve benodigde hulp te bieden, is een politiek maatschappelijke discussie, die in het nadeel van de verstandelijk beperkte ouder dreigt uit te vallen ⁽⁵⁾.

Aanbeveling 4

De overheid moet voldoende financiële middelen en feitelijk hulpverleningsaanbod beschikbaar stellen om ouders met een verstandelijke beperking en hun kinderen te helpen een optimale opvoedingssituatie te realiseren, om te voorkomen dat juridische bevoegdheden worden ingezet wegens tekort aan hulpverleningsaanbod.

Literatuur:

- (1) Gezondheidsraad. Anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002; publicatie nr 2002/14. ISBN 90-5549-446-1
- (2) Meijer M.M., Ewals F.V.P.M en Scholte F.A. , Gezondheidsraadadvies over anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap. Ned Tijdschr Geneeskd. 2003;147:188-91
- (3) Meininger H.P., en Frederiks, B.J.M Gedwongen anticonceptie bij mensen met een verstandelijke beperking? Juridische en ethische kanttekeningen bij een actuele discussie. NTZ. 2005-3; 161-184
- (4) Advies Prenatale kinderbescherming en de rol van de overheid. 2015. Raad voor Strafrechttoepassing en jeugdbescherming
- (5) Rapport kinderombudsman: Rapport naar aanleiding van een individuele klacht en verschillende signalen over een hiaat in de mogelijkheden voor hulpverlening aan kinderen met ouders met een verstandelijke beperking; 5 juni 2014, KOM005/20

3. Wilsbekwaamheid

Uitgangsvragen:

7. Wat is de rol van wilsbekwaamheid in de besluitvorming over gedwongen anticonceptieve behandeling bij mensen met een verstandelijke beperking?
8. Hoe is de wilsbekwaamheid bij een vraag om anticonceptie of m.b.t. kinderwens bij mensen met een verstandelijke beperking vast te stellen?
9. Wie worden betrokken bij het vaststellen van de wilsbekwaamheid?

Wilsbekwaamheid speelt een belangrijke rol in de besluitvorming rond anticonceptie en ouderschap. Van wilsbekwaamheid is sprake als betrokkene in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake. Dat wil zeggen: in staat is om op zijn vermogens afgestemde informatie te begrijpen, in staat is om gevolgen, risico's en alternatieven af te wegen, naar de mate die voor de betreffende beslissing noodzakelijk is. Er bestaat geen objectief betrouwbaar instrumentarium om wilsbekwaamheid ter zake bij een verstandelijke beperking vast te stellen. Alle instrumenten houden een te grote foutmarge bij grensgevallen, en daar gaat het meestal om bij ouderschap en anticonceptie van mensen met een verstandelijke beperking.

Bij het uitspreken van een oordeel over wilsbekwaamheid t.a.v. zaken als anticonceptie en kindermens, beslist de arts over de wilsbekwaamheid op dat moment voor dat specifieke item, waarbij gezien de context en reikwijdte van de beslissing, de eisen die gesteld worden aan de wilsbekwaamheid hoog zijn. Wilsbekwaamheid kan in de tijd door omstandigheden variëren. Ook als iemand een curator of mentor heeft, dient de wilsbekwaamheid ter zake van het onderwerp getoetst te worden. Is de cliënt wilsbekwaam ter zake, dan geldt de keuze van de cliënt en niet die van de curator of mentor. Om de kwaliteit van iemands besluitvorming rond anticonceptie en ouderschap goed te kunnen beoordelen is het nodig dat de behandelend arts verschillende stadia van die besluitvorming toetst. Daarbij is het belangrijk dat de informatie door de arts wordt aangeboden op het bevattingsvermogen van de cliënt. Wanneer een arts zichzelf niet in staat acht om over dit onderwerp de dialoog aan te gaan met een persoon met een verstandelijke beperking, dan kan hij/zij een beroep doen op de AVG(-polikliniek)⁽¹⁻³⁾.

De stadia waaraan een cliënt moet voldoen om te kunnen vaststellen of hij/zij wilsbekwaam ter zake is, zijn:

- De cliënt heeft het vermogen om een keuze te maken en uit te drukken.
- De cliënt heeft het vermogen om de verstrekte, op de cliënt afgestemde, informatie te begrijpen en in zijn keuze te verwerken.
- De cliënt heeft de vermogens om de gegevens rationeel af te wegen (beseffen en waarden van de betekenis van de informatie voor de eigen situatie).
- De cliënt heeft de vermogens om de aard en reikwijdte van de situatie in te schatten (logisch redeneren en betrekken van de informatie in het overwegen van mogelijkheden)⁽⁴⁾.

Een beperking van toetsing aan de hand van bovenvermelde criteria is, dat de stadia de nadruk leggen op cognitieve vaardigheden. Mensen, ook zonder een verstandelijke beperking, nemen besluiten niet alleen op cognitieve maar ook op emotionele gronden.

Mensen met een verstandelijke beperking lukt het eerder 'het hoe' (praktische rationaliteit) dan 'het waarom' (theoretische rationaliteit) van een situatie te begrijpen en daarop keuzes te maken. Vaak kan men praktische rationaliteit afleiden uit het levensverhaal. Het is van belang bij mensen met een verstandelijke beperking om hun emoties en persoonlijke levensgeschiedenis in het besluit rond wilsbekwaamheid te betrekken. Net als bij de meeste medische beslissingen is het voldoen aan de eerste twee stadia ook bij anticonceptiekeuze voldoende om de keuze van de cliënt tot uitvoering te brengen. De NVAVG vindt

de keuze voor anticonceptie (dus wel behandeling) minder zware consequenties hebben dan de keuze voor kans op ouderschap (en dus geen behandeling).

In het laatste geval is niet alleen de kwaliteit van bestaan van de mens met een verstandelijke beperking in het geding, maar ook die van het toekomstige kind. Wanneer een cliënt echter kiest voor de kans op ouderschap, heeft de arts de plicht om ook het derde en vierde stadium in zijn beleid inzake deze keuze te betrekken. Het wegen van deze stappen vereist veel zorgvuldigheid. Voordat de arts zijn advies formuleert, heeft hij daarom de plicht om eerst de meningen te peilen van wettelijk vertegenwoordigers/familie, en eventueel van gedragswetenschappers en begeleiders die bij de cliënt betrokken zijn. De arts formuleert zijn (advies) oordeel pas nadat hij bovengenoemde betrokkenen zorgvuldig heeft geraadpleegd. Bij twijfel over de wilsbekwaamheid wordt aanbevolen om de wilsbekwaamheid intercollegiaal te laten toetsen door de vraagstelling enerzijds en de reactie en het gedrag van de cliënt anderzijds, aan ten minste één collega voor te leggen. Multidisciplinaire beoordeling van de wilsbekwaamheid is gewenst bij blijvende twijfel over de wilsbekwaamheid, bij verschil van mening hierover tussen de diverse betrokkenen en bij weerstand van de cliënt tegen het oordeel dat er sprake is van wilsbekwaamheid. Bij diverse organisaties binnen de VG sector in Nederland zijn hiervoor mogelijkheden, via AVG poliklinieken en/ behandelcentra. In bijlage C zijn vragen/aandachtspunten opgenomen die behulpzaam kunnen zijn bij het vaststellen van de wilsbekwaamheid m.b.t. anticonceptie en kindermens.

Aanbeveling 5

De arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG) is als deskundige op het gebied van gezondheidsvragen en communicatie met mensen met een verstandelijke beperking in te schakelen voor vragen rond anticonceptie, wilsbekwaamheid en kindermens. Op de website van de NVAVG zijn de landelijke poliklinieken voor AVG's in kaart gebracht.

Aanbeveling 6

De professionele oordeelsvorming over anticonceptie, wilsbekwaamheid, kindermens en ouderschapscompetenties, inclusief de adviezen van derden, worden in het medische dossier schriftelijk vastgelegd.

Aanbeveling 7

Bij complexe situaties, bij verschil van mening, bij verzet van een cliënt en bij beoordeling van ouderschapscompetenties is multidisciplinaire beoordeling, met in ieder geval een gedragsdeskundige, aangewezen. Ook bij het begeleiden van trajecten zoals onder de aanbevelingen genoemd, is inbreng van de gedragsdeskundige nodig.

Literatuur:

- (1) Widdershoven, G.A.M. en Berghmans, R.L.P. Wilsbekwaamheid in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Een alternatief kader. NTZ; 2004-3:166-180
- (2) Vinkers, C.H., van de Kraats, G.B., Biesaat, M.C., Tijdink, J.K. Is mijn patiënt wilsbekwaam? Volg de leidraad; Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158:A7229
- (3) Van wet naar praktijk: handreiking voor de beoordeling van wilsbekwaamheid. Rijksoverheid/KNMG; 2007
- (4) Handreiking Beoordeling wilsbekwaamheid, ASVZ mei 2013

4. Ouderschapscompetentie

Uitgangsvragen:

10. Is er voldoende ouderschapscompetentie bij ouders met een verstandelijke beperking?
11. Wanneer is er (gedwongen) ondersteuning nodig voor ouders met een verstandelijke beperking?
12. Wat is de rol van de AVG bij het onderzoeken/ bepalen van ouderschapscompetentie.

