

STANDPUNT
**‘Geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten en
gedoneerde embryo’s en draagmoederschap’**

Houder: NVOG
Datum: juni 2016 + addendum 12 juni 2020; zie pag. 18 (financieel)+ herziening hfdst.11
14 mei 2024
Consensus based: monodisciplinair

Inhoud

Inleiding		3
I	Ethisch perspectief	4
II	Psychologisch perspectief	8
III	Medisch-antropologisch perspectief: omgaan met culturele en religieuze diversiteit	11
IV	Juridisch kader	13
Algemene aanbevelingen en aandachtspunten		18
Hoofdstuk 1	Heteroseksuele wensouders met een verzoek tot behandeling met donorsemen	20
Hoofdstuk 2	Heteroseksuele wensouders met een verzoek tot behandeling met donoreicellen	23
Hoofdstuk 3	Lesbische wensouders met een verzoek tot behandeling met donorsemen	29
Hoofdstuk 4	Lesbische wensouders met een verzoek tot behandeling met donorsemen en gebruik van elkaars eicellen	32
Hoofdstuk 5	Alleengaande wensmoeder met een verzoek tot behandeling met donorsemen	34
Hoofdstuk 6	Alleengaande wensmoeder met een verzoek tot behandeling met donorsemen en donoreicellen	37
Hoofdstuk 7	Wensouders met een verzoek tot het ontvangen van gedoneerde embryo's	39
Hoofdstuk 8	Heteroseksuele wensouders en draagmoederschap	41
Hoofdstuk 9	Homoseksuele mannelijke wensouders en draagmoederschap	47
Hoofdstuk 10	Wensouders met een verzoek tot behandeling met intrafamiliaal gedoneerde gameten	53
Hoofdstuk 11	Transgender wensouders (actualisatie d.d. 14 mei 2024)	58
Hoofdstuk 12	Bekende donor en meerouderschap	66
Werkgroepleden		68
Belangenverklaringen		68
Colofon		68

Inleiding

In toenemende mate wordt door mensen met kinderwens gevraagd om geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten. Het kan hierbij gaan om een heteroseksueel paar dat gebruik maakt van donorsemen of donoreicellen vanwege afwezigheid van bruikbare gameten of vanwege (dragerschap van) een ernstige erfelijke aandoening bij een van de wensouders. Deze vorm van geassisteerde voortplanting is in brede kring geaccepteerd.

Geassisteerde voortplanting bij alleengaanden, homoseksuele paren en transgenders, evenals intrafamiliaire gameetdonatie, draagmoederschap en geassisteerde voortplanting bij mensen die met drie of vier personen een ouderrol willen vervullen in hetzelfde gezin, vindt ook plaats met gedoneerde gameten. In de praktijk zijn artsen vaak terughoudender met het aanbieden van geassisteerde voortplanting in deze situaties. Onbekendheid met de situatie en het ontbreken van evidence over het welbevinden van de betrokkenen zijn mogelijke redenen voor deze terughoudendheid.

Dit standpunt gaat over geassisteerde voortplanting die kan leiden tot ouderschap anders dan tussen een man en een vrouw met genetisch eigen kinderen. Het standpunt gaat uit van het idee dat de betekenis die ouders toekennen aan de verhouding met hun kind niet alleen bepaald wordt door de biologische of genetische band die zij met het kind hebben, maar ook een sociaal construct is. Het gaat er dus om welke betekenis toekomstige ouders toekennen aan de relatie met hun kind - in de Engelstalige literatuur wordt dit 'doing kinship' genoemd - hetgeen ook hun specifieke verzoek om geassisteerde voortplanting vormgeeft.¹

In dit standpunt wordt besproken op welke wijze gynaecologen wensouders kunnen begeleiden die verzoeken om geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten. Als eerste worden de kaders vanuit ethisch, psychologisch, medisch-antropologisch en juridisch perspectief geschetst. Daarna volgen algemene aanbevelingen die voor alle vormen van geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten van toepassing zijn. Tenslotte worden verschillende vormen van geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten besproken.

Bij elke situatie worden de volgende vragen beantwoord: Is er een indicatie voor behandeling? Is geassisteerde voortplanting bij dit verzoek verantwoord? Zo ja, aan welke randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen moet worden voldaan bij behandeling? Deze vragen worden waar van toepassing beantwoord vanuit medisch-technisch, ethisch, psychologisch en juridisch perspectief. De aanbevelingen die door de werkgroep gedaan worden zijn voornamelijk expertise-based omdat evidence veelal ontbreekt.

De werkgroep realiseert zich dat de onderwerpen die aan bod komen voor een deel nieuw zijn en voor een deel mogelijk controversieel. Daarom nodigt de werkgroep zorgprofessionals en andere betrokkenen uit om, bij voorkeur per mail naar de voorzitter, te reageren op dit standpunt zodat het in de nabije toekomst verder uitgewerkt kan worden en steeds aangepast kan worden aan nieuwe ontwikkelingen.

Literatuur

- 1 Carsten J. After kinship. Cambridge: University Press; 2004. p. 167.

I. Ethisch perspectief

Geassisteerde voortplanting wordt veelal toegepast bij heteroseksuele paren, getrouwd of met een stabiele relatie – het kerngezin. Meestal wordt daarbij gebruik gemaakt van eigen gameten of embryo's van het betreffende paar. Echter, steeds vaker worden hulpverleners geconfronteerd met vragen om geassisteerde voortplanting in andere situaties en relaties. Het kan daarbij gaan om het gebruik van donorgameten of -embryo's binnen de traditionele heteroseksuele relatie, maar ook om verzoeken om geassisteerde voortplanting binnen alternatieve gezinsvormen. Het bekendst zijn alleengaande vrouwen met kinderwens (in de praktijk zijn er nauwelijks alleengaande mannen met kinderwens) en lesbische paren – met als mogelijke variant het zogenoemde gedeelde biologisch moederschap ('shared lesbian motherhood'). Nieuwer is de vraag om geassisteerde voortplanting met behulp van een draagmoeder door mannelijke homoseksuele paren en de vraag van transseksuelen om zogenoemde 'fertility preservation' (FP) met het oog op eventuele toekomstige geassisteerde voortplanting.

Dergelijke vragen en toepassingen waren van meet af aan controversieel, zij het dat een aantal vormen al geruime tijd op bredere maatschappelijke en medisch-professionele acceptatie kan rekenen. Deze verzoeken stellen de samenleving en de leden van de beroepsgroep voor normatieve vragen wat de toegang tot en counseling bij geassisteerde voortplanting en FP betreffen. Mogen (of moeten) artsen meewerken aan de vervulling van een dergelijke kinderwens?

Deze vraag is onderwerp van debat, nationaal en internationaal. Recent werd een ethisch standpunt over deze vraag ingenomen door de 'Task force Ethics and Law' van de European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE).¹ Met deze task force acht de werkgroep de volgende algemene principes en uitgangspunten van groot belang: respect voor autonomie, weldoen en niet-schaden, en rechtvaardigheid.

Respect voor autonomie

Het recht op voortplanting werd van oudsher alleen toegekend aan getrouwde heteroseksuele paren. Daarbij werd als vanzelfsprekend aangenomen dat deze paren met hun eigen gameten kinderen verwekken. Voortplanting met behulp van donorgameten werd onacceptabel geacht; er zou sprake zijn van 'koud overspel' en een inbreuk op de huwelijkse trouw. In het verlengde hiervan was geassisteerde voortplanting met behulp van donorgameten tot ver in de 20e eeuw in strijd met de medisch-professionele standaard.

Deze restrictieve interpretatie van het recht op voortplanting is vanuit ethisch oogpunt problematisch. Sedert enkele decennia wordt in brede kring erkend dat mensen het recht hebben om kinderen te verwekken met behulp van donorgameten. Ook de beperking van het recht op voortplanting tot heteroseksuele paren is ethisch gezien problematisch, vooral omdat rechten normaliter worden toegekend aan individuele personen en omdat de beslissing om zich wel of niet voort te planten een belangrijk element is van iemands autonomie. Ook de alleengaande heeft zo gezien recht op voortplanting. Daar komt bij dat, althans in Westerse landen, steeds meer wordt erkend dat homoseksuele personen, niet alleen vrouwen maar ook mannen, reproductieve behoeften en belangen kunnen hebben. Dit heeft geleid tot een toenemende steun voor de opvatting dat homoseksuele personen net zo zeer recht op voortplanting hebben als heteroseksuele personen.² Langzaam lijkt er bovendien steun te ontstaan voor de opvatting dat ook de reproductieve belangen en rechten van transseksuelen erkenning verdienen.

Vanuit het perspectief van mensenrechten ligt de bewijslast bij degenen die het recht op voortplanting aan bepaalde groepen van personen zouden willen onthouden. Hierbij is het verschil tussen negatieve en positieve rechten van belang. Negatieve rechten zijn vrijheidsrechten, die het individu beschermen tegen interventies in en beperkingen van zijn of haar keuzen door derden. Het vrijheidsrecht op voortplanting betekent dat competente en wilsbekwame mensen niet belet mag worden dat zij kinderen krijgen. Een positief recht is een claimrecht, dat wil zeggen een aanspraak door een persoon om hulp van derden te krijgen bij het realiseren van een bepaald doel. In de

context van medisch geassisteerde voortplanting betekent dit: een aanspraak op toegang tot deze hulp.

Het toekennen van het recht op geassisteerde voortplanting aan personen in andere dan traditionele situaties en relaties is internationaal omstreden. Dit geldt bijvoorbeeld voor alleengaanden en lesbische paren, maar vooral voor homoseksuele mannelijke paren en transseksuelen. De bezwaren zijn deels deontologisch, deels consequentialistisch. Deze laatste komen aan de orde bij 'Weldoen en niet-schaden'.

Het deontologische bezwaar luidt dat hulp bij voortplanting in deze situaties en relaties onnatuurlijk is en niet te verenigen met het doel van de geneeskunde. Dit bezwaar is ethisch gezien problematisch. 'Het argument van de natuur' wordt regelmatig gebruikt in medisch-ethische debatten. Het bezwaar dat iets onverantwoord is omdat het onnatuurlijk is, veronderstelt dat de grens tussen natuurlijk en onnatuurlijk helder is, en dat er overtuigende argumenten zijn voor de conclusie dat wat onnatuurlijk is ook onverantwoord is.³ Al vaak is - terecht - betoogd dat dit bezwaar niet overtuigend en niet goed verdedigbaar is. Wat dan te denken van de aanpalende deontologische objectie dat geassisteerde voortplanting in deze situaties op gespannen voet staat met het doel van de geneeskunde? Vaak wordt verdedigd dat artsen alleen behandelingen mogen aanbieden en verrichten als er een medische indicatie is. Dit argument is gelinkt aan opvattingen over de traditionele doelen van de geneeskunde: de preventie van ziekte, het behandelen van de zieke, en palliatieve zorg voor mensen die niet meer genezen kunnen worden. De implicatie hiervan zou zijn dat artsen alleen geassisteerde voortplanting met donorgameten mogen aanbieden in geval van subfertiliteit en bij een reproductief genetisch risico bij de wensouders. Geassisteerde voortplanting in andere situaties of relaties zou daarmee niet geïndiceerd zijn.

Er bestaan echter verschillende opvattingen over de doelen van de geneeskunde. Sommige daarvan zijn smaller, andere juist breder. Het onderhavige bezwaar veronderstelt een smalle, essentialistische opvatting, die suggereert dat er heldere, eenduidige en statische grenzen zijn tussen het medische en het niet-medische domein en tussen medische en niet-medische indicaties. In de praktijk bestaan er echter talloze breed geaccepteerde medische oplossingen voor niet-medische problemen. Dit geldt in het bijzonder voor de reproductieve geneeskunde, bijvoorbeeld als het gaat om anticonceptie en abortus provocatus. Bovendien zijn de concepten 'gezondheid' en 'ziekte' niet zo helder en objectief als critici suggereren. Dit kan worden geïllustreerd aan de hand van voorbeelden ontleend aan geassisteerde voortplanting: in-vitrofertilisatie (IVF) bij een vrouw die het eind van haar reproductieve levensfase nadert, is eerder een behandeling van ongewenste kinderloosheid dan van een biologisch defect of ziekte. Kennelijk wordt in de gezondheidszorg vaak een ruimere, minder restrictieve, definitie gehanteerd: wat ziek en gezond is en wat geïndiceerd is, wordt vaak niet uitsluitend bepaald door medisch-biologische feiten, maar ook door conventies, afspraken en maatschappelijke rechtvaardigingen.⁴ In het domein van de geassisteerde voortplanting gaat het dan vooral om maatschappelijk breed gedeelde aannames over de betekenis en waarde van het kunnen krijgen van kinderen. De vraag is dan waarom het kunnen krijgen van kinderen in andere dan traditionele relaties niet evenzeer een dergelijke waarde kan hebben en kan bijdragen aan reproductieve gezondheid in deze ruimere betekenis.

Het beginsel van respect voor autonomie is niet alleen van belang voor de toegang van wensouders tot geassisteerde voortplanting. Aan de orde is ook respect voor de autonomie van de betrokken donoren en draagmoeders. De betreffende procedure kan slechts verantwoord zijn als zij vrijwillig medewerking verlenen, op basis van adequate informatie over de implicaties.

Tenslotte is ook respect voor de autonomie van het toekomstige kind van belang, in het bijzonder de informatiele zelfbeschikking van kinderen die met donorgameten zijn verwekt. Hebben deze kinderen recht op het kennen van de identiteit van de donor met wiens/wier gameten zij verwekt zijn? Van oudsher was, ook in ons land, anonimiteit van semendonoren het uitgangspunt. In de Wet Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (WDKB) is dit uitgangspunt losgelaten en is erkend dat

kinderen verwekt uit donorgameten desgewenst vanaf de leeftijd van 16 jaar de identiteit van de gameetdonor kunnen achterhalen. Dit betekent een zekere inbreuk op de reproductieve autonomie van de wensouders. Het is echter volgens de Evaluatie WDKB de vraag of, zoals voorstanders van opheffing van de anonimiteit beweren, kennis van de eigen genetische afstamming essentieel is voor de zelfkennis en gezonde identiteitsvorming van kinderen die zijn verwekt met donorgameten.⁵ Een gerelateerde vraag is of ouders hun kinderen die zijn verwekt met donorgameten, moeten inlichten over hun ontstaanswijze, opdat deze kinderen het recht op kennisname van de identiteit van de betreffende donor kunnen effectueren. Openheid heeft in beginsel de voorkeur, ook al om een onverhoedse ontdekking door het kind van de eigen ontstaanswijze, met mogelijke schadelijke gevolgen, te voorkomen. Toch kunnen er even persoonlijke als zwaarwegende redenen zijn voor de ouders om het kind hierover niet in te lichten. In de Evaluatie WDKB wordt geconcludeerd dat ouders, al hebben zij een zogenoemde 'prima facie'-verplichting tot openheid jegens het kind, zelf moeten kunnen afwegen of zij openheid van zaken geven. Dwang is niet alleen in strijd met ouderlijke autonomie, het zou bovendien weleens meer schade kunnen veroorzaken dan voorkomen. Tegen deze achtergrond moeten voorstellen die hier en daar in het buitenland worden gedaan om ouders te dwingen tot openheid, worden afgewezen.

Weldoen en niet-schaden

Een baby is voor de meeste mensen een grote bron van vreugde, ook voor mensen in andere dan traditionele relaties. Volgens sommige critici bestaan er echter consequentialistische bezwaren tegen geassisteerde voortplanting in deze situaties vanwege de te grote risico's voor de betrokken partijen. Vormen deze bezwaren een doorslaggevend argument om af te zien van geassisteerde voortplanting en FP in deze relaties en situaties?

Om te beginnen zijn er mogelijke risico's voor het toekomstige kind. De vraag is uiteraard: wat is bekend over het welzijn van kinderen die opgroeien buiten een standaard-kerngezin? Is er voldoende evidentie voor schade? Zoals zal blijken, is naar sommige gezinsvormen veel meer onderzoek gedaan dan naar andere. Voor een aantal vormen geldt dat de risico's niet aantoonbaar zijn of tenminste erg meevallen.

Maar voor de ethische reflectie is vooral van belang hoe men eventuele risico's voor toekomstige kinderen moet wegen. Wat is de te hanteren evaluatiestandaard? Wat betekenen eventuele risico's voor de vraag of artsen wel of niet moeten meewerken aan geassisteerde voortplanting en FP in anders dan traditionele relaties en situaties?

In de literatuur zijn verschillende standaarden voorgesteld. Er is brede steun voor de zogenaamde 'reasonable welfare'- of 'groot risico op ernstige schade'-standaard, zoals blijkt uit het NVOG Protocol 'Mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen'.⁶⁻⁹ Deze standaard houdt het midden tussen een 'minimaal risico'-standaard en een zogenaamde 'wrongful life'-standaard. Bij de minimaalrisico-standaard is geassisteerde voortplanting bijna altijd problematisch, want een risico voor het welzijn van het toekomstig kind is nooit geheel uit te sluiten. Daarentegen mag bij de 'wrongful life'-standaard alleen dan met een beroep op het belang van het toekomstige kind geassisteerde voortplanting geweigerd worden, als bestaan vanuit het perspectief van het kind slechter zou zijn dan niet-bestaan. Dan geldt bijna 'anything goes': geassisteerde voortplanting is ook in hoog risico-situaties verantwoord. De keuze voor de genoemde 'medium-risk'-standaard betekent dat de arts de toegang tot geassisteerde voortplanting moet weigeren als er een groot risico is op ernstig leed voor het kind. Dit uitgangspunt moet uiteraard worden vertaald naar de uitlopende situaties van de aanvragers van geassisteerde voortplanting.

Uiteraard zijn ook risico's voor de wensouders en donoren van belang. Wat de wensouders betreft geldt dat de risico's vooral van sociale aard zijn – denk aan pesten, stigmatisering en maatschappelijke afwijzing of isolement. Dit laatste zal in ons land vooral aan de orde zijn als het gaat om transseksuelen, maar ook andere personen die in anders dan traditionele relaties en situaties kinderen hebben of willen krijgen kunnen hier last van hebben. Ook moet rekening gehouden worden met de risico's voor de semendonoren, de eiceldonoren en de draagmoeders. Voor het

beperken van de medische en de psychosociale risico's voor gameetdonoren bevatten het Modelprotocol Embryowet en de Evaluatie Embryowet belangrijke suggesties.¹⁰ Wat draagmoederschap betreft, hangen de risico's van zwangerschap en bevalling erg af van de voorafgaande screening en begeleiding. Gezien de groei van het commerciële cross-border 'draagmoederschaptoerisme' bestaan terechte zorgen over het welzijn van draagmoeders, vooral in slecht gereguleerde buitenlandse klinieken. De Opinion van ESHRE's Task Force over 'cross-border reproductive care' is hier des te meer van belang: als artsen naar klinieken in het buitenland verwijzen, verwijs dan alleen naar gecertificeerde klinieken die zich naar verwachting houden aan de relevante zorgvuldigheidsvoorwaarden.¹¹

Tot slot wijzen critici op risico's voor de samenleving als geheel. Deze worden vaak niet gespecificeerd. Het lijkt vooral te gaan om religieuze kritiek vanwege de ondermijning van het kerngezin. De ESHRE Task Force wijst erop dat zogenoemde 'translatie': deontologische (vooral religieuze) bezwaren nogal eens worden verpakt als consequentialistische bezwaren, die in onze samenleving meer aanspreken, vooral als het gaat om risico's voor het kind.

Rechtvaardigheid

Formele rechtvaardigheid vereist gelijke behandeling van gelijke gevallen. Een verschillende behandeling is alleen gerechtvaardigd in situaties die moreel relevant verschillen. Voor dit NVOG-Standpunt is vooral van belang dat de gekozen evaluatiestandaard (groot risico op ernstige schade) consequent wordt toegepast. Dat is niet vanzelfsprekend; in de praktijk wordt regelmatig gemeten met twee maten. Concreet wordt bij een deel van de anders dan traditionele gezinsvormen een strengere standaard gebruikt dan bij traditionele situaties en relaties. Kleine risico's die men bij traditionele aanvragers gewoon zou aanvaarden, worden bij andere wensouders soms als uitsluitingsgrond gebruikt. Dit moet vermeden worden.

Rechtvaardigheid is ook van belang met betrekking tot de andere betrokkenen bij geassisteerde voortplanting in andere dan traditionele situaties. Artsen die betrokken zijn bij geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten, gedoneerde embryo's en bij draagmoederschap, moeten recht doen aan de belangen van alle betrokkenen: wensouders, gameetdonoren, draagmoeders en toekomstige kinderen.

Literatuur

- 1 Wert G de, Dondorp W, Shenfield F, Barri P, Devroey P, Diedrich K, et al; ESHRE. Task force Ethics and Law. Medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples and transsexual people. Hum Reprod. 2014; 29: 1859-65.
- 2 Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Access to fertility treatment by gays, lesbians, and unmarried persons. Fertil Steril. 2009; 92: 1190-3.
- 3 Warren MA. Gendercide. New Jersey: Rowman and Allenheld; 1985.
- 4 Novaes SB. The medical management of donor insemination. In: Daniel KR, Haines E, editors. Donor insemination. International social science perspectives. Cambridge: University Press; 1998. p. 105-30.
- 5 Winter HB, Dondorp WJ, Ploem MC, Woestenburg NOM, Akerboom CPM, Legemaate J, et al. Evaluatie Embryowet en Wet Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting. Den Haag: ZonMw; 2012.
- 6 Wert G de. Voortplantingstechnologie en ethiek. Verschuivende grenzen. I. Ned Tijdschr Obstetrie Gynaecol. 1995; 108: 234-40.
- 7 Wert G de. Met het oog op de toekomst. Voortplantingstechnologie, erfelijkheidsonderzoek en ethiek. Amsterdam: Thela thesis; 1999.
- 8 Pennings G. Measuring the welfare of the child. Hum Reprod. 1999; 14: 1146-50.
- 9 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Modelprotocol Mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen. Utrecht: NVOG; 2010.
- 10 Olsthoorn-Heim ETM, Wert G de, Winter HB. Evaluatie Embryowet. Den Haag: ZonMw, 2006.
- 11 Pennings G, Wert G de, Shenfield F, Cohen J, Tarlatzis B, Devroey P; ESHRE Task Force Ethics and Law. Cross-border reproductive care. Hum Reprod. 2008; 23: 2182-4.

II. Psychologisch perspectief

Dit hoofdstuk gaat over de psychische ontwikkeling van kinderen die via geassisteerde voortplanting zijn geboren, in gezinsvormen anders dan in het traditionele heteroseksuele twee-oudergezin. Volgens een aantal psychologische theorieën en vele morele en maatschappelijke opvattingen is het beter voor kinderen om op te groeien in een man-vrouw twee-oudergezin. Maar wat zeggen de resultaten van wetenschappelijk onderzoek over gezinsvormen die afwijken van dit model? In dit standpunt bespreken wij wat bekend is uit de empirische psychologische literatuur over het functioneren van kinderen die opgroeien bij alleengaande moeders, bij twee lesbische moeders, bij twee homovaders en bij transgender ouders. Voor de andere in dit standpunt betrokken (heteroseksuele) wensouders werd geen uitgebreide literatuurstudie verricht. Wel hebben wij kort aanbevelingen geformuleerd vanuit de psychologische invalshoek.

Kwaliteit van het beschikbaar empirisch onderzoek

Tenzij anders vermeld, betreft het in dit overzicht beschreven onderzoek case-control-cohortstudies. Het gaat over kwantitatief onderzoek waarin men via gestandaardiseerde psychologische vragenlijsten of interviews de doelgroep vergelijkt met één of meer controlegroepen. Op deze manier probeert men de impact van de 'structurele gezinsvariabele' (bijvoorbeeld twee lesbische moeders of een alleengaande moeder) te isoleren. Dit geeft inzicht in de manier waarop bepaalde structurele gezinsvariabelen de psychische ontwikkeling van een kind beïnvloeden.

De kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek wordt bepaald door een aantal factoren.

- Op een paar uitzonderingen na zijn de onderzochte groepen klein ($n < 40$). Dit heeft een negatieve impact op de statistische power. Kleine maar reële verschillen worden hierdoor misschien over het hoofd gezien.
- De representativiteit van de steekproeven is gering tot matig. De selectiebias is een gevolg van de lage response rates (vaak aanwezig in longitudinale psychologische studies) en soms worden respondenten gerekruteerd via belangengroeperingen of sociale media. Omdat onderzoek van kinderen geboren na gameetdonatie gevoelig ligt (velen zijn niet ingelicht over hun ontstaansgeschiedenis), heeft bovengenoemde beperking eerder met de kenmerken van de onderzoeksgroep te maken dan met de onderzoekers.
- De leeftijd van de betrokken kinderen is overwegend jong (van 1 tot 10-14 jaar). Gegevens over (jong) volwassenen blijven schaars. Omdat de kinderen pas later cognitief en emotioneel kunnen bevatten wat het betekent om een 'donorkind' te zijn, ontbreekt essentiële kennis over de lange-termijnpact van de familiestructuur. Ook zijn de kinderen zelf nog maar weinig gehoord.
- De onderzoekspopulatie is overwegend blank, Westers en hoog opgeleid. Dit is geen representatieve vertegenwoordiging van de multiculturele samenleving waarin wij leven.

Psychische ontwikkeling van kinderen: proces- en structuurvariabelen

Er bestaat consensus over het feit dat, naast individuele kind-kenmerken, gezins-en omgevingsfactoren van invloed zijn op het psychisch welzijn van kinderen. Hierbij maakt men een onderscheid tussen proces- en structuurvariabelen. Elk gezin heeft ongeacht de structuur (bijvoorbeeld man-vrouw, vrouw-vrouw) een aantal procesvariabelen waarvan bekend is dat zij de ontwikkeling van het kind zouden kunnen beïnvloeden.

- De kwaliteit van de partnerrelatie van de ouders. De wijze waarop ouders met elkaar communiceren en affectie tonen voor elkaar en vooral de aan- of afwezigheid van relatieconflicten hebben effect op het welzijn van kinderen.¹²
- Het individueel psychisch functioneren van de ouders (de aan- of afwezigheid van een psychiatrische stoornis). Het meeste onderzoek is gedaan naar het effect van depressieve ouders op de psychische ontwikkeling van kinderen. Kinderen van depressieve ouders hebben meer kans op gedragsproblemen of sociaal-emotionele problemen en hebben zelf ook meer kans om depressief te worden. Ouders met verslavingsproblemen en/of een

borderline persoonlijkheidsstoornis hebben meer kans op problemen in de opvoeding van hun kinderen.³⁻⁵

- De kwaliteit van de ouder-kind relatie. Als de kwaliteit van de relatie van het jonge kind met de belangrijkste verzorger goed is, kan een kind zich goed hechten aan deze persoon. Deze persoon is meestal de moeder, maar het kan ook iemand anders zijn, zoals de vader of een andere opvoedingsfiguur. Ook kunnen kinderen gehecht zijn aan meer dan één persoon. De kwaliteit van de hechtingsrelatie in de eerste levensjaren is grotendeels bepalend voor het verdere psychisch welzijn van een kind.^{6,7} Statistische analyses van studies over hechting toonden aan dat 'ouderlijke sensitiviteit' een belangrijke factor is in de hechtingsrelatie met een kind. Deze ouderlijke sensitiviteit wordt sterk beïnvloed door individuele kenmerken van de belangrijkste hechtingsfiguur.⁸ Naast een veilige hechtingstijl is ook de mate van structuur een belangrijke indicator in de opvoeding. Met duidelijke regels en goede communicatie ontwikkelen kinderen zich beter.⁹⁻¹¹
- De kwaliteit van de (sociale) omgeving. Kinderen die in een kansarme omgeving opgroeien, hebben vaker dan andere kinderen en op meerdere vlakken psychische problemen. Ook heeft sociale stigmatisering een negatief effect op de ontwikkeling van kinderen.^{12,13}

Aanbevelingen voor counseling

Het NVOG modelprotocol 'Mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen' is een goed instrument om bovenvermelde procesvariabelen te quick-scannen.¹⁴ Bij elk verzoek om geassisteerde voortplanting moet onderzocht worden of er een morele contra-indicatie aanwezig is. De vraag die dan beantwoord dient te worden is: 'Bestaat er een groot risico op ernstige schade bij het toekomstige kind?'

