

# De grenzen van zelfbeschikking: ethische en juridische dimensies van onvrijwillige abortus en sterilisatie

J.C. ESCHAUZIER, S. TUINIER, F.M.M.A. VAN DER HEIJDEN,  
C. HEESMANS, W.J. SCHUDEL

**SAMENVATTING** Een jonge vrouw die bekend is met schizofrenie werd in psychotische toestand opgenomen. Twee maanden later tijdens de opname werd een zwangerschap vastgesteld. Vanwege haar ziekte was zij niet in staat zich een oordeel te vormen over een eventuele zwangerschapsonderbreking. De behandeling werd gecompliceerd door het chronische karakter van haar psychose, een afwezig steunsysteem en een verstandelijke handicap. Uiteindelijk beviel patiënte van een gezonde baby en werd zij, met toestemming van haar mentor, gesteriliseerd. De ethische en juridische aspecten hiervan worden besproken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)9, 667-671]

**TREFWOORDEN** abortus, schizofrenie, sterilisatie, wilsonbekwaamheid

Van tijd tot tijd wordt, helaas vaak naar aanleiding van tragische incidenten, in de maatschappelijke discussie de vraag gesteld of mensen met een ernstige psychiatrische stoornis en/of een verstandelijke handicap zonder meer kinderen zouden moeten kunnen krijgen. Traditioneel is men huiverig voor een al te paternalistische houding en bestaat de mening dat mensen zoveel mogelijk het recht moet worden gegund dergelijke belangrijke beslissingen zelf te nemen. In de praktijk is deze norm niet altijd haalbaar (Kaasenbrood 2005).

Aan de hand van een gevalsbeschrijving wordt in dit artikel stilgestaan bij de ethische en juridische dimensies van dergelijke complexe vraagstukken.

## GEVALSBESCHRIJVING

Patiënte werd in 2004 op 27-jarige leeftijd in psychotische toestand opgenomen. Zij was bekend

van eerdere opnames en gediagnosticeerd met schizofrenie van het paranoïde type, cannabisgebruik en een verstandelijke handicap.

Ze had twee kinderen. Haar eerste kind kreeg zij in 1997 op twintigjarige leeftijd. Kort daarna volgde een eerste psychiatrische opname waarbij onder meer aan een aanpassingsstoornis en een psychotische stoornis gedacht werd.

In 1999 beviel zij van een tweede dochter. Tussen 1999 en 2004 was patiënte grotendeels opgenomen, telkens vanwege psychotische episoden. De diagnose schizofrenie van het paranoïde type werd gesteld en daarnaast werd een verstandelijke handicap vastgesteld (Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) en Raven: IQ 52. Opvallend zijn analfabetisme, traag werktempo en zeer beperkt ruimtelijk inzicht en logisch denkvermogen).

In deze periode bleek uit een aantal ernstige incidenten dat zij niet in staat was voor haar kinderen te zorgen. Dit leidde ertoe dat zij uit de ou-

derlijke macht werd ontzet. Zij beschikte niet over een vaste woon- of verblijfplaats. Behalve haar kinderen had zij geen familie in Nederland. Familie in Engeland had het contact met patiënte verbroken.

Bij het psychiatrisch onderzoek werd een kleine, tengere, angstig ogende vrouw gezien. Het bewustzijn was helder, het denken incoherent. Er waren religieuze en paranoïde wanen. De stemming was dysfoor en er was sprake van hallucinatoir gedrag. Ziektebesef en ziekte-inzicht waren afwezig. Algemeen lichamelijk en laboratoriumonderzoek lieten geen bijzonderheden zien en een zwangerschapstest was negatief.