Inleiding

Van ouders wordt verwacht dat zij verantwoordelijkheid nemen voor de leefwereld en de toekomst van hun kind ⁽¹⁾. Ouderschapscompetentie is het geheel aan complexe vaardigheden die nodig zijn om dit waar te maken. Dit is voor veel ouders een zware belasting.

De Gezondheidsraad stelde in 2002 dat ouderschap onwenselijk is wanneer:

- het kind risico loopt op ernstige schade doordat de opvoedingsvaardigheden van de ouders tekort schieten
- het een te zware last zal leggen op het functioneren van de ouders ⁽²⁾.

Cijfers over opvoeding door ouders met een verstandelijke beperking zijn er weinig. De Vries e.a schatten dat minder dan 5% van de mensen met een verstandelijk beperking (IQ < 70) ouder worden ⁽³⁾. Cijfers over het aantal verstandelijk beperkte ouders in Nederland ontbreken. In het onderzoek van de Vries werden 1500 gezinnen gevonden. In dit onderzoek was bij circa een derde sprake van 'goed genoeg ouderschap', en bij tweederde 'problematisch of ontoereikend ouderschap'. Internationaal varieert het aantal uithuisplaatsingen tussen 30 en 80% ⁽⁴⁾.

De ouderschapstaken beslaan vijf hoofdgebieden namelijk basiszorg (voedsel, rust, hygiëne, kleding, toezicht, verantwoorde opvang), bescherming (tegen geweld en gevaar), affectie (positieve interactie, knuffelen, aandacht, ingaan op communicatie vanuit het kind), stimulering (bieden van ontwikkelingsmogelijkheden) en opvoeding (regelmaat, regels, begrenzing en correctie) ⁽⁵⁾.

In onderzoek naar ouderschapscompetentie wordt vaak gewerkt met het balansmodel van Bakker e.a. (bewerking van Willems, overgenomen uit Verdonk, zie tabel 1) ⁽⁶⁻⁷⁾. Hierin worden de risico- en beschermingsfactoren, die veelal complementair zijn, beschreven. Deze factoren worden onderscheiden op micronivo (ouder en kind), op mesonivo (gezin en omgeving) en op macronivo (sociaal economisch, maatschappelijk en cultureel). Een verstandelijke beperking van de ouder(s) is hier

een risicofactor op micronivo. Uit de studie van de Vries e.a. blijkt dat de kans op falend ouderschap vooral wordt bepaald door het samenspel tussen een aantal factoren. Bij het beoordelen van ouderschapscompetentie is het dus nodig alle risicofactoren en beschermende factoren in kaart te brengen. De belangrijkste beschermende factor is het hebben van een steunend sociaal netwerk. Een IQ onder de 60 vormt een risicofactor ⁽⁸⁾. Bijkomend is er vaak sprake van andere factoren die tevens de ouderschapscompetentie beïnvloeden. Boven de 60 is er geen sterke relatie tussen de hoogte van het IQ en de opvoedingsvaardigheden. Netwerk en hulpverlening zijn dan sterker bepalend voor de kans op goed genoeg ouderschap ⁽⁹⁻¹²⁾. Belangrijke andere risicofactoren zijn psychiatrische comorbiditeit, traumatische jeugdervaringen van de ouder, isolement, slechte relatie, huiselijk geweld, materiële nood, stress, éénouderschap, kind met extra zorgbehoefte, groot gezin, beperkte pedagogische vaardigheden, beperkte leerbaarheid, onvermogen hulp te vragen of accepteren, gebrek aan praktische en morele ondersteuning. Deze factoren en hun positieve tegenhanger zijn opgenomen in bijlage B ⁽¹³⁻¹⁴⁾. Sommige risicofactoren staan niet los van de verstandelijke beperking. Beperkte sociale weerbaarheid, tienerzwangerschap, schooluitval, onvoldoende inkomens en schulden komen vaker voor bij verstandelijke beperkte jongeren.

Ouderschapscompetentie is geen statisch gegeven. Sommige risicofactoren zijn onveranderlijk, maar sommige kunnen ook met de tijd veranderen, zoals het hebben van een andere partner, het stabiliseren van de woon- of werksituatie, het accepteren van hulp. Ook kunnen sommige opvoedingsvaardigheden aangeleerd worden. Dit rechtvaardigt het uitstellen van beslissingen over gezinsvorming en onomkeerbare ingrepen in de fertiliteit tot het beeld zich uitgekristalliseerd heeft.

Vanuit de visie dat tekortschietend ouderschap niet voorbehouden is aan verstandelijk beperkte ouders, en deze daarin ook niet onnodig verder beperkt mogen worden dan andere ouders, is gezocht naar mogelijkheden om opvoedingscondities in deze gezinnen te bevorderen, o.a. door Feldman e.a. en in eigen land door Hodes e.a. ⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Belangrijke aangrijpingspunten zijn daarbij het contact met de hulpverlening, het ontwikkelen/bieden van effectieve hulpverlening en het ondersteunen van positieve krachten in het sociale netwerk. In Nederland wordt door de VU in samenwerking met ASVZ en ander zorginstellingen hier intensief onderzoek naar gedaan. De resultaten hiervan worden op korte termijn verwacht. Voorlopige bevindingen betreffen vooral de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie, en de mogelijkheden van videotraining. De belangrijkste aangetoonde protectieve factoren zijn het durven vragen en kunnen accepteren van hulp, het beschikbaar zijn van goede evidence based interventies en het voor handen zijn van een steunend sociaal netwerk ^(11,16).

De risico's voor de kinderen die opgroeien bij ouders met een verstandelijke beperking omvatten: verhoogde perinatale morbiditeit ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, verhoogde kans op verwaarlozing of mishandeling, hechtingsproblemen, parentificatie, ontwikkelingsachterstand, gedragsproblemen, trauma t.g.v. uithuisplaatsing. Zowel normaal begaafde als gehandicapte kinderen zijn kwetsbaar in een dergelijke opvoedingssituatie. Er is ook een verhoogde kans op seksueel misbruik. Over de langetermijneffecten voor kinderen van het opgroeien bij verstandelijk gehandicapte ouders

Tabel 1. Balansmodel, gebaseerd op Willems e.a. 2005

	Risicofactoren	Beschermende factoren
Microsysteem		
Ouderfactoren	Ziekte/stoornis	Goede gezondheid
	Verslaving	Stabiele persoonlijkheid
	Laag zelfbeeld /jeugdtrauma's	Positieve jeugdervaringen
Kindfactoren	Handicap	Goede intelligentie
	Laag zelfbeeld	Positief zelfbeeld
	Laag geboorte gewicht	
Mesosysteem		
Gezinsfactor	Autoritaire opvoedingsstijl	Opvoedingscompetentie
	Echtscheiding, conflicten	Affectieve gezinsrelaties
Sociaal	Isolement	Sociale steun
	Conflicten	Familie/vrienden
	Gebrekkige sociale binding	Goede sociale binding
Buurt	Sociale desintegratie, verpaupering	Sociale cohesie
	Slechte voorzieningen	Goede en toegankelijke voorzieningen
Macrosysteem		
Sociaal-economisch	Armoede, gebrekkige opleiding, werkloosheid	Goed inkomen en opleiding
Cultureel	Culturele minderheidsgroepering	
	Afwijkende culturele normen en waarden	Normen en waarden overeenkomstig dominante cultuur
Maatschappelijke factoren	Economisch crisis, bezuiniging op hulp en voorzieningen	Stabiel sociaal en politiek klimaat
	Discriminatie	Open tolerante samenleving

is nog weinig bekend. De beoordeling van ouderschapscompetenties gebeurt bij voorkeur multidisciplinair door daarin gespecialiseerde gedragsdeskundigen, begeleiders en maatschappelijk werkers. Het beoordelen van de ouderschapscompetentie is niet primair een medische taak. Wel is het zo dat zorgmijders niet altijd akkoord zullen gaan met een multidisciplinaire beoordeling. Deze mensen komen soms nog wel bij een arts, die daarmee soms als enige in de positie komt iets over de ouderschapscompetentie te vinden. Daarom is het belangrijk dat ook AVG's zich hierin een oordeel weten te vormen. De lijst met factoren uit het Balansmodel gecombineerd met factoren uit andere onderzoeken kan hierbij een leidraad vormen, zie bijlage B.

Conclusie:

Hoewel opvoedingscompetentie door vele factoren wordt bepaald, beschouwt de NVAVG het gegeven dat slechts een derde van de ouders met een verstandelijke beperking (met hulpverlening) tot goed genoeg ouderschap komt, als voldoende argument om te stellen dat een verstandelijke beperking een hoog risico op falend ouderschap vormt. De NVAVG neemt het standpunt in dat mensen met een verstandelijke beperking (conform de definitie van de IAADD) in het algemeen niet zonder professionele hulp en/of een steunend netwerk, zelfstandig kinderen kunnen opvoeden.

Indien er sprake is van een gebrekkig sociaal netwerk en afwijzen van hulp is dit een reden om zwangerschap en ouderschap voorlopig te ontraden of de (aankomende) gezinssituatie door de daarvoor bevoegde instanties te laten beoordelen (Jeugdzorg, MEE, Veilig Thuis, Raad voor de Kinderbescherming) om zo nodig gedwongen hulpverlening te starten.