Bij twijfel van de arts over de ernst van de risico's voor het kind is het sterk aanbevolen de wensouders te verwijzen naar een GZ-psycholoog met deskundigheid op het gebied van voortplantingsgeneeskunde (verder in het standpunt 'GZ-psycholoog' genoemd) voor verdere diagnostiek en advies. Van een GZ-psycholoog wordt verondersteld dat deze psychodiagnostiek kan uitvoeren, de nodige kennis heeft over psychopathologie en over het effect daarvan op de ouder-kind relatie, en de risico's voor het kind daarvan kan inschatten. De arts hoort aan de betrokkenen duidelijk maken dat zij verwezen worden met een verzoek tot psychologisch advies over de wenselijkheid van een mogelijke vruchtbaarheidsbehandeling.

Omdat bovenvermeld modelprotocol zich niet uitdrukkelijk uitspreekt over wensouders die via gameetdonatie kinderen krijgen, wordt hier de volgende aanvulling geformuleerd:

- Als de wensouders een beroep doen op een andere partij voor gameetdonatie draagt de arts ook een verantwoordelijkheid ten aanzien van die partij. De arts dient zich bewust te zijn van de belangen van de donor en deze waar nodig te verdedigen.
- Wensouders maken belangrijke keuzes die verder strekken dan de medische behandeling. De keuze voor donorgameten heeft invloed op het functioneren van het gezin en het kind. Vanwege de impact van deze keuzes is het van belang dat de wensouders voorafgaand aan een behandeltraject met donorgameten uitgebreid gecounseld worden. Tijdens de counseling komen minimaal aan de orde: de selectie van de donor, de implicaties van de wet Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting, de intentie van de ouders om hun kind in te lichten over de donor-origine en op welk moment, de impact van de specifieke structurele gezinsvorm die zich aanbiedt. De werkgroep beveelt sterk aan dat een arts voor deze counseling verwijst naar een psychosociaal counselor met deskundigheid op het gebied van voortplantingsgeneeskunde (verder in het standpunt 'psychosociaal counselor' genoemd) die aan elke polikliniek Voortplantingsgeneeskunde verbonden hoort te zijn. Voor die ouderschapsvormen waarvoor nog geen follow up gegevens bestaan, beveelt de werkgroep aan counseling te laten plaatsvinden door een GZ-psycholoog. De arts dient aan de betrokkenen duidelijk te maken dat de verwijzing geen adviesfunctie heeft waarop een afwijzing kan volgen, maar een informatieve en begeleidende functie, die niet interfereert met de kans op behandeling.

Literatuur

- 1 Goldberg AE, Carlson MJ. Parents' relationship quality and children's behavior in stable married and cohabiting families. *J Marriage Fam.* 2014; 76: 762-77.
- 2 Ratcliffe GC, Norton AM, Durtschi JA. Early romantic relationships linked with improved child behavior 8 years later. *J Fam Issues.* 2014; doi: 10.1177/0192513X14525618.
- 3 Orvaschel H, Walsh-Altis G, Ye W. Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *J Abnorm Child Psychol.* 1988; 16: 17-28.
- 4 Weissman MM, Gammon GD, John K, Merikangas KR, Warner V, Prusoff BA, et al. Children of depressed parents. Increased psychopathology and early onset of major depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1987; 44: 847-53.
- 5 Weissman MM, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M. Offspring of depressed parents. 10 years later. *Arch Gen Psychiatry.* 1997; 54: 932-40.
- 6 Bowlby J. Attachment and loss. New York: Basic Books; 1969.
- 7 Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. *Am J Psychiatry.* 1988; 145: 1-10.
- 8 Wolff MS de, IJzendoorn MH van. Sensitivity and attachment: a meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Dev.* 1997; 4: 571-91.
- 9 Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph.* 1971; 4(1, pt. 1): 1-103.
- 10 Baumrind D. Rearing competent children. In: Damon W, editor. *Child development today and tomorrow.* San Francisco: Jossey-Bass; 1989. p. 349-78.
- 11 Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs.* 1991; 4 (1, Pt. 2).
- 12 Bradley RH, Corwyn RF. Socioeconomic status and child development. *Annu Rev Psychol.* 2002; 53: 371-99.
- 13 Kim P, Evans GW, Angstadt M, Ho SS, Sripada CS, Swain JE, et al. Effects of childhood poverty and chronic stress on emotion regulatory brain function in adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2013; 110: 18442-7.
- 14 Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie (NVOG). Modelprotocol mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen. Utrecht: NVOG; 2010.

III. Medisch-antropologisch perspectief: omgaan met culturele en religieuze diversiteit

De samenstelling van de Nederlandse bevolking kent grote diversiteit, zowel wat betreft landen en culturen van herkomst van haar inwoners als wat betreft religie. Religie en culturele herkomst kunnen van invloed zijn op visies en vragen over gebruik van donorgameten en draagmoederschap en de omgang met de diverse vormen van ouderschap die hieruit voort kunnen komen, vooral wat de openheid hierover naar anderen betreft.^{1 2} Het is belangrijk om die mogelijke invloeden te onderkennen; echter, het is even belangrijk om niet te generaliseren op grond van religieuze en culturele achtergrond van betrokkenen.

Diversiteit binnen groepen

Culturele waarden zijn niet homogeen en statisch: mensen van dezelfde culturele herkomst hoeven niet dezelfde visies te hebben over onderwerpen zoals geassisteerde voortplanting en bovendien kunnen deze visies veranderen in de loop der tijd. Dit geldt overigens ook voor de autochtoon Nederlandse bevolking. Er kunnen grote verschillen bestaan binnen groepen: niet iedereen volgt noodzakelijkerwijs het dominante religieuze of culturele discours van zijn of haar groep of kerk, zoals bijvoorbeeld veel Nederlandse katholieken zich ook niet houden aan het formele standpunt van de Rooms-Katholieke kerk, die geassisteerde voortplanting volledig afwijst. Verschillende stromingen binnen dezelfde religie kunnen uiteenlopende standpunten innemen ten aanzien van specifieke vormen van geassisteerde voortplanting. Dit geldt bijvoorbeeld voor de Islam, waar de Soennitische stroming gebruik van donorgameten volledig afwijst en de Sjiitische stroming het gebruik hiervan accepteert.

Voorts kan de visie van migranten meer of minder overeenkomen met de 'dominante' visie in het land waar ze momenteel wonen, wat te maken heeft met de mate van acculturatie en aanpassing aan dat land.² In de landen van herkomst kan veel veranderd zijn sinds hun vertrek, zowel wat de legalisering van geassisteerde voortplantingstechnieken als de actuele praktijk betreft; en migranten kunnen wel of niet op de hoogte zijn van deze ontwikkelingen en het er wel of niet mee eens zijn.

Beperkt empirisch onderzoek

De kennis over migrantengroepen en het gebruik van geassisteerde voortplanting in Nederland beperkt zich tot mensen met een Turkse en Marokkaanse achtergrond.^{1 3-5} Daarnaast is er een kleine kwalitatieve studie gedaan onder in Nederland woonachtige Ghanezen.⁶ Deze studies gaan echter niet specifiek in op gameetdonatie of draagmoederschap, noch over acceptatie en/of mogelijke implicaties hiervan voor het ouderschap.

In Engeland is daar wel onderzoek naar gedaan, met name onder Britse Zuid-Aziaten (BZA) (Indiërs, Pakistanen, Bangladeshi) en hun visie over gameetdonatie.⁷ Gameetdonatie blijkt minder geaccepteerd te zijn bij BZA dan in de gemiddelde Britse bevolking. Vooral semendonatie is minder geaccepteerd vanwege culturele ideeën over het belang van semen in de overdracht van de familielijn en vanwege dominante noties over 'mannelijkheid'. Echter, vanwege het grote belang dat gehecht wordt aan het krijgen van kinderen in de BZA-gemeenschap komt gameetdonatie wel voor, maar dan onder strikte geheimhouding ten aanzien van de familie, de gemeenschap en het kind dat verwekt is met donorgameten.⁸ De onderzoekers benadrukken dat culturele ideeën over en ervaringen met subfertiliteit binnen de groep van BZA niet uniform zijn, maar mede vorm krijgen door gender, generatie, sociale klasse en religie. Zij benadrukken het belang om deze diversiteit van opvattingen te onderkennen.²

De beperkte empirische onderzoeksresultaten bevestigen dus het idee dat er variatie bestaat tussen én binnen verschillende bevolkingsgroepen, en dat het onmogelijk is om te generaliseren over waardes en visies van bevolkingsgroepen met een gedeelde culturele of religieuze achtergrond.⁹

Aanbevelingen

- In de counseling van wensouders met een verzoek tot geassisteerde voortplanting met gameetdonatie of draagmoederschap moet niet uitgegaan worden van gegeneraliseerde of stereotype beelden op grond van de culturele en religieuze achtergrond van wensouders. In plaats daarvan is het belangrijk om te vragen naar de waarden en visies van de individuele wensouders en te bespreken wat zij zelf zien als mogelijke gevolgen van gameetdonatie of draagmoederschap in hun specifieke situatie.
- In het geval dat openheid over gameetdonatie of draagmoederschap naar het toekomstige kind problematisch lijkt in de specifieke context van de betrokkenen, is extra aandacht in counseling en begeleiding hiervoor gewenst, onder andere om de Nederlandse wet- en regelgeving op dit terrein toe te lichten.

Literatuur

- 1 Culley L, Hudson N, Rooij F van, editors. *Marginalized reproduction: ethnicity, infertility, and reproductive technologies*. Londen: Earthscan; 2009.
- 2 Gürtin ZB, Vayeena E. Reproductive donation: global perspectives and cultural diversity. In: Richards M, Pennings G, Appleby JB, editors. *Reproductive donation: practice, policy and bioethics*. Cambridge: University Press; 2012.
- 3 Rooij FB van, Balen F van, Hermanns JMA. The experiences of involuntarily childless Turkish immigrants in the Netherlands. *Qualitative health research*. 2009; 19: 621-32.
- 4 Rooij F van, Korfker D. Infertile Turkish and Moroccan minority groups in the Netherlands: patients' views on problems within infertility care. In: Culley L, Hudson N, Rooij F van, editors. *Marginalized reproduction: ethnicity, infertility and reproductive technologies*. Londen: Earthscan; 2009. p. 134-50.
- 5 Korfker DG, Rooij F van, Buitendijk SE, Detmar SB, Reis R. Infertility care in the Netherlands for Turkish and Moroccan migrants: the role of religion in focus. *Obstetrics & Gynecology*. 2014: 913057.
- 6 Yebai VN. Unmet needs, beliefs and treatment-seeking for infertility among migrant Ghanaian women in the Netherlands. *Reprod Health Matters*. 2000; 8: 134-41.
- 7 Culley L Hudson N. Constructing relatedness ethnicity, gender and third party assisted conception in the UK. *Current Sociology*. 2009; 57: 249-67.
- 8 Culley LA., Hudson N., Rapport FL, Katbamna S, Johnson M. British South Asian communities and infertility services. *Human Fertil (Camb)*. 2006; 9: 37-45.
- 9 Kleinman A, Benson P. Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med*. 2006; 3: e294.

IV. Juridisch kader

Het juridisch kader van geassisteerde voortplanting met donorgameten wordt gevormd door een variëteit aan wetten, regelgeving en rechtsbeginselen. Een deel hiervan is van toepassing op alle vormen van geassisteerde voortplanting die in het onderhavige standpunt worden beschreven en zullen daarom in dit algemene kader besproken worden. De specifieke juridische aandachtspunten per vorm van geassisteerde voortplanting zullen, indien aanwezig, in de betreffende hoofdstukken aan de orde komen. Het juridisch kader dat wordt geschetst is geenszins bedoeld uitputtend te zijn. De juridische aspecten worden slechts daar besproken waar zij afwijken van de bestaande kaders bij geassisteerde voortplanting (met donorgameten, -embryo's of IVF-draagmoederschap) of waar zij bijzondere aandacht behoeven.

Het recht op procreatie

Hoewel het recht op procreatie niet als zodanig is opgenomen in de Nederlandse Grondwet, wordt het wel als een ongeschreven grondrecht beschouwd. Het betreft een individueel vrijheidsrecht waarbij het gaat om bescherming tegen de overheid en derden ten aanzien van ingrijpen in de vrijheid van voortplanting. Het recht op procreatie behelst dus het recht om niet gehinderd te worden om kinderen te krijgen, niet het recht om kinderen te krijgen. Het is in beginsel een vrijheidsrecht en geen 'claimrecht'. Derhalve biedt het recht op procreatie geen basis voor aanspraak op voorzieningen om (ongewenste) kinderloosheid op te heffen. Hoewel het recht op procreatie dus niet als zodanig in de Nederlandse Grondwet is verankerd, zijn er onder andere in het Europees Verdrag tot bescherming voor de Rechten van de Mens (EVRM) volgens sommige juridische auteurs wel aanknopingspunten voor te vinden.^{1 2} Zo bepaalt art. 12 EVRM dat 'mannen en vrouwen van huwbare leeftijd het recht hebben te huwen en een gezin te stichten volgens de nationale wetten die de uitoefening van dit recht beheersen'. Daarnaast vloeit uit art. 8 EVRM het recht op 'respect voor het privé- en gezinsleven' voort. Ofschoon dit recht eveneens niet absoluut is, moeten eventuele beperkingen van de vrijheid van procreatie de toets van art. 8 lid 2 EVRM doorstaan. Art. 8 lid 2 EVRM luidt: "Geen inmenging van enig openbaar gezag is toegestaan in de uitoefening van dit recht, dan voor zover bij de wet is voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk is in het belang van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid, of het economisch welzijn van het land, het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid of de goede zeden of voor de bescherming van rechten en vrijheden van anderen."

Het recht op procreatie wordt in de door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) gewezen jurisprudentie eveneens niet als zodanig verankerd, maar het biedt er wel aanknopingspunten toe. Blijkens de uitspraken van het EHRM en de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens komen diverse aspecten van procreatie voor bescherming in aanmerking. Welke aspecten dat zijn en hoe ver de bescherming reikt is echter niet volledig duidelijk. Gezien het feit dat grond- en mensenrechten fundamentele rechten zijn, is schending of beperking hiervan door de overheid of derden (in geval van horizontale werking) alleen te rechtvaardigen indien er andere, meer zwaarwegende rechten, plichten of belangen in het geding zijn. Zorgvuldige en gemotiveerde belangenafweging in individuele gevallen is derhalve van groot belang.^{3 4}

Bij het vaststellen van criteria voor IVF laat het EHRM de aangesloten verdragsstaten een ruime 'margin of appreciation'. Uit de jurisprudentie blijkt echter wel dat zorgen gebaseerd op morele en sociale overwegingen geen rechtvaardiging vormen om IVF met gebruikmaking van geslachtscellen van een ander te verbieden. Indien een bepaalde voortplantingstechniek door een verdragsstaat toegestaan wordt, moet de wetgeving consistent en in lijn zijn met de vereisten van het EVRM.¹⁵ De overheid behoort, behoudens zware redenen, dus niet in te grijpen in het recht op procreatie. Het heeft de voorkeur om informatie en advies te bieden, en mogelijkheden beschikbaar te stellen voor onderzoek, behandeling en begeleiding. Indien ingrijpen in het recht op procreatie in uitzonderlijke gevallen toch noodzakelijk wordt geacht, dient daarin te worden voorzien bij wettelijke regeling. Illustratief hiervoor zijn de grenzen die de overheid stelt aan bepaalde wijzen van procreatie, te

denken aan het verbod op bemiddeling bij commercieel draagmoederschap (art. 151b Wetboek van Strafrecht en art. 8 lid 2 EVRM).¹

De vraag naar de toegankelijkheid van geassisteerde voortplanting is door toename aan medische mogelijkheden en beschikbaarheid van voorzieningen steeds meer van betekenis. Fundamenteel in dat kader is de vraag of deze voorzieningen voor een ieder gelijk beschikbaar zouden moeten zijn, of dat onderscheid gemaakt mag worden naar burgerlijke staat en/of het al dan niet hebben van een partner respectievelijk het geslacht van die partner. De roep om erkenning van aanspraken op gelijke toegang tot voorzieningen op het gebied van geassisteerde voortplanting is de afgelopen jaren, door verandering van opvattingen binnen de samenleving over het huwelijk, gezin, ouderlijk gezag en de grote diversiteit in leefvormen, versterkt.

Willekeurige uitsluiting van geassisteerde voortplanting aan andersoortige wensouders dan echtparen of daarmee gelijk te stellen heteroseksuele partners is niet toegestaan. Op grond van het EVRM lijkt echter niet elke vorm van onderscheid bij voorbaat uitgesloten te zijn. Art. 8 jo. art. 12 EVRM lijken een zekere vrijheid te laten aan de aangesloten verdragsstaten (in het bijzonder waar het alleengaanden of homoseksuele paren betreft) om hier een eigen beleid in te voeren, dan wel een beleid te gedogen van hulpaanbieders waarin wel een onderscheid op dergelijke gronden gemaakt wordt. In Nederland zal een dergelijk beleid echter op gespannen voet komen te staan met het recht op gelijke behandeling zoals uitgewerkt in de Algemene wet gelijke behandeling (AWGB). De AWGB, die voortvloeit uit art. 1 Grondwet, verbiedt het immers om bij, onder meer, het sluiten van een overeenkomst en het aanbieden van een dienst onderscheid te maken op basis van onder andere geslacht, seksuele geaardheid en burgerlijke staat, tenzij een dergelijk onderscheid objectief gerechtvaardigd is.^{1 6 7}

Algemeen wettelijk kader

Geassisteerde voortplanting betreft het uitvoeren van handelingen met geslachtscellen en embryo's, hetgeen op grond van art. 36 lid 13 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) een aan artsen voorbehouden handeling betreft. Voor het uitvoeren van IVF is op grond van art. 2 Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) voorts een vergunning vereist.⁸ Art. 5 WBMV stelt dat de minister van VWS bij ministeriële regeling de omvang van de behoefte aan verrichtingen, alsmede de wijze waarop in die behoefte kan worden voorzien bepaalt. Voor IVF is een dergelijke ministeriële regeling opgesteld, het zogenaamde planningsbesluit.⁹

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

Alle, in dit standpunt aan bod komende, varianten van geassisteerde voortplanting met donorgameten en donorembryo's betreffen medische behandelingen waarop de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing is (art. 7:446 BW). Dientengevolge zijn de uit de WGBO voortvloeiende patiëntenrechten, en de verplichtingen die deze impliceren voor de arts, van toepassing. De vereisten van informed consent en goed hulpverlenerschap verdienen, gezien de aard van de medische behandelingen die in dit standpunt besproken worden, bijzondere aandacht.

Informed consent is een combinatie van de informatieplicht van de arts (art. 7:448 BW) en de door de patiënt gegeven toestemming (art. 7:450 BW). Wil er sprake zijn van informed consent, dan dient de arts de patiënt op een zo begrijpelijk en volledig mogelijke wijze, desgevraagd schriftelijk, te hebben geïnformeerd over de behandeling. Onder behandeling worden alle medische verrichtingen die een arts uitvoert verstaan, inclusief onderzoek en nazorg. Het moet voor de patiënt duidelijk zijn wat de aard en het doel van de behandeling zijn, wat de diagnose en prognose zijn, welke risico's verbonden zijn aan de behandeling en welke alternatieven mogelijk zijn. De arts laat zich daarbij leiden door wat de patiënt 'redelijkerwijze' dient te weten. De informatievoorziening zal, gezien het begrip 'redelijkerwijze' zo goed mogelijk moeten worden afgestemd op de omstandigheden van het geval.^{10 11}

De arts mag pas met de behandeling aanvangen als de patiënt daar toestemming voor heeft gegeven. Binnen het toestemmingsvereiste (art. 7:450 BW) is te onderscheiden het vereiste voor het aangaan van de geneeskundige behandelingsovereenkomst en toestemming voor de medische handelingen zelf. Het vragen van toestemming is een verplichting van de arts. De WGBO vereist echter niet dat de toestemming schriftelijk wordt vastgelegd. De patiënt kan daarentegen wel verlangen dat de arts schriftelijk vastlegt voor welke ingrijpende verrichtingen de toestemming is verkregen (art. 7:451 BW). Toestemming mag worden verondersteld voor verrichtingen van niet-ingrijpende aard (art. 7:466 lid 2 BW). Indien acuut ingegrepen moet worden is behandeling zonder toestemming mogelijk indien 'onverwijlde uitvoering van de verrichting nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen' (art. 7:466 lid 1 BW).¹²

Het vereiste om als goed hulpverlener conform de professionele standaard te handelen (art. 7:453 BW) houdt in dat de hulpverlener de zorg moet betrachten die een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in dezelfde omstandigheden zou hebben betracht.¹³ De professionele standaard bestaat uit de medisch professionele standaard en overige aspecten. De medisch professionele standaard ziet op het medisch handelen volgens de inzichten van de medische wetenschap en ervaring. Daarbij moet het handelen medisch geïndiceerd zijn met het oog op een concreet behandeldoel en volgens de regelen der kunst uitgevoerd worden. De overige aspecten van de professionele standaard bestaan uit het voldoen aan de rechten van de patiënt en andere maatschappelijke normen.^{10 14}

Op grond van het goed hulpverlenerschap wordt van een arts in bepaalde situaties verwacht dat hij, naast het belang van de individuele patiënt, mede rekening houdt met de belangen van derden. Artsen die de in het onderhavig standpunt beschreven vormen van geassisteerde voortplanting uitvoeren, zijn moreel medeverantwoordelijk voor het ontstaan van daaruit voortvloeiend leven. Deze verantwoordelijkheid houdt in dat zij bij de toepassing van dergelijke behandelingen, andere belangen mee dienen te wegen zoals de toekomstige situatie van het te verwekken kind.^{4 15} In dat kader wordt verwezen naar het NVOG-modelprotocol 'Mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen'.⁴

Embryowet

De Embryowet is in werking getreden op 1 september 2002 en stelt grenzen aan handelingen met geslachtscellen en embryo's.¹⁶ De art. 5-9 Embryowet hebben betrekking op de zeggenschap over geslachtscellen en embryo's. Daarin is onder meer bepaald dat geslachtscellen en embryo's slechts 'om niet' ter beschikking kunnen worden gesteld ten behoeve van de zwangerschap van een ander of wetenschappelijk onderzoek (art. 5 lid 2 Embryowet en art. 8 lid 1 jo. lid 2 Embryowet).¹⁷ Het is inmiddels wel aanvaard dat er een vergoeding plaatsvindt van de daadwerkelijk door de donor gemaakte kosten.¹⁸ Art. 27 Embryowet stelt voorts dat het verboden is om voor de verstrekking van geslachtscellen en embryo's aan anderen een vergoeding te vragen die meer bedraagt dan de kosten die rechtstreeks het gevolg zijn van de handelingen die met de geslachtscellen of embryo's zijn verricht.

Sinds de (derde) wetwijziging van de Embryowet in 2013,¹⁹ is het vereiste uit (oud) art. 5 lid 3 Embryowet komen te vervallen dat beoordeling van de Medisch Ethische Toetsingscommissie (METC) vereiste, indien voor het verkrijgen van geslachtscellen ten behoeve van een zwangerschap van een ander of wetenschappelijk onderzoek een invasieve ingreep bij de betrokkene nodig was. Inmiddels is de wet op dat punt gewijzigd en is dergelijke beoordeling alleen nog noodzakelijk indien er met de donatie niet beoogd wordt een zwangerschap tot stand te brengen. (Aan art. 2 lid 3 Embryowet is een extra sub toegevoegd: 'g'.) Uit de memorie van toelichting bij de wetwijziging blijkt dat de procedure die beschreven wordt in het Modelreglement Embryowet voldoende is: "In het Modelreglement Embryowet is de procedure beschreven zoals die in de praktijk gevolgd wordt als sprake is van eiceldonatie voor de zwangerschap van een ander. Een psychosociale counselor speelt daarin een belangrijke rol en de behandelend gynaecoloog heeft de eindverantwoordelijkheid. Deze werkwijze biedt naar onze mening voldoende waarborgen voor de bescherming van de keuzevrijheid

van de donor. Conform het Modelreglement zal de counselor de behandelend gynaecoloog adviseren zodat deze kan beoordelen of het met de terbeschikkingstelling te dienen belang in evenredige verhouding staat tot de risico's en bezwaren van de ingreep voor de betrokkene."²⁰ In het Modelreglement Embryowet staat ter zake hiervan: "De medisch-ethische commissie van de instelling die belast is met het beoordelen van onderzoeksvorstellen moet voor elk afzonderlijk geval van eiceldonatie toestemming geven. In samenspraak met deze commissie kan besloten worden dat deze toestemming gegeven kan worden aan de hand van een gezamenlijke schriftelijke rapportage door de gynaecoloog en de psychosociale hulpverlener."²¹

Wet kunstmatige bevruchting donorgegevens

De Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting (WDKB) is van toepassing op alle vormen van geassisteerde voortplanting met donoren.²² De regels van deze wet gelden dus voor alle, in onderhavig standpunt beschreven, vormen van geassisteerde voortplanting zonder eigen gameten. Met de invoering van de WDKB op 1 juni 2004 is de anonimiteitswaarborg voor donoren komen te vervallen. Voor donaties van voor 1 juni 2004 blijft anonimiteit gegarandeerd indien de donor dit wenst. De WDKB gaat ervan uit dat kinderen in beginsel het recht hebben om te achterhalen van wie zij afstammen. Als een bevruchting heeft plaatsgevonden met donorzaad, moet de behandelende kliniek bepaalde gegevens - waaronder de persoonsidentificerende gegevens - van de donor verstrekken aan de Stichting donorgegevens kunstmatige bevruchting. Daar komen de gegevens in een database te staan. Op verzoek van een kind, ouder of arts kan de Stichting bepaalde gegevens vrijgeven. Zowel de donor als de acceptor moet worden ingelicht over de wettelijk verplichte registratie bij de Stichting. Kinderen die zijn ontstaan uit donorgameten of -embryo's zijn vanaf hun zestiende levensjaar in staat persoonsidentificerende gegevens over hun donor te ontvangen (art. 3 lid 2 WDKB).¹⁷

Literatuur

- 1 Leenen HJJ, Dute JCJ, Gevers JKM, Legemaate J, Groot GRJ de, Gelpke ME, et al. Handboek gezondheidsrecht. 6e druk. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers; 2014, p. 325-8.
- 2 Hendriks AC. Het recht op voortplanting en zijn grenzen. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht. 2012; 4: 279.
- 3 Leenen HJJ, Dute JCJ, Gevers JKM, Legemaate J, Groot GRJ de, Gelpke ME, et al. Handboek gezondheidsrecht. 6e druk. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers; 2014, p. 279.
- 4 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG). Mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen. Utrecht: NVOG; 2010.
- 5 Europees Verdrag tot bescherming voor de Rechten van de Mens 1 april 2010, 57813 (S.H./Oostenrijk).
- 6 Kalkman-Bogerd. 2001. p.15-23.
- 7 Commissie Gelijke Behandeling. 20 april 2009. Gezondheidsrecht Jurisprudentie. 2009: 100.
- 8 Wet van 24 oktober 1997, houdende regels betreffende bijzondere medische verrichtingen op het gebied van de gezondheidszorg (Wet op bijzondere verrichtingen). *Stb.* 1997: 515.
- 9 Planningsbesluit in-vitro fertilisatie. *Staatscourant.* 1998: 95.
- 10 Legemaate J. Informed consent consult. Utrecht: KNMG en NPCF; 2001.
- 11 Leenen HJJ, Dute JCJ, Gevers JKM, Legemaate J, Groot GRJ de, Gelpke ME, et al. Handboek gezondheidsrecht. 6e druk. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers; 2014, p. 106-15.
- 12 Leenen HJJ, Dute JCJ, Gevers JKM, Legemaate J, Groot GRJ de, Gelpke ME, et al. Handboek gezondheidsrecht. 6e druk. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers; 2014, p. 115-20.
- 13 Hoge Raad 9 november 1990. *Nederlands Juristenblad.* 1991: 26.
- 14 Leenen HJJ, Dute JCJ, Gevers JKM, Legemaate J, Groot GRJ de, Gelpke ME, et al. Handboek gezondheidsrecht. 6e druk. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers; 2014, p. 58-74.
- 15 Leenen HJJ, Dute JCJ, Gevers JKM, Legemaate J, Groot GRJ de, Gelpke ME, et al. Handboek gezondheidsrecht. 6e druk. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers; 2014, p. 337-9.
- 16 Wet van 20 juni 2002, houdende regels inzake handelingen met geslachtscellen en embryo's. *Stb.* 2002: 338.
- 17 Winter HB de, Dondorp WJ, Ploem MC, Woestenburg NOM, Akerboom CPM, Legemaate J, et al Evaluatie Embryowet en Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting. Den Haag: ZonMw; 2012.