Vanwege het moeizame beloop waarbij agitatie, agressie en seksuele ontremdheid op de voorgrond stonden, werd patiënte aanvankelijk in de separeerruimte verpleegd. Medicamenteus bestond de behandeling uit een depotantipsychoticum in combinatie met een anxiolyticum. Omdat het toestandbeeld na een maand nog nauwelijks verbeterd was en zij naast de diagnose van schizofrenie ten tijde van de opname ook aan de criteria van een schizo-affectieve stoornis van het bipolaire type voldeed, werd een stemmingsstabilisator toegevoegd. Vanaf dat moment begon het klinische beeld langzaam te verbeteren. Haar lichamelijke conditie was redelijk en amenorroe werd toegeschreven aan haar matige voedingstoestand en de antipsychotische medicatie.

Ruim anderhalve maand na het begin van de opname was het beeld zodanig verbeterd dat patiënte bij momenten zonder begeleiding de afdeling kon verlaten. De nog steeds bestaande seksuele ontremdheid maakte dat anticonceptie aangegeven was. Voor alle zekerheid werd opnieuw een zwangerschapstest gedaan die deze keer positief was. Echografisch onderzoek bevestigde de zwangerschap en wees uit dat de conceptie in de week voorafgaand aan de opname had plaatsgevonden. Vanaf dat moment namen de psychotische belevingen, vermoedelijk ten gevolge van een medicatiewijziging, weer toe.

Een tweede complicerende factor was dat patiënte de zwangerschap steeds ontkende. Het toe-

nemen van haar buikomvang weet ze aan de medicatie. Regelmatig uitgevoerde gynaecologische controles lieten geen bijzonderheden zien. In mei 2005 beviel zij (vanwege een stuitligging via een sectio) van een gezonde baby. Tijdens deze bevalling werd een sterilisatie uitgevoerd. Direct na de bevalling werd het kind in een voorlopig pleeggezin geplaatst. Een nieuwe medicamenteuze aanpassing zorgde voor een verbetering van het toestandbeeld. Na verloop van tijd kon zij worden overgeplaatst naar een afdeling voor vervolgbehandeling.

#### BESPREKING

In de volgende bespreking wordt stilgestaan bij de ethische en juridische aspecten van abortus en sterilisatie in geval van wilsonbekwaamheid. Hierbij is gebruikgemaakt van het stappenplan voor ethische reflectie en discussie zoals beschreven door Bolt e.a. (2003).

Van belang hierbij is om te realiseren dat wilsonbekwaamheid op zichzelf een normatief oordeel is. Wilsonbekwame patiënten worden in de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) gedefinieerd als patiënten die bij belangrijke beslissingen niet in staat kunnen worden geacht tot een redelijke waardering van hun belangen. Dit is een contextafhankelijk begrip, waarbij er hogere eisen aan het begripsvermogen worden gesteld naarmate de situatie complexer is en de consequenties van de beslissing meer ingrijpend zijn (Brock & Buchanon 1990). Ook kan er in de tijd fluctuatie optreden. Concreet betekent dit dat de wilsonbekwaamheid voor elke situatie opnieuw moet worden vastgesteld (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst 2004).

*Ethische en juridische overwegingen ten aanzien van abortus* In deze gevalsbeschrijving werd twee maanden na de conceptie een zwangerschap vastgesteld. Na deze vaststelling is de mogelijkheid van een abortus overwogen. Hierbij was van belang dat patiënte met teratogene medicatie

behandeld was in een cruciale fase van de zwangerschap (Perucca 2005), overigens zonder dat er aantoonbare afwijkingen aan de foetus waren vastgesteld. Rond dit thema was met patiënte geen gesprek mogelijk, omdat zij de zwangerschap vanaf het begin ontkende en vanwege haar verstandelijke handicap.

Gezien de ervaringen met de eerdere kinderen bestond er een grote kans dat zij niet in staat zou zijn haar kind zelfstandig op te voeden. Het kind zou dan in een pleeggezin moeten worden grootgebracht. Dit betekende ook dat patiënte opnieuw het verdriet van een kind dat wordt afgenomen, zou moeten doormaken. Wat de impact van de toestand van patiënte tijdens en na de zwangerschap op het toekomstige leven van het kind zou zijn, was onduidelijk. De onmogelijkheid om deze vraag goed te beantwoorden impliceert onzes inziens een grote terughoudendheid ten aanzien van ingrijpen in het natuurlijke beloop door een beginnend leven te beëindigen.