Bij mensen die zwakbegaafd of moeilijk lerend zijn (IQ 70-85) spelen waarschijnlijk dezelfde problemen in lichtere mate, maar daarover ontbreken cijfers t.a.v. opvoedingsresultaten. Bij hen zullen enerzijds de cognitieve en adaptieve vermogens beter zijn, maar is tegelijk de acceptatie van hulpverlening veelal moeilijk. Daarmee lijkt de kans op onvoldoende onderkende problemen en zorgmijding groter. Het onderzoeken en beoordelen van ouderschapscompetentie is geen primaire taak van de AVG. Deze dient echter wel een inschatting te kunnen maken van de risicofactoren om het aanstaande gezin bij de juiste instanties (vrijwillig of onvrijwillig) aan te kunnen melden. Zie Bijlage D.

Aanbeveling 8

Bij (aanstaande) ouders met een verstandelijke beperking, waarbij geen of onduidelijkheid betreffende een steunend netwerk is en/of onvoldoende hulpverlening, is het nodig om de (aanstaande) opvoedingssituatie te (laten) onderzoeken en hulpverlening te organiseren. Hiervoor is het wenselijk dat er een stappenplan met samenwerkingspartners binnen medische zorg, de zorginstellingen, Veilig Thuis en de jeugdbescherming wordt opgesteld. Zie bijlage E voor een voorlopige opzet.

Aanbeveling 9

Ieder kind van verstandelijk beperkte ouders zou de mogelijkheid van een onafhankelijke belangenbehartiger moeten hebben.

Literatuur:

- (1) Meininger H.P., en Frederiks, B.J.M Gedwongen anticonceptie bij mensen met een verstandelijke beperking? Juridische en ethische kanttekeningen bij een actuele discussie. NTZ. 2005-3; 161-184
- (2) Gezondheidsraad 2002. Anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap. Den Haag: gezondheidsraad
- (3) Vries, JN de Willems, Isarin DL, Reinders, J.S. (2005) Samenspel van factoren: inventariserend onderzoek naar de ouderschapscompetenties van mensen met een verstandelijk handicap : eindrapport. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam
- (4) Baert, M. Raymaekers, J. Kinderwens en ouderschap bij mensen met een verstandelijke beperking; Garant; 2010; ISBN13 9789044124804
- (5) Pas van der A. 2004 Handboek methodische ouderbegeleiding. SWP
- (6) Willems, D.L., de Vries, J.N., Isarin, J., Reinders, J.S. Parenting by persons with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research. 2007; 51(7): 537-544
- (7) Bakker I, Bakker C, Dijke A van, Terpstra 1998. O&O in perspectief . Utrecht NIZW
- (8) Feldman M, Leger M, Walton A. Stress in mothers with intellectual disabilities. Journal of Child and family studies, 6(4), 471-485
- (9) Tymchuk J, Llewellyn G, Feldman M, 1999. Parenting by persons with intellectual disabilities: a timely international perspective. Journal of Intellectual and Developmental Disability, 24(4),3-6.
- (10) Feldman M, Varghese J, e.a. 2002. Relationships between social support, stress and mother-child interactions in mothers with intellectual disabilities. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 15, 314-323.
- (11) Llewellyn G, McConnell D, ea, 2002. Home-based programmes for parents with intellectual disabilities: lessons from practice. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 15,341-53.
- (12) McGaw S , Sturney P. 1993 Identifying the needs of parents with learning disabilities: a review. Child Abuse Review, 2, 101-17.
- (13) Berge ten I. Besluitvorming in de kinderscherming 1998. Eburon Delft
- (14) Verdonk, I. Ze zeggen dat we het niet kunnen; Kinderwens en ouderschap van mensen met een lichte verstandelijke beperking; Assen: van Gorcum; 2011; ISBN 9789023247005
- (15) Meppelder – de Jong, H.M. Formal and informal support for parents with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning: The strength of connections. 2014 Proefschrift VU. Ridderprint BV Ridderkerk
- (16) Hodes M, Meppelder M, Schuengel C, Kef S. Tailoring a video-feedback intervention for sensitive discipline to parents with intellectual disabilities. Attach Hum Dev 2014;16(4):387-401
- (17) McConnell D, Mayes R, Llewellyn G, 2008 Women with intellectual disability at risk of adverse pregnancy and birthoutcomes. Journal of intellectual Disability Research, 52, 529-35.
- (18) Hoglund B, Lindgren P, Larsson M 2012. Newborns of mothers with intellectual disability have a higher risk of perinatal death and being small for gestational age. Acta Obstetrica et gynecologica Scandinavica 91, 1409-14

5. Ondersteuning bij kinderwens en ouderschap

Uitgangsvragen:

13. Welke vormen van hulpverlening zijn er nodig voor mensen met een verstandelijke beperking met kinderwens, zwangerschap of kinderen?
14. Hoe kan men het ondersteunen van ouders met een verstandelijke beperking combineren met het bewaken van de belangen van de kinderen?
15. Welke hiaten bevat het huidige hulpverleningsaanbod?

Het terrein van ondersteuning bij kinderwens en ouderschap is een onoverzichtelijk terrein met veel actieve partijen, regionaal verschillend ingevuld. Er is weinig regie en het is voor betrokkenen en huisartsen

vaak onduidelijk hoe deze ondersteuning in te schakelen. Met de transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten en de veranderingen naar de Wet langdurige zorg, wordt dit palet mogelijk de eerstkomende tijd nog onoverzichtelijker.

De ondersteuning ten aanzien van kinderwens en ouderschap is nodig in verschillende fases ⁽¹⁾.

- De fase van de psychoseksuele ontwikkeling:
Naast voorlichting, advisering en begeleiding ten aanzien van relatievorming, seksualiteit en anticonceptie, zou in deze fase al een start gemaakt moeten worden met het bespreken van een positief geformuleerd, haalbaar toekomstperspectief, waarbij ook gezinsvorming aan de orde komt ⁽²⁾. De kinderwens is dan doorgaans nog niet actueel en daardoor makkelijker bespreekbaar zonder weerstanden op te roepen. Betekenis en consequenties van kinderen voor de eventuele ouders en voor het toekomstige kind, kunnen daarbij uitvoerig aan bod komen. Dit kan geboden worden door ouders, leerkrachten, groepsbegeleiding bij cliënten in 24-uursvoorzieningen. Zo nodig kan hierbij de ondersteuning ingeroepen worden van externe deskundigen (MEE, AVG-poli).
- In de fase waarin daadwerkelijk sprake is van een kinderwens moeten de volgende aspecten met de cliënt zelf onderzocht worden:
 - Exploreren van de kinderwens zelf (waarom, welke verwachtingen)
 - Exploreren van de betekenis van kinderen op het eigen leven
 - Exploreren van de behoeften van kinderen en verplichtingen die dat voor de aanstaande ouder meebrengt
 - Exploreren van de hulpbehoefte en de steun in eigen kringHiervoor is de laatste jaren voorlichtingsmateriaal ontwikkeld ⁽³⁻⁴⁾.

De begeleiding moet erop gericht zijn om samen met de cliënt tot een verantwoorde keuze te komen, passend bij het eigen vermogen, de belastbaarheid en de wensen.

In dit traject van exploratie en begeleiding is vaak behoefte aan externe deskundigheid, waarbij bij voorkeur multidisciplinair gekeken wordt naar de wensen van de cliënt, de tot dan toe geboden ondersteuning, de wilsbekwaamheid, de ingeschatte ouderschapscompetentie, de ondersteuning bij gezinsvorming en de besluitvormingsprocedure. De wettelijk vertegenwoordiger, indien van toepassing, wordt hierbij betrokken. Wanneer voldoende mogelijkheden worden gezien om (met hulp) tot goed genoeg ouderschap te kunnen komen, zal met de cliënt besproken moeten worden welke vaardigheidstrainingen zouden kunnen bijdragen, welke hulp nodig zal zijn en hoe het toezicht op het welbevinden van de baby georganiseerd zal worden. Cliënt wordt geïnformeerd waar zij ondersteuning kan krijgen indien zij zwanger wordt. Er wordt een contact met de AVG of huisarts aangeboden om cliënt te helpen bij eventuele anticonceptievragen. Indien de inschatting naar aanleiding van deze contacten negatief is ten aanzien van de te verwachten ouderschapscompetentie, dan zal dit aan cliënt en eventuele wettelijk vertegenwoordiger helder gecommuniceerd moeten worden in voor cliënt duidelijke begrippen. Indien vooraf al duidelijk is dat zwangerschap gevolgd zal worden door een Veilig Thuis melding, gericht op toezicht, gedwongen hulpverlening of uithuisplaatsing, zal dit aan

de cliënt en wettelijk vertegenwoordiger moeten worden verteld. Als de zorg voor het kind in hoge mate afhankelijk zal zijn van het netwerk (bijvoorbeeld grootouders), dan zal dat ook met hen besproken moeten worden. Een goed voorbeeld is de Babyroute in Brabant ⁽⁵⁾. Gezien de behoefte aan affectie en hechting is het voor het kind nodig dat er een lange termijn plan en visie wordt geformuleerd op het te voeren beleid indien cliënte toch zwanger wordt. Het laatste woord zal hierin bij de kinderrechter liggen wanneer de benodigde maatregelen niet vrijwillig kunnen worden gerealiseerd.