- 18 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsbrief inzake donatievraagstukken bij vruchtbaarheidstechnieken. 11 juli 2013.
- 19 Wet van 10 juli 2013, tot wijziging van de Embryowet in verband met de evaluatie van deze wet. *Stb.* 2013: 306.
- 20 Kamerstukken II. 2010/11, 32 610, nr. 3 (MvT).
- 21 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Modelreglement Embryowet. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications; 2003. p.36.
- 22 Wet van 25 april 2002, houdende regels voor de bewaring, het beheer en de verstrekking van gegevens van donoren bij kunstmatige donorbevruchting. *Stb.* 2002: 240.

Algemene aanbevelingen en aandachtspunten bij alle vormen van geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten, gedoneerde embryo's en bij draagmoederschap

Medisch

- Elk verzoek tot behandeling met gedoneerde gameten verdient een individuele afweging. De aanbevelingen in dit standpunt zijn bedoeld als handvat bij het komen tot een zo verstandig mogelijke beslissing, rekening houdend met de rechten en de belangen van wensouders, donoren en kinderen. De werkgroep beveelt aan om beslissingen omtrent behandeling waar mogelijk in een team te nemen, bestaande uit medici en gedragswetenschappers met deskundigheid op gebied van voortplantingsgeneeskunde. Bij alle behandelingen wordt een afweging gemaakt tussen de succeskans, de complexiteit en de intensiviteit van de behandeling en de medische en psychologische risico's voor alle betrokkenen. De arts bespreekt uitvoerig de medische risico's aangaande fertiliteitsbehandeling en zwangerschap voor alle betrokkenen en eventuele alternatieve behandelopties.

Psychologisch en ethisch

- Bij elk verzoek tot behandeling met gedoneerde gameten screent een psychosociaal counselor conform het NVOG-modelprotocol 'Mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen'.¹ Bij aanwijzingen voor een morele contra-indicatie wordt aanbevolen om verwijzing te laten plaatsvinden naar een GZ-psycholoog voor diagnostiek en advies.
- Bij complexe vormen van gameetdonatie (alleengaande met verzoek tot behandeling met donorsemen en donoreicellen, embryodonatie, draagmoederschap, intrafamiliaire gameetdonatie, transgenders) wordt aanbevolen dat een GZ-psycholoog counsellt in plaats van een psychosociaal counselor.
- Tevens wordt aanbevolen dat voorafgaand aan een fertiliteitsbehandeling met donorgameten door de psychosociaal counselor de psychosociale implicaties van het krijgen van een kind door donorgameten besproken wordt en dat ouders afwegen of, wanneer en op welke wijze ze hun kind willen informeren over hun biologische achtergrond.

Financieel

- *Geassisteerde voortplanting wordt op dit moment vergoed vanuit het basispakket, tenzij de vrouw ouder is dan 43 jaar. Alleengaande vrouwen en lesbische paren bij wie geen fertiliteitsbelemmerende factoren aanwezig zijn, anders dan de afwezigheid van een mannelijke partner met geschikt semen, krijgen hun behandeling grotendeels vergoed vanuit een [subsidiereregeling van VWS](#). <dit punt is aangepast d.d. 12-6-2020>
- De werkgroep realiseert zich dat het bieden van meer ruimte voor behandeling met gedoneerde gameten de kosten van de gezondheidszorg kan verhogen. Hoewel het bij verzoeken tot behandeling niet om grote aantallen patiënten gaat en ook niet om hoge kosten per behandeling, vraagt de werkgroep aan artsen die wensouders behandelen zich van deze kosten bewust te zijn en zo verantwoord mogelijk met middelen om te gaan.

***Addendum voor lesbische paren en alleengaande vrouwen die hun behandeling vergoed krijgen via de [subsidiereregeling van VWS](#):**

In verband met de coronacrisis in 2020 kunnen vrouwen, die tijdens de coronacrisis de leeftijd van 43 jaar bereikten en bij wie een fertiliteitsbehandeling was gepland, maar die is geannuleerd of uitgesteld, de betreffende geannuleerde of uitgestelde behandeling inhalen binnen een periode tot maximaal een half jaar na de coronacrisis. <aangepast d.d. 12-6-2020>

***Addendum voor vrouwen die hun behandeling vergoed krijgen via de zorgverzekeraar**

In verband met de coronacrisis in 2020 kunnen vrouwen, die tijdens de coronacrisis de leeftijd van 43 jaar bereikten en bij wie een fertiliteitsbehandeling was gepland, maar die is geannuleerd of uitgesteld, een

beroep doen op een coulanceregeling bij hun zorgverzekeraar om de betreffende geannuleerde of uitgestelde behandeling in te halen binnen een periode tot maximaal een half jaar na de coronacrisis. De beslissing hierover ligt bij de zorgverzekeraar. <aangepast d.d. 12-6-2020>

Kaders

- In het NVOG-standpunt Spermadonatie worden de zorgvuldigheidseisen rond spermadonatie toegelicht.²
- Bij elk verzoek tot behandeling met gedoneerde gameten screent een psychosociaal counselor conform modelprotocol 'Mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen'.¹
- Conform de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) is het noodzakelijk dat er wordt gehandeld volgens de professionele standaard en het vereiste van goed hulpverlenerschap en dat informed consent wordt verkregen voor elke behandeling.
- Donatie van geslachtscellen en embryo's is toegestaan conform de Embryowet.
- Conform de Wet Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (WDKB) worden alle geboortes na gameetdonatie geregistreerd bij de Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (www.donorgegevens.nl).
- De WDKB is van kracht sinds 1 juni 2004 en stelt kinderen die zijn ontstaan uit donorgameten of -embryo's vanaf hun zestiende levensjaar in staat persoons-identificerende gegevens over hun donor te ontvangen. Hierdoor is de anonimiteitswaarborg voor donoren vervallen.

Van belang voor de toekomst

- De werkgroep beveelt aan dat alle behandelingen zorgvuldig worden geregistreerd. Medische en psychologische follow-upgegevens van wensouders, donoren en kinderen moeten worden verzameld en gepubliceerd, zodat in de toekomst aanbevelingen geformuleerd kunnen worden op basis van evidence.
- De werkgroep beveelt aan dat de NVOG de kennishiaten die in dit standpunt worden beschreven prioriteert voor het vrijmaken van subsidiegelden voor nader wetenschappelijk onderzoek.
- De werkgroep constateert dat er in de maatschappij meer ruimte gevraagd en gecreëerd wordt voor het toepassen van verschillende geassisteerde voortplantingstechnieken. De toepassing daarvan kan in een aantal situaties resulteren in (beoogde) vormen van ouderschap waar geen adequate juridische wet- en regelgeving voor bestaat. Illustratief hiervoor zijn het (juridisch) meerouderschap en het verkrijgen van (juridisch) ouderschap na een draagmoederschapsprocedure. De werkgroep beveelt derhalve aan om de huidige wet- en regelgeving op die gebieden onder de loep te nemen.

Literatuur

- 1 Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie (NVOG). Modelprotocol mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen. Utrecht: NVOG; 2010.
- 2 Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie (NVOG) en Vereniging van Klinisch Embryologen. Landelijk standpunt spermadonatie; specifieke eisen voor spermadonoren [concept]. Utrecht: NVOG; 2015.

Hoofdstuk 1. Heteroseksuele wensouders met een verzoek tot behandeling met donorsemen

Indicaties

- Azoöspermie waarbij gebruik van chirurgisch verkregen zaadcellen (testiculaire sperma extractie (TESE), microchirurgische epididymale sperma aspiratie (MESA) of percutane epididymale sperma aspiratie (PESA)) niet gewenst of mogelijk is.
- Ernstige mannelijke factor gedefinieerd als een pre-wash volume x concentratie x motiliteit (VCM) van minder dan 1 miljoen zaadcellen per milliliter waarbij intracytoplasmatische sperma injectie (ICSI) niet gewenst of mogelijk is.
- Preventie van verticale transmissie van een genetische aandoening waarbij pre-implantatie genetische diagnostiek (PGD) of prenatale diagnostiek niet gewenst of mogelijk is.
- Preventie van verticale transmissie van humaan immunodeficiëntievirus (HIV), hepatitis B- of C-virus, waarbij sperma wassen niet gewenst of mogelijk is.

Verantwoord?

Medisch

- Behandeling met gecryopreserveerd donorsemen kan met intracervicale inseminatie (ICI) of met intra-uteriene inseminatie (IUI). Beide gebeuren in de natuurlijke cyclus van de vrouw, op geleide van een luteïniserend hormoon (LH)-test of van ovulatie-triggering. Bij ICI wordt gecryopreserveerd semen na ontdooiing in een cupje gedeponereerd, waarna het cupje op de cervix geplaatst wordt. Bij IUI wordt het semen met een IUI-katheter in de baarmoederholte geplaatst. Beide behandelingen vinden tenminste 6-12 keer plaats. Verdere behandeling gebeurt zoals bij onbegrepen subfertiliteit, middels IUI met milde ovariële hyperstimulatie (IUI-MOH) of middels in-vitrofertilisatie (IVF).
- Bij ovariële hyperstimulatie in het kader van IUI-MOH of IVF wordt met gonadotrofines de groei van meerdere follikels verkregen. Hierdoor kan het ovarieel hyperstimulatiesyndroom ontstaan. Vaak kan dit voortijdig worden herkend en wordt de cyclus afgebroken. Het afbreken van een stimulatiecyclus is op zichzelf een risico. De vrouw heeft zichzelf dan 'voor niets' geïnjecteerd met kostbare preparaten. Dit brengt emotionele en financiële schade met zich mee.
- Het risico op het overbrengen van een seksueel overdraagbare aandoening (SOA) en cytomegalovirus (CMV) is verwaarloosbaar.¹⁻³
- Ovariële hyperstimulatie bij IUI brengt het risico op meerlingen met zich mee. In Nederland ligt dit percentage rond de 7%.⁴ Een alternatief voor IUI met milde ovariële hyperstimulatie zou IVF kunnen zijn met het terugplaatsen van 1 embryo.
- Omdat donoren over het algemeen meer kinderen krijgen dan gemiddeld, bestaat de kans op het voortbrengen van meerdere kinderen met een erfelijke afwijking. In Nederland is door de minister, op advies van de Gezondheidsraad, bepaald dat donoren maximaal 25 kinderen mogen krijgen.⁵ In sommige landen worden semendonoren uitgebreid genetisch getest. Internationaal wordt steeds vaker gepleit voor een dergelijke screening. Om de proportionaliteit van brede genetische screening te kunnen overzien is een nader debat noodzakelijk.^{6 7} In Nederland worden semendonoren vooralsnog niet gescreend (zie verder onder 'Ethisch', en NVOG-standpunt Spermadonatie⁸).
- In enkele studies wordt gewezen op een mogelijk verhoogde kans op pre-eclampsie bij vrouwen die behandeld worden met donorsemen, vergeleken met vrouwen die zwanger worden na behandeling met semen van hun partner.⁹ Het precieze mechanisme hierachter is niet bekend, mogelijk heeft het te maken met immunologische factoren bij het ontstaan van pre-eclampsie in relatie tot beperkte blootstelling van de vrouw aan donorsemen.

Ethisch

Sinds enkele decennia is de aandacht verschoven van de principiële vraag of KID wel ethisch verantwoord is naar de vraag welke zorgvuldigheidsvoorwaarden bij KID in acht moeten worden genomen. Aspecten die hierbij sterk in de belangstelling staan, betreffen de informationele zelfbeschikking van kinderen die met donorgameten zijn verwekt en eventuele genetische screening van gameetdonoren.

Wat het eerste betreft hebben de ouders een prima facie verplichting tot openheid jegens het kind over zijn ontstaanswijze. Echter, zij moeten zelf kunnen beslissen of zij daadwerkelijk openheid van zaken geven; ouders kunnen even persoonlijke als zwaarwegende redenen hebben om het kind niet in te lichten.

Genetische screening van gameetdonoren heeft behalve mogelijke voordelen ook mogelijke nadelen. Zo kan het de illusie voeden dat risico-vrije voortplanting bestaat en kan het vereiste van geïnformeerde toestemming c.q. het recht op niet weten van de donor gemakkelijk onder druk komen te staan, zeker als men genoom-brede tests zou toepassen. Genetische screening van gameetdonoren is alleen verantwoord als de mogelijke voordelen duidelijk opwegen tegen de mogelijke nadelen. Om de proportionaliteit van brede genetische screening te kunnen overzien is een nader debat noodzakelijk.⁷ Dit valt buiten het bestek van dit standpunt.

Psychologisch

In grootschalige empirische follow-upstudies in uiteenlopende Westerse landen verschilden de kwaliteit van de ouder-kindrelaties en de psychische ontwikkeling van de kinderen geboren na semendonatie, niet van die in 'naturally conceived' heteroseksuele gezinnen.^{10 11} Het betrof hier echter altijd gezinnen waar het kind niet was ingelicht over hun donorconceptie en waarbij de donor anoniem was. Sinds de invoering van de Wet Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting in 2004 bestaat de mogelijkheid dat kinderen vanaf de leeftijd van 16 jaar de identiteit van de donor achterhalen en hem eventueel ontmoeten. Van heteroseksuele wensouders is bekend dat zij het moeilijk vinden om hun kind adequaat in te lichten over hun donorconceptie.¹² Hierdoor ontstaat binnen gezinnen een potentieel spanningsveld. Het is daarom sterk aanbevolen de betrokkenen te verwijzen naar een psychosociaal counselor die met hen de implicaties van gameetdonatie bespreekt en hen wijst op de potentiële risico's van geheimhouding (zie hoofdstuk II, kopje 'Aanbevelingen voor counseling').

Juridisch

- Donatie van geslachtcellen en embryo's is toegestaan conform de Embryowet.
- Conform de Wet Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (WDKB) worden geboortes na gameetdonatie gemeld bij de Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (www.donorgegevens.nl). Zowel de donor als de acceptor moet worden ingelicht over de wettelijk verplichte registratie.
- Het Burgerlijk Wetboek (BW) gaat uit van juridisch en niet van biologisch ouderschap. KID levert in die zin geen problemen op.

Algemene aanbevelingen en aandachtspunten

Deze zijn beschreven op de pagina's 18 en 19.

Specifieke aanbevelingen, aandachtspunten, randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen

Medisch

- Behandeling middels ICI of IUI.
- In het NVOG-standpunt 'Spermadonatie' wordt beschreven aan welke richtlijnen een semenbank zich dient te houden.⁸
- De behandeling met donorsemen wordt beschreven in de Nederlands-Belgische Vereniging voor Kunstmatige Inseminatie (NBVKI)-richtlijn Behandeling met donorzaad.¹³

Ethisch

Een nadere discussie is nodig over de vraag of en zo ja onder welke voorwaarden genetische screening van gameetdonoren proportioneel kan zijn.

Psychologisch

- Psychologische counseling over implicaties van behandeling met donorsemen door een psychosociaal counselor.

Juridisch

- Volgen van de geldende Europese en landelijke richtlijnen: NVOG-standpunt Spermadonatie, NBVKI-richtlijn Behandeling met donorzaad, en CBO-richtlijn maximum aantal kinderen per semendonor.^{5 813}

Literatuur

- 1 NVOG-Standpunt geassisteerde voortplanting en infecties. <http://nvog-documenten.nl/uploaded/docs/definitief%20Standpunt%20Geassisteerde%20Voortplanting%20en%20Infecties.pdf>.
- 2 Fernandez A, Gonzalez-Gomez F, Molina R, Yoldi A, Gonzalvo MC, Vergara F, et al. Immune status against CMV in donors of gametes and among infertile couples. [Estado inmune frente al citomegalovirus en donantes de gametos y parejas esteriles.] Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproduccion Humana. 2004; 21: 301-9.
- 3 Daniels KR. Donor insemination. ESHRE Monographs. 2002: 31-2.
- 4 Bendsorp AJ, Tjon-Kon-Fat RI, Bossuyt PM, Koks CA, Oosterhuis GJ, Hoek A, et al. Prevention of multiple pregnancies in couples with unexplained or mild male subfertility: randomised controlled trial of in vitro fertilisation with single embryo transfer or in vitro fertilisation in modified natural cycle compared with intrauterine insemination with controlled ovarian hyperstimulation. BMJ. 2015; 350: g7771.
- 5 CBO-Advies Maximum aantal kinderen per spermadonor. Utrecht: Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing; 1992.
- 6 Janssens PM, Thorn P, Castilla JA, Frith L, Crawshaw M, Mochtar M, et al. Evolving minimum standards in responsible international sperm donor offspring quota. Reprod Biomed Online. 2015; 30: 568-80.
- 7 Dondorp W, De Wert G, Pennings G, Shenfield F, Devroey P, Tarlatzis B, et al. ESHRE Task Force on Ethics and Law 21: genetic screening of gamete donors: ethical issues. Hum Reprod. 2014; 29: 1353-9.
- 8 Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie (NVOG) en Vereniging van Klinisch Embryologen. Landelijk standpunt spermadonatie; specifieke eisen voor spermadonoren [concept]. Utrecht: NVOG; 2015.
- 9 González-Comadran M, Urresta Avila J, Saavedra Tascón A, Jimenéz R, Solà I, Brassesco M, et al. The impact of donor insemination on the risk of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014; 182: 160-6.
- 10 Golombok S, Brewaeys A, Cook R, Giavazzi M, Guerra D, Mantovani A, et al. The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. Hum Reprod. 1996; 11: 2324-31.
- 11 Golombok S, Brewaeys A, Giavazzi MT, Guerra D, Maccallum F, Rust J. The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. Hum Reprod. 2002; 17: 830-40.
- 12 Gottlieb C, Lalos O, Lindbläs F. Disclosure of donor insemination to the child: the impact of Swedish legislation on couples' attitudes. Hum Reprod. 2000; 15: 2052-6.
- 13 Nederlands-Belgische Vereniging voor Kunstmatige Inseminatie (NBVKI). Richtlijn Behandeling met donorzaad. Elsendorp: NBVKI; 2009.

Hoofdstuk 2. Heteroseksuele wensouders met een verzoek tot behandeling met donoreicellen

Indicatie

Eiceldonatie is het afstaan van eicellen door een vrouw (donor) met als doel bij een andere vrouw (acceptor) een zwangerschap mogelijk te maken.¹ De indicatie voor eiceldonatie is: ongewenste subfertiliteit als gevolg van een eicelfactor. Het doneren van eicellen wordt in Nederland voornamelijk toegepast bij vrouwen met prematuur ovarieel falen. Andere in Nederland geaccepteerde indicaties zijn onbereikbaarheid van de ovaria voor ovum pick-up bij IVF, en de aanwezigheid van een erfelijke aandoening bij vrouwen met kinderwens.¹ In de loop der jaren heeft het indicatiegebied zich uitgebreid naar patiënten met herhaaldelijk mislukte IVF-behandelingen en climacteriële en postmenopauzale vrouwen.

Verantwoord?

Medisch

Wereldwijd is de kans op zwangerschap na een eiceldonatiebehandeling even goed als of zelfs beter dan na een IVF-behandeling.²⁻⁴ Bij de interpretatie van deze cijfers moet rekening worden gehouden met het feit dat in sommige landen veelvuldig gebruik wordt gemaakt van jonge donoren. Deze donoren worden meestal gevonden via een commerciële eicelbank. Die situatie verschilt wezenlijk van die in Nederland, waar de vrouw meestal zelf een donor zoekt die vaak zelf reeds kinderen heeft en van wie de leeftijd dan ook meestal ruim boven de 30 jaar ligt. Verder is het in veel landen gebruikelijk om meer embryo's terug te plaatsen dan in Nederland wenselijk geacht wordt; dit komt tot uitdrukking in hoge percentages meerlingzwangerschappen.¹ In een Nederlandse case-control studie met een gemiddelde eiceldonorleeftijd van 34,4 jaar was er geen verschil in het klinisch zwangerschapspercentage (27%) tussen de groep 'zwanger middels eiceldonatie' versus de controlegroep 'zwanger na IVF'.⁵

Risico's voor de donor

Het ovarieel hyperstimulatiesyndroom (OHSS) is een potentieel levensbedreigende complicatie die kan ontstaan bij de behandeling van anovulatie met ovulatie-inductie (OI), bij gecontroleerde ovariële hyperstimulatie (COH) en bij IVF. In 0,1-2% van die behandelingen treedt een ernstig OHSS op.⁶⁻⁸ Door te kiezen voor een gonadorelin releasing hormone (GnRH)-antagonistprotocol met een GnRH-agonisttrigger wordt het risico op OHSS geminimaliseerd.⁷ Risico op infectie, bloeding of torsie van het ovarium is kleiner dan 0,5%.⁹

De kans op een infectie na de punctie met als gevolg tubapathologie bij de donor leidde in het verleden tot het advies een donor te kiezen die zelf geen kinderwens (meer) had.¹ De kans op een infectie na ovum pick-up is ongeveer 0,2%, waarbij het onduidelijk is of en zo ja bij hoeveel vrouwen deze infectie tubapathologie veroorzaakt.¹⁰ Dit kleine risico moet besproken worden met de potentiële donor, maar hoeft geen reden te zijn om af te zien van eiceldonatie door een vrouw die zelf nog kinderwens heeft.

Risico's voor de ontvangster en risico's tijdens de zwangerschap

Zwangerschappen na eiceldonatie geven een grotere kans op complicaties dan die welke op natuurlijke wijze zijn ontstaan en dan gewone IVF-zwangerschappen.^{1 11-14 15}

De belangrijkste gerapporteerde complicaties zijn: spontane miskraam (14-32%), bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap (12-53%), zwangerschapshypertensie (PIH) en preëclampsie (31-34%), intra-uteriene groeivertraging (11-34%; bij meerlingzwangerschappen meer dan bij eenlingzwangerschappen), (idiopathische) vroeggeboorte. Het grootste deel van de zwangerschappen in deze onderzoeken werd beëindigd met een sectio caesarea (57-71%), waarbij een substantieel deel electief was.

- In een matched control studie (zwangerschappen ontstaan na eiceldonatie versus na IVF met eigen eicellen) was het risico op zwangerschapshypertensie verhoogd (OR: 1,50; BI: 1,02-

2,20) en het risico op bloedverlies in het eerste trimester van de zwangerschap ook (OR: 1,49; BI: 1,04-2,15). Het risico op preëclampsie, zwangerschapsdiabetes, groeivertraging, sectio caesarea en inleiding van de baring was niet significant verhoogd.¹⁶

In een meta-analyse van 28 studies trad PIH op bij 23%. De berekende OR voor PIH na eiceldonatie was 2,57 (95%-BI: 1,91-3,47) ten opzichte van conventionele geassisteerde voortplanting zonder eiceldonatie en 6,60 (95%-BI: 4,55-9,57) ten opzichte van zwangerschap die zonder geassisteerde voortplanting tot stand kwam.¹⁷

Risico's voor het kind

In het beperkte vervolgonderzoek dat is verricht bij kinderen die zijn geboren na eiceldonatie was hun algemene gezondheid vergelijkbaar met die van kinderen geboren na IVF.¹⁸

Ethisch

De ethische overwegingen bij KID ten behoeve van heteroseksuele paren zijn hier analoog van toepassing. Het is de verantwoordelijkheid van de arts om de medische en psychosociale risico's voor de eiceldonor zoveel als redelijkerwijs mogelijk is, te beperken.

Psychologisch

Tot voor de recente introductie van eicelbanken, waren bij eiceldonatie wensmoeder en donor altijd bekenden van elkaar. Meestal zochten wensouders een eiceldonor in hun nabije familie of vriendenkring. Omdat betrokkenen vaak een belangrijke emotionele band hebben met elkaar, is het essentieel om te onderzoeken hoe autonoom de donor haar keuze heeft kunnen maken. Zoals bij elke vorm van donatie door een bekende, zal de donor in meerdere of mindere mate contact hebben met het kind. Dit heeft een aantal belangrijke implicaties: (1) Wensouder en donor moeten consensus bereiken over wie ze zullen inlichten over de donatie en over de identiteit van de donor. Hierbij gaat het in eerste instantie over het kind van de wensouders. Echter als de donor ook kinderen heeft, moet ook daar een overeenkomst gesloten worden. Verder moet men bespreken wat men wel en niet vertelt aan belangrijke derden. (2) Wensouders en donor moeten overeenkomen welke rol de donor zal spelen in het leven van het kind.

Een verwijzing naar een psychosociaal counselor om bovengenoemde implicaties te bespreken, is sterk aanbevolen.

Juridisch

- Donatie van geslachtcellen en embryo's is toegestaan conform de Embryowet.
- Conform de WDKB worden geboortes na gameetdonatie gemeld bij de Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (www.donorgegevens.nl). Zowel de donor als de acceptor moet worden ingelicht over de wettelijk verplichte registratie.¹
- Het Burgerlijk Wetboek (BW) gaat uit van juridisch en niet van biologisch ouderschap. Eiceldonatie levert in die zin geen problemen op.

Algemene aanbevelingen

Deze zijn beschreven op de pagina's 18 en 19.

Specifieke aanbevelingen, aandachtspunten, randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen

Medisch

- Gezien de grotere kans op complicaties wordt een preconceptioneel adviesconsult bij een gynaecoloog-perinatoloog aanbevolen. Tijdens dit consult kunnen de risico's voor donor en ontvangster van eicellen worden besproken. Het is van belang om in kaart te brengen of er bij de ontvangster pre-existente aandoeningen aanwezig zijn zoals bijvoorbeeld hypertensie, waardoor het risico op complicaties tijdens de zwangerschap kan toenemen. De werkgroep beveelt tevens aan om zwangerschappen die ontstaan zijn na een eiceldonatieprocedure in de tweede lijn te controleren.

- De meest voorkomende praktijk in Nederland is dat de wensouders zelf een donor meebrengen, namelijk een vriendin die of een familielid dat bereid is de IVF-procedure voor hen te ondergaan. Bij elke eerste eiceldonatieprocedure moet counseling plaatsvinden betreffende de medische aspecten van de behandeling door de gynaecoloog. Het is te overwegen om een gesprek te plannen met de donor en eventuele partner, de acceptor en eventuele partner, en de donor en de acceptor met eventuele partners samen. De eindverantwoordelijkheid voor de behandeling ligt bij de gynaecoloog.¹

Eiceldonor

- Terughoudendheid is geboden bij een beoogde eiceldonor met wie geen goede communicatie mogelijk is, met een niet-behandelbare seksueel overdraagbare aandoening, met een verhoogd risico op complicaties ten gevolge van de stimulatie of de punctie (bijvoorbeeld bij ernstig overgewicht), en/of met een ernstige erfelijke aandoening (in de familie). Bij deze laatste groep is screening belangrijk, waarbij mede in het licht van de ernst van de ziekte en het herhalingsrisico wordt besloten of er een contra-indicatie voor behandeling bestaat.^{1,19}
- Leeftijd van de donor
Eiceldonoren moeten tenminste meerderjarig zijn. De werkgroep beveelt aan terughoudend te zijn met eiceldonoren jonger dan 30 jaar, ook als ze kinderen hebben. Het is namelijk mogelijk dat jonge vrouwen minder weerstand hebben tegen eventueel uitgeoefende druk om tot donatie over te gaan.
Met de acceptor wordt besproken dat met het stijgen van de leeftijd van de donor de kans op zwangerschap afneemt. De kans op zwangerschap na IVF is bij een leeftijd van 43 jaar zeer gering.
Bij donoren die ouder dan 36 jaar zijn, moet gewezen worden op de verhoogde risico's van chromosomale afwijkingen en op de mogelijkheid van prenatale diagnostiek.¹

Psychologisch

- Counseling door psychosociaal counselor.
- Bij elke eerste eiceldonatieprocedure dient een medische en psychosociale counseling plaats te vinden van de acceptor en eventuele partner, van de donor en eventuele partner en van de betrokkenen gezamenlijk.

Leeftijdsgrens voor ontvangsters van donoreicellen

In Nederland werd een maximumleeftijd voor ontvangsters van donoreicellen aangehouden van 45 jaar.¹ Deze leeftijdsgrens was vooral ingesteld vanwege onduidelijkheid over gezondheidsrisico's voor oudere vrouwen tijdens de zwangerschap en rond de bevalling. Inmiddels is in het buitenland de ervaring met zwangerschappen op hogere leeftijd na eiceldonatie toegenomen.²⁰ Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op complicaties gerelateerd aan zwangerschap en bevalling lineair toe. Dit is het geval bij een spontane zwangerschap van eigen eicellen en ook na eiceldonatie en IVF. De incidentie van diabetes gravidarum, hypertensie en pre-eclampsie neemt lineair met de leeftijd toe, evenals de kans op placenta praevia en sectio caesarea.²⁰⁻²² Over de kans op intra-uteriene groeivertraging en vroeggeboorte is de literatuur niet eenduidig.²⁰⁻²² Er zijn geen aanwijzingen voor een verhoogde kans op neonatale sterfte na zwangerschappen die ontstaan zijn middels eiceldonatie bij oudere vrouwen tot 50 jaar.