Hierover geraadpleegde juridische experts (de Inspecteur voor de Gezondheidszorg regio Limburg en een jurist van de Nederlandse Vereniging voor Gehandicaptenzorg) gaven aan dat abortus alleen kan geschieden op basis van vrijwilligheid bij een wilsbekwame vrouw. De zwangere vrouw dient zelf het voornemen van een abortus kenbaar te maken en daarbij een wettelijke bedenktijd van vijf dagen in acht te nemen (Wet afbreking zwangerschap 1999). De enige reden om hiervan af te wijken zou een acuut dreigend gevaar voor de moeder zijn. Omdat aan deze voorwaarden niet werd voldaan was een abortus ook juridisch niet mogelijk.

*Ethische en juridische overwegingen ten aanzien van sterilisatie* Toen de partus in zicht kwam is de wenselijkheid van sterilisatie overwogen.

Het niet in staat zijn om voor het krijgen van kinderen te kiezen en het ontbreken van de vaardigheden deze op te voeden, worden in de Amerikaanse literatuur genoemd als voorwaarden voor onvrijwillige sterilisatie (Diekema 2003). Er wordt ook op gewezen dat men wilsonbekwame mensen

de voordelen van sterilisatie niet mag onthouden. Er valt dan te denken aan bescherming tegen de risico's van de zwangerschap en de lasten van het ouderschap (Reilly 1987).

De morele vraag was of sterilisatie zonder de expliciete toestemming van de betrokkene mogelijk is. Dezelfde argumenten die relevant waren in de ethische vraagstelling rond de wenselijkheid van abortus spelen hier ook een rol. Anders is dat er geen beginnend leven hoeft te worden beëindigd, maar dat wordt voorkomen dat er in de toekomst nog sprake van beginnend leven in een dergelijke context kan zijn.

Het beloop in de jaren voor deze laatste opname maakte duidelijk dat de kans op een herstel naar een zelfstandig leven van patiënte als nihil moest worden geschat. Omdat dit onzes inziens impliceerde dat zij ook niet voor een klein kind zou kunnen zorgen, leek het moreel verantwoord te overwegen of iemand in een dergelijke situatie beter niet nog meer kinderen zou kunnen krijgen. Vermeld dient te worden dat andere vormen van anticonceptie niet haalbaar waren gebleken.

Ten aanzien van de beslissing over sterilisatie werd patiënte wilsonbekwaam geacht. Deze normatieve vaststelling van haar wilsonbekwaamheid omtrent sterilisatie is gedaan in een multidisciplinair overleg waarbij haar behandelend psychiater, de afdelingsarts, de gynaecoloog en de psychiater van de PAAZ waar patiënte in de periode van de sectio verbleef, waren betrokken. Ten slotte werd deze inschatting bevestigd door de haar toegewezen mentor (Inspectie voor de Gezondheidszorg 1998). Algemeen geldt dat deze door de rechter benoemde persoon beslissingen neemt op het gebied van verzorging, verpleging en behandeling van de aan hem/haar toegewezen patiënt.

De beslissing tot sterilisatie is genomen met inachtneming van het welzijn van de patiënte, de maatschappelijke normen en de richtlijnen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die onder meer zijn gebaseerd op de Wet mentorschap en de WGBO.

Er is zoveel mogelijk geprobeerd begrijpelijke informatie over bevalling en sterilisatie aan pa-

tiënte te verschaffen. Dergelijke gesprekken verliepen erg moeizaam. Na de bevalling heeft zij wel gevraagd of haar 'baarmoeder weggehaald was'. Er is haar uitgelegd dat dit niet zo was, maar dat zij geen kinderen meer zou kunnen krijgen. Enerzijds riep dit verdriet op, anderzijds heeft patiënte hierover gezegd 'dat ze ook niet voor haar twee andere kinderen heeft kunnen zorgen', waarbij zij wellicht bedoelde dat het beter zou zijn in de toekomst geen kinderen meer te krijgen.