- Bij zwangerschap of na de geboorte van het kind.
In de situatie dat er sprake is van een zwangerschap bij een ouder met een verstandelijke beperking moeten de volgende vragen onderzocht worden:
 - Wat zijn de opvoedingskwaliteiten van beide (aanstaande) ouders: sterke en zwakke punten
 - Hoe is het risicoprofiel voor kind (zie bijlage B)?
 - Wie krijgt het gezag, wie doet de zorg en wie is verantwoordelijk?
 - Welke steun en hulpverlening is er voor het gezin, accepteren ouders deze hulp, welke doelen heeft deze hulpverlening?
 - Wie houdt er toezicht op de veiligheid en ontwikkeling van het kind?

Bij een positieve beoordeling door de betrokken hulpverleners/artsen moet er geïnvesteerd worden in een ondersteuning door begeleiders met wie een vertrouwensband kan worden opgebouwd en moeten de randvoorwaarden duidelijk met de ouders besproken worden. Benodigde gespecialiseerde hulpverlening en toezicht moeten concreetiseerd worden.

Op het gebied van ondersteuning aan ouders met een verstandelijke beperking is de laatste jaren veel onderzocht en ontwikkeld ⁽⁶⁻¹⁰⁾. Indien een ouder- kind opname wenselijk is, zal tijdig de benodigde indicatie moeten worden aangevraagd en de aanmeldingsprocedure moet worden gestart. Dit verloopt via MEE. Ook de financiering van hulp voor het kind behoeft aandacht ⁽¹¹⁾. Bij een hoog risicoprofiel kunnen de afspraken en voorwaarden hiervoor vrij strak zijn, met een Veilig Thuis melding als veiligheidsmiddel en stok achter de deur.

Bij een ongunstige beoordeling volgt een tijdige uitleg aan de aanstaande ouders over melding bij Veilig Thuis / Raad voor de Kinderbescherming, gericht op een onder toezichtstelling en/of uithuisplaatsing. Dit moet zorgvuldig gebeuren, in overleg met alle betrokken partijen, om schade voor cliënten te beperken en om een coöperatieve houding ten aanzien van de verloskundige zorg en de uithuisplaatsing door Jeugdzorg te behouden. Na een besluit tot uithuisplaatsing is het nodig om de wenselijkheid en mogelijkheden tot contact tussen biologische ouders en kind, te onderzoeken en indien van toepassing de invulling van ouderschap op afstand, vorm te geven. Nazorg is belangrijk na een dergelijk dramatisch life-event. Ook is aandacht voor anticonceptie op dit moment belangrijk.

Voor de beoordeling, ondersteuning en begeleiding die in deze verschillende fases geboden moet worden, kan men bij verschillende (externe) deskundige instanties/ hulpverleners terecht. AVG-poli, ambulante begeleiding, MEE en gemeentelijk zorgloket en/of jeugdteams spelen hierin een belangrijke rol. De verdeling van de taken

zal zich nog verder moeten uitkristalliseren. Gewezen wordt hier op de verschillende websites zoals vermeld onder de literatuurlijst.

Aanbeveling 10

De ondersteuning aan (wens-)ouders met een verstandelijke beperking behoeft de inzet van gespecialiseerde hulpverleners.

Aanbeveling 11

Om de kwaliteit en doelmatigheid te verhogen zal er nog veel onderzoek moeten worden gedaan.

Aanbeveling 12

De regionale beschikbaarheid van passende ondersteuning, inclusief moeder-kind voorzieningen, is een voorwaarde die volgt uit het burgerschapsparadigma, waarbij alle burgers kansen moeten krijgen tot gezinsvorming.

Literatuur:

- (1) Joha, D., Gerards, G., Nas, M., van Gendt, J., Kersten, M. Ondersteuning van ouders met een verstandelijke beperking; Den Haag: Lemma; 2006
- (2) Kuipéri, E.A., Frederiks, B., en Widdershoven, G. Begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking tijdens kinderwens en zwangerschap: de ervaring van hulpverleners. NTZ 1-2012
- (3) www.asvz.nl/kinderwensenouderschap/kinderwenskoffer
- (4) www.babybedenktijd.nl
- (5) Babyroute, een samenwerkingsovereenkomst met 'zwangere vrouwen/partners met een (lichte) verstandelijke beperking en, hun toekomstige kind en hun (professioneel netwerk', regio's Tilburg en Waalwijk, december 2012
- (6) Foolen, N., Zoon, M. Wat werkt bij licht verstandelijk beperkte ouders? Nederlands Jeugd Instituut, sept. 2014
- (7) Verdonk, I. Ze zeggen dat we het niet kunnen; Kinderwens en ouderschap van mensen met een lichte verstandelijke beperking; Assen: van Gorcum; 2011; ISBN 9789023247005
- (8) Meppelder – de Jong, H.M. Formal and informal support for parents with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning: The strength of connections. 2014 Proefschrift VU. Ridderprint BV Ridderkerk
- (9) Hodes M, Meppelder M, Schuengel C, Kef S. Tailoring a video-feedback intervention for sensitive discipline to parents with intellectual disabilities. Attach Hum Dev 2014;16(4):387-401
- (10) www.watwerktvoorouders.nl/waw (het vinden van deskundigen/organisaties op het gebied van zorg voor ouders met een verstandelijke beperking)
- (11) Rapport kinderombudsman: Rapport naar aanleiding van een individuele klacht en verschillende signalen over een hiaat in de mogelijkheden voor hulpverlening aan kinderen met ouders met een verstandelijke beperking; 5 juni 2014, KOM005/20

6. Anticonceptie

Uitgangsvragen:

16. Waarin onderscheidt anticonceptie zorg van mensen met een verstandelijke beperking zich van anticonceptie zorg in de algemene populatie?
17. Welke zorgvuldigheidscriteria zijn hierbij van toepassing?

Seksualiteit, anticonceptie, kinderwens en ouderschap zijn onderwerpen die op tijd besproken moeten worden met jongeren. Wanneer dit pas

gebeurt op het moment dat er sprake is van seksuele contacten, kan het al te laat zijn. De informatie die gegeven wordt heeft tijd nodig om te bezinken en kan nieuwe vragen oproepen. Weerstanden moeten soms door of bij de cliënt overwonnen worden om te kunnen ontdekken wat deze informatie voor hem/haar betekent. Een belangrijke taak is hierbij weggelegd voor ouders of verzorgers, begeleiders en onderwijskrachten, maar ook voor de (huis)arts/ AVG. Zo nodig kan de arts verwijzen naar een instantie, waar ervaring is met de begeleiding van mensen met een verstandelijke beperking en vragen rond anticonceptie en kinderwens. (MEE⁽¹⁾, AVG poliklinieken⁽²⁾).

Het besluitvormingsproces bij de vraag om anticonceptiva bij mensen met een verstandelijke beperking kent de volgende fases voor zowel mannen als vrouwen:

- Kennismaking en vraagverduidelijking
- Beoordeling van de wilsbekwaamheid
- Beoordeling van de wenselijkheid van anticonceptiva
- Beoordeling van de vorm van eventuele anticonceptiva
- Besluitvorming

Kennismaking en vraagverduidelijking

De arts maakt kennis met de cliënt en degene die hem/haar vergezelt. Het is belangrijk dat deze begeleider een vertrouwenspersoon voor de cliënt is. Duidelijk moet zijn of het verzoek tot anticonceptie afkomstig is van de cliënt zelf of van een ander persoon. De arts toetst of de cliënt seksuele opvoeding heeft gehad en kennis van zaken over seksualiteit heeft. Als het verzoek voor anticonceptie niet van de cliënt zelf komt, moet de arts de juridische status vaststellen van de cliënt en van de persoon die het verzoek heeft gedaan. De arts dient tevens na te gaan of de cliënt behoefte heeft aan een begeleider die hem/haar kan bijstaan.

Beoordeling van de wilsbekwaamheid (zie ook hoofdstuk 4)

Ook als de cliënt wilsonbekwaam is, moet de arts zich een oordeel vormen over de mening van de cliënt ten aanzien van het verzoek en de achtergronden ervan. Hierbij dient hij aan te sluiten bij de belevingswereld van de cliënt. Het streven moet zijn om in gezamenlijkheid een besluit te nemen.

Beoordeling van de wenselijkheid van anticonceptie

Er zijn zes redenen mogelijk voor anticonceptie:

1. De cliënt heeft geen kinderwens en wel seksuele verlangens of activiteiten.
2. Er bestaan genetische en teratogene risico's voor het kind.
3. De zwangerschap en bevalling vormen een te groot medisch of psychosociaal risico voor de cliënt.
4. De cliënt heeft een ontoereikende ouderschapscompetentie.
5. De kans om een SOA op te lopen of te verspreiden dient te worden gereduceerd.
6. De kwaliteit van bestaan van de cliënt is gebaat bij beïnvloeding van haar menstruatie.