De combinatie van toename van pre-existente maternale ziekten bij oudere vrouwen, toename van zwangerschapscomplicaties bij vrouwen die op hogere leeftijd zwanger worden, samen met het verhoogde risico door eiceldonatie op vooral pre-eclampsie zorgt voor een specifieke combinatie van gezondheidsrisico's voor de oudere zwangere na eiceldonatie en haar kind.²³ Deze risico's moeten zorgvuldig voor iedere individuele vrouw worden afgewogen voorafgaand aan een behandeling. Hierbij is het van belang om met een gynaecoloog-perinatoloog in kaart te brengen of en zo ja welke

pre-existente aandoeningen aanwezig zijn bij de ontvangster van donoreicellen, en welke invloed die op haar zwangerschap kunnen hebben.

Gezien de verhoogde risico's is het van belang de kans op een meerlingzwangerschap te minimaliseren. Het terugplaatsen van één embryo verdient daarom sterk de voorkeur.²⁰ Over de gezondheidsrisico's van zwangerschap bij vrouwen boven de 50 bestaat weinig evidence.

Naast bezorgdheid over de risico's bij zwangerschap en partus worden ook andere argumenten gebruikt voor het vasthouden aan een maximumleeftijd van 45 jaar voor de ontvangster bij eiceldonatie. Deze betreffen vooral het onnatuurlijke karakter van een zwangerschap bij oudere vrouwen en de psychosociale lange-termijn belangen van het kind.²⁴

In de media wordt vaak aangehaald dat zwangerschappen bij oudere vrouwen onnatuurlijk zijn, en dat er daarom geen indicatie voor behandeling bestaat. Er is echter geen scherpe scheiding tussen welke natuurlijke medische toestand wel of niet een indicatie voor behandeling oplevert. Wanneer bij vrouwen boven de 40 jaar IVF met donoreicellen wordt toegepast, is dat meestal een interventie vanwege een natuurlijke ovariële veroudering, een manipulatie van de biologische grens van de vrouwelijke vruchtbaarheid. Andere aandoeningen die samenhangen met het toenemen van de leeftijd, bijvoorbeeld vermindering van het gezichtsvermogen of artrose, worden medisch behandeld zonder dat daar discussies over worden gevoerd.²⁰

Over de psychosociale lange-termijn-gevolgen voor het kind bestaat weinig onderzoek. De literatuur die er is, laat bij wat oudere ouders geen toegenomen risico's voor de kinderen zien.²⁵ Het overlijden van een ouder is een belangrijke risicofactor voor verminderd welbevinden van een jong kind, maar de blijvende beschikbaarheid van een zorgzame andere ouder is een belangrijke beschermende factor. Gezien de toegenomen levensverwachting lijkt het niet onverantwoord om de grens voor eiceldonatie met een beperkt aantal jaren op te schuiven.

Specifieke aanbevelingen, aandachtspunten, randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen in relatie tot de leeftijdsgrens voor ontvangsters van donoreicellen

In de maatschappij neemt de vraag om tot op hogere leeftijd zwanger te kunnen worden toe. De werkgroep is zich bewust van de toegenomen gezondheidsrisico's van zwangerschap op hogere leeftijd, al dan niet met eiceldonatie, en beveelt aan om een zwangerschap niet onnodig uit te stellen.

Op grond van bovenstaande bevindingen en overwegingen ziet de werkgroep echter wel mogelijkheden om de maximumleeftijd voor het ontvangen van donoreicellen te verhogen tot aan het 50e jaar. Hierbij moet een aantal zorgvuldigheidseisen in acht worden genomen. Het informeren van wensouders over de verhoogde risico's rond zwangerschap en geboorte is van groot belang. De werkgroep beveelt een preconceptioneel adviesconsult bij een gynaecoloog – perinatoloog aan, waarin de risico's van de behandeling en de toegenomen risico's van zwangerschap op oudere leeftijd en eiceldonatie aan de orde komen. Ook de mogelijke lange-termijneffecten van diabetes gravidarum, pre-eclampsie, IUGR en vroeggeboorte moeten besproken worden. De aanwezigheid van pre-existente aandoeningen bij de betreffende individuele wensmoeder moet onderzocht worden. Standaard screening op de aanwezigheid van diabetes en hypertensie kan overwogen worden. Uiteindelijk kan na het in kaart brengen van de individuele situatie van de wensmoeder een advies worden gegeven over het al dan niet behandelen, gebaseerd op de succesansen en risico's van behandeling. Vanwege de verhoogde risico's wordt begeleiding van de zwangerschap in de tweede lijn aanbevolen.

Wanneer de leeftijdsgrens voor eiceldonatie wordt verhoogd tot een acceptorleeftijd tot aan het 50e jaar, kan overwogen worden om ook de leeftijdsgrens voor het terugplaatsen van iemands eigen cryo-embryo's aan te passen. Vrouwen die IVF hebben ondergaan in Nederland, zijn jonger dan 43 jaar. Wanneer uit deze IVF-behandelingen cryo-embryo's zijn voortgekomen die nog niet teruggeplaatst zijn, kan overwogen worden deze terug te plaatsen tot een leeftijd tot 50 jaar.

Literatuur

- 1 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Modelreglement Embryowet. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications; 2003.
- 2 Remohi J, Gartner B, Gallardo E, Yalil S, Simon C, Pellicer A. Pregnancy and birth rates after oocyte donation. *Fertil Steril.* 1997; 67: 717-23.
- 3 Society for Assisted Reproductive Technology, American Society for Reproductive Medicine. Assisted reproductive technology in the United States: 2000 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology Registry. *Fertil Steril.* 2004; 81: 1207-20.
- 4 Budak E, Garrido N, Soares SR, Melo MA, Meseguer M, Pellicer A, et al. Improvements achieved in an oocyte donation program over a 10-year period: sequential increase in implantation and pregnancy rates and decrease in high-order multiple pregnancies. *Fertil Steril.* 2007; 88: 342-9.
- 5 Dorp W van, Rietveld AM, Laven JS, Heuvel-Eibrink MM van den, Hukkelhoven CW, Schipper I. Pregnancy outcome of non-anonymous oocyte donation: a case-control study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014; 182: 107-12.
- 6 Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie (NVOG). Richtlijn Ovarieel Hyperstimulatiesyndroom (2.0). Utrecht: NVOG; 2008.
- 7 Humaidan P, Kol S, Papanikolaou EG; Copenhagen GnRH Agonist Triggering Workshop Group. GnRH agonist for triggering of final oocyte maturation: time for a change of practice? *Hum Reprod Update.* 2011; 17: 510-24.
- 8 Maxwell KN, Cholst IN, Rosenwaks Z. The incidence of both serious and minor complications in young women undergoing oocyte donation. *Fertil Steril.* 2008; 90: 2165-71.
- 9 Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine; Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. Repetitive oocyte donation: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2014; 102: 964-6.
- 10 Dicker D, Ashkenazi J, Feldberg D, Levy T, Dekel A, Ben-Rafael Z. Severe abdominal complications after transvaginal ultrasonographically guided retrieval of oocytes for in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril.* 1993; 59: 1313-5.
- 11 Yaron Y, Ochshorn Y, Amit A, Kogosowski A, Yovel I, Lessing JB. Oocyte donation in Israel: a study of 1001 initiated treatment cycles. *Hum Reprod.* 1998; 13: 1819-24.
- 12 Abdalla HI, Billett A, Kan AKS, Baig S, Wren M, Korea L, et al. Obstetric outcome in 232 ovum donation pregnancies. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998; 105: 332-7.
- 13 Pados G, Camus M, Steirteghem A van, Bonduelle M, Devroey P. The evolution and outcome of pregnancies from oocyte donation. *Hum Reprod.* 1994; 9: 538-42.
- 14 Söderström-Anttila V, Tiitinen A, Foudila T, Hovatta O. Obstetric and perinatal outcome after oocyte donation: comparison with in-vitro fertilization pregnancies. *Hum Reprod.* 1998; 13: 483-90.
- 15 Masoudian P, Nasr A, de Nanassy J, Fung-Kee-Fung K, Bainbridge SA, El Demellawy D. Oocyte donation pregnancies and the risk of preeclampsia or gestational hypertension: a systematic review and meta analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 214: 328-39.
- 16 Stoop D, Baumgarten M, Haentjens P, Polyzos NP, Vos M de, Verheyen G, et al. Obstetric outcome in donor oocyte pregnancies: a matched-pair analysis. *Reprod Biol Endocrinol.* 2012; 10: 42.
- 17 Pecks U, Maass N, Neulen J. Oocyte donation: a risk factor for pregnancy-induced hypertension: a meta-analysis and case series. *Dtsch Arztebl Int.* 2011; 108: 23-31.
- 18 Söderström-Anttila V, Sajaniemi N, Tiitinen A, Hovatta O. Health and development of children born after oocyte donation compared with that of those born after in-vitro fertilization, and parents' attitudes regarding secrecy. *Hum Reprod.* 1998; 13: 2009-15.
- 19 Committee on Genetics. ACOG committee opinion. Genetic screening of gamete donors. Number 192. American College of Obstetricians and Gynecologists; 1997.
- 20 Kortman M, Wert GMWR de, Fauser BCJM, Macklon NS. Zwangerschap op oudere leeftijd door middel van eiceldonatie. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2006; 150: 2591-5.
- 21 Salmeen K, Zlatnik M. The oldest gravidas: a review of pregnancy risks in women over 45. *Obstet Gynecol Survey.* 2011; 66: 580-90.
- 22 Ben-David A, Glasser A, Schiff E, Boyko V, Lerner-Geval L. Pregnancy and birth outcomes among primiparae at very advanced maternal age: at what price? *J Matern Child Health.* 2016; 20: 833-42.
- 23 Younis JS, Laufer N. Oocyte donation is an independent risk factor for pregnancy complications: the implications for women of advanced age. *J Womens Health (Larchmt).* 2015; 24: 127-30.

- 24 Wert G de. Met het oog op de toekomst. Voortplantingstechnologie, erfelijkheidsonderzoek en ethiek. Amsterdam: Thela thesis; 1999.
- 25 Greenfield DA. Psychosocial aspects of oocyte donation in older couples. Curr Opin Obstet Gynecol. 2011; 23: 206-9.

Hoofdstuk 3. Lesbische wensouders met een verzoek tot behandeling met donorsemen

Indicatie

Bij een lesbisch paar is de indicatie voor behandeling met donorsemen de afwezigheid van een mannelijke partner. Kunstmatige inseminatie met donorsemen (KID) wordt sinds 1948 in Nederland uitgevoerd. KID wordt ook toegepast bij ernstige mannelijke subfertiliteit, bij dragerschap van een genetische afwijking of bij afwezigheid van een mannelijke partner.¹

Verantwoord?

Medisch

- Kansen op zwangerschap zijn gelijk aan de kansen op zwangerschap bij heteroparen.²
- Er zijn geen medische risico's voor de ontvanger mits adequate screening op seksueel overdraagbare aandoeningen bij de donor.³
- De medisch-technische aspecten zijn gelijk aan die zoals besproken in hoofdstuk 1 over heteroseksuele wensouders met een verzoek tot behandeling met donorsemen.

Ethisch

KID bij lesbische paren is verantwoord; de deontologische en consequentialistische bezwaren zijn dubieus.⁴

Psychologisch

In tegenstelling tot onderzoek naar gezinnen bestaande uit heteroseksuele ouders met kinderen na behandeling met donorsemen zijn er zeker meer dan 100 studies verricht naar lesbisch ouderschap. Dit onderzoek startte in de jaren 80 van de vorige eeuw. In die tijd was het voornamelijk een reactie op de negatieve beeldvorming van toen met betrekking tot homoseksualiteit in het algemeen. Lesbische vrouwen zouden nooit goede moeders zijn. In een eerste fase vergeleek men lesbische moeders van wie de coming-out dateerde van na de geboorte van de kinderen, met twee oudergezinnen en heteroseksuele alleenstaanden. Later volgden studies naar kinderen die waren geboren binnen de lesbische relatie, meestal via een semendonor. Daarnaast zocht men binnen grote bevolkingssteekproeven naar de groep lesbische moeders om deze te vergelijken met twee ouder heteroseksuele gezinnen. Drie meta-analyses geven een goed overzicht. De resultaten van onderzoek naar lesbisch ouderschap zijn unaniem. De psychische gezondheid van de moeders, de partnerrelatie-satisfactie, de overall kwaliteit van de ouder-kind relatie, het psychisch functioneren van de kinderen, nergens werden significante verschillen gevonden vergeleken met gezinnen met heteroseksuele ouders.⁵⁻⁷

Wanneer men meer in detail de diverse aspecten van de ouder-kind relatie bestudeerde, dan bleken de meemoeders (de niet biologische moeders) meer betrokken in diverse aspecten van de opvoeding van het kind dan de heteroseksuele vaders.⁸⁻¹⁰ Toch rapporteerde een aantal meemoeders dat zij voor een gelijkwaardige waardering door de omgeving veel harder moesten werken dan de biologische moeder. Sinds 2014 is de wetgeving in Nederland van dien aard dat lesbische moeders, indien zij dat wensen, wettelijk gelijkwaardige ouders kunnen zijn. Zonder twijfel draagt deze mogelijkheid bij aan het welzijn van deze families.

Eén kwalitatieve studie rapporteerde dat jaloeziegevoelens van de meemoeder vaak voorkwamen. Deze gevoelens hielden verband met (a) de mate waarin de meemoeder ook een kinderwens had en (b) of er een verschil in aandacht en hechting werd ervaren tussen het kind en één van beide moeders.¹¹

Sociale stigmatisering in lesbische gezinnen kan impact hebben op het welzijn van de kinderen. In een Nederlandse studie onder 4- tot 8-jarige kinderen (n = 100) rapporteerden de moeders relatief weinig negatieve reacties vanuit hun sociale omgeving.¹⁰ In andere studies waren adolescenten en jong-volwassenen zelf aan het woord; de meesten waren 'weleens' of 'regelmatig' aangesproken op het lesbisch zijn van hun moeders. Dit leidde ertoe dat de adolescenten hun gezinsvorm soms

verhulden en moeilijker aansluiting vonden met leeftijdsgenoten. In alle gevallen werd er een verband gevonden tussen stigmatisering en het psychisch welzijn van de kinderen.¹²⁻¹⁹ Zeker in Nederland gingen de meeste kinderen adequaat om met deze externe stressoren. De volgende factoren die het effect van stigmatisering enigszins konden bufferen, werden gevonden: een goede relatie met de moeders, een accepterende peer groep, contacten met andere lesbische twee-moedergezinnen, een school waar kinderen uit diverse gezinsvormen naar toe gaan en waar het thema homoseksualiteit besproken wordt.¹⁵

Juridisch

- Donatie van geslachtcellen en embryo's is toegestaan conform de Embryowet.
- Conform de WDKB worden geboortes na gameetdonatie gemeld bij de Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (www.donorgegevens.nl). Zowel de donor als de acceptor moet worden ingelicht over de wettelijk verplichte registratie.
- Het juridisch ouderschap van lesbische paren is per 1 april 2014 in beginsel gelijkgesteld aan dat van heteroseksuele paren.²⁰ Bij een onbekende donor wordt de echtgenote of geregistreerd partner van de barendende vrouw van rechtswege juridisch moeder. Bij een bekende donor kan de vrouw die met de barendende vrouw is gehuwd of als partner is geregistreerd (de 'meemoeder') niet van rechtswege juridisch moeder worden. Het is dan aan de barendende vrouw (zij is immers altijd van rechtswege juridisch moeder) om te bepalen wie de tweede juridische ouder van het kind wordt: de donor of de meemoeder. Juridisch moederschap kan voorts verkregen worden door erkenning, gerechtelijke vaststelling en adoptie (art. 1:198 BW).

Algemene aanbevelingen

Deze zijn beschreven op de pagina's 18 en 19.

Specifieke aanbevelingen, aandachtspunten, randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen

Medisch

De behandeling is gelijk aan de behandeling van heteroseksuele wensouders met een verzoek tot gebruik van donorsemen (hoofdstuk 1).

Psychologisch

- Counseling door psychosociaal counselor.
- Het is van belang om aandacht te besteden aan wie als eerste zwanger gaat worden en hoe de keuze tot stand is gekomen wie de biologische moeder wordt.
- Lesbische paren waarderen de volgende punten in de zorg rondom vruchtbaarheidsbehandelingen: een open en niet veroordelende houding van het behandelteam, afwezigheid van de veronderstelling in bijvoorbeeld poster- en/of informatiemateriaal dat alle patiënten heteroseksueel zijn, kennis over de situatie van lesbische vrouwen en waardering, en erkenning van de meemoeder.¹⁸

Juridisch

- De wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek maakt het voor lesbische wensouders makkelijker om allebei juridisch moeder te worden. De meemoeder kan, zonder adoptieprocedure, van rechtswege of door erkenning juridisch moeder worden van het kind.

Literatuur

- 1 Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie en Obstetrie (NVOG) en Vereniging van Klinisch Embryologen. Landelijk standpunt spermadonatie; specifieke eisen voor spermadonoren [concept]. Utrecht: NVOG; 2015.
- 2 Nordqvist S, Sydsjö G, Lampic C, Åkerud H, Elenis E, Skoog Svanberg A. Sexual orientation of women does not affect outcome of fertility treatment with donated sperm. *Hum Reprod.* 2014; 29: 704-11.
- 3 Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine; Practice Committee of Society for Assisted Reproductive Technology. Recommendations for gamete and embryo donation: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2013; 99: 47-62.
- 4 Wert G de, Dondorp W, Shenfield F, Barri P, Devroey P, Diedrich K, et al. ESHRE Task Force on Ethics and Law 23. Medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. *Hum Reprod.* 2014; 29: 1859-65.
- 5 Stacey J, Bilbarz TJ. (How) does the sexual orientation of parents matter? *American Sociological Review.* 2001; 66: 159.
- 6 Crowl A, Ahn S, Baker J. A meta-analysis of developmental outcomes for children of same-sex and heterosexual parents. *J GLBT Fam Stud.* 2008; 4: 385-407.
- 7 Fedewa AL, Black WW, Ahn S. Children and adolescents with same-gender parents: a meta-analytic approach in assessing outcomes. *J GLBT Fam Stud.* 2014; 11: 1-34.
- 8 Brewaeyns A, Ponjaert I, Hall EV van, Golombok S. Donor insemination: child development and family functioning in lesbian mother families. *Hum Reprod.* 1997; 12: 1349-59.
- 9 Vanfraussen K, Ponjaert Kristoffersen I, Brewaeyns A. Family functioning in lesbian families created by donor insemination. *Am J Orthopsychiatry.* 2003; 73: 78-90.
- 10 Bos HMW, Balen F van, Boom DC van den. Experience of parenthood, couple relationship, social support, and child-rearing goals in planned lesbian mother families. *J Child Psychol Psychiatry.* 2004; 45: 755-64.
- 11 Pelka S. Sharing motherhood: maternal jealousy among lesbian co-mothers. *J Homosex.* 2009; 56: 195-217.
- 12 Bos HMW, Balen F van. Children in planned lesbian families: stigmatization, psychological adjustment and protective factors. *Cult Health Sex.* 2008; 10: 221-36.
- 13 Bos HMW, Gartrell NK, Balen, F van, Peyser H, Sandfort TGM. Children in planned lesbian families: a cross-cultural comparison between the United States and the Netherlands. *Am J Orthopsychiatry.* 2008; 78: 211-19.
- 14 Bos HMW, Gartrell NK. Adolescents of the USA National Longitudinal Lesbian Family Study; can family characteristics counteract the negative effects of stigmatization? *Family Process.* 2010; 49: 559-72.
- 15 Gelderen L van, Gartrell NN, Bos HMW, Hermanns JMA. Stigmatization and promotive factors in relation to psychological health and life satisfaction of adolescents in planned lesbian families. *J Fam Issues.* 2012; 34: 809-27.
- 16 Gelderen L van, Gartrell NN, Bos HMW, Rooij FB van, Hermanns JMA. Stigmatization associated with growing up in a lesbian-parented family: what do adolescents experience and how do they deal with it? *Children and Youth Services Review.* 2012; 34: 999-1006.
- 17 Gelderen L van, Bos HMW, Gartrell NN, Hermanns JMA, Perrin EC. Quality of life of adolescents raised from birth by lesbian mothers: the US National Longitudinal Family Study. *J Dev Behav Pediatr.* 2012; 33: 17-23.
- 18 Bos HMW, Gartrell NK, Gelderen L van. Adolescents in lesbian families: DSM-oriented scale scores and stigmatization. *J Gay Lesbian Soc Serv.* 2013; 25: 121-40.
- 19 Werner C, Westerståhl A. Donor insemination and parenting: concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2008; 87: 697-701.
- 20 Wet van 25 november 2013, tot wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek in verband met het juridisch ouderschap van de vrouwelijke partner van de moeder anders dan door adoptie. *Stb.* 2013: 480.

Hoofdstuk 4. Lesbische wensouders met een verzoek tot behandeling met donorsemen en gebruik van elkaars eicellen

Gedeeld lesbisch moederschap ('shared lesbian motherhood'; SLM) is een vorm van geassisteerde voortplanting waarbij binnen een lesbische relatie één of beide partners verzoeken om een zwangerschap met behulp van een eicel van de partner. Technisch (wat uitvoering betreft) is er hierbij geen verschil met eiceldonatie.

Indicatie

Er kan een psychosociale reden zijn, namelijk dat beide vrouwen graag de biologische moeder zijn. Een fysiek medische noodzaak voor SLM ter vervulling van de kinderwens is er niet.

Verantwoord?

Medisch

De opvattingen of SLM een medische behandeling is op verzoek of op indicatie, lopen uiteen. Er bestaat geen medische indicatie wanneer de ontvangende vrouw zwanger kan worden van eigen eicellen, of wanneer de donerende vrouw zelf zwanger kan worden van eigen eicellen. Toch kunnen er voor het paar, na uitleg en bespreking van risico's (zie hoofdstuk 2 over behandeling met donoreicellen) redenen zijn om te verzoeken tot toepassing van SLM.¹ Wanneer zowel KID als eiceldonatie toegepast worden zijn de gezondheidsrisico's voor de zwangere vrouw en het kind hoger dan wanneer alleen KID toegepast wordt (zie hoofdstuk 2).

Ethisch

Er lijken geen valide ethische argumenten te zijn om deze vorm van geassisteerde voortplanting op voorhand af te wijzen. Al is deze procedure belastender en riskanter dan het alternatief (KID), het paar moet dit nadeel kunnen afwegen tegen het eventueel door hen gepercipieerde voordeel van het leveren van een biologische bijdrage aan het verwekken van hun kind door beide partners.^{2 3}

Psychologisch

Psychologische studies over deze ouderschapsvorm zijn noch bij wensouders noch bij kinderen verricht.

Juridisch

- Donatie van geslachtcellen en embryo's is toegestaan conform de Embryowet.
- Conform de WDKB worden geboortes na gameetdonatie gemeld bij de Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (www.donorgegevens.nl). Zowel de donor als de acceptor moet worden ingelicht over de wettelijk verplichte registratie.⁴ Hierbij dient men alert te zijn op het feit dat er in deze specifieke situatie zowel sprake is van donorsemen als donoreicellen.
- Het juridisch ouderschap van lesbische paren is per 1 april 2014 in beginsel gelijkgesteld aan dat van heteroseksuele paren.⁵ Relevant in dat kader is dat bij een onbekende donor, de echtgenote of geregistreerd partner van de barendende vrouw van rechtswege juridisch moeder wordt. Bij een bekende donor kan de vrouw die met de barendende vrouw is gehuwd of als partner is geregistreerd (de 'meemoeder') niet van rechtswege juridisch moeder worden. Het is dan aan de barendende vrouw (zij is immers altijd van rechtswege juridisch moeder) om te bepalen wie de tweede juridische ouder van het kind wordt: de donor of de meemoeder. Juridisch moederschap kan voorts verkregen worden door erkenning, gerechtelijke vaststelling en adoptie (art. 1:198 BW).

Algemene aanbevelingen

Deze zijn beschreven op de pagina's 18 en 19.

Specifieke aanbevelingen, aandachtspunten, randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen

Medisch

- De behandelend gynaecoloog inventariseert wat de reden van verzoek is, benadrukt dat een genetisch eigen kind ook met minder invasieve techniek (KID) bereikbaar is, wijst op de risico's van IVF-behandeling en van zwangerschap na eiceldonatie, en bespreekt de casus in een multidisciplinair team.
- De gezondheidsrisico's voor de donerende vrouw (ondergaat IVF-behandeling) zijn gering. De gezondheidsrisico's voor de ontvangende vrouw (zwangerschap met donoreicel) zijn verhoogd vergeleken met een zwangerschap van haar eigen eicellen; aanbevolen wordt een preconceptioneel adviesconsult bij een gynaecoloog-perinatoloog waarin de zwangerschapsrisico's worden besproken en de individuele risico's voor de wensmoeder, zowel tijdens de zwangerschap als op lange termijn, op grond van haar eventuele pre-existente aandoeningen in kaart worden gebracht. Tevens wordt begeleiding van de zwangerschap in de tweede lijn aanbevolen (zie hoofdstuk 2).

Ethisch

Al kan SLM is het algemeen verantwoord zijn, nadere discussie is nodig over specifieke, complexe casus, zoals wanneer er een aanmerkelijk leeftijdsverschil is tussen beide vrouwen en het paar voorstelt de eicellen te gebruiken van de oudste van beide vrouwen.

Psychologisch

- Evidence over het welbevinden van betrokkenen ontbreekt.
- Counseling door psychosociaal counselor.

Juridisch

- De wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek maakt het voor lesbische wensouders makkelijker om allebei juridisch moeder te worden (art. 1:198 BW). De meemoeder kan zonder adoptieprocedure, van rechtswege of door erkenning juridisch moeder worden van het kind.

Literatuur

- 1 Marina S, Marina D, Marina F, Fosas N, Galiana N, Jové I. Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication. Hum Reprod. 2010; 25: 938-41.
- 2 Dondorp WJ, Wert GM de, Janssens PMW. Shared lesbian motherhood: a challenge of established concepts and frame works. Hum Reprod. 2010; 25: 812-4.
- 3 Wert GM de, Dondorp WJ, Shenfield F, Barri P, Devroey P, Diedrich K, et al. ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. Hum Reprod. 2014; 29: 1859-65.
- 4 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Modelreglement Embryowet. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications; 2003.
- 5 Wet van 25 november 2013, tot wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek in verband met het juridisch ouderschap van de vrouwelijke partner van de moeder anders dan door adoptie. Stb. 2013: 480.

Hoofdstuk 5. Alleengaande wensmoeder met een verzoek tot behandeling met donorsemen

Indicatie

De indicatie voor behandeling met donorsemen bij een alleengaande wensmoeder is de afwezigheid van semen vanwege de afwezigheid van een mannelijke partner.

Verantwoord?

Medisch

De behandeling gebeurt op identieke wijze aan die zoals beschreven bij heteroseksuele wensouders met een verzoek tot behandeling met donorsemen (hoofdstuk 1).

Bij alleengaande vrouwen kan een meerling een grote belasting betekenen. De werkgroep beveelt daarom aan om, wanneer er na tenminste 6-12 keer inseminatie in de natuurlijke cyclus een indicatie bestaat voor behandeling vanwege onbegrepen subfertiliteit, de verhoogde kans op een meerling bij behandeling met IUI-MOH te bespreken. Als alternatief kan dan IVF met single embryo transfer overwogen worden.

Ethisch

Geassisteerde voortplanting bij alleengaanden is al jaren een onderwerp van debat. De bewijslast om alleengaanden behandeling te onthouden, ligt bij de critici.¹ De werkgroep vindt de deontologische en consequentialistische bezwaren tegen geassisteerde voortplanting voor alleengaande wensmoeders dubieus.

Psychologisch

Slechts een beperkt aantal klinieken is bereid deze groep een fertiliteitsbehandeling aan te bieden.²

De negatieve beeldvorming rondom alleengaand ouderschap is allicht gevoed door de impliciete norm dat een kind beter af is met een moeder én een (biologische) vader.