## CONCLUSIE

Deze gevalsbeschrijving vormt een illustratie van de complexiteit van de besluitvorming omtrent vruchtbaarheid en zwangerschap bij een wilsonbekwame, langdurig psychotische en verstandelijk gehandicapte vrouw. We zijn ons ervan bewust deze casus zeker niet uitputtend te hebben behandeld. Praktijkvoorbeelden zijn illustratief, omdat er niet alleen gespeculeerd kan worden, maar er ook beslissingen moeten worden genomen.

We hebben willen aantonen dat men bij de besluitvorming rond gevoelige thema's als abortus en sterilisatie enerzijds te maken heeft met een duidelijk juridisch kader, maar dat daarnaast ethische reflectie noodzakelijk is om tot zinvol en moreel verantwoord handelen te komen.

## LITERATUUR

- Bolt, L.L.E., Verweij, M.F., & van Delden, J.J.M. (2003). *Ethiek in praktijk* (4de druk). Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Brock, D.W., & Buchanon, A.E. (1990). *Deciding for others: the ethics of surrogate decision-making*. New York: Cambridge University Press.
- Diekema, D.S. (2003). Involuntary sterilization of persons with mental retardation: an ethical analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 9, 21-26.

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1998). Sterilisatie mensen met een verstandelijke handicap. Herzien advies van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. *IGZ-bulletin*, december 1998.
- Kaasenbrood, A. (2005). Groepen in vergetelheid. *Psychopraxis*, 7, 178-180.
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (2004). Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame patiënt. In Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, *Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2. Informatie en toestemming* (pp. 91-116). Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- Perucca, E. (2005). Birth defects after prenatal exposure to antiepileptic drugs. *Lancet Neurology*, 4, 781-786.
- Reilly, P.R. (1987). Involuntary sterilization in the United States: a surgical solution. *The Quarterly Review of Biology*, 62, 153-170.
- Wet afbreking zwangerschap. (1981). Laatste wijziging 1999, Stb. 30. [www.wetten.overheid.nl](http://www.wetten.overheid.nl).

## AUTEURS

- J.C. ESCHAUZIER is werkzaam als arts in opleiding tot psychiater bij de GGZ Noord- en Midden-Limburg.
- S. TUINIER is werkzaam als psychiater bij de GGZ Noord- en Midden-Limburg.
- F.M.M.A. VAN DER HEIJDEN is werkzaam als psychiater bij de GGZ Noord- en Midden Limburg.
- C.F.J. HEESMANS is werkzaam als jurist bij de GGZ Noord- en Midden-Limburg.
- W.J. SCHUDEL is emeritus hoogleraar klinische en sociale psychiatrie aan de Erasmus Universiteit van Rotterdam.
- Correspondentieadres: J.C. Eschauzier, Stationsweg 46, 5803 AC Venray.
- E-mail: [jeschauzier@ggznm.nl](mailto:jeschauzier@ggznm.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-5-2007.

## SUMMARY

**At the boundaries of self-determination: ethical and juridical dimensions of involuntary abortion and sterilization – J.C. Eschauzier, S. Tuinier, F.M.M.A. van der Heijden, C. Heesmans, W.J. Schudel –**

*A young woman, diagnosed with schizophrenia, was admitted to a psychiatric clinic with an acute relapse of her illness. Two months later, while still at the clinic, she was found to be pregnant. Due to her illness she was not considered competent to decide whether to have an abortion. Treatment was complicated by the chronic nature of her illness, a total lack of family and social support and mild mental retardation. Eventually she gave birth to a healthy baby and then was sterilized with the consent of her guardian. Ethical and juridical aspects are discussed here.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 49(2007)9, 667-671]

**KEY WORDS**    abortion, autonomy, competence, schizophrenia, sterilization