De laatste twee indicaties zijn strikt genomen geen vraag om anticonceptie, maar zijn wel een reden om stil te staan bij vragen rondom begeleiding van seksualiteit, anticonceptie en kinderwens. Tijdens het besluitvormingsproces dienen de mening en het belang van

de cliënt centraal te staan. Slechts bij uitzondering kan het belang van anderen zwaarder wegen dan het belang van de cliënt, namelijk in het geval van gevaar voor derden.

De arts moet zich tijdens dit proces een eigen oordeel vormen over de wenselijkheid en de vorm van anticonceptie op basis van medische voorgeschiedenis, bijkomende medische problematiek, factoren op het gebied van cognitie en psychosociale omstandigheden.

Beoordeling van de vorm van anticonceptie

Als uitgangspunt bij de beoordeling van de anticonceptiemethode kan de NHG standaard anticonceptie⁽³⁾ gevolgd worden. Hoofdstuk 5 uit het rapport van de gezondheidsraad: anticonceptie voor mensen met een verstandelijke beperking (2002)⁽⁴⁾ gaat specifiek in op de aandachtspunten bij mensen met een verstandelijke beperking. Anticonceptie is een individuele afweging van voor- en nadelen van de verschillende mogelijkheden. Informatie op het juiste niveau, zo nodig met ondersteuning van ouders/ verzorgers/ begeleiders is daarbij een vereiste.

Bij onderzoek in Belgische instellingen door Servais e.a. in 2002⁽⁵⁾ bleek dat er vaker geen anticonceptie werd toegepast dan bij vrouwen buiten de instellingen (60 % versus 68 %) en minder vaak gekozen werd voor orale anticonceptie (18% versus 48%). Daarentegen werd er vaker de prikpil (17,6% versus 2%) voorgeschreven en tot sterilisatie (22% versus 7%) overgegaan. De keuze leek daarbij niet zozeer bepaald door de vrouw als wel door het beleid van de instelling die de vrouw begeleidde.

Bij de keuze tussen middelen als mechanische anticonceptie, hormonale anticonceptie en chirurgische anticonceptie wordt gekeken naar:

- Werking, in relatie tot de reden om tot anticonceptie over te gaan: de preventie van zwangerschap, het voorkomen van SOA of ter regulatie van de menstruatie. Voor de overwegingen bij de regulatie van de menstruatie wordt verwezen naar de NVAVG standaard 'cyclusregulatie bij vrouwen met een verstandelijke beperking' (2013)⁽⁶⁾
- Betrouwbaarheid, toedieningsgemak, therapietrouw in relatie tot de motivatie van de cliënt en diens mogelijk verminderde fysieke, cognitieve of psychosociale capaciteiten. De dagelijkse inname van de orale anticonceptiepil kan een probleem zijn voor een vrouw met een verstandelijke beperking. De keuze voor de prikpil, implanon staafje of het spiraaltje kan dan een oplossing zijn. Een goed gebruik van mechanische anticonceptie in de vorm van condoom en pessarium vergt inzicht, fysieke handigheid, motivatie en discipline. Deze competenties dienen vooraf beoordeeld te worden.
- Medische bijwerkingen, interacties en contra-indicaties
Het is bekend dat vrouwen met een verstandelijke beperking vaker anti-epileptica slikken. Men dient er rekening mee te houden dat bepaalde enzym inducerende anti-epileptica de betrouwbaarheid van orale anticonceptiva doen afnemen. Bekende anti-epileptica die deze interactie hebben zijn: carbamazepine, oxcarbamazepine, fenytoïne, fenobarbital, primidon, topiramaat. De pil met een standaard dosering progestageen, vaginaalring, pilpleister, minipil en mogelijk ook de prikpil en morning after pil zijn daarbij minder betrouwbaar. Twee tabletten van de gecombineerde anticonceptiepil kan daarbij een oplossing zijn. Voor uitgebreide informatie wordt verwezen naar de

richtlijn epilepsie: anti-epileptica en hormonale anticonceptie (2015) ⁽⁷⁾. Anderzijds kan de bloedspiegel van lamotrigine beïnvloed worden door een oraal anticonceptivum. Ononderbroken gebruik van de pil kan een wisselende spiegel van lamotrigine voorkomen.

- Psychosociale last en contra-indicaties

De 3-maandelijke intramusculaire injectie bij de prikpil, de plaatsing van het implanon staafje of het spiraaltje kunnen een belasting voor de vrouw betekenen. De onregelmatige doorbraakbloedingen die daarbij regelmatig voorkomen kunnen de vrouw onzeker en angstig maken. Het optreden van amenorroe kan door de vrouw en/ of omgeving als een bijkomend voordeel ervaren worden. Men moet zich echter realiseren dat het wegblijven van de menstruatie voor een aantal van hen juist een bezwaar is, omdat de menstruatie hen bevestigt in hun vrouw zijn en erbij horen en daarnaast ook een bewijs is van niet zwanger zijn. Het plaatsen van het implanon staafje of spiraaltje lijkt een zekerheid biedende methode voor anticonceptie. Uit gevalsbeschrijvingen blijkt dat men er op bedacht moet zijn dat naast spontane expulsie de vrouw het staafje kan breken of het spiraaltje zelf kan verwijderen. Sterilisatie is gezien het definitieve karakter een ingrijpende beslissing. Indien uitgevoerd zonder de benodigde begeleiding en/ of onder druk van de omgeving kan het afbreuk doen aan het zelfbeeld en gevoel van eigenwaarde van de betrokkene. Ook hierbij geldt dat de ingreep zelf als bedreigend kan worden ervaren. Vanuit het subsidiariteitsbeginsel dient van de methoden die voldoende effectief zijn, de minst belastende te worden gekozen. Vanuit het proportionaliteitsprincipe moet de belasting van de gekozen anticonceptiemethode, gerechtvaardigd worden door het voordeel dat mag worden verwacht.

Besluitvorming

Uitgangspunt bij de besluitvorming is dat er informed consent moet zijn van cliënt zelf of -bij wilsonbekwaamheid- van diens wettelijk vertegenwoordiger. Bij dit proces zijn de volgende situaties mogelijk met de daarbij behorende handelingsopties.

De cliënt is tussen de 12 en 18 jaar en wilsonbekwaam ter zake de besluitvorming rond anticonceptie:

- Voor behandeling is er toestemming vereist van ouders of voogd.
- Verder geldt dan de situatie als 18 jaar en ouder en wilsonbekwaam.

De cliënt is 18 jaar of ouder en wilsonbekwaam ter zake de besluitvorming rond anticonceptie:

- Voor behandeling is altijd toestemming vereist van de vertegenwoordiger

De volgende scenario's ten aanzien van een anticonceptievraag zijn dan mogelijk:

- De arts acht anticonceptie niet wenselijk en de wettelijk vertegenwoordiger wel. De arts zal niet tot behandeling overgaan. Een verwijzing voor second opinion is in dit geval aan te bevelen.
- De arts acht anticonceptie wel wenselijk maar de vertegenwoordiger niet. Het is zorgvuldig, ook als de arts van mening is dat de vertegenwoordiger niet in het belang van de cliënt handelt, een second opinion te vragen. In het uiterste geval kan het verschil in visie aan de

rechter worden voorgelegd.

- Arts en vertegenwoordiger achten anticonceptie wenselijk en cliënt verzet zich niet. De behandeling kan plaatsvinden.
- Arts en vertegenwoordiger achten anticonceptie wenselijk, maar de cliënt verzet zich hiertegen (fysiek of verbaal). Is dit verzet bestendig, dan dient onderzocht te worden of een andere vorm van anticonceptie mogelijk en wellicht wel acceptabel is. Is dat niet het geval, dan zal worden gepoogd de cliënt via een dialoog te overtuigen. Lukt dit niet, dan is drang - en zeker dwang - uitsluitend toegestaan wanneer de anticonceptie nodig is om te voorkomen dat de kwaliteit van bestaan van de cliënt ernstig wordt aangetast (WGBO). Dit kan te maken hebben met medisch zwaarwegende belangen maar ook met psychosociale belangen. Dit laatste kan zich voordoen als de cliënt in zijn maatschappelijk functioneren ernstig te lijden zal hebben van het krijgen van een kind. Dit kan het geval zijn wanneer de cliënt niet goed in staat zal zijn om voldoende zelfstandig de ouderrol te vervullen en wanneer alternatieve opvoedingsmogelijkheden ontbreken. Bij het inschatten van dit eventueel dreigend nadeel is het wenselijk dat de arts overleg zoekt met een collega en een gedragsdeskundige en de bevindingen schriftelijk vastlegt in het zorgdossier.

De cliënt is tussen de 12 en 16 jaar oud en wilsonbekwaam ter zake de besluitvorming rond anticonceptie.

- Naast toestemming van de cliënt is er ook toestemming vereist van ouders of voogd. Als deze laatste toestemming weigeren, mag er toch behandeld worden als dit nodig is om ernstig nadeel voor de cliënt te voorkomen of als de cliënt de behandeling weloverwogen blijft wensen.
- Verder geldt dan de situatie als bij 16 jaar of ouder en wilsonbekwaam.