Onderzoeksresultaten spelen ook een rol in de negatieve beeldvorming. Grootschalige studies, uitgevoerd in diverse landen met uiteenlopende methodieken, rapporteren significant meer psychische problemen bij zowel de kinderen als de alleengaande ouders dan in twee-oudergezinnen.³

Het gaat hier echter vooral over gezinnen waarin de ouder onvrijwillig alleengaand was na een echtscheiding. Bovendien ervaren deze ouders vaak een gebrek aan sociale en emotionele steun en leefden zij in minder gunstige materiële omstandigheden. Het is bekend dat dergelijke factoren een negatieve impact hebben op het welzijn van de betrokken gezinsleden.

Alleengaande vrouwen die er bewust voor kiezen om zonder partner een gezin te stichten, verschillen van het hierboven geschetste profiel. Ondanks een mogelijke selectiebias (een subset van alleengaande vrouwen is na screening geaccepteerd voor behandeling met donorsemen) komt uit een aantal studies, uitgevoerd in uiteenlopende Westerse landen, een vrij eenduidig beeld naar voren.⁴⁻⁶ De meeste van deze vrouwen had in het verleden betekenisvolle partnerrelaties met een man. De biologische klok deed hen kiezen voor solo-moederschap eerder dan te wachten op een geschikte vader, waarbij zij een partnerrelatie in de toekomst niet uitsloten. Vaak ging een rouwproces vooraf aan deze (tweede) keuze. Vrouwen waren gemiddeld ouder dan 35 jaar bij aanmelding in een fertiliteitskliniek. De meesten waren hoogopgeleid en beschikten over een breed sociaal netwerk. Een online survey van 291 solo-moeders in Groot-Brittannië laat zien dat de meerderheid groot belang hecht aan de aanwezigheid van 'mannen' in het leven van hun kind.⁶ Een deel van de alleengaande vrouwen kiest voor behandeling in een semenbank, anderen kiezen voor zelfinseminatie met een bekende donor die ze kennen uit hun kennissenkring of via internet. Deze bekende donor kan later een variatie aan rollen vervullen in het opvoedingsproces; zie ook hoofdstuk 12 over meerouderschap.

In verschillende studies werd het psychisch welbevinden van alleengaande moeders en hun kinderen gemeten, en vergeleken met dat van twee-oudergezinnen en hun kinderen. Significante verschillen tussen beide groepen werden niet gevonden toen de kinderen zes maanden tot een jaar oud waren.⁷

Bij een leeftijd van de kinderen van twee jaar werd in beide groepen een positieve relatie tussen moeder en kind beschreven waarbij de alleengaanden meer plezier in het moederschap rapporteerden en hun kind als minder moeilijk beschreven. De kinderen van de alleengaanden vertoonden minder emotionele en gedragsproblemen dan de kinderen in de controlegroep. De verschillen waren wel significant, maar klein.⁸

Ook in een studie waarin welbevinden van kinderen en ouder(s) in gezinnen van alleengaande moeders, lesbische paren en heteroseksuele paren werden vergeleken, kwamen geen ongunstige bevindingen voor alleengaande moeders naar voren. Op de meeste variabelen (kwaliteit ouder-kindrelaties, psychische ontwikkeling van de kinderen) werden geen significante verschillen gevonden. Als er al (kleine) verschillen werden geïdentificeerd, waren die in het voordeel van de solo- en lesbische moeders. Waar moeder(s) aan het hoofd stonden, traden minder conflicten op en hadden de kinderen een positiever zelfbeeld.⁹

Juridisch

- Donatie van geslachtcellen en embryo's is toegestaan conform de Embryowet.
- Conform de WDKB worden geboortes na gameetdonatie gemeld bij Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (www.donorgegevens.nl). Zowel de donor als de acceptor moet worden ingelicht over de wettelijk verplichte registratie.

Algemene aanbevelingen

Deze zijn beschreven op de pagina's 18 en 19.

Specifieke aanbevelingen, aandachtspunten, randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen

Medisch

- Identiek aan die voor heteroseksuele wensouders met verzoek tot behandeling met donorsemen (hoofdstuk 1).
- Nastreven van een eenlingzwangerschap, vanwege de mogelijk hoger ervaren belasting van een tweeling voor een alleengaande moeder.
- Bespreken van het belang van een sociaal netwerk met de wensmoeder, omdat de verzorging en de opvoeding van het kind op alleen haar neerkomt.

Psychologisch

- De kwaliteit van de ouder-kindrelaties en de psychische ontwikkeling van de kinderen zijn hetzelfde als in twee-ouder heteroseksuele gezinnen. Mogelijk speelt in de betreffende studies selectiebias.
- Counseling door psychosociaal counselor.

Literatuur

- 1 Wert G de, Dondorp W, Shenfield F, Barri P, Devroey P, Diedrich K, et al. ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. *Hum Reprod.* 2014; 29: 1859-65.
- 2 Melchior M. Single kan terecht (maar zoeken is het wel). *OPZIJ.* 2015; 43: 59-82.
- 3 Golombok S. Modern families. Parents and children in new family forms. Cambridge: University Press; 2015. p. 138-50.
- 4 Klock S, Jacob M, Maier D. A comparison of single and married recipients of donor insemination. *Hum Reprod.* 1996; 11: 2554-7.
- 5 Bos, H., Balen van, F. Children of the new reproductive technologies: Social and genetic parenthood. *Patient education and counseling.* 2010; 81: 429-35.
- 6 Jadvá V, Badger S, Morrissette M, Golombok S. Mom by choice, single by life's circumstance. Findings from a large scale survey of the experiences of single mothers by choice. *Hum Fertility.* 2009; 12: 175-84.
- 7 Murray C, Golombok S. Going it alone: solo mothers and their infants conceived by donor insemination. *Am J Orthopsychiatry.* 2005; 75: 242-53.

- 8 Murray C, Golombok S. Solo mothers and their donor insemination infants: follow-up at age 2 years. *Fertil Steril.* 2005; 85: 610-8.
- 9 Golombok S, Badger S. Children raised in mother-headed families from infancy: a follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers at early adulthood. *Hum Reprod.* 2010; 25: 150-7.

Hoofdstuk 6. Alleengaande wensmoeder met een verzoek tot behandeling met donorsemen en donoreicellen

Indicatie

De indicatie voor het gebruik van donorsemen bij een alleengaande wensmoeder is de afwezigheid van semen vanwege de afwezigheid van een mannelijke partner. De indicatie voor het gebruik van donoreicellen is de afwezigheid van bruikbare eicellen.

De combinatie van afwezigheid van zowel semen als bruikbare eicellen komt regelmatig voor, doordat alleengaande vrouwen vaak eerst gedurende vele jaren streven naar het vinden van een geschikte mannelijke partner om hun kinderwens mee te vervullen. Als het niet lukt om een mannelijke partner te vinden, kunnen ze besluiten om in tweede instantie alleen moeder te willen worden. Vrouwen die op deze gronden besluiten om over te gaan tot alleengaand ouderschap, zijn vaak ouder. Vanwege hun leeftijd kan hun ovariële reserve verminderd zijn.

Verantwoord?

Medisch

Bij deze vorm van geassisteerde voortplanting is IVF noodzakelijk vanwege de eiceldonatie. Voor de overwegingen over eiceldonatie wordt verwezen naar hoofdstuk 2 (Heteroseksuele wensouders met een verzoek tot het gebruik van donoreicellen). Zowel de gezondheidsrisico's van eiceldonatie als de gezondheidsrisico's bij zwangerschap op hogere leeftijd kunnen van toepassing zijn bij vrouwen die om semen- en eiceldonatie verzoeken.

Ethisch

Vanwege de mogelijke stapeling van risico's is extra zorgvuldigheid geboden.

Psychologisch

De werkgroep beveelt uitgebreide counseling aan zoals beschreven in hoofdstuk 2 (Heteroseksuele wensouders met een verzoek tot het gebruik van donoreicellen) en 5 (Alleengaande wensmoeder met een verzoek tot behandeling met donorsemen). Een belangrijk punt van aandacht in de counseling moet zijn: de afwezigheid van een genetische link tussen het kind en de alleengaande moeder. Over de ontwikkeling van kinderen in deze ouderschapsvorm bestaan geen empirische gegevens.

Juridisch

- Donatie van geslachtcellen en embryo's is toegestaan conform de Embryowet.
- Conform de WDKB worden geboortes na gameetdonatie gemeld bij Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (www.donorgegevens.nl). Zowel de donor als de acceptor moet worden ingelicht over de wettelijk verplichte registratie.¹

Algemene aanbevelingen

Deze zijn beschreven op de pagina's 18 en 19.

Specifieke aanbevelingen, aandachtspunten, randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen

Bij een verzoek tot zowel semen- als eiceldonatie speelt een combinatie van risico's: er zijn mogelijke gezondheidsrisico's verbonden aan de behandeling met eiceldonatie, gezondheidsrisico's bij zwangerschap op hogere leeftijd, en mogelijke psychologische risico's voor de wensmoeder en het kind. Deze risico's zijn apart van elkaar geen reden om een verzoek tot behandeling af te wijzen. De werkgroep komt echter tot de conclusie dat de specifieke combinatie van deze risico's samen met de afwezigheid van onderzoeksresultaten naar het welbevinden van wensmoeders en kinderen reden is voor grote terughoudendheid bij behandeling.

Bespreken van het verzoek van de vrouw in een team bestaande uit een gynaecoloog en een GZ-psycholoog alsmede individuele counseling door gynaecoloog-perinatoloog en psycholoog uit het team zijn belangrijk om zorg op maat te kunnen bieden. In deze counseling moeten risico's van de behandeling en baten voor de wensmoeder en het kind worden afgewogen.

De verantwoordelijkheid om follow-uponderzoek te doen, is hier extra van belang. De resultaten hiervan kunnen bijdragen aan betere counseling van toekomstige wensmoeders en verbetering van professionele richtlijnen en zorgvuldigheidsvoorwaarden.²

Als alternatief kan met de wensmoeder de optie van het vragen om het gebruik van een donorembryo besproken worden. Deze behandeling is medisch-technisch minder belastend, maar wordt in Nederland in de praktijk minder vaak toegepast dan de combinatiebehandeling met donorsemen en eiceldonatie. Ook bij deze behandeling spelen verschillende complexe psychologische aspecten een rol. Deze worden besproken in hoofdstuk 7 (Wensouders met een verzoek tot het ontvangen van gedoneerde embryo's).

Literatuur

- 1 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Modelreglement Embryowet. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications; 2003.
- 2 Wert G de, Dondorp W, Shenfield F, Barri P, Devroey P, Diedrich K, et al.; ESHRE Task Force Ethics and Law. ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. Hum Reprod. 2014; 29: 1859-65.

Hoofdstuk 7. Wensouders met een verzoek tot ontvangen van gedoneerde embryo's

Embryodonatie betreft het afstaan van embryo's die zijn ontstaan bij IVF en die het donerend paar niet meer zal gebruiken voor hun eigen gezinsvorming. Het paar kan ze doneren aan een bekende ontvanger dan wel aan de kliniek die de ontvangers selecteert.^{1 2}

Indicatie

De indicatie voor embryodonatie is: vrouwen en paren zonder mogelijkheid voor voortplanting met eigen gameten. Bij lesbische en alleengaande wensmoeders met premature ovariële insufficiëntie kan embryodonatie worden toegepast. Bij heteroparen waarvan de man een normospermie heeft en de vrouw premature ovariële insufficiëntie is eiceldonatie meestal de eerste keuze.

Verantwoord?

Medisch

Medisch-technisch is de behandeling niet anders dan het terugplaatsen van een embryo bij gewone IVF-behandeling. Het embryo kan worden teruggeplaatst tijdens een natuurlijke cyclus met hulp van ovulatiedetectie of in een kunstmatige cyclus. De keuze is afhankelijk van de medische status van de ontvangende vrouw.

Het risico op meerlingzwangerschappen en op de complicaties die daarmee gepaard gaan, is het kleinst als 1 embryo per keer wordt teruggeplaatst.

Bij zwangerschappen na embryodonatie is, net als bij zwangerschappen na eiceldonatie, de kans op complicaties hoger dan bij zwangerschappen die op natuurlijke wijze zijn ontstaan en dan bij 'gewone' IVF-zwangerschappen. De belangrijkste gerapporteerde complicaties zijn zwangerschapshypertensie en pre-eclampsie (31-34%), groeivertraging (11-34%) en spontane abortus (14-32%) (zie hoofdstuk 2).

Ethisch

De zorgvuldigheidsvoorwaarden voor geassisteerde voortplanting met donorgameten zijn hier analoog van toepassing.

Psychologisch

Embryodonatie vindt (vrijwel) uitsluitend plaats met restembryo's door paren die zelf kinderen hebben gekregen via IVF of ICSI. Er zijn dus 100% genetisch-identieke broers of zussen aanwezig van het gedoneerde embryo. Het is onduidelijk of en zo ja welke consequenties dit heeft voor donerende paren en hun kind(eren), wensouders, en kinderen ontstaan na embryodonatie. Onderzoeken naar welbevinden van kinderen ontstaan uit embryodonatie zijn beperkt in aantal en in follow-upduur. De gepubliceerde onderzoeken laten zien dat de embryodonatie vooralsnog geen negatieve impact heeft op de ouder-kindrelatie noch op het psychisch welbevinden van moeder, vader of kind (t/m 9e jaar onderzocht).^{3 4} Wel lijken ontvangers de neiging te hebben minder snel de embryodonatie als oorsprong te bespreken met het kind.^{5 6}

Juridisch

- Embryodonatie is toegestaan conform de Embryowet.
- Conform de WDKB worden geboortes na gameetdonatie gemeld bij Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (www.donorgegevens.nl). Zowel de donoren als de acceptor moet worden ingelicht over de wettelijk verplichte registratie.

Algemene aanbevelingen

Deze zijn beschreven op de pagina's 18 en 19.

Specifieke aanbevelingen, aandachtspunten, randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen

Medisch

- Wijzen op zwangerschapsrisico's en beoordelen of deze voor de individuele wensmoeder acceptabel zijn. Er wordt een preconceptioneel advies gegeven door een gynaecoloog-perinatoloog.
- Toepassen van 'single embryo transfer', om meerlingzwangerschappen te voorkomen en de kans op complicaties zo gering mogelijk te houden.
- Vanwege de verhoogde kans op zwangerschapscomplicaties na embryodonatie zijn controle en bevalling in de tweede lijn aangewezen.

Ethisch

- De verantwoordelijkheid om follow-uponderzoek te doen, is hier extra van belang. De resultaten hiervan kunnen bijdragen aan betere counseling van toekomstige wensouders en verbetering van professionele richtlijnen en zorgvuldigheidsvoorwaarden.^{7 8}

Psychologisch

- Vanwege de complexe psychologische aspecten bij embryodonatie beveelt de werkgroep counseling door GZ-psycholoog aan van zowel de donoren als de ontvangers. Vooral moet worden gewezen op de openheid van donoren naar hun 'eigen' kinderen als naar het kind door de ontvanger(s). Het is aan te bevelen dat de counselend gynaecoloog of psycholoog het donerend paar nadrukkelijk wijst op het feit dat het kind dat ontstaat uit een gedoneerd embryo een genetisch 100% broer of zus is van hun eigen kind(eren).
- Bij matching van een embryo voor een ontvangend wensouderpaar zijn over het algemeen fenotypische kenmerken van donorouders en wensouders leidend.

Literatuur

- 1 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Modelreglement Embryowet. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications; 2003.
- 2 Braat DDM, Kaandorp CJ. Modelreglement Embryowet. Ned Tijdschr Geneesk. 2004; 148: 1030-3.
- 3 MacCallum F, Golombok S, Brinsden P. Parenting and child development in families with a child conceived through embryo donation. J Fam Psychol. 2007; 21: 278-87.
- 4 MacCallum F, Keeley S. Embryo donation families: a follow-up in middle childhood. J Fam Psychol. 2008; 22: 799-808.
- 5 MacCallum F, Keeley S. Disclosure patterns of embryo donation mothers compared with adoption and IVF. Reprod Biomed Online. 2012; 24: 745-8.
- 6 MacCallum F. Embryo donation parents' attitudes towards donors: comparison with adoption. Hum Reprod. 2009; 24: 517-23.
- 7 Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine Defining embryo donation: a committee opinion. Fertil Steril. 2013; 99: 1846-7.
- 8 Wert G de, Dondorp W, Shenfield F, Barri P, Devroey P, Diedrich K, et al.; ESHRE Task Force Ethics and Law. ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. Hum Reprod. 2014; 29: 1859-65.

Hoofdstuk 8. Heteroseksuele wensouders en draagmoederschap

Een draagmoeder is een vrouw die zwanger wordt en de zwangerschap uitdraagt met de bedoeling na de geboorte het kind ter adoptie af te staan aan wensouders.¹ De letterlijke juridische definitie volgens het Wetboek van Strafrecht is: "Als draagmoeder wordt aangemerkt de vrouw die zwanger is geworden met het voornemen een kind te baren ten behoeve van een ander die het ouderlijk gezag over dat kind wil verwerven dan wel anderszins duurzaam de verzorging en opvoeding van dat kind op zich wil nemen"(art. 151b lid 3 Wetboek van Strafrecht).

Er bestaan twee vormen van draagmoederschap:

- Traditioneel draagmoederschap (ook wel 'laag-technologisch' draagmoederschap genoemd): de eicel van de draagmoeder wordt bevrucht met de zaadcel van de wensvader. De draagmoeder is dan zwanger van een genetisch eigen kind. Hiervoor is in principe geen medische interventie nodig.
- IVF-draagmoederschap (ook wel 'hoog-technologisch' draagmoederschap genoemd): met IVF wordt uit een eicel en een zaadcel (van de wensouders) een embryo gecreëerd, dat in de baarmoeder van de draagmoeder wordt teruggeplaatst. Het kind is dan genetisch verwant met beide wensouders. De draagmoeder is zwanger van een genetisch niet eigen kind.

In Nederland is sinds het Planningsbesluit IVF van 1997 niet-commercieel IVF-draagmoederschap toegestaan onder voorwaarde dat de wensouders en de draagmoeder worden voorgelicht over de consequenties van de keuze voor het draagmoederschap. Hierbij moeten in elk geval de psychosociale consequenties voor alle betrokkenen en het toekomstige kind aan de orde komen, en tevens de afspraken met betrekking tot het afstand doen van het kind en mogelijke familierechtelijke en andere juridische gevolgen van het draagmoederschap.²

Indicaties

In de NVOG-richtlijn Hoog-technologisch draagmoederschap uit 1999 werden op basis van de evidence die toen voorhanden was, strikte indicaties gesteld voor IVF-draagmoederschap (www.NVOG-documenten.nl). Inmiddels wordt door de maatschappij gevraagd om verruiming van de indicaties voor draagmoederschap. De hoeveelheid evidence is in beperkte mate toegenomen sinds het verschijnen van de richtlijn.³

In de internationale literatuur worden uiteenlopende indicaties benoemd.⁴⁻⁶

- De klassieke indicatie voor draagmoederschap is afwezigheid van een baarmoeder bij intacte ovaria: aangeboren (bijvoorbeeld syndroom van Mayer-Rokitansky-Kuster), of verworven (bijvoorbeeld hysterectomie vanwege maligniteit, verbloeding of trauma). De werkgroep meent dat er onder voorwaarden ruimte is voor uitbreiding van het indicatiegebied voor draagmoederschap. Verschillende categorieën indicaties kunnen worden geformuleerd:
- Niet functionerende baarmoeder bij intacte ovaria (bijvoorbeeld ernstige vormen van het syndroom van Asherman).
- Ernstige aandoening bij de wensmoeder, waardoor zwangerschap potentieel levensbedreigend of ongewenst is.
- Homoseksuele mannelijke wensouders (zie hoofdstuk 9, Homoseksuele mannelijke wensouders en draagmoederschap).

Verantwoord?

Medisch

Een behandeling voor IVF-draagmoederschap is in wezen een IVF-behandeling, maar dan verdeeld over twee vrouwen: het eerste deel (stimulatie tot en met punctie) wordt ondergaan door de

wensmoeder, het tweede deel (embryotransfer en eventuele zwangerschap) wordt ondergaan door de draagmoeder.

Medische risico's die aan de behandeling verbonden zijn, zijn voor de wensmoeder gelijk aan die bij reguliere IVF-behandelingen. Voor de draagmoeder zijn die in theorie dezelfde als die bij een zwangerschap na eiceldonatie (zie hoofdstuk 2).

Uit een recente systematische review blijkt echter dat de incidentie voor hypertensieve zwangerschapscomplicaties bij IVF-draagmoederschap lager is dan bij eiceldonatie.⁶ Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat bij IVF-draagmoederschap de draagmoeder in de meeste gevallen geen nullipara is. De incidentie van hypertensieve zwangerschapscomplicaties en placentaire complicaties verschilde niet van die bij IVF-zwangerschappen in het algemeen. Ook percentages vroeggeboorte, intra-uteriene groeirestrictie en aangeboren afwijkingen waren vergelijkbaar met die van IVF-zwangerschappen.

Studies naar de uitkomsten van draagmoederschap waren naast één cohortstudie voornamelijk case-beschrijvingen. Er werden hierbij drie casussen vermeld waar postpartum een hysterectomie bij de draagmoeder werd verricht: twee keer na een meerlingzwangerschap (vanwege atonie en placenta accreta) en een keer na uterusruptuur bij een eenlingzwangerschap van een draagmoeder met drie eerdere ongecompliceerde vaginale bevallingen.^{7 8} De publicaties vermelden meestal niet hoe vaak er werd ingeleid of hoe vaak er een keizersnede werd gedaan.

Ethisch

Draagmoederschap kan een oplossing bieden voor ongewilde kinderloosheid, maar is omgeven met tal van risico's en onzekerheden voor alle partijen. Om die reden kan deze procedure alleen verantwoord zijn indien maximaal recht wordt gedaan aan de rechten en belangen van alle partijen en risico's zoveel als redelijkerwijs mogelijk is worden beperkt. Adequate screening en (zowel gezamenlijke als separate) counseling van wensouders en kandidaat draagmoeders zijn van groot belang. De ethische overwegingen rond draagmoederschap worden samengevat in het ESHRE document van de Task Force Ethics and Law.¹

Psychologisch

De meeste studies naar psychologische follow-up gaan over combinaties van traditioneel en IVF-draagmoederschap. Bovendien komen de meeste studies van dezelfde Engelse onderzoeksgroep. In onderzoek naar de psychische ontwikkeling van de kinderen op verschillende leeftijden werden geen duidelijke verschillen in psychische ontwikkeling gevonden tussen kinderen geboren na draagmoederschap, eiceldonatie of natuurlijke conceptie. In een studie werd weliswaar gevonden dat kinderen na draagmoederschap op 7-jarige leeftijd iets meer aanpassingsproblemen hadden, maar dit verschil was op 10-jarige leeftijd verdwenen.⁹ In een andere studie was er een achterstand in spraakontwikkeling,⁴ maar er was geen blijvend verschil na 2-jarige leeftijd.

Een studie naar persoonlijkheidskenmerken van draagmoeders liet geen verschil zien met wensmoeders.¹⁰ Ook was er geen ernstige psychopathologie bij de draagmoeders. Deze studie liet wel zien dat draagmoeder en wensmoeder de verschillende stadia in het traject verschillend beleefden. In een studie (met merendeels traditioneel draagmoederschap) gaf een derde van de draagmoeders aan moeite te hebben met het overdragen van het kind, een jaar later was dat nog 6%. Het moment van overdragen van het kind vond in de meerderheid van de casus in overleg tussen draagmoeder en wensouders plaats.¹¹

Contact tussen draagmoeder en wensouders verloopt in de meeste gevallen goed. De kwaliteit van het contact verandert in de loop van de tijd niet, de frequentie neemt wel af.¹¹⁻¹³ Onderzoek uit de VS en het VK, waar vormen van commercieel draagmoederschap zijn toegestaan, toont aan dat naast altruïstische motieven financiële motieven een rol spelen. Draagmoeders kwamen overwegend uit lagere sociale klassen en waren lager opgeleid dan de wensouders.¹⁴⁻¹⁶

Van de eigen kinderen van draagmoeders heeft 86% een positief beeld over het draagmoederschap en een groot deel van hen heeft ook contact gehad met het kind.¹⁷

Onder wensouders werden geen verschillen gezien ten aanzien van moeder-kindinteractie of psychische status van de ouders wanneer ouders na draagmoederschap, eiceldonatie of natuurlijke conceptie werden vergeleken.¹² Vrijwel alle wensouders na draagmoederschap waren van plan het kind te informeren over het draagmoederschap; een groot deel van hen deed dit al als het kind nog jong was.^{9 18}

Het beeld dat zowel wensouders, draagmoeders als kinderen geboren na draagmoederschap psychisch goed functioneren, wordt bevestigd in een recent overzicht van de empirische literatuur.¹⁹

Juridisch

- Art. 151b en c Wetboek van Strafrecht verbiedt commercieel bemiddeld draagmoederschap.
- Donatie van geslachtcellen en embryo's is toegestaan conform de Embryowet.
- Conform de WDKB worden geboortes na gameetdonatie gemeld bij Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting; www.donorgegevens.nl. Zowel de donor als de acceptor moet worden ingelicht over de wettelijk verplichte registratie. Ingeval van draagmoederschap geldt bovenstaande wanneer donorgameten worden gebruikt.
- In het Burgerlijk Wetboek is geen specifieke regeling opgenomen voor draagmoederschap. Voor de overdracht van het kind van de draagmoeder naar de wensouders, moet daarom gebruik worden gemaakt van de algemene wettelijke regelingen inzake het overeenkomstenrecht, voor afstamming of adoptie en voor het beëindigen en toekennen van gezag.
- Bij de geboorte van het kind wordt de draagmoeder als juridisch moeder aangemerkt. Zij is degene die het kind baart en daarom op grond van het adagium 'mater semper certa est' afstammingsrechtelijk voor de wet de moeder. Dat moederschap kan niemand ontkennen. De juridische band tussen geboortemoeder en kind kan alleen door adoptie verbroken worden. Indien de draagmoeder gehuwd is of een geregistreerd partnerschap heeft, kan het kind vanaf de geboorte al een tweede ouder hebben. Dat is altijd het geval indien haar echtgenoot of geregistreerd partner een man is; deze is automatisch (van rechtswege) de vader van het kind. Is de partner van de draagmoeder een vrouw, dan wordt deze alleen ook juridisch moeder van het kind als bij de geboorteaangifte een verklaring wordt overlegd waarin staat dat gebruik is gemaakt van een geregistreerde donor van wie de identiteit onbekend is. Als het niet de bedoeling is dat de echtgenote of de vrouwelijke geregistreerde partner van de draagmoeder de status van juridische moeder van het kind krijgt, kan om dat te voorkomen volstaan worden met het niet bij de geboorteaangifte overleggen van genoemde verklaring (art. 1:198 lid sub b BW). Vervolgens zullen de draagmoeder, haar eventuele echtgenoot en de wensouder(s) in veel gevallen juridische stappen moeten ondernemen om de wensouders het kind mee naar huis te mogen laten nemen. Zij zullen in elk geval een juridisch traject moeten volgen om het ouderschap van het kind over te dragen aan de wensouders. Opgemerkt dient te worden dat het voor wensouders gemakkelijker is om de juridische ouders van het kind te worden indien de draagmoeder alleengaand of gehuwd is met een vrouw, dan wanneer de draagmoeder gehuwd is met een man.
- Voorafgaand aan het draagmoederschapstraject is het van groot belang dat de draagmoeder en wensouders goede afspraken maken over wederzijdse verwachtingen en verplichtingen, en dat deze afspraken vastgelegd worden. Een draagmoederschapsovereenkomst is, afhankelijk van de inhoud, op tal van punten echter niet rechtens afdwingbaar. Zo kan de draagmoeder niet verplicht worden om zich gedurende de zwangerschap te onderwerpen aan medisch onderzoek of behandeling. Voorts kan zij niet gedwongen worden door de wensouders om leefregels qua gezondheid na te leven. De draagmoeder kan tevens niet gedwongen worden om de zwangerschap af te laten breken, omdat de wensouders zich bedacht hebben, of wanneer de foetus een ernstige handicap heeft. Ze kan daarentegen eveneens niet worden verplicht de zwangerschap uit te dragen. Dergelijke afspraken zijn in strijd met art. 12 Grondwet (onaantastbaarheid van het lichaam) en art. 8 EVRM en art. 10 Grondwet (recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer). De draagmoeder kan

daarnaast niet gedwongen worden het kind af te staan, terwijl de wensouders het kind kunnen weigeren.

Een overeenkomst waarin wordt afgesproken dat het kind wordt afgestaan²⁰ of dat het gezag bij de wensouders ligt, heeft geen rechtsgevolg (art. 3:296 BW).²¹

Desondanks is het in het belang van de draagmoeder en de wensouders om afspraken goed vast te leggen. Indien er tijdens het draagmoederschapstraject onenigheid ontstaat, kan op de afspraken teruggevallen worden. Daardoor is duidelijk wat is bedoeld aan het begin van het traject.

Algemene aanbevelingen

Deze zijn beschreven op de pagina's 18 en 19.

Specifieke aanbevelingen, aandachtspunten, randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen

De werkgroep beveelt aan om met grote voorzichtigheid te werk te gaan bij draagmoederschap. Evidence over het welbevinden van draagmoeders ontbreekt grotendeels. Draagmoeders staan een al dan niet genetisch eigen kind af na het uitdragen van een zwangerschap. Ook evidence over het welbevinden van wensouders en kinderen is schaars.

De werkgroep pleit voor verruiming van de indicaties voor draagmoederschap zoals hierboven beschreven, maar alleen onder hierna te noemen strikte voorwaarden.

Medisch

- De indicatie moet voor elk individueel verzoek worden gesteld in teamverband waarbij het team bestaat uit tenminste een gynaecoloog en een GZ-psycholoog. Dit team verzorgt de medische en psychologische counseling bij wensouders en draagmoeder, zowel bij ieder apart als gezamenlijk.
- Gezien de grotere kans op complicaties bij IVF-draagmoederschap wordt een preconceptioneel adviesconsult bij een gynaecoloog-perinatoloog aanbevolen. Tijdens dit consult worden de gezondheidsrisico's voor de draagmoeder, die zwanger wordt na eiceldonatie, besproken. Het is van belang om in kaart te brengen of er bij de draagmoeder pre-existente aandoeningen aanwezig zijn zoals bijvoorbeeld hypertensie, waardoor het risico op complicaties tijdens de zwangerschap kan toenemen. De werkgroep beveelt tevens aan om zwangerschappen die ontstaan zijn na IVF-draagmoederschap in de tweede lijn te controleren.
- Gezien de gezondheidsrisico's die de draagmoeder neemt, dient bij IVF-draagmoederschap gestreefd te worden naar het tot stand brengen van een eenling-zwangerschap.
- Er dienen vooraf afspraken te worden gemaakt hoe te handelen ten aanzien van al dan niet ondergaan van prenatale screening of diagnostiek en de uitkomsten ervan. Bij aangeboren afwijkingen moet gesproken worden over de eventuele wens tot zwangerschapsafbreking.
- Gezien de kleine vraag naar draagmoederschap en de complexiteit van de behandeling beveelt de werkgroep aan de behandeling te centreren in een of twee centra in Nederland.
- De verantwoordelijkheid om follow-uponderzoek te doen, is hier extra van belang. De resultaten hiervan kunnen bijdragen aan betere counseling van toekomstige wensouders en verbetering van professionele richtlijnen en zorgvuldigheidsvoorwaarden.

Wensouders

- Bij gebruik van eigen eicellen van de wensmoeder: leeftijd wensmoeder tot 43 jaar conform leeftijdsgrens IVF vanwege de verwachte succeskans.
- Wensouders moeten voldoen aan de eisen voor adoptie.

Draagmoeder

- Leeftijd draagmoeder: tenminste meerderjarig en maximaal tot 45 jaar.
- Geen commercieel bemiddeld draagmoederschap.

- Voltooid gezin.
- Ongecompliceerde obstetrische voorgeschiedenis.

Psychologisch

Bij psychologische counseling door een GZ-psycholoog wordt aandacht besteed aan de volgende punten:

- De rollen en de wederzijdse verwachtingen van de betrokkenen in het draagmoederschap-behandeltraject; van belang hierbij zijn de vrijwilligheid, de onbaatzuchtigheid en de belangeloosheid van de draagmoeder.
- De eventuele rol die de draagmoeder wil spelen bij de opvoeding van het kind en de ideeën van de wensouders daarover.
- Mogelijke relationele spanningen tussen draagmoeder en wensouders en hoe deze op te vangen.
- Disclosure aan het kind.
- De rol van het kind binnen breder familieverband.
- De verhouding van draagmoeder en wensouders met het kind.

Juridisch

- De juridische kaders voor draagmoederschap zijn in de huidige wetgeving beperkt vastgelegd. De werkgroep ziet dit als een risico voor wensouders, draagmoeders en kinderen. Daarom pleit de werkgroep voor duidelijke juridische kaders. Bovendien pleit de werkgroep voor het vergemakkelijken van de juridische adoptieprocedure voor wensouders na draagmoederschap.
- Juridische voorbereiding voor adoptie moet in orde zijn voor het starten van de behandeling.

Literatuur

- 1 Shenfield F, Pennings G, Cohen J, Devroey P, Wert G de, Tarlatzis B; ESHRE Task Force on Ethics and Law. ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: surrogacy. Hum Reprod. 2005; 20: 2705-7.
- 2 Planningsbesluit in-vitro fertilisatie. Staatscourant. 1998; 95: 14.
- 3 Dermout S, Wiel H van de, Heintz P, Jansen K, Ankum W. Non-commercial surrogacy: an account of patient management in the first Dutch Centre for IVF Surrogacy, from 1997 to 2004. Hum Reprod. 2010; 25: 443-9.
- 4 Serafini P. Outcome and follow-up of children born after IVF-surrogacy. Hum Reprod Update. 2001; 7: 23-7.
- 5 Brinsden PR. Gestational surrogacy. Hum Reprod Update. 2003; 9: 483-91.
- 6 Söderström-Anttila V, Wennerholm UB, Loft A, Pinborg A, Aittomäki K, Romundstad LB, et al. Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. Hum Reprod Update. 2016; 22: 260-76.
- 7 Dar S, Lazer T, Swanson S, Silverman J, Wasser C, Moskovtev SI, et al. Assisted reproduction involving gestational surrogacy: an analysis of the medical, psychological and legal issues: experience from a large surrogacy program. Hum Reprod. 2015; 30: 345-52.
- 8 Duffy DA, Nulsen JC, Maier DB, Engmann L, Schmidt D, Benadiva CA. Obstetrical complications in gestational carrier pregnancies. Fertil Steril. 2005; 83:749-54.
- 9 Golombok S, Blake L, Casey P, Roman G, Jadva V. Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. J Child Psychol Psychiatry. 2013; 54: 653-60.
- 10 Akker OB van den. Psychological trait and state characteristics, social support and attitudes to the surrogate pregnancy and baby. Hum Reprod. 2007; 22: 2287-95.
- 11 Jadva V, Murray C, Lycett E, MacCallum F, Golombok S. Surrogacy: the experiences of surrogate mothers. Hum Reprod. 2003; 18: 2196-204.
- 12 Jadva V, Blake L, Casey P, Golombok S. Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children's understanding of their surrogacy origins. Hum Reprod. 2012; 27: 3008-14.
- 13 Imrie S, Jadva V. The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. Reprod Biomed Online. 2014; 29: 424-35.

- 14 Blyth E. Not a primrose path: commissioning parents' experiences of surrogacy arrangements in Britain. *J Infant Reprod Psychol.* 1995; 13: 185-96.
- 15 Ragoné H. *Surrogate motherhood; Conception in the heart.* San Francisco: Westview Press USA; 1994. p. 114-20.
- 16 Akker OB van den. Genetic and gestational surrogate mothers' experience of surrogacy. *J Infant Reprod Psychol.* 2003; 21: 145-61.
- 17 Jadva V, Imrie S. Children of surrogate mothers: psychological well-being, family relationships and experiences of surrogacy. *Hum Reprod.* 2014; 29: 90-6.
- 18 Readings J, Blake L, Casey P, Jadva V, Golombok S. Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reprod Biomed Online.* 2011; 22: 485-95.
- 19 Golombok S. *Modern families; parents and children in new family forms.* Cambridge: University Press; 2015.
- 20 Rb. Haarlem 19 december 2012, ECLI:NL:RBHAA:2012:BZ6541
- 21 Leenen HJJ, Dute JCJ, Gevers JKM, Legemaate J, Groot GRJde, Gelpke ME, et al. *Handboek gezondheidsrecht (6e druk).* Den Haag: Boom Juridische Uitgevers; 2014. p. 340-1.

Hoofdstuk 9. Homoseksuele mannelijke wensouders en draagmoederschap

Veelal wordt gedacht dat homoseksuele mannen geen kinderwens hebben en dus geen ouderrol willen vervullen. Uit onderzoek blijkt echter dat een steeds groter wordende groep van homoseksuele mannen kinderen opvoedt.¹ Ongeveer 20% van de homoseksuele mannen van 50 jaar of jonger, die alleen leven of met een man, voedt kinderen op jonger dan 18 jaar.² Uit kwalitatief onderzoek naar de ouderschapsmotivaties bij 35 homoseksuele stellen die een kind wensten te adopteren, bleek dat hun motivaties identiek waren aan die van heteroseksuele stellen. Meest genoemd waren: waarde hechten aan familierelaties, het plezier dat je als ouder aan je kind kan beleven, en 'het opvoeden van kinderen hoort bij het leven'.³

Naast de vraag of homoseksuele mannen ouder willen zijn, bestaat de vraag op welke wijze homoseksuele mannen vorm willen geven aan het vervullen van hun kinderwens. Alternatieven voor ouderschap via draagmoederschap zijn adoptie, meerouderschap met lesbische vrouwen en pleegzorg. Homoseksuele mannen noemden in een studie als redenen om voor draagmoederschap te kiezen: de genetische band met het kind, het gevoel meer controle te hebben over het proces van draagmoederschap vergeleken met het proces van adoptie, en de mogelijke gedrags- en psychosociale problemen bij adoptiekinderen.⁴ In dit hoofdstuk wordt alleen verder ingegaan op draagmoederschap, omdat hiervoor geassisteerde voortplanting nodig is en voor adoptie en pleegzorg niet.

Indicatie

De indicatie voor draagmoederschap wordt gevormd door de afwezigheid van een persoon in de relatie die zwanger kan worden. Een homoseksueel mannenpaar dat gebruik wil maken van hun eigen gameten om hun kinderwens te vervullen, kan dit op twee manieren doen: via traditioneel draagmoederschap waarbij de eicel door de draagmoeder wordt geleverd en de draagmoeder zwanger wordt van een genetisch eigen kind, of via IVF-draagmoederschap waarbij een eiceldonor de eicel levert en een draagmoeder het kind draagt en baart. De draagmoeder is dan zwanger van een genetisch niet-eigen kind. Bij beide behandelingsvormen is het kind genetisch verwant met een van de wensouders. In principe is er geen geassisteerde voortplanting nodig bij traditioneel draagmoederschap. Tot dusver gebeurt geen van beide behandelingsvormen voor deze indicatie in Nederlandse ziekenhuizen.

In de Nederlandse praktijk op dit moment is een van de principes achter IVF-draagmoederschap dat er een voor de wensouders 100% genetisch eigen kind ontstaat. Dit is bij draagmoederschap voor het vervullen van de kinderwens van homoseksuele mannenparen niet het geval. De werkgroep meent dat het bespreekbaar is om draagmoederschap voor het vervullen van de kinderwens van homoseksuele mannenparen desondanks onder strikte voorwaarden aan te bieden.

Verantwoord?

Medisch

Medische aspecten worden beschreven in hoofdstuk 8, Heteroseksuele wensouders en draagmoederschap.

Ethisch

Mannelijke homoseksuele paren stuiten meer dan lesbische paren op discriminerende vooroordelen over hun kans op geslaagd ouderschap. Net als bij andere onconventionele vormen van ouderschap ligt de bewijslast bij de critici. Aangezien zowel deontologische als consequentialistische bezwaren wankel zijn, ziet de werkgroep geen reden om mannelijke homoseksuele paren op voorhand geassisteerde voortplanting te ontzeggen.^{5 6}

Adequate screening en (zowel gezamenlijke als separate) counseling van wensouders en kandidaat draagmoeders zijn van groot belang. De ethische overwegingen rond draagmoederschap worden samengevat in het ESHRE document van de Task Force Ethics and Law.⁷

Psychologisch

Een vraag, voorafgaand aan de wenselijkheid van een draagmoederschap procedure bij homoseksuele paren, is of mannen een veilig opvoedingsklimaat kunnen bieden aan hun kinderen. De psychologische vakliteratuur houdt zich al jarenlang bezig met de invloed van een afwezige vaderfiguur, maar de mogelijke impact van een afwezige moeder (vanaf de geboorte) is schaars beschreven. De kernvraag is nu: 'Wat weten we over het psychisch functioneren van kinderen die bij alleen vaders opgroeien?' Bij bijna 1000 gezinnen werd onderzocht of de vaders (heteroseksuele mannen) net zo voor hun kinderen konden zorgen als de moeders. Hieruit blijkt dat de kinderen even gehecht zijn aan hun vader als aan hun moeder.⁸ Een gedetailleerde analyse van onderzoeksliteratuur over ouderschap van heteroseksuele vaders toont aan dat de kwaliteit van de relatie (warm, betrokken, sensitief) van de vader met zijn kind belangrijk is, meer dan dat hij een man is, of mannelijk gedrag vertoont.⁹ De meeste ouderlijke vaardigheden blijken al doende geleerd te worden. Ook al gaan vaders anders met hun kinderen om dan moeders op sommige punten (bijvoorbeeld wilder spelen), er is geen bewijs dat dit een ongunstig effect heeft op de psychische ontwikkeling van kinderen.^{10 11}

Invulling van vaderrol bij homoseksuele vaders

Het geringe aantal onderzoeken dat is gedaan naar ouderschap van homoseksuele vaders heeft vooral betrekking op onderzoek bij homoseksuele mannen die een kind hebben geadopteerd. Uit onderzoek waarin 41 gezinnen met twee homoseksuele vaders werden vergeleken met 40 gezinnen met twee lesbische moeders en 49 gezinnen met een heteroseksueel stel als ouders, bleek dat homoseksuele vaders minder depressie en stress hadden gerelateerd aan ouderschap. Homovaders waren warmer, waren meer met hun kind bezig en waren minder agressief in de opvoeding dan lesbische moeders en heteroseksuele ouders.¹² Uit onderzoek naar ouderschapsrollen bleek dat homovaders, net als lesbische moeders, vaker de taken die met het ouderschap samenhangen, verdeelden dan heteroseksuele ouders.¹¹

De psychische ontwikkeling van de kinderen

Een onderzoek van 29 gezinnen met homoseksuele vaders, 27 gezinnen met lesbische moeders en 50 heteroseksuele gezinnen met geadopteerde kinderen vond geen verschillen in het psychisch welzijn van de kinderen. Deze waren tussen de 1 en 6 jaar oud, met een gemiddelde van 3 jaar.¹³ Twee studies die het genderrolgedrag van kinderen onderzochten in gezinnen met homoseksuele vaders, gezinnen met lesbische moeders, en heteroge-zinnen, vonden geen verschillen tussen de groepen.^{14 15} Onvoldoende bestudeerd is het mogelijke negatieve effect van sociale stigmatisering. Verder longitudinaal onderzoek blijft daarom noodzakelijk.

Homovader worden via draagmoederschap

Onderzoek naar ouderschap van homoseksuele mannen via draagmoederschap staat nog in de kinderschoenen. Bergman et al. interviewden 40 homoseksuele stellen die vader werden door IVF-draagmoederschap.¹⁵ Hun kinderen waren tussen de 2 maanden en 8 jaar oud. Deze homomannen hadden het financieel goed. De vaders waren positief over het ouderschap. Eén van de opvallendste resultaten was dat deze mannen, door het hebben van kinderen, betere relaties met hun familie en met die van hun partner kregen. Ook bleek dat zij een goede relatie behielden met de draagmoeder (en in mindere mate met de eiceldonor). Over de conceptiemethode waren zij allen open. Dit vonden ook onderzoekers bij kinderen tussen 4 en 8 jaar oud in homogezinnen die via draagmoederschap een kind kregen.¹⁶ Tenslotte is gebleken dat de motivatie van homoseksuele mannenparen die via IVF-draagmoederschap een kind kregen, was gebaseerd op hun verwachting om ook wettelijk de enige ouders te zijn, waarbij de kinderen vanaf de geboorte permanent bij hen woonden.^{14 17}

Conclusie

De voorlopige onderzoeksresultaten, voornamelijk bij geadopteerde kinderen van homoseksuele vaders, tonen een beeld van goed functionerende gezinnen met psychisch gezonde kinderen. Kinderen geboren via draagmoederschap zijn nog maar mondjesmaat onderzocht. Zij leven in een complexe gezinssituatie. De kinderen groeien op in een niet-traditionele gezinsvorm waarover nog maatschappelijke vooroordelen bestaan. Zij zijn genetisch verwant aan één van de homoseksuele vaders en (in de meeste gevallen) aan een eiceldonor. Zij zijn gedragen en gebaard door een draagmoeder. Zij groeien op in de afwezigheid van een vrouwelijke ouderfiguur. De impact van deze complexe gezinssituatie is vooralsnog onbekend. Follow-upstudies zijn dus dringend nodig. Bij het aanbieden van geassisteerde voortplanting is, gezien het experimentele karakter van deze techniek, counseling door een GZ-psycholoog een noodzakelijke voorwaarde. De werkgroep beveelt aan om counseling van wensouders en draagmoeder door verschillende psychologen te laten gebeuren.

Juridisch

- Art. 151b en c Wetboek van Strafrecht verbiedt commercieel bemiddeld draagmoederschap.
- Donatie van geslachtcellen en embryo's is toegestaan conform de Embryowet.
- Conform de WDKB worden geboortes na gameetdonatie gemeld bij Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting; www.donorgegevens.nl. Zowel de donor als de acceptor moet worden ingelicht over de wettelijk verplichte registratie.
- In het Burgerlijk Wetboek is geen specifieke regeling opgenomen voor draagmoederschap. Voor de overdracht van het kind van de draagmoeder naar de wensouders, moet daarom gebruik worden gemaakt van de algemene wettelijke regelingen inzake het overeenkomstenrecht, voor afstamming of adoptie en voor het beëindigen en toekennen van gezag.
- Bij de geboorte van het kind wordt de draagmoeder als juridisch moeder aangemerkt. Zij is degene die het kind baart en daarom op grond van het adagium 'mater semper certa est' afstammingsrechtelijk voor de wet de moeder. Dat moederschap kan niemand ontkennen. De juridische band tussen geboortemoeder en kind kan alleen door adoptie verbroken worden. Indien de draagmoeder gehuwd is of een geregistreerd partnerschap heeft, kan het kind vanaf de geboorte al een tweede ouder hebben. Dat is altijd het geval indien haar echtgenoot of geregistreerd partner een man is, deze is automatisch (van rechtswege) de vader van het kind. Is de partner van de draagmoeder een vrouw, dan wordt deze alleen ook juridisch moeder van het kind als bij de geboorteaangifte een verklaring wordt overlegd waarin staat dat gebruik is gemaakt van een geregistreerde donor van wie de identiteit onbekend is. Als het niet de bedoeling is dat de echtgenote of de vrouwelijke geregistreerde partner van de draagmoeder de status van juridische moeder van het kind krijgt, kan om dat te voorkomen volstaan worden met het niet bij de geboorteaangifte overleggen van genoemde verklaring is eenvoudig te voorkomen dat zij de juridische ouder wordt (art. 1:198 lid sub b BW). Vervolgens zullen de draagmoeder, haar eventuele echtgenoot en de wensouder(s) in veel gevallen juridische stappen moeten ondernemen om de wensouders het kind mee naar huis te mogen laten nemen. Zij zullen in elk geval een juridisch traject moeten volgen om het ouderschap van het kind over te dragen aan de wensouders. Opgemerkt dient te worden dat het voor wensouders gemakkelijker is om de juridische ouders van het kind te worden indien de draagmoeder alleenstaand of gehuwd is met een vrouw, dan wanneer de draagmoeder gehuwd is met een man.
- Adoptie door homoseksuele mannelijke wensouders is op grond van de Nederlandse wet mogelijk onder dezelfde voorwaarden als bij heteroseksuele wensouders.
- Voorafgaand aan het draagmoederschapstraject is het van groot belang dat de draagmoeder en wensouders goede afspraken maken over wederzijdse verwachtingen en verplichtingen,

en dat deze afspraken vastgelegd worden. Een draagmoederschapsovereenkomst is, afhankelijk van de inhoud, op tal van punten echter niet rechtens afdwingbaar. Zo kan de draagmoeder niet verplicht worden om zich gedurende de zwangerschap te onderwerpen aan medisch onderzoek of behandeling. Voorts kan zij niet gedwongen worden door de wensouders om leefregels qua gezondheid na te leven. De draagmoeder kan tevens niet gedwongen worden om de zwangerschap af te laten breken, omdat de wensouders zich bedacht hebben, of wanneer de foetus een ernstige handicap heeft. Ze kan daarentegen eveneens niet worden verplicht de zwangerschap uit te dragen. Dergelijk afspraken zijn in strijd met art. 12 Grondwet (onaantastbaarheid van het lichaam), art. 8 EVRM en art. 10 Grondwet (recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer). De draagmoeder kan daarnaast niet gedwongen worden het kind af te staan, terwijl de wensouders het kind kunnen weigeren. Een overeenkomst waarin wordt afgesproken dat het kind wordt afgestaan¹⁸ of dat het gezag bij de wensouders ligt, heeft geen rechtsgevolg (art. 3:296 BW).¹⁹

Desondanks is het in het belang van de draagmoeder en de wensouders om afspraken goed vast te leggen. Indien er tijdens het draagmoederschapstraject onenigheid ontstaat, kan op de afspraken teruggevallen worden. Daardoor is het duidelijk wat de bedoeling is geweest aan het begin van het traject.

Algemene aanbevelingen

Deze zijn beschreven op de pagina's 18 en 19.

Specifieke aanbevelingen, aandachtspunten, randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen

De werkgroep beveelt aan om met grote voorzichtigheid te werk te gaan bij draagmoederschap. Evidence over het welbevinden van draagmoeders ontbreekt grotendeels. Draagmoeders staan een al dan niet genetisch eigen kind af na het uitdragen van een zwangerschap. Ook evidence over het welbevinden van wensouders en kinderen is schaars.

De werkgroep pleit voor het bespreekbaar maken van het aanbieden van draagmoederschap met als doel vervullen van kinderwens van homoseksuele mannenparen, maar alleen onder hierna te noemen strikte voorwaarden.

Medisch

- De indicatie moet voor elk individueel verzoek worden gesteld in teamverband waarbij het team bestaat uit tenminste een gynaecoloog en een GZ-psycholoog. Dit team verzorgt de medische en psychologische counseling bij wensouders en draagmoeder, zowel bij ieder apart als gezamenlijk.
- Gezien de grotere kans op complicaties bij IVF-draagmoederschap wordt een preconceptioneel adviesconsult bij een gynaecoloog-perinatoloog aanbevolen. Tijdens dit consult worden de gezondheidsrisico's voor de draagmoeder, die zwanger wordt na eiceldonatie, besproken. Het is van belang om in kaart te brengen of er bij de draagmoeder pre-existente aandoeningen aanwezig zijn zoals bijvoorbeeld hypertensie, waardoor het risico op complicaties tijdens de zwangerschap kan toenemen. De werkgroep beveelt tevens aan om zwangerschappen die ontstaan zijn na IVF-draagmoederschap in de tweede lijn te controleren.
- Gezien de gezondheidsrisico's die de draagmoeder neemt, dient bij IVF-draagmoederschap gestreefd te worden naar het tot stand brengen van een eenling-zwangerschap.
- Er dienen vooraf afspraken te worden gemaakt hoe te handelen ten aanzien van al dan niet ondergaan van prenatale screening of diagnostiek en de uitkomsten ervan. Bij aangeboren afwijkingen moet gesproken worden over de eventuele wens tot zwangerschapsafbreking.
- Gezien de kleine vraag naar draagmoederschap en de complexiteit van de behandeling beveelt de werkgroep aan de behandeling te centreren in een of twee centra in Nederland.

- De verantwoordelijkheid om follow-uponderzoek te doen, is hier extra van belang. De resultaten hiervan kunnen bijdragen aan betere counseling van toekomstige wensouders en verbetering van professionele richtlijnen en zorgvuldigheidsvoorwaarden.

Wensouders

- Bij gebruik van eigen eicellen van de wensmoeder: leeftijd wensmoeder tot 43 jaar conform leeftijdsgrens IVF vanwege de verwachte succeskans.
- Wensouders moeten voldoen aan de eisen voor adoptie.

Draagmoeder

- Leeftijd draagmoeder: tenminste meerderjarig en maximaal tot 45 jaar.
- Geen commercieel bemiddeld draagmoederschap.
- Voltooid gezin.
- Ongecompliceerde obstetrische voorgeschiedenis.

Psychologisch

Bij psychologische counseling door een GZ-psycholoog wordt aandacht besteed aan de volgende punten:

- De rollen en de wederzijdse verwachtingen van de betrokkenen in het draagmoederschap-behandeltraject; van belang hierbij zijn de vrijwilligheid, de onbaatzuchtigheid en de belangeloosheid van de draagmoeder.
- De eventuele rol die de draagmoeder wil spelen bij de opvoeding van het kind en de ideeën van de wensouders daarover.
- Mogelijke relationele spanningen tussen draagmoeder en wensouders en hoe deze op te vangen.
- Disclosure aan het kind.
- De rol van het kind binnen breder familieverband.
- De verhouding van draagmoeder en wensouders met het kind.
- Er moet aandacht besteed worden aan mogelijke stigmatisering van homoseksuele mannen met een gezin, de mogelijke risico's voor hun welbevinden en dat van het kind, en hoe zij daarmee om kunnen gaan.

Juridisch

- De juridische kaders voor draagmoederschap zijn in de huidige wetgeving beperkt vastgelegd. De werkgroep ziet dit als een risico voor wensouders, draagmoeders en kinderen. Daarom pleit de werkgroep voor duidelijke juridische kaders. Bovendien pleit de werkgroep voor het vergemakkelijken van de juridische adoptieprocedure voor wensouders na draagmoederschap.
- Juridische voorbereiding voor adoptie moet in orde zijn voor het starten van de behandeling.

Literatuur

- 1 D'Augelli AR, Rendina HJ, Sinclair KO. Gay and lesbian youth want long-term couple relationships and raising children. *J LGBT Issues Couns.* 2008; 1: 77-98.
- 2 Gates GJ. *LGBT parenting in the United States.* Los Angeles, CA: The Williams Institute; 2013.
- 3 Goldberg AE, Downing JB, Moyer AM. Why parenthood, and why now? Gay men's motivations for pursuing parenthood. *Family Relations.* 2012; 61: 157-74.
- 4 Greenfeld DA, Seli E. Gay men choosing parenthood through assisted reproduction: medical and psychosocial considerations. *Fertil Steril.* 2011; 95: 225-9.
- 5 Wert G de, Dondorp W, Shenfield F, Barri P, Devroey P, Diedrich K, et al. ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. *Hum Reprod.* 2014; 29: 1859-65.
- 6 Greenfeld DA. The evolving world of ART: who are the intended parents and how are their children doing? *Minerva Ginecol.* 2012; 64: 455-60.

- 7 Shenfield F, Pennings G, Cohen J, Devroey P, Wert G de, Tarlatzis B; ESHRE Task Force on Ethics and Law. ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: surrogacy. *Hum Reprod.* 2005; 20: 2705-7.
- 8 IJzendoorn MH van, Wolff MS de. In search of the absent father-meta-analyses of infant-father attachment: A rejoinder to our discussants. *Child Development.* 1997; 68: 604-9.
- 9 Pleck JH. Fatherhood and masculinity. In: Lamb ME, editor. *The role of the father in child development.* 5th ed. New York: Wiley; 2010. p. 58-93.
- 10 Lamb ME. Mothers, fathers, families, and circumstances: factors affecting children's adjustment. *Applied Developmental Science.* 2012; 16: 98-111.
- 11 Farr RH, Patterson CJ. Coparenting among lesbian, gay, and heterosexual couples: associations with adopted children's outcomes. *Child Development.* 2013; 84: 1226-40.
- 12 Golombok S, Mellish L, Jennings S, Casey P, Tasker F, Lamb ME. Adoptive gay father families: parent-child relationships and children's psychological adjustment. *Child Development.* 2014; 85: 456-68.
- 13 Farr RH, Forssell SL, Patterson CJ. Parenting and child development in adoptive families: does parental sexual orientation matter? *Applied Developmental Science.* 2010; 14: 164-78.
- 14 Goldberg AE, Kashy DA, Smith JZ. Gender-typed play behavior in early childhood: Adopted children with lesbian, gay, and heterosexual parents. *Sex Roles.* 2012; 67: 503-15.
- 15 Bergman K, Rubio RJ, Green RJ, Padron E. Gay men who become fathers via surrogacy: the transition to parenthood. *J GLBT Fam Stud.* 2010; 6: 111-41.
- 16 Golombok S. *Modern families. Parents and children in new family forms.* Cambridge: University Press; 2015. p. 117-36.
- 17 Smietana M. *Family-based affirmative action? Subversion and resilience strategies of gay father families [thesis].* Barcelona: Universidad de Barcelona; 2012.
- 18 Rb. Haarlem 19 december 2012, ECLI:NL:RBHAA:2012: BZ6541.
- 19 Leenen HJJ, Dute JCJ, Gevers JKM, Legemaate J, Groot GRJ de, Gelpke ME, et al. *Handboek gezondheidsrecht (6e druk).* Den Haag: Boom Juridische Uitgevers; 2014. p. 340-1.