De cliënt is 16 jaar of ouder en wilsonbekwaam, ter zake de besluitvorming rond anticonceptie waarbij:

- Het oordeel van de arts en de cliënt overeenstemmen. De relevante informatie is gegeven, de cliënt heeft deze begrepen en zijn/haar oordeel is in vrijheid tot stand gekomen. Na de eventuele bedenktijd voor de cliënt kan de methode geëffectueerd worden.
- De arts anticonceptie niet wenselijk acht en de cliënt wél. De arts zal niet tot behandeling overgaan. Een verwijzing voor second opinion is in dit geval aan te bevelen.
- De arts oordeelt dat anticonceptie of wenselijk is en de cliënt niet. Het is alleen toegestaan om de cliënt te overtuigen via een dialoog. Drang of dwang is niet toegestaan.

Op dit moment zijn er geen juridische mogelijkheden om anticonceptie onder dwang toe te passen bij een wilsonbekwaam persoon. Ten aanzien van sterilisatie bij mensen met een verstandelijke beperking beneden de 18 jaar wordt men geacht zeer terughoudend te zijn. Dit gezien de vaak traag verlopende ontwikkeling en het mogelijke ontwikkelingspotentieel t.a.v. wilsonbekwaamheid en ouderschaps competentie.

- Het is evident dat de cliënt nooit tot verantwoord ouderschap in staat zal zijn.
- Uitstel van sterilisatie tot het achttiende jaar is onverantwoord.
- Er is instemming van een multidisciplinair team waarvan tenminste een AVG en gedragsdeskundige deel uitmaken.

Ook sterilisatie bij mensen met een verstandelijke beperking boven de 18 jaar is als zeer ingrijpend te beschouwen. Het moet worden gezien als uiterste middel, alleen toe te passen als andere vormen van anticonceptie onvoldoende effectief of niet toepasbaar zijn of als een wilsbekwame cliënt hier weloverwogen voor kiest.

Conclusie

De zorg voor anticonceptie voor mensen met een verstandelijke beperking, wordt naast de overeenkomsten met die van de algemene populatie gekenmerkt door meerdere belanghebbenden of zorgvragers dan alleen de patiënt zelf, een mogelijke informatie achterstand, beperkingen bij het uiten van de hulpvraag, mogelijke wilsonbepaaldheid, gebruiksgemak en therapietrouw, interacties met eventuele medicatie en beslissingsbevoegdheid. Een zorgvuldige dossievoering en besluitvormingsprocedure is van belang (zie aanbeveling 6). Bij ontbreken van consensus kan een second opinion nuttig zijn.

In verband met nog mogelijke ontwikkeling en recht op autonome besluitvorming is terughoudendheid bij sterilisatie voor het 18e jaar aanbevolen.

Gedwongen anticonceptie is ongewenst en niet toegestaan, met uitzondering van situaties waarbij een wilsonbepaalde cliënt ernstig schade kan oplopen door niet te behandelen.

Aanbeveling 13

Wanneer een jongere met een verstandelijke beperking bij een arts komt met vragen over anticonceptie kan dat gelegenheid bieden om een eventuele kinderwens ter sprake te brengen. De mogelijkheden en problemen die zich daarbij voordoen kunnen geëxploreerd worden en zo nodig kan op tijd verwezen worden voor informatieverstrekking, ondersteuning en begeleiding.

- AWBZ: algemene wet bijzondere ziektekosten; per 1-1-2015 zijn de AWBZ taken ondergebracht in bestaande en nieuwe wetten (waaronder de Wet Langdurige Zorg, de Wet maatschappelijke Ondersteuning)
- BJZ: bureau jeugdzorg
- HA: huisarts
- Informed consent: het recht op informatie en het toestemmingsvereiste vooraleer een behandeling mag worden gestart
- LFB: belangenvereniging door en voor mensen met een verstandelijke beperking
- MD: multidisciplinair overleg
- MEE: het begeleidings- en adviesorgaan voor mensen met een verstandelijke beperking
- Raad van de Kinderbescherming: onderzoekt en adviseert in/bij gezinssituaties waarbij er sprake is van contact van gezinsleden met het strafrecht of op verzoek van jeugdzorg
- OTS: onder toezicht stelling
- SOA: seksueel overdraagbare aandoening
- Sociaal emotionele ontwikkeling: ontwikkelen van een eigen persoonlijkheid, wat overeenkomt met verwachtingen en gedragingen uit de sociale omgeving
- VT Veilig Thuis, regionaal meldpunt voor kindermishandeling en huiselijk geweld
- WGBO: wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
- WMO: wet maatschappelijke ondersteuning

Literatuur:

- (1) MEE: www.mee.nl
- (2) AVG poliklinieken: www.NVAVG.nl> een AVG poli bij u in de buurt
<http://nvavg.nl/zoek-een-polikliniek-op-de-kaart/>
- (3) NHG standaard anticonceptie:
<https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-anticonceptie>
- (4) Anticonceptie voor mensen met een verstandelijke handicap, publicatienr 2002/14; Gezondheidsraad : <http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/0214nnw3.pdf>
- (5) Servais, L, Jacques, D, Leach, R., Conod, L., Hoyois, B., Dan, B., & Rousseaux J.P. (2002). Contraception of women with intellectual disability: prevalence and determinants. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(2), 108-119
- (6) NVAVG standaard cyclusregulatie bij vrouwen met een verstandelijke beperking (2013) <http://nvavg.nl/wp-content/uploads/2014/upload/standaarden/2013---standaard-cyclusregulatie.pdf>
- (7) richtlijn epilepsie> Zwangerschap en hormonen> anti-epileptica en hormonale anticonceptie (2015). <http://epilepsie.neurologie.nl/cmsite/index.php?pageid=292>

Begrippen en definities

- AAMR: American Association on mental retardation
- AMK: advies en meldpunt kindermishandeling; per 1-1-2015 opgegaan in de organisatie 'VEILIG THUIS'
- AVG: arts verstandelijk gehandicapten

9. Bijlagen

Bijlage A: Ethische argumenten voor/tegen gedwongen anticonceptie.

	Argumenten voor gedwongen anticonceptie	Argumenten tegen gedwongen anticonceptie
Kind perspectief	Bescherming tegen slechte opvoedingssituatie.	Niet te beoordelen of niet leven beter is dan de slechte opvoedingssituatie. Kind kan geholpen of beschermd worden, bijv door uithuisplaatsing. Leven in pleeg – of adoptiegezin is mogelijk beperkt trauma.
Ouder perspectief	Bescherming tegen trauma van falen en verlies van kind. Bescherming tegen dysfunctioneren door overvraging/overbelasting. Meer seksuele vrijheid.	Beperking van de zelfbeschikking. Frustratie over onvervulde wensen of doelen. Discriminatie tov andere falende ouders. Onthouden van levensgeluk door kinderen. Schending van integriteit van het lichaam. Schending van het recht op gezinsleven. Beoordeling op een risico niet op een feit.
Derden (fam)	Geen zorgen over toekomstig kleinkind. Minder zorgen over overvraagd kind als falende ouder. Minder zorgen over mantelzorg taken voor henzelf. Gemakkelijker meewerken aan zelfstandig worden van zoon/dochter.	Vrees voor discriminatie of stigmatisering verstandelijk gehandicapten. Vrees voor ondermijning van de rechten.
Maatschappij	Preventie van falend ouderschap en kindermishandeling. Veel goedkoper dan langdurige hulpverlening.	Risico op discriminatie of stigmatisering bij categoriale inzet. Schending van internationale verdragen. Reputatie schending (eugenetica-associaties)

Bijlage B: Risicolijst ouders met een verstandelijke beperking.

	Risicofactor	Beschermende factor
Ouderfactoren	Belaste jeugdervaring ouders, laag zelfbeeld	Stabiele jeugdervaringen
	Psychiatrische diagnose, verslaving	Gezonde ouder
	IQ < 60, of disharmonisch profiel met lage sociaal- emotionele ontwikkeling	Normale begaafdheid
	Eerdere mishandeling /verwaarlozing van een kind	Ouder heeft eerder kind goed opgevoed
	Negatieve houding t.o.v. hulpverlening	Acceptatie handicap en bereidheid hulp te aanvaarden
	Eenoudergezin, relatie problemen	Stabiele relatie
	Beide ouders verstandelijk beperkt	Partner normaal begaafd
Kindfactoren	Handicap of ziekte	Gezond kind
	Temperamentvol	Rustig, makkelijk kind
	> 2 kinderen	1 of 2 kinderen
Opvoeding	Negatieve opvattingen tov het kind	Affectieve betrokkenheid
	Autoritaire opvoedingsstijl	Opvoedingscompetentie
	Niet kunnen inleven, handelen vanuit eigen behoeften, overvragen	Kindsbelang kunnen onderkennen en daar naar kunnen handelen
	Geen reflexie, niet leerbaar, weinig vermogen tot generaliseren	Reflexie en leerbaarheid tav opvoedingstaken, vermogen tot generaliseren
Sociaal	Sociaal isolement, gezin gepest in de buurt	Sociale geborgenheid, bescherming
	Ondermijnd netwerk	Steunend netwerk, met taakverdeling/verlichting
	Hulpverlening zonder aansluiting, die overvraagt of te veel is versnipperd	Adequate hulpverlening, beschikbaar, goede klik, respectvol
	Omgeving/instanties met vooroordelen en overvraging	Omgeving toont waardering
	Bezuiniging op hulpverlening	Voldoende hulp en voorzieningen
	Stress factoren aanwezig (conflicten, problemen met instanties, angst voor uithuisplaatsing, overvraging door hulpverl en instanties)	Geen extreme stress
	Financiële problemen	Geregeld inkomen
	werkloosheid	Werk/dagbesteding
Huiselijk geweld	Veilige woonomgeving	

Bijlage C: Beoordeling wilsbekwaamheid.

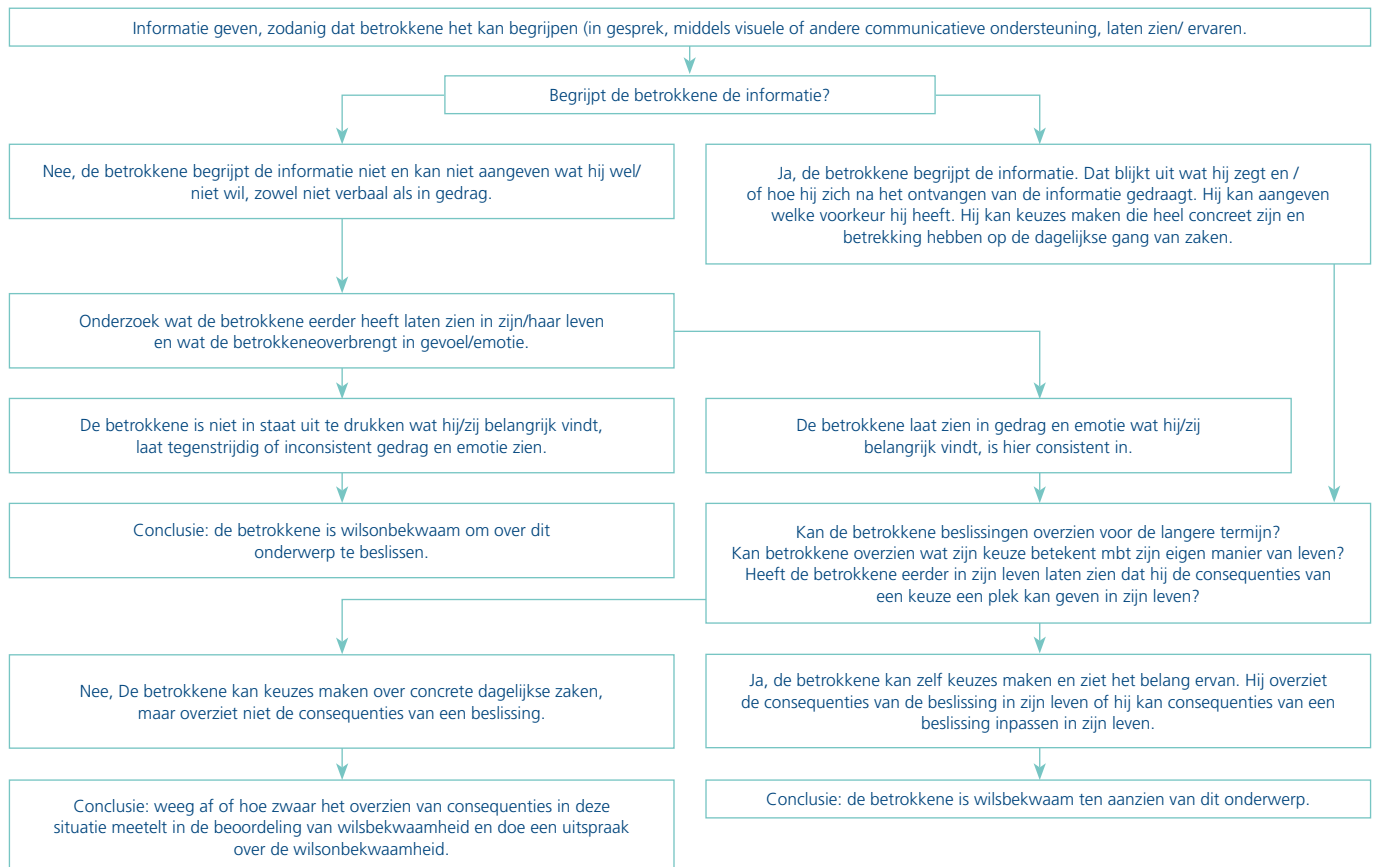
Vragen die gesteld kunnen worden bij het beoordelen van wilsbekwaamheid t.a.v. het starten/wijzigen of stoppen van anticonceptie.

1. Het vermogen om een keuze te kunnen maken:
 - Heeft de cliënt voorlichting gehad inzake seksualiteit en anticonceptie?
 - Weet de cliënt welke mogelijkheden/alternatieven op het gebied van anticonceptie zich voordoen?
 - Weet de cliënt wat de gevolgen zijn van het niet gebruiken van anticonceptie?
 - Ervaart de cliënt de situatie als een keuze?
 - Wie helpt de cliënt bij het maken van deze keuze?
2. Het vermogen om informatie te begrijpen en verwerken:
 - Wil de cliënt nog verder geïnformeerd worden over anticonceptie?
 - aan de cliënt de voor- en nadelen van de alternatieven benoemen?
3. Het rationeel afwegen van de gegevens:
 - Wat is de belangrijkste reden voor de gemaakte keuze?
 - Welke andere argumenten kan de cliënt benoemen?
4. Het kunnen inschatten van aard en reikwijdte van de situatie:
 - Welke gevolgen van de keuze kan de cliënt benoemen.

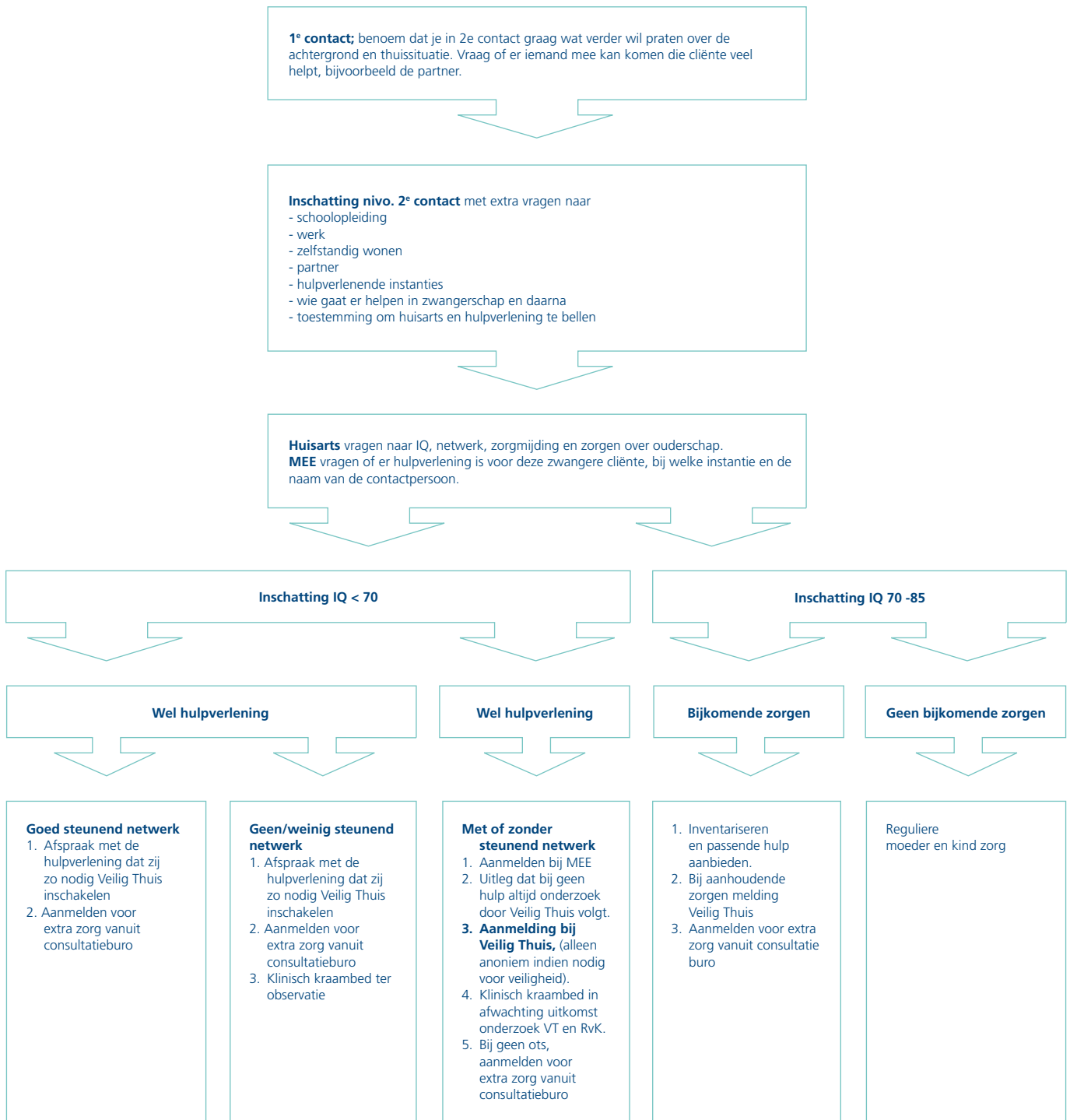
Vragen die gesteld kunnen worden bij het beoordelen van wilsbekwaamheid t.a.v. kinderwens.