Hoofdstuk 10. Wensouders met een verzoek tot behandeling met intrafamiliair gedoneerde gameten

Vergeleken met gameetdonatie van bekende en onbekende donoren spelen bij intrafamiliäre gameetdonatie (intrafamilial medically assisted reproduction; IMAR) een aantal morele en psychische factoren die genuanceerd anders zijn en om die reden nadrukkelijk aandacht behoeven in de counseling van de betrokkenen.¹⁻³

Studies specifiek gericht op deze vorm van gameetdonatie zijn schaars. De morele en sociale acceptatie van IMAR is sterk bepaald door culturele en religieuze factoren. Er zijn weinig tot geen voorbeelden waarbij deze motieven zijn vertaald naar wet- en regelgeving.⁴⁻⁶

In het algemeen worden relaties waarbinnen vermenging van gameten plaats kan vinden die nauwe genetische verwantschap hebben, sterk afgekeurd of verboden, onder meer door de nauwe associatie met incest. Daar er echter bij IMAR geen seksuele relatie is, is er feitelijk geen incest.⁷⁻¹¹ Wel kan deze vorm van vruchtbaarheidsbehandeling in psychologische zin hiermee geassocieerd worden, terwijl er ook (onwenselijke) consanguïniteit kan bestaan. De morele en maatschappelijke acceptatie van IMAR is vaak groter bij directbetrokkenen of belanghebbenden, zoals wensouders, dan bij het algemene publiek.^{12 13}

Enkele mogelijke vormen van IMAR

Intragenerationeel:

- Broer van wensvader als semendonator
- Zus van wensmoeder als eiceldonator
- Neef of nicht van wensmoeder of wensvader (in verschillende gradaties) als gameetdonator
- Aangetrouwd familielid (m/v) als gameetdonator

Intergenerationeel:

- Ouder gameetdonator voor biologisch eigen kind van hetzelfde geslacht
- Oom/tante gameetdonator voor neef/nicht
- Kind gameetdonator voor biologische ouder of stiefouder.

Indicaties

Er is geen specifieke medische indicatie voor IMAR. De keuze voor IMAR ligt bij de wensouder, en indien daar sprake van is, zijn of haar partner. De hoofdoverwegingen voor wensouders om IMAR toe te passen zijn het behoud van de erfelijke (genetische) lijn of de eenvoudiger toegankelijkheid en beschikbaarheid van donoren of donorgameten.

Bij de acceptabiliteit van verschillende vormen van IMAR lijkt gender een rol te spelen. In het algemeen lijkt voor paren het ontvangen van donoroöcyten binnen een nauwe familierelatie (zus, moeder, tante) meer algemeen acceptabel, dan een semendonator uit nauwe familiekring (broer, vader). Daarentegen is dit laatste voor de mannen in een wensouderpaar, wanneer de vruchtbaarheidsstoornis henzelf betreft, acceptabeler dan voor de vrouwen in dit paar.^{13 14}

Verantwoord?

Medisch

Specifieke gezondheidsrisico's voor de wensouder samenhangend met IMAR zijn niet aan te geven. Deze wijken niet af van de gezondheidsrisico's die spelen bij gameetdonatiebehandelingen in het algemeen. Bijzondere aandacht dient geschonken te worden aan een verhoogd risico op aangeboren afwijkingen ten gevolge van consanguïniteit van donor en wensouder.

Dit speelt vooral bij een eerstegraads (ouder-kind), tweedegraads (broer-zus; grootouder-kleinkind) en derdegraads (oom-nicht; tante-neef) familierelatie tussen donor en ontvanger. Naar schattingen is de prevalentie van congenitale afwijkingen binnen consanguïne relaties 2-3% voor neef-nicht relaties (vierdegraads familie), bovenop het populatierisico van 3-4%. In geval van dragerschap van een

autosomaal recessieve aandoening is de theoretische kans op aangedaan nageslacht uit een 'volle' (eerstegraads) neef-nicht relatie 3%, of 97% op een niet aangedaan kind.^{5 15-18}

Ethisch

Mensen kunnen uiteenlopende redenen hebben om te kiezen voor IMAR. Ethische zorgen betreffen vooral de mogelijke psychosociale druk op de donoren, waardoor hun autonomie kan worden ondermijnd, mogelijke rolverwarring met nadelige gevolgen voor alle betrokkenen, inclusief het toekomstige kind, mogelijke latere intra-familiaire conflicten, en medisch-genetische risico's in geval van consanguïteit.² Deze zorgen en risico's hebben geleid tot aanbevelingen van ESHRE om weloverwogen, vrijwillige keuzen van wensouders en kandidaat-donoren te faciliteren en de mogelijke risico's voor het welzijn van alle betrokkenen, waaronder vooral ook het kind, te verkleinen.²

Psychologisch

Over specifieke psychologische en emotionele risico's van IMAR zijn nauwelijks geobjectiveerde studies voorhanden. In het algemeen zijn bij IMAR de psychosociale factoren vergelijkbaar met die bij niet-intrafamiliaire gameetdonatie of draagmoederschap. Enkele factoren die bij IMAR mogelijk anders zijn, zijn (on)vrijwilligheid en psychische druk op de donor ('coercion'), zowel vanuit de ontvangende partij, als vanuit de omgeving, en hiermee samenhangend de onbaatzuchtigheid van de donor of de relatiebestendigheid tussen wensouder en donor. Voorts is de relatie van het kind met diens wensouders en donor ('disclosure') mogelijk bijzonder en daarmee kwetsbaarder bij IMAR dan bij een onbekende donor. In de counseling van zowel wensouders als donoren dienen deze specifieke aspecten aan de orde gesteld te worden.^{2 3}

Temeer daar IMAR slechts in beperkte mate wordt toegepast, zijn er weinig op objectieerbare gegevens gestoelde conclusies te geven, die als richtlijn of hulpmiddel kunnen dienen bij besluitvorming van de behandelaar over het wel of niet meegaan in het verzoek om IMAR. De keuze van de wensouder(s) om een bekende donor uit familiekring te betrekken in de behandeling, is al door hen gemaakt. Het is de taak van de behandelaar om in de counseling op een aantal specifieke aandachtspunten te wijzen, waar de betrokkenen mogelijk niet bij hebben stilgestaan.

Twee hoofdoverwegingen voor de behandelaar om niet aan IMAR mee te werken zijn enerzijds een medische, c.q. genetische: wanneer ten gevolge van consanguïteit er een verhoogd risico vermoed wordt op congenitale afwijkingen. Anderzijds een psychosociale: wanneer uit de inventarisatie en counseling onvoldoende blijkt dat het redelijk welzijn van de betrokkenen (donor, wensouders én kind) ten aanzien van eerdergenoemde factoren (familiedruk, coercion, disclosure), gewaarborgd is. Mogelijke uitzonderingen zijn die situaties waarbij de schijn van incestueuze relatie wordt gewekt, maar waarbij geen daadwerkelijke combinatie van consanguïne gameten plaatsheeft. Als voorbeelden mogen gelden: volwassen dochter doneert aan haar moeder eicellen, te bevruchten door nieuwe partner van moeder; of: een lesbische vrouw draagt de middels IVF door haar broer bevruchte eicellen van haar vrouwelijke partner.¹¹

Juridisch

- Donatie van geslachtcellen en embryo's is toegestaan conform de Embryowet.
- Daar waar gebruik wordt gemaakt van een draagmoeder wordt verwezen naar hoofdstukken 8 en 9 inzake draagmoederschap.
- Conform de WDKB worden geboortes na gameetdonatie gemeld bij Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (www.donorgegevens.nl). Zowel de donor als de acceptor moet worden ingelicht over de wettelijk verplichte registratie.¹⁹
- Conform art. 1:41 BW is het niet toegestaan een huwelijk te sluiten tussen hen die elkander hetzij bij nature, hetzij familierechtelijk, bestaan in de opgaande of neergaande lijn, tussen broers en zussen of broer en zus. Op grond van art. 1:80a BW geldt hetzelfde voor geregistreerd partnerschap. Art. 1:227 BW bepaalt voorts dat adoptie niet mogelijk is voor

personen die op grond van art. 1:41 BW geen huwelijk of op grond van art. 1:80a BW geen geregistreerd partnerschap mogen aangaan.

Vormen van IMAR en aandachtspunten, conform de beschouwingen van ESHRE en ASRM^{2 3}	
Intragenerationeel	
Aangetrouwd: schoonzus-zwager	Principieel geen bezwaar. Psychosociaal vergelijkbaar met goede vriend(in). Familieband is mogelijk hechter dan neef-nicht, want relationeel dichterbij.
Neef-nicht	Principieel geen bezwaar. Psychosociaal vergelijkbaar met goede vriend(in). Bijzondere aandacht verdient intensiteit van de familieband. Verhoogd risico op aangeboren afwijkingen.
broer donor voor broer zus donor voor zus	Algemeen wel geaccepteerd, geen overwegend moreel bezwaar. Cave psychische druk vanuit familie en plaats van kind binnen de familie.
broer donor voor zus	In het algemeen verwerpelijk geacht of verboden. Te nauwe consanguïniteit, te sterk geassocieerd met incest.
Intergenerationeel	
moeder draagmoeder voor dochter	Aanvaardbaar in geval van IVF-draagmoederschap.
oom donor voor neef tante donor voor nicht	In het algemeen aanvaardbaar. Familiieverhoudingen zijn afstandelijker dan in een ouder-kindrelatie. Genetische factoren spelen geen belangrijke rol als er geen consanguïniteit is tussen donor en wensmoeder.
vader donor voor zoon moeder donor voor dochter	In het algemeen acceptabel. Is biologisch en genetisch 'dichtbij'. Psychologisch dient er extra aandacht te zijn voor: druk; houding donor ten opzichte van kind/'kleinkind'; plaats van het kind in de familie. Vaak dringt zich de gedachte aan incestueuze relaties op. Feitelijk is dit niet het geval. Immers, er is geen seksuele relatie tussen donor of draagmoeder en wensouder(s). Eiceldonatie of -vitrificatie door moeder ten behoeve van een kind met het syndroom van Turner lijkt geaccepteerd, maar bijzondere aandacht is gewenst voor zaken die bij 'conventionele' eiceldonatie minder nadrukkelijk meespelen: zoals, wanneer de beoogde acceptor uiteindelijk geen gebruik wenst te maken van de gedoneerde oöcyten, of wie zeggenschap heeft over de oöcyten bij eventueel overlijden van de moeder (de donor).
kind gameetdonor of draagmoeder voor ouder	Bijvoorbeeld een zoon die zaaddonor is voor zijn vader, die een relatie heeft met jonge, nieuwe partner. In het algemeen onwenselijk, ook wanneer de gameten niet consanguïn gecombineerd worden, zoals bij eiceldonatie door stiefdochter. De bijzondere sociale omstandigheden kunnen op gespannen voet staan met de vereiste autonomie en vrijwilligheid van de donor.
vader donor voor dochter zoon donor voor moeder	In het algemeen onacceptabel of verboden. Sterke associatie met incest, alsmede onaanvaardbaar verhoogd risico op genetische afwijkingen.

Algemene aanbevelingen

Deze zijn beschreven op de pagina's 18 en 19.

Specifieke aanbevelingen, aandachtspunten, randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen

Mede op basis van de beschouwingen van de ESHRE (ESHRE Task Force on Ethics and Law) en de ASRM (The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine),^{2 3} zijn onderstaande aandachtspunten geformuleerd.

Medisch

- Zowel gecombineerde als gescheiden medische en psychologische counseling van donoren en wensouders is van groot belang voor een weloverwogen besluitvorming en risicovermindering.
- IMAR door vierde-graads familieleden (neef/nicht: kind van broer of zus van een van beide ouders) is in principe toelaatbaar, doch de counseling behoeft specifieke aanvullende aandachtspunten, met name gericht op genetische consequenties.
- Het wordt aanbevolen om in geval van vierde graad IMAR een klinisch geneticus te consulteren. Afhankelijk van de uitkomst van onderzoek naar dragerschap kan PGD aangeboden worden.
- Verzoek om behandeling leidend tot verwantschap in de opgaande of neergaande lijn dient te worden afgewezen. Dit betreft IMAR tussen eerste-, tweede-, of derde-graads familieleden (vader donor voor dochter, kleindochter of nicht; moeder donor voor zoon of neef; broer donor voor zus v.v.).

Ethisch

- Intrafamiliaire gameetdonatie of draagmoederschap is in het algemeen ethisch aanvaardbaar wanneer alle betrokkenen volledig geïnformeerd en gecounseld zijn.

Psychologisch

- IMAR dient afgewezen te worden wanneer er psychische druk wordt uitgeoefend door een van de betrokken partijen of wanneer het te verwachten welzijn van het kind ernstig in het gedrang dreigt te raken.
- Er zijn geen a priori morele bezwaren tegen intergenerationale IMAR. Bijzondere aandacht verdient eerstegraads intergenerationale IMAR, met het oog op het waarborgen van de autonomie van de keuze door betrokkenen.
- Kind-voor-ouder IMAR wordt sterk afgeraden, omwille van relationele en psychosociale factoren. Overigens is ouder-voor-kind IMAR in bepaalde situaties wel denkbaar en toelaatbaar.
Counseling dient plaats te vinden door een GZ-psycholoog waarbij aandacht wordt besteed aan de punten die gelden voor gameetdonatie, waarvoor wordt verwezen naar desbetreffende hoofdstukken. In geval van intrafamiliaire gameetdonatie dient in het bijzonder aandacht gegeven te worden aan:
 - De vrijwilligheid van zowel donor als wensouder.
 - De rollen en de wederzijdse verwachtingen van de betrokkenen in het IMAR-behandeltraject. Van belang hierbij zijn de onbaatzuchtigheid en de belangeloosheid van de donor of draagmoeder.
 - De al dan niet te verwachten 'ouderrol' van de donor of draagmoeder.
 - Mogelijke relationele spanningen tussen ontvangers en donor/draagmoeder en hoe deze op te vangen.
 - De sociale druk, uit de verdere familiekring en daarbuiten, in het bijzonder in geval van een mogelijke associatie met incestueuze relaties en hoe hiermee om te gaan.
 - Eventuele druk op bestaande familieverbanden.
 - Disclosure aan het kind.

- De rol van het kind binnen breder familieverband.
- De verhouding van ouders en donor met het kind.

Literatuur

- 1 Marshall LA. Intergenerational gamete donation: ethical and societal implications. *Am J Obstet Gynecol.* 1998; 178: 1171-6.
- 2 ESHRE Task Force on Ethics and Law. Intrafamilial medically assisted reproduction. *Hum Reprod.* 2011; 26: 504-9.
- 3 The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Using family members as gamete donors or surrogates. *Fertil Steril.* 2012; 98: 797-803.
- 4 Bromwich P. Oocyte donation. *BMJ;* 1990; 300: 1671-2.
- 5 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Kinderwens van consanguïne ouders: risico's en erfelijkheidsvoorlichting. Rapport 270032003/2007. Bilthoven: RIVM; 2007.
- 6 ZonMW. Evaluatie Embryowet en Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting. Reeks evaluatie regelgeving; deel 32. Den Haag: ZonMW; 2012.
- 7 Nikolettos N, Asimakopoulos B, Hatzissabas I. Intrafamilial sperm donation: ethical questions and concerns. *Hum Reprod.* 2003; 18: 933-6.
- 8 Lessor R. All in the family: social processes in ovarian egg donation between sisters. *Sociol Health Illn.* 1993; 15: 393-413.
- 9 Pierce J, Reitemeier PJ, Jameton A, Maclin VM, Jonge CJ de. Should gamete donation between family members be restricted? The case of a 16-year-old donor. *Hum Reprod.* 1995; 10: 1330-7.
- 10 Bredenoord AL, Lock MTWT, Broekmans FJM. Ethics of intergenerational (father-to-son) sperm donation. *Hum Reprod.* 2012; 27: 1286-91.
- 11 Sauer MV. Donor eggs and brother's sperm: creating genetic likeness in the conceptus of an unmarried menopausal woman. *Reprod Biomed Online.* 2001; 3: 19-20.
- 12 Lessor R, Reitz K, Balmaceda J, Asch R. A survey of public attitudes toward oocyte donation between sisters. *Hum Reprod.* 1990; 5: 889-92.
- 13 Sauer MV, Rodi IA, Scrooc M, Bustillo M, Buster JE. Survey of attitudes regarding the use of siblings for gamete donation. *Fertil Steril.* 1988, 49: 721-2.
- 14 Marshall LA. Ethical and legal issues in the use of related donors for therapeutic insemination. *Urol Clin North Am.* 2002; 29: 855-61.
- 15 Bittles AH. Consanguinity and its relevance to clinical genetics. *Clin Genet.* 2001; 60: 89-98.
- 16 Costa CM de. Consanguineous marriage and its relevance to obstetric practice. *Obstet Gynecol Survey.* 2002; 57: 530-6.
- 17 Hamamy H, Antonarakis SE, Cavalli-Sforza LL, Temtamy S, Romeo G, Kate LP, et al. Consanguineous marriages, pearls and perils: Geneva International Consanguinity Workshop Report. *Genet Med.* 2011; 13: 841-7.
- 18 Becker R, Keller T, Wegner RD, Neitzel H, Stumm M, Knoll U, et al. Consanguinity and pregnancy outcomes in a multi-ethnic, metropolitan European population. *Prenat Diagn.* 2015; 35: 81-9.
- 19 Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Modelreglement Embryowet. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications; 2003.

Hoofdstuk 11. Transgender wensouders (actualisatie d.d. 14 mei 2024)

Achtergrond

Genderdysforie is een discrepantie tussen het biologische geslacht (in de literatuur: Assigned female at birth (AFAB), of Assigned male at birth (AMAB)) en de ervaren genderidentiteit. Een transgender man ervaart een (overwegend) mannelijke genderidentiteit hoewel hij het vrouwelijk geslacht heeft gekregen bij de geboorte. Een transgender vrouw ervaart een (overwegend) vrouwelijke genderidentiteit hoewel zij het mannelijk geslacht heeft gekregen bij de geboorte. Een cisgender persoon is een persoon bij wie het biologische geboortegeslacht overeenkomt met de ervaren genderidentiteit.

Een non-binair persoon is iemand die zich niet thuis voelt in de binaire gendercategorieën man of vrouw en zich beter voelt bij een andere, niet-binaire, genderidentiteit.

Een transgender persoon kan een gevoel van onbehagen over het biologische geboortegeslacht ervaren. Transgender personen kunnen de wens hebben hun lichaam te masculiniseren of feminiseren met behulp van een medische behandeling met hormonen en/of chirurgie. Non-binaire personen kunnen deze wens ook hebben, of kunnen de wens hebben geslachtskenmerken te verwijderen of veranderen. De mate van deze wens kan verschillen en kan ook verschillende vormen hebben. In de American Psychologic Association (APA) guidelines voor 'transgender and gender nonconforming people', wordt benadrukt dat 'genderidentiteit' niet binair is, maar een continu construct. (1) Hierdoor zijn er verscheidene genderidentiteiten mogelijk in het genderspectrum die in meer of mindere mate overeenkomen met het biologisch geboortegeslacht.

Het is voor Nederlanders van 16 jaar en ouder mogelijk om op grond van een 'verklaring transgender' de aanduiding van het geslacht in de geboorteakte te wijzigen. Sinds 1 juli 2014 is het niet meer noodzakelijk om hiervoor daadwerkelijk fysieke veranderingen, zoals een sterilisatie, te ondergaan. (2) Inmiddels heeft de Nederlandse regering haar excuses aangeboden voor het verplicht stellen van sterilisatie bij transitiebehandeling.

Voorheen was dus het verlies van fertiliteit meestal inherent aan de transitiebehandeling van transgender personen. Echter door deze wetswijziging en het beschikbaar komen van fertiliteitspreservatie is dit verlies niet meer absoluut.

Transgenderpersonen en kinderwens

De wens tot een biologisch eigen kind staat los van genderidentiteit. Bij transgender en gender diverse personen is kinderwens vaak een onderwerp van gesprek, net zo goed als bij cisgender personen. In studies waarin zowel transmannen als transvrouwen bevroegd werden, had ongeveer de helft van de transpersonen een kinderwens. (3-6)

Transgender personen geven aan dat zij graag willen dat er met hen over behoud van fertiliteit wordt gesproken, voordat een behandeling wordt ingezet. (7, 8) De medische transitie met de bijbehorende medicatie en/of chirurgie kan namelijk een negatief, dan wel een definitief effect hebben op de vruchtbaarheid van transpersonen. Echter, met de ontwikkeling van fertiliteitspreservatie zijn er ook voor transgender personen verschillende mogelijkheden om de kans op een biologisch eigen kind te behouden. (9)

De 'World Professional Association for Transgender Health Care' - de organisatie die richtlijnen (Standards of Care) uitvaardigt met betrekking tot de zorg voor transgender personen - adviseert dat opties rondom fertiliteitspreservatie expliciet ter sprake moeten komen vóór de start van genderbevestigende hormoonbehandeling en de eventueel daaropvolgende chirurgie. (10)

Fertiliteitspreservatie bij transmasculiene personen

Bij transmannen en non-binaire personen die zijn geboren met uterus en ovaria zijn er drie mogelijkheden van fertiliteitspreservatie:

- **Behouden van genitalia interna**
Door het behouden van de ovaria blijft de mogelijkheid tot genetisch nageslacht bestaan gedurende de fertiele levensfase. Bij het behouden van de uterus wordt ook de optie om zelf een zwangerschap te dragen behouden. Er zijn geen aanwijzingen dat de reproductive functie wordt beperkt door het gebruik van testosteron in het verleden. (11)
- **Cryopreserveren van eicellen of embryo's**
Cryopreserveren van eicellen is mogelijk bij post-puberale personen. Als een post-puberale transman een partner met bruikbaar semen of een semendonor heeft, is ook cryopreservatie van embryo's mogelijk. Transmannen en non binaire personen zijn echter vaak nog heel jong als ze in transitie gaan en hebben dan vaak nog geen of prille relaties. Om die reden wordt hen meestal geadviseerd om eicellen in te vriezen in plaats van embryo's. Er zijn geen aanwijzingen dat de resultaten van cryopreservatie worden beïnvloed door het voorafgaand gebruik van testosteron. (12-15)
Echter een IVF-traject kan dysfore gevoelens luxeren of verergeren ten gevolge van inwendige echo's, speculumonderzoek en eicelpunctie. Voorafgaand aan deze behandeling moet dit proces zorgvuldig worden doorgenomen met cliënt. Alternatieven en mogelijkheden waaronder abdominale follikelecho's en eventueel punctie onder sedatie moeten worden besproken en zo mogelijk worden aangeboden.
- **Cryopreserveren van ovariumcortex**
Deze optie blijft over wanneer cryopreservatie van eicellen of embryo's niet haalbaar is en de transman kiest voor een chirurgische verwijdering van de ovaria als genderbevestigende ingreep. Echter is er nog relatief weinig ervaring met ovariumcortexpreservatie, en dit wordt niet overal aangeboden. Anders dan bij oncologische cryopreservatie lijkt de kans dat het ovariumweefsel later wordt teruggeplaatst klein, vanwege de dysforie voor deze organen. Er moet dus worden gewacht op de ontwikkeling van in vitro maturatie van primordiale follikels, hetgeen momenteel nog niet mogelijk is.

Fertiliteitspreservatie bij transfeminiene personen

Bij transvrouwen en non-binaire personen die zijn geboren met teelballen bestaat fertiliteitspreservatie uit het cryopreserveren van zaadcellen. Deze zaadcellen kunnen middels verschillende methoden worden verkregen:

- **Het verkrijgen van zaadcellen middels masturbatie en ejaculatie. (16)**
Ondanks dat het de meest gangbare en minst invasieve manier is, kan het verkrijgen van zaadcellen middels masturbatie en ejaculatie door transvrouwen en non-binaire personen als confronterend en moeilijk worden ervaren, zeker als dit moet plaatsvinden in een klinische situatie.
Ook is de semenkwaliteit van transvrouwen gemiddeld genomen lager dan de semenkwaliteit in de algemene cis mannelijke bevolking. Dit kan te maken hebben met handelingen die geregeld uitgevoerd worden door transvrouwen, zoals tucken (testikels in lieskanaal brengen) of het dragen van strak ondergoed. Vanwege deze verminderde semenkwaliteit is het semen na ontdooien vaak alleen geschikt voor IVF of ICSI. (17, 18)
Hormoontherapie in het kader van de transitiebehandeling heeft een negatieve invloed op de spermatogenese en daarmee de semenkwaliteit. Er zijn studies die laten zien dat de spermatogenese na onderbreking van hormoontherapie soms niet (volledig) herstelt. (19, 20)

Hoewel een recente publicatie over negen transvrouwen aantoont dat er wel terugkeer van spermatogenese is na staken van de hormoonmedicatie, wordt gemeld dat dit wel 3-18 maanden kan duren en dat alsdan verkregen zaadcellen van wisselende kwaliteit zijn. (21)

- Het verkrijgen van zaadcellen middels prostaatmassage, elektro-ejaculatie of reflexmatige ejaculatie.
Voor transvrouwen met anorgasmie of anejaculatie kunnen zaadcellen worden verkregen met prostaatmassage, of elektro-ejaculatie, of door het opwekken van een reflexmatige ejaculatie met vibrerende stimulatie.
- Het chirurgisch verkrijgen van zaadcellen.
Voor transvrouwen met een azoöspermie, of voor wie de bovengenoemde opties niet mogelijk zijn, kan getracht worden om chirurgisch zaadcellen te verkrijgen. In het geval van een azoöspermie zal eerst diagnostiek moeten worden verricht om pathologie uit te sluiten en een oorzaak te vinden. Dit zal tijd in beslag nemen.
Het type operatie wordt gekozen op basis van de indicatie; bij een obstructieve component kan een PESA of MESA procedure overwogen worden en bij een niet-obstructieve component wordt TESE geadviseerd.
- Het verkrijgen van zaadcellen uit de testikel die verwijderd wordt bij genderbevestigende chirurgie.
Het is wel mogelijk maar vindt in de praktijk niet plaats. Het verkrijgen van bruikbare zaadcellen tijdens het verwijderen van een testis in het kader van genderbevestigende chirurgie wordt meestal bemoeilijkt door het gelijktijdig gebruik van feminiserende hormonen. Momenteel wordt bekeken of de testikel die verwijderd wordt in het kader van de transitiebehandeling nog geschikt is voor het oogsten van zaadcellen. (22) Deze methode wordt momenteel nog niet in klinieken aangeboden.
- Cryopreservatie van immatuur testisweefsel met spermatogoniale stamcellen.
Voor pre- en vroeg-puberale transmeisjes is het invriezen van zaadcellen niet mogelijk omdat bij hen nog geen spermatogenese plaatsvindt op het moment dat zij kunnen starten met puberteitsremming. Puberteitsremming is er op gericht om ongewenste lichamelijke veranderingen in een vroeg stadium tegen te gaan en hiermee toename van dysforie te voorkomen en passabiliteit op lange termijn te verbeteren. Bij gebrek aan complete spermatogenese kan in deze groep het invriezen van immatuur testisweefsel met spermatogoniale stamcellen overwogen worden. Echter, het toekomstig gebruik van deze cellen voor een fertiliteitsbehandeling is afhankelijk van de mogelijkheid van in vitro spermatogenese (het in vitro uitrijpen van spermatogonia tot spermatozoa). Deze techniek is op dit moment nog experimenteel en wordt slechts in enkele klinieken aangeboden en alleen in het kader van wetenschappelijk onderzoek.

Fertiliteitspreservatie staat niet gelijk aan ingebruikname van geslachtscellen of embryo's. Preservatie en ingebruikname vinden plaats in verschillende fasen van het leven.

Ten tijde van het verzoek tot ingebruikname zal dit verzoek besproken worden, conform elk ander verzoek tot ART.