1. Het vermogen om een keuze te kunnen maken:
 - Heeft de cliënt voorlichting gehad/kennis over seksualiteit, relatievorming, gezinsplanning, veranderingen die kinderen in het leven van de cliënt zullen veroorzaken en de bijbehorende verantwoordelijkheden?
 - Met wie heeft de cliënt deze uitgebreide informatie besproken?
 - Ervaart de cliënt de huidige situatie als een keuze?
 - Welke alternatieven kent de cliënt (anticonceptie/ uitstel/ zwangerschapsafbreking/hulp bij opvoeding/afstand doen)?
2. Het vermogen om informatie te begrijpen en verwerken:
 - Wil de cliënt hierover meer informatie om zich op de keus voor of tegen ouderschap te kunnen oriënteren?
 - Kan de cliënt voor- en nadelen benoemen van de alternatieven?
3. Het rationeel afwegen van de gegevens:
 - Wat is het belangrijkste argument voor de cliënt voor de te maken keuze?
 - Welke andere argumenten kan de cliënt benoemen?
4. Het kunnen inschatten van aard en reikwijdte van de situatie:
 - Hoe verandert haar/zijn leven door zwangerschap en kinderen?
 - Hoe zal haar/zijn omgeving reageren?
 - Verwacht zij/hij hulp bij de zorg voor een kind?
 - Verwacht hij/zij in staat te zijn voor een kind te zorgen en de verantwoording te kunnen dragen?

Bijlage D: Beslisboom wilsbekwaamheid beoordelen



Bijlage E: Stroomschema zwangeren met een verstandelijke beperking.



Bijlage F. Enquête.

De schriftelijke enquête werd bij de aanvang van de herziening uitgezet door deze commissie om de standpunten in het veld rond dit thema te polsen. Voor de enquête werden 67 collegae benaderd met ervaring of affiniteit met het onderwerp. De AVG's, huisartsen, gynaecologen en urologen werden via de betreffende beroepsverenigingen benaderd, de gedragsdeskundigen werden via netwerken binnen de zorginstellingen bereikt. De enquête werd door 45 deelnemers ingevuld (totale respons 67%; 9 huisartsen, 9 AVG's, 9 gynaecologen, 6 urologen, 12 gedragsdeskundigen).

De standaard Anticonceptie en kinderwens bij mensen met een verstandelijke beperking van 2005 en de samenvattingskaart bleken alleen bij AVG's goed bekend.

Wilsbekwaamheid

67% van de geïnterviewde heeft te maken met casuïstiek waarbij wilsbekwaamheid een rol speelt. 82% vindt oordeelsvorming over wilsbekwaamheid altijd nodig.

De geïnterviewde AVG's voelen zich veelal bekwaam te oordelen over wilsbekwaamheid. Huisartsen en gynaecologen in mindere mate en urologen meestal niet. Opvallend is dat veel artsen rekenen op gedragsdeskundigen, terwijl die zichzelf meestal niet bekwaam achten. Gedragsdeskundigen nemen een wat andere positie in. Voor hen lijkt de vraag naar de wilsbekwaamheid minder voorop te staan dan de vraag naar verheldering van de kinderwens. Zij geven aan eerder te oordelen over opvoedingscapaciteiten dan over wilsbekwaamheid. De vraag naar wilsbekwaamheid wordt bij hen bij voorkeur multidisciplinair beantwoord samen met een AVG.

AVG's willen de beoordeling van de wilsbekwaamheid bij voorkeur multidisciplinair toetsen, met een gedragsdeskundige of met een collega. Ook betrekken zij soms familie en begeleiding. Als instrumentarium wordt door AVG's genoemd: dossieronderzoek, gesprek met cliënt, levensverhaal, standaard, richtlijn uit eigen instelling.

Ouderschapscompetentie *Met de stelling: Licht verstandelijk gehandicapte mensen (ontwikkelingsniveau tot 11 jaar, IQ 50-70) zijn in het algemeen niet in staat tot het opvoeden van een kind* bleken de meeste artsen en de helft van de gedragsdeskundigen het eens te zijn. Veel gemaakte opmerkingen hierbij waren 'er zijn uitzonderingen', 'IQ is slechts één factor...', 'niet zelfstandig, maar soms wel met ondersteuning', 'IQ niet doorslaggevend want IQ onder de 70 beter begeleidbaar dan IQ 75-80'.

Ruim de helft van de geïnterviewden kent situaties waarbij de betrokken cliënt wel wilsbekwaam en niet in staat tot opvoeden is. Het blijft dus belangrijk dat separaat te toetsen.

Conflict van plichten komt bij alle beroepsgroepen wel voor.

Opmerkingen hierover:

- betrokkene trekt zich niets aan van advies, ontbreken van juridische mogelijkheden (ha)
- belangen cliënt en kind lopen uiteen, moeilijk om goede relatie te behouden,
- cliënt en haar eveneens verstandelijke beperkte moeder vinden dat cliënt het wel kan, md-team vindt dat niet (AVG)

- bij eerste kinderwens blijft het moeilijk te beoordelen (AVG)
- kan iemand die niet voor zichzelf kan zorgen oudercompetent zijn? (AVG)
- ook de aanstaande ouder moet beschermd worden tegen het drama van uithuisplaatsing (gyn)
- de zelfbeschikking over anticonceptie bij een meisje met ontwikkelingsniveau van 7-8 jaar (gyn)
- de combinatie van iemand niet geschikt achten, en de zwangerschap wel blijven begeleiden (gyn)
- ieder paar vindt zichzelf bekwaam (gyn)
- een hersteloperatie bij een paar, waar ik sterke twijfels had over de ouderschapscompetentie maar die door de psychiater wel competent geacht werden (uro)
- soms komen we samen met ouders tot de conclusie dat het niet gaat en schakelen we bij/amk/raad in. Ouders willen dit niet, maar weten dat het belang van het kind voor gaat. (gd)

Ondersteuning, zorgmijden en gedwongen hulpverlening

Bij de vraag of er voldoende ondersteuning is voor verstandelijk beperkte mensen met kinderen of kinderwens, lopen de antwoorden sterk uiteen. Er lijkt duidelijk behoefte aan een helder verwijstraject en inzicht in de mogelijkheden van de lokale zorgaanbieders. De capaciteit van de ouder-kind voorzieningen lijkt te klein. Het is complexe geïndiceerde zorg. De toegankelijkheid is misschien te verbeteren. Ook ontbreekt vaak een indicatie voor hulp aan de kinderen van verstandelijk beperkte ouders.

Zorgmijdend gedrag wordt door een derde van de respondenten genoemd:

- als men voelt dat omgeving een andere mening heeft, is er grote kans op zorgmijding (AVG)
- tot nu toe succes met ontmoediging, geen ongewenste zwangerschappen (AVG)
- in specifieke projecten voor groepen mensen met een lichte verstandelijke beperking kom ik dit wel tegen (AVG)
- Zou ik ook doen als ik in hun schoenen stond (AVG)
- de zorgvragers zijn het meest competent (AVG)
- zij voelen de dreiging haarfijn aan; ze worden opgejaagd (2x gyn)
- Je herkennen door hun beperking de dreiging niet (gyn)
- Komt zeer vaak voor (gd)
- Vooral door manier van benaderen door hulpverleners, eerst connectie, dan correctie (gd)

Gedwongen hulpverlening en uithuisplaatsingen maken alle geïnterviewden behalve de urologen mee. Bij de artsen die dit meemaakten was er vrijwel altijd sprake van OTS en/of uithuisplaatsing. Van de 46 casus (totaal van alle arts respondenten) in de afgelopen 3 jaar in mijn praktijk werd in 43 gevallen gedwongen hulp ingeschakeld. 35 kinderen werden daarbij uit huis geplaatst. Deze cijfers zijn vooral bepaald door de ervaringen van de gynaecologen (63% van de casus) met pasgeborenen die direct postpartum uit huis geplaatst werden.

Twee gedragsdeskundigen werken met veel gezinnen die opvoedingsondersteuning krijgen en laten een ander beeld zien:

1. 75 gezinnen, 63 ambulante begeleiding en 12 intern, met 75% gedwongen hulpverlening (ots)
2. 130 gezinnen, 100 gezinnen ambulantly waarvan 1x uithuisplaatsing, 30 gezinnen intramuraal, met 3x uithuisplaatsing. Op het moment van de enquête waren bij de gedragsdeskundigen nog 47 gezinnen in zorg waarvan 10 met OTS.

Gedwongen anticonceptie

De meerderheid van de respondenten (60%) is voor de mogelijkheid van gedwongen anticonceptie in uitzonderlijke situaties. Hierbij gemaakte opmerkingen:

- met de nadruk op uitzonderlijk
- alleen voor verslaafde moeders
- ja, maar niet alleen voor mensen met een verstandelijke beperking
- ja, na uitvoerige beoordeling
- ja, bij eerdere kindermishandeling door deze ouders
- alleen als een rechter dat beslist
- nee, dat is een brug te ver

Correspondentieadres

Postbus 6096, 7503 GB Enschede
E-mail: secretariaat@nvavg.nl
Tel.: 0878-759338 (parttime bezet)

www.nvavg.nl