Of en zo ja welke fertiliteitsbehandeling uiteindelijk nodig is, is afhankelijk van de doorlopen medische transitie van de transpersoon, of er ingevroren geslachtscellen zijn, en of en welke geslachtscellen diens eventuele partner heeft. Er vanuit gaande dat er fertiliteitspreservatie is verricht voorafgaand aan de transitiebehandeling en dat er geen andere fertiliteitsbelemmerende factoren zijn, zijn de volgende behandelingen mogelijk: zie onderstaande tabel.

Mogelijke fertiliteitsbehandelingen bij transgender en non-binaire personen met een kinderwens, zonder rekening te houden met andere factoren die de fertiliteit belemmeren			
		Geslachtscellen partner	
		Eicellen	Zaadcellen
Transman of non-binaire persoon	Met draagwens	Spermadonatie bij transman Interrationele gameetdonatie: IVF(d) en ET bij transman	Geen fertiliteitsbehandeling nodig
	Zonder draagwens	Spermadonatie bij partner Interrationele gameetdonatie: IVF(d) en ET bij partner	IVF draagmoederschap
Transvrouw of non-binaire persoon	Met vers semen	Geen fertiliteitsbehandeling nodig	Traditioneel draagmoederschap (buiten ziekenhuis)
	Met cryo semen	IUI bij partner	Traditioneel draagmoederschap met IUI bij draagmoeder
	Zonder semen	Spermadonatie bij partner	Traditioneel draagmoederschap (buiten ziekenhuis)

Indien de wens tot alleenstaand ouderschap: [zie hoofdstuk over alleenstaanden in NVOG Standpunt Geassisteerde voortplanting met gedoneerde gameten, embryo's en draagmoederschap.](#)

De werkgroep is van mening dat er aandacht nodig is voor de specifieke medisch-technische situatie van transgender personen in relatie tot hun kinderwens. Voor de overwegingen betreffende behandelingen waarbij een derde persoon (bijvoorbeeld een semendonator, een eiceldonor of een draagmoeder) nodig is, wordt verwezen naar de betreffende standpunten en richtlijnen van de NVOG (zie nvog.nl).

Ethisch

Binnen de maatschappij stuiten transgender wensouders op vooroordelen over hun kans op geslaagd ouderschap. Net als bij andere onconventionele vormen van ouderschap ligt de bewijslast echter bij de critici. De werkgroep is van mening dat categorische deontologische en consequentialistische bezwaren tegen ouderschap bij transpersonen niet overtuigend zijn.

Ten aanzien van het welzijn van de kinderen die opgroeien met transouders zijn er inmiddels ook diverse publicaties verschenen die geen reden geven tot zorgen over het welzijn van deze kinderen. (23-28) Echter de aantallen zijn nog relatief klein en de follow-up-duur is beperkt.

Er is beperkte evidence over aspecten van eventuele fertiliteitspreservatie en/of geassisteerde voortplanting bij transgenderpersonen, bijvoorbeeld de besluitvorming van adolescenten wat betreft het thema fertiliteitspreservatie.

Er zijn vragen bij/zorgen over:

A) de zorgvuldigheid van de indicatiestelling voor een transitie op jonge leeftijd;

B) de kwaliteit van de besluitvorming door jonge adolescenten over de hoe dan ook ingrijpende en soms irreversibele transitie;

C) de kwaliteit van de besluitvorming over kinderwens door jonge adolescenten en over (deels onzekere) vormen van fertiliteitspreservatie en;

D) de kwaliteit van ouderschap van transgenders.

Deze vragen maken counseling over deze onderwerpen moeilijk, maar niet minder noodzakelijk. Een recent review uit 2023 zet alle beschikbare evidence op een rijtje. (29) Er is gebrek aan uitgebreid langetermijnonderzoek op het gebied van transgender ouderschap en hun kinderen. De werkgroep sluit zich aan bij het pleidooi van de ESHRE taskforce Ethics and Law voor meer onderzoek naar het welzijn van de kinderen die opgroeien in “niet-standaard” situaties, waaronder ook gezinnen met transgender ouder(s). Hoewel er behoefte is aan nader onderzoek, is er geen reden aan te nemen dat hulp bij voortplanting aan deze groep in strijd zou zijn met de voorgestelde evaluatie-standaard: zie af van assisted reproduction indien er sprake is van een ‘high risk of serious harm’. Het zou in strijd zijn met het anti-discriminatie principe om met twee maten te meten en ten aanzien van transgenders een strengere evaluatie-standaard te hanteren. De uitkomsten van dergelijk onderzoek zullen naar verwachting bijdragen aan optimalisering van de counseling en de specificatie van richtlijnen voor goed hulpverlenerschap in deze context. De taskforce roept artsen die de wensouders in niet-standaard situaties behandelen op te investeren in data-verzameling voor vervolgstudies. (30)

In 2021 heeft ook de ASRM Ethics Committee een opinion paper gepubliceerd over de toegang tot fertiliteitszorg voor transgender en non-binaire personen. Hierin wordt gesteld dat geassisteerde voortplanting besproken moet worden ongeacht de status van de genderidentiteit, net als bij cis personen. Tevens wordt aangemoedigd onderzoek te verrichten naar het sociaal en emotioneel welzijn van de transgender ouder(s) en hun kinderen. (31)

Er zijn geen geldige redenen om transgender wensouders anders te screenen dan andere wensouders voorafgaand aan een fertiliteitsbehandeling. Het is aanbevolen om naast de medische mogelijkheden ook psychosociale counseling aan te bieden zoals dit bij alle vormen van gameetdonatie en/of divers ouderschap wordt geboden. Bij behandeling van kinderwens van transgenderpersonen wordt aanbevolen om deze counseling te laten verzorgen door gespecialiseerde professionals, bijvoorbeeld door leden van een multidisciplinair transgenderteam. Bij de fertiliteitsbehandeling van alle personen met kinderwens wordt geadviseerd dat behandelaars eventuele morele contra-indicaties tegen behandeling in het multidisciplinaire behandelteam bespreken (zie [NVOG modelprotocol Mogelijke morele contra-indicaties bij vruchtbaarheidsbehandelingen](#)). Hierbij moet vooral aandacht besteed worden aan het welzijn van het toekomstige kind.

Counseling rond fertiliteitspreservatie moet daarnaast geborgd worden in een team waarin ten minste een gynaecoloog en een psycholoog een plaats hebben.

De werkgroep is van mening dat counseling over fertiliteitspreservatie bij alle transgender personen, zowel adolescenten als volwassenen, moet worden aangeboden voorafgaand aan een gender bevestigende behandeling met hormonen of met een operatie.

Psychologisch

Psychologische counseling bij fertiliteitspreservatie bestaat uit twee delen: voorafgaand aan het starten van een behandeling waarin cryopreservatie van geslachtscellen wordt overwogen, en voorafgaand aan een behandeling met als doel het tot stand brengen van een zwangerschap. Hierbij zijn een aantal aspecten belangrijk om te bespreken:

- de impact van een fertiliteitsbehandeling op de genderdysforie;
- de mogelijke stigmatisering en discriminatie van de transgender personen met een gezin;
- de mogelijke nadelige gevolgen (ook van deze stigmatisering en discriminatie) op het welzijn van kinderen van transgender personen.

Een aantal auteurs wijst erop dat deze ouderschapsvorm gelijkenis vertoont met andere 'onconventionele' gezinsvormen (zoals man-man paren en vrouw-vrouw paren). Ook hier moeten de gezinsleden leren omgaan met sociale stigmatisering. (32)

Bij kinderen geboren in een gezin met een transgender ouder kunnen vragen opkomen over hun afkomst. Het is belangrijk dat hierover open gecommuniceerd wordt met kinderen. In de counseling van transgender personen die hun kinderwens willen vervullen, is het belangrijk dat er voldoende aandacht aan dit aspect gegeven wordt.

Transgender ouders dienen over de volgende zaken goed na te denken voorafgaand aan een fertiliteitstraject: (1) Of en hoe zullen zij hun kinderen inlichten over hun genderdysforie en gendertransitie? (2) Indien zij donorgameten gebruiken, wat zullen ze hierover aan hun kinderen vertellen? In dit laatste komen ze overeen met alle donorouders.

Juridisch

- Donatie van voortplantingscellen en embryo's is toegestaan conform de Embryowet.
- Conform de WDKB worden geboortes na gameetdonatie gemeld bij Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (www.donorgegevens.nl). Zowel de donor als de acceptor moet worden ingelicht over de wettelijk verplichte registratie.(32)
- Door de wijzigingen in Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek is het voor transgender personen gemakkelijker om de geslachtsaanduiding te wijzigen in officiële documenten. Sinds 1 juli 2014 worden niet langer de eisen gesteld van onvruchtbaarheid en lichamelijke aanpassing naar het gewenste geslacht.
- Bij een transman die na de wijziging van de vermelding van het geslacht een kind baart, wordt voor de toepassing van titel 11 van Boek 1 Burgerlijk Wetboek betreffende de afstamming, uitgegaan van het geslacht dat de transman voor de wijziging had. Juridisch gezien is hij dus de moeder van het kind (art. 1:28c lid 3 BW).

Specifieke aanbevelingen, aandachtspunten, randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen

- Het hebben van een kinderwens is onafhankelijk van geslacht en genderidentiteit. Er zijn nog aspecten onbekend over fertiliteit en fertiliteitsbehandeling bij transgender personen. De belasting van verschillende opties van geassisteerde voortplantingstechnieken en de haalbaarheid van het toepassen van een van de opties voor de betreffende transpersoon moet met de patiënt of het koppel besproken worden zodat (de)ze goed geïnformeerd een keuze kan/kunnen maken.
- Bij kinderen geboren in een gezin met een transgender ouder kunnen vragen opkomen over hun afkomst. Het is heel belangrijk dat hierover open gecommuniceerd wordt met kinderen. In de counseling van transgender personen die hun kinderwens willen vervullen, is het belangrijk dat er voldoende aandacht aan dit aspect gegeven wordt. Het wordt sterk aanbevolen dat een gesprek hierover door een psycholoog dan wel fertiliteitscounselor gebeurt.
- Kennis over psychosociale en medische aspecten van fertiliteitspreservatie bij vroeg puberale kinderen ontbreekt vrijwel volledig. De werkgroep kan over dit specifieke onderwerp daarom geen advies uitbrengen.

Literatuur

1. American Psychologic Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol.* 2015; 70: 832-64.
2. Wet van 18 december 2013, tot wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek en de Wet gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens in verband met het wijzigen van de voorwaarden voor en de bevoegdheid ter zake van wijziging van de vermelding van het geslacht in de akte van geboorte. *Stb.* 2014: 1.
3. Nahata L, Chen D, Quinn GP, Travis M, Grannis C, Nelson E, et al. Reproductive Attitudes and Behaviors Among Transgender/Nonbinary Adolescents. *J Adolesc Health.* 2020;66(3):372-4.
4. Auer, M.K., et al., Desire to Have Children Among Transgender People in Germany: A Cross-Sectional Multi-Center Study. *J Sex Med,* 2018. **15**(5): p. 757-767.
5. Defreyne J, Van Schuylenbergh J, Motmans J, Tilleman K, T'Sjoen G. Parental desire and fertility preservation in assigned male at birth transgender people living in Belgium. *Int J Transgender Health* 2020;21(1):45-57.
6. Defreyne J, Van Schuylenbergh J, Motmans J, Tilleman KL, T'Sjoen GGR. Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgender people living in Belgium. *Fertil Steril* 2020;113(1):149-57.e2.
7. Morong JJ, Class QA, Zamah AM, Hinz E. Parenting Intentions in Transgender and Gender-Nonconforming Adults. *Int j gynecol obstet.* 2022.
8. Vyas N, Douglas CR, Mann C, Weimer AK, Quinn MM. Access, barriers, and decisional regret in pursuit of fertility preservation among transgender and gender-diverse individuals. *Fertil Steril* 2021;115(4):1029-34.
9. Kenny Rodriguez-Wallberg, Juno Obedin-Maliver, Bernard Taylor, Norah Van Mello, Kelly Tilleman, Leena Nahata. Reproductive health in transgender and gender diverse individuals: A narrative review to guide clinical care and international guidelines. *Int J Transgend Health.* 2022 Feb 14;24(1):7-25.
10. Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W.P., Brown, G.R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F.L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(S1), S1-S260. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
11. Stephanie A Leonard , Iman Berrahou, Adary Zhang, Brent Monseur, Elliott K Main, Juno Obedin-Maliver. Sexual and/or gender minority disparities in obstetrical and birth outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2022 Jun;226(6):846.e1-846.e14 PMID: 35358492 DOI: 10.1016/j.ajog.2022.02.041
12. Israeli T, Preisler L, Kalma Y, Samara N, Levi S, Groutz A, et al. Similar fertilization rates and preimplantation embryo development among testosterone-treated transgender men and cisgender women. *Reprod Biomed Online.* 2022.
13. Amir H, Oren A, Klochendler Frishman E, Sapir O, Shufaro Y, Segev Becker A, Azem F, Ben-Haroush A. Oocyte retrieval outcomes among adolescent transgender males. *J Assist Reprod Genet.* 2020 Jul;37(7):1737-1744.
14. Leung A, Sakkas D, Pang S, Thornton K, Resetskova N. Assisted reproductive technology outcomes in female-to-male transgender patients compared with cisgender patients: a new frontier in reproductive medicine. *Fertil Steril.* 2019;112(5):858-65.
15. Maxwell S, Noyes N, Keefe D, Berkeley AS, Goldman KN. Pregnancy Outcomes After Fertility Preservation in Transgender Men. *Obstet Gynecol* 2017;129(6):1031-4.
16. Li K, Rodriguez D, Gabrielsen JS, Centola GM, Tanrikut C. Sperm cryopreservation of transgender individuals: trends and findings in the past decade. *Andrology.* 2018;6(6):860-4.
17. de Nie I, Asseler J, Meißner A, Voorn-de Warem IAC, Kostelijk EH, den Heijer M, et al. A cohort study on factors impairing semen quality in transgender women. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(3):390.e1-e10.
18. de Nie I, Meißner A, Kostelijk EH, Soufan AT, Voorn-de Warem IAC, den Heijer M, et al. Impaired semen quality in trans women: prevalence and determinants. *Hum Reprod.* 2020;35(7):1529-36.
19. Schneider, F., et al., Andrology of male-to-female transsexuals: influence of cross-sex hormone therapy on testicular function. *Andrology,* 2017. **5**(5): p. 873-880.
20. Adeleye, A.J., et al., Semen Parameters Among Transgender Women With a History of Hormonal Treatment. *Urology,* 2019. **124**: p. 136-141.
21. de Nie, van Mello, Vlahakis, Cooper, Peri, den Heijer, Meißner, Huirne, Pang. Successful restoration of spermatogenesis following gender-affirming hormone therapy in transgender women. *Cell Reports Medicine.* Volume 4, Issue 1, 17 January 2023,
22. De Nie I, Mulder C, Meißner A, Schut Y, Holleman E, Van der Sluis W, Hannema S, Den Heijer M, Huirne J, Van Pelt A, Van Mello N. Histological study on the influence of puberty suppression and hormonal treatment on developing germ cells in transgender women. *Hum Reprod.* 2022 Jan 28;37(2):297-308.
23. Carone N, Rothblum E, Bos H, Gartrell N, Herman J. Demographics and health outcomes in a U.S. probability sample of transgender parents *J Fam Psychol.* 2021 Feb;35(1):57-68.
24. Imrie S, Zadeh S, Wylie K, Golombok S. Children with Trans Parents: Parent-Child Relationship Quality and

- Psychological Well-being. *Parent Sci Pract.* 2020 Aug 4;21(3):185-215.
25. Dierckx M, Motmans J, Mortelmans D, T'sjoen G. Families in transition: A literature review. *Int Rev Psychiatry.* 2016;28(1):36-43.
26. Condat A, Mamou G, Lagrange C, Mendes N, Wielart J, Poirier F, et al. (2020) Transgender fathering: Children's psychological and family outcomes. *PLoS ONE* 15(11): e0241214.
27. White T, Ettner R. Disclosure, risks and protective factors for children whose parents are undergoing a gender transition. *J Gay Lesbian Psychother.* 2004; 8: 129-145.
28. White T, Ettner R. Adaptation and adjustment in children of transsexual parents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2007; 16: 215-21.
29. T.H.R.Stolk, J.D.Asseler, J.A.F.Huirne, E.van den Boogaard, N.M.van Mello. Desire for children and fertility preservation in transgender and gender-diverse people: A systematic review. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* Available online 21 January 2023, 102312.
30. Wert G de, Dondorp W, Shenfield F, Barri P, Devroey P, Diedrich K, et al. ESHRE Task Force on Ethics and Law 23: medically assisted reproduction in singles, lesbian and gay couples, and transsexual people. *Hum Reprod.* 2014; 29: 1859-65.
31. Access to fertility services by transgender and nonbinary persons: an Ethics Committee opinion. *Fertil Steril* 2021;115:874-8
32. Pennings G. Evaluating the welfare of the child in same-sex families. *Hum Reprod.* 2011; 26: 1609-15.
32. Modelreglement Embryowet. 27 augustus 2018, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en Vereniging voor Klinische Embryologie (KLEM).

Hoofdstuk 12. Bekende donor en meerouderschap

Gameetdonatie met een bekende donor voltrekt zich grotendeels buiten de fertiliteitsklinieken en speelt zich af tussen een vrouw en een man die elkaar uitkiezen om gedeelde opvoedingsverantwoordelijkheid te dragen over een kind. Tussen beiden bestaat geen partnerrelatie. Hoe ver die opvoedingsverantwoordelijkheid strekt, kan variëren. Soms is de donor niet meer dan een aanwijsbare man met wie het kind voor de helft genetisch verwant is, soms is hij de wettelijke co-ouder. Deze praktijk is in trek bij homoseksuele mannen die hun donorschap zien als een manier om, althans gedeeltelijk, aan hun kinderwens te voldoen. De biologische moeder kan een vrouwelijke partner hebben of alleengaand zijn. De biologische vader (donor) kan een mannelijke partner hebben of alleengaand zijn. In deze context is het dus mogelijk dat een kind met vier opvoeders te maken krijgt.

Omdat het frequent voorkomt dat wensouders zich melden met een verzoek om geassisteerde voortplanting met een bekende donor, en in toenemende mate met een donor en zijn of haar partner die een rol voor ogen hebben bij de opvoeding van het kind, is dit hoofdstuk ondanks de afwezigheid van medisch technische implicaties opgenomen in het standpunt.

Indicatie

Strikt genomen is er geen indicatie voor behandeling wanneer gebruik gemaakt wordt van een bekende semendor. Een zwangerschap kan tot stand gebracht worden door zelfinseminatie. Het komt echter regelmatig voor dat wensouders zich tot een arts wenden met het verzoek om behandeld te worden met semen van een bekende donor.

Meerouderschap kan bij alle vormen van ouderschap die eerder in dit standpunt behandeld zijn optreden, namelijk wanneer de donor en zijn/haar partner een ouderrol wil(len) vervullen.

Verantwoord?

Medisch

Niet van toepassing.

Psychologisch

Bij gebruik van een bekende donor moet een aantal concrete afspraken worden gemaakt tussen de wensouder(s) en de donor(en) over de toekomstige ouderrol tan aanzien van het kind. Men dient er echter rekening mee te houden dat de initieel gemaakte rolbeschrijvingen kunnen veranderen tijdens de levensloop van het kind. Dit blijkt bijvoorbeeld uit een Australische kwalitatieve studie onder 20 lesbische wensmoeders en 15 homoseksuele donoren. Familieconcepten ten tijde van de inseminaties veranderden met de tijd. Waar donoren aanvankelijk het accent legden op de nodige afstand met het wensoudergezin, kregen zij later steeds meer behoefte om een relatie met het kind op te bouwen. Het besef van 'genetische verwantschap' speelde hierbij een belangrijke rol.¹

In het verleden zochten wensmoeders meestal via hun eigen netwerk naar een geschikte donor. Tegenwoordig bestaat er een reeks websites waarin wensmoeders en wensvaders en/of donoren elkaar kunnen vinden (bijvoorbeeld www.meerdangewenst.nl). Hoe het deze gezinnen vergaat, is alleen nog maar via casuïstiek beschreven.^{2 3}

Recent verscheen de eerste studie die het profiel en de motieven van wensouders die kozen voor meerouderschap beschreef.⁴ Via de Engelse website 'Pride Angel' werden 102 respondenten geworven (61 mannen/41 vrouwen). Omdat de response rate vrij laag bleef en werving via slechts één website gebeurde, was de representativiteit van de steekproef gering. Participanten waren overwegend hoog opgeleid en blank met een gemiddelde leeftijd van 35 jaar. Van de mannen bleek één derde heteroseksueel, bij de vrouwen was dat de helft. Van de participanten was twee derde alleengaand, echter significant meer lesbische vrouwen en homoseksuele mannen leefden in een partnerrelatie. De belangrijkste overweging om met een zelf uitgezochte partij in zee te gaan, was het kind op te kunnen voeden door de twee genetische ouders. De meeste wensmoeders wilden het kind thuis opvoeden. Meer homoseksuele dan heteroseksuele mannen wensten dagelijks contact

met het kind. Opvallend was dat de betrokken partijen aan de slag wilden met fertiliteitsbehandelingen kort nadat ze elkaar hadden ontmoet (een paar maanden). Ook leken velen de tot stand gekomen band te idealiseren. Gezien de complexe vormen van meer-ouderschap die uit deze constructies volgen, waarschuwen de auteurs voor mogelijke toekomstige negatieve gevolgen voor alle betrokken partijen. Follow-upstudies zijn dus dringend nodig.

Juridisch

Op grond van de heersende Nederlandse wetgeving kan een kind slechts twee juridische ouders hebben. Ook het gezag kan slechts verdeeld zijn over twee personen. Wel is het mogelijk dat (mede)gezag is belegd bij een niet-juridisch ouder. Meerouderschap wordt momenteel dus nog niet geregeld door de wet. In de praktijk wordt er sterk op aangedrongen om vóór de start van de vruchtbaarheidsbehandeling een notarieel contract op te maken waarin de opvoedingsrol van alle partijen zo concreet mogelijk wordt beschreven, dit om toekomstige conflicten te vermijden (persoonlijke mededeling: Wilma Heusman, advocaat, verbonden aan COC Amsterdam). Dit lost het probleem echter niet op, omdat een notarieel contract geen gerechtelijke beschikking is. De huidige wetgeving regelt hierin derhalve vooralsnog te weinig.

Algemene aanbevelingen

Deze zijn beschreven op de pagina's 18 en 19.

Specifieke aanbevelingen, aandachtspunten, randvoorwaarden en zorgvuldigheidseisen

- Psychologische counseling door een psychosociaal counselor waarin wordt besproken dat er nog nauwelijks evidence voorhanden is over het welbevinden van ouders, donoren en kinderen bij meerouderschap, en dat er in Nederland nog geen wetgeving bestaat waarin een kind meer dan twee juridische ouders kan hebben.
Daarnaast moet aandacht worden besteed aan de volgende punten:
- De rollen en de wederzijdse verwachtingen van alle betrokkenen in het behandeltraject, de rol die alle betrokkenen willen spelen bij de opvoeding van het kind en de ideeën van de wensouders daarover.
- Mogelijke relationele spanningen tussen alle betrokkenen en hoe deze op te vangen.
- Disclosure aan het kind.
- De rol van het kind binnen de bredere familieverbanden.
- De verhouding van bekende donor en wensouders met het kind.

Literatuur

- 1 Dempsey D. More like a donor or more like a father: gay men's concepts of relatedness to children. *Sexualities*. 2012; 15: 156-74.
- 2 Warmerdam H, Gort A. Meer dan gewenst. Amsterdam: Schorer Boeken; 1998.
- 3 Bos HMW. Planned gay father families in kinship arrangements. *Aust N Z J Fam Ther*. 2010; 31: 356-71.
- 4 Jadva V, Freeman T, Tranfield E, Golombok S. Friendly allies in raising a child: a survey of men and women seeking elective co-parenting arrangements via an online connection website. *Hum Reprod*. 2015; 30: 1896-1906.

Werkgroepleden

Mw. dr. A.W. Nap, gynaecoloog-VPG, Rijnstate, Arnhem; voorzitter (anap@rijnstate.nl)

Mw. mr. C.A. Bol, jurist, Radboud Universiteit, Nijmegen

Mw. dr. A.M.E. Bos, gynaecoloog, UMC Utrecht

Mw. dr. A. Brewaeyts, GZ-psycholoog, Leiden

Hr. dr. M.J. Crooij, gynaecoloog n.p., Leiderdorp

Mw. dr. G.J.E. Gerrits, medisch antropoloog, Universiteit van Amsterdam

Mw. dr. M. J. Lambers, gynaecoloog, Haga Ziekenhuis, Den Haag

Mw. dr. M.H. Mochtar, gynaecoloog, AMC, Amsterdam

Mw. drs. J.L. Sandberg, klinisch psycholoog, VUMC, Amsterdam

Hr. dr. I. Schipper, gynaecoloog, Erasmus MC, Rotterdam

Mw. dr. M. Verhoeven, gynaecoloog, VUMC, Amsterdam

Hr. prof. dr. G.M.W.R. de Wert, ethicus, Universiteit Maastricht

Mw. dr. C.J.E. Kaandorp, arts, Amsterdam; secretaris

Belangenverklaringen

Opgegeven relevante nevenfuncties:

- A.W. Nap: lid vakgroep gynaecologie Rijnstate. Rijnstate heeft een semenbank. Lid cie Kwaliteitsdocumenten NVOG (onbetaald).
- C.A. Bol: voorzitter patiëntenraad Maasstad Ziekenhuis Rotterdam (vacatiegelden en onkostenvergoeding).
- A.M.E. Bos: secretaris Nederlands Netwerk Fertiliteitspreservatie (onbetaald); lid Alliantie Gender en Gezondheid (onbetaald); lid commissie Richtlijn Fertiliteitspreservatie bij vrouwen (IKNL en NVOG) (vacatiegeld); lid commissie Richtlijn: fertility preservation guidelines for newly diagnosed children with cancer (0-18 years of age) (female) as part of the European project PanCareLIFE www.pancarelife.eu (onbetaald); lid Beraadsgroep UMC Utrecht (onbetaald).
- A. Brewaeyts: zzp-er coaching/onderzoek donorgezinnen; bestuurslid Stichting Donor Gegevens Kunstmatige Bevruchting; lid werkgroep afstammingsvragen België.
- M.J. Crooij: directeur Global Fertility Netherlands BV (betaald).
- G.J.E. Gerrits: geen gemeld.
- C.J.E. Kaandorp: geen gemeld.
- M.J. Lambers: lid commissie Kwaliteitsdocumenten NVOG (onbetaald).
- M.H. Mochtar: voorzitter NVOG-SIG gameetdonatie (onbetaald); kernbestuurslid pijler voortplantingsgeneeskunde NVOG (onbetaald).
- J.L. Sanders: geen gemeld.
- I. Schipper: geen gemeld.
- M. Verhoeven: lid commissie Kwaliteitsdocumenten NVOG. Onderwijs gegeven aan huisartsen over genderverschillen in hart- en vaatziekten, georganiseerd door AstraZeneca BV (onkostenvergoeding).
- G.M.W.R. de Wert: verschillende ethische commissies/werkgroepen, zowel lokaal (MUMC), als landelijk (VKGN, NVOG) als internationaal (ESHG, ESHRE) (soms vacatiegeld).

Colofon

@ 2016 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)

Standpunt

NVOG-standpunten behandelen actuele onderwerpen waarover in het algemeen (nog) geen consensus bestaat door het ontbreken van adequate wetenschappelijke onderbouwing. De gegeven informatie heeft derhalve geen dwingend karakter, maar betoogt slechts een advies te geven gebaseerd op de beschikbare kennis op het moment van publicatie. Dit grotendeels consensus based standpunt is een 'dynamisch' document en zal onderhevig zijn aan bijstelling.

Utrecht, juni 2016

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE

Postbus 20075

3502 LB UTRECHT

www.nvog.nl

Alle rechten voorbehouden

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: kwaliteit@nvog.nl.

Disclaimer

De NVOG sluit iedere aansprakelijkheid uit voor de opmaak en de inhoud van de NVOG-voorlichtingsfolders, -standpunten, -richtlijnen etc., alsmede voor de gevolgen die de toepassing hiervan in de patiëntenzorg mocht hebben. De NVOG stelt zich daarentegen wel open voor attentering op (vermeende) fouten in de opmaak of inhoud van deze voorlichtingsfolders, standpunten of richtlijnen. Neemt u dan contact op met het Bureau van de NVOG (e-mail: kwaliteit@nvog.nl).