
De eerste logeerpartij
Hoogtechnologisch draagmoederschap in Nederland
S. M. Dermout
De eerste logeerpartij – Hoogtechnologisch draagmoederschap in Nederland
S. M. Dermout

RIJKSUNIVERSITEIT GRONINGEN

De eerste logeerpartij

HOOGTECHNOLOGISCH DRAAGMOEDERSCHAP IN NEDERLAND

Proefschrift
ter verkrijging van het doctoraat in de Geneeskunde
aan de Rijksuniversiteit Groningen
op gezag van de Rector Magnificus
dr. D.F.J. Bosscher,
in het openbaar te verdedigen op
woensdag 10 oktober 2001 om 14.15 uur

door

Sylvia Marguérite Dermout

geboren op 14 november 1952 te Amsterdam

Promotores	Prof. Dr. H.B.M. van de Wiel Prof. Dr. O.P. Bleker Prof. Dr. A.P.M. Heintz
Referent	Dr. C.A.M. Jansen
Beoordelingscommissie	Prof. Dr. M.P.M. Burger Prof. Dr. E.V. van Hall Prof. Dr. R. Sanderman

N.B. Dit is een in 2020 gedigitaliseerde versie van een gedrukt boek uit 2001. Paginanummering door verschil in lettertype is anders dan in oorspronkelijke proefschrift, maar is er geen enkele verandering in (wetenschappelijke) data of tekst aangebracht

© 2001 S.M.Dermout, Zaandam
Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopiëren, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

Omslag: © 2001 Erik van Ophem

ISBN nr. 90 6464608 2

Inhoud

Persoonlijk voorwoord 08

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1 Vraagstelling 09

1.2 Ontstaansgeschiedenis 09

Hoofdstuk 2. Historie draagmoederschap

2.0 Inleiding 14

2.1 Waarom is ongewenste kinderloosheid zo ongewenst 14

2.2 Historisch perspectief

Het Bijbels begin 16

Tussen de Bijbel en nu 17

Louise Brown 18

De eed van Hippocrates 18

2.3 De situatie in andere landen 19

2.4 Situatie in Nederland 21

Hoofdstuk 3. Methoden en materiaal

3-1. Medische methoden 23

Definities hoog- en laagtechnologisch draagmoederschap 23

3-2 Inclusiecriteria bij start onderzoek 24

3-3 Inclusiecriteria toegevoegd tijdens het onderzoek 26

3-4 Medische methoden en materiaal 28

- Aantal te plaatsen embryo's 28
- Aantal toegestane IVF pogingen 28
- Problemen bij verhanging ovaria 28
- Problemen bij de cyclusanalyse 29
- Lactatie 29

3-5 Psychologische methoden en materiaal 29

- Intakeprocedure 29
- Kenmerken van intakegesprekken voorafgaande aan psychologische metingen 29
- Motivatie voor keuze voor open interviews en gevalideerde vragenlijsten 31
- Kenmerken van de vragenlijsten 32

- Uitleg voor- en nadelen van open interviews: de functie van kwalitatief onderzoek 34

3.6 Materiaal: 38

- Opgenomen in onderzoek 39
- Demografische gegevens (grafieken 2 tm 9) 40
- Afgevallen na intake/correspondentie 45
- Bevallen buiten onderzoek om 45
- Afgevallen na correspondentie zonder intakes of interview 45
- In portefeuille 45

Hoofdstuk 4. Flowchart bij start onderzoek 46

Hoofdstuk 5. Ontstaanswijze contract tussen wens- en draagouders 48

Hoofdstuk 6. Redenen van niet includeren na aanmelding 50

Hoofdstuk 7. Psychologische aspecten, deel I: kenmerken van wens- en draagouders 56

7.1 Inleiding 56
7.2 Tijdbalk verwerkingsproces na diagnose kanker 57
7.3 Psychologische onderzoeksvragen 58
7.4 Methoden 59
7.5 Operationalisatie 60
- Respons 61

7.6 Toelichting handleiding NPV 62
7.7 Toelichting handleiding SCL-90 63
7.8 Toelichting handleiding MMQ 64
7.9 Statistiek 63
7.10 Uitkomsten NPV 65
7.11 Uitkomsten SCL-90 66
7.12 Uitkomsten MMQ 67
7.13 Uitkomsten open interviews 68
7.14 Karakteristieken uit interviews 70
- Het voortraject 70
- Overleg tussen de mannen en de vrouwen 72
- Verwerking eigen ziekte 73
- Toekomstverwachting 73
- Draagmoeders 74
- Afstaan van het kind 75
- Ideëel draagmoederschap 75
- Schuld, dankbaarheid en afhankelijkheid 75
- Adoptie 76
- Wat filosofische gedachten of magisch denken? 77
- Terugtrekken uit de procedure 77

7.15 Conclusie 78
7.16 Problemen 79
7.17 Beantwoording onderzoeksvraag psychologie 80
7.18 Aandachtspunten en aanbevelingen 80

Hoofdstuk 8. Medische aspecten: 86
- Per casus 87
- Samenvatting alle IVF en cryobehandelingen 111
- Toelichting uitkomsten 116
- Grafieken 118
- Complicaties 119
- Problemen 119
- Adviezen aan gynaecologen 120
- Synchronisatie en hormoonstimulatieschema's 121
- Vergelijking GnRH agonisten met antagonisten 124
- Psychologische belasting 125
- MRK Syndroom 125
- Lactatie 126
- Kolfschema 128

Hoofdstuk 9. Psychologische aspecten, deel II: De invloed van de procedure op wens- en draagouders
9.1 Inleiding 129
9.2 Methoden 129
9.3 Statistiek 130
9.4 Resultaten 130
9.5 Uitkomst vragenlijst NPV met toelichting 131
9.6 Uitkomsten vragenlijst SCL-90 met toelichting 135
9.7 Uitkomsten vragenlijst MMQ met toelichting 139
9.8 Uitkomsten open interviews 141
9.9 Karakteristieken uit interviews 142
9.10 Conclusies 153
9.11 Aandachtspunten en aanbevelingen 154

Hoofdstuk 10. Juridisch deel en verloop adoptieprocedure
10.1 Inleiding 155
10.2 Versoepeling adoptieprocedures 155
10.3 Juridische begrippen 157
10.4 Uitspraken wens/draagouders 159
10.5 Adoptieprocedures 160
10.6 Samenvatting Draagmoederschapscontracten in de praktijk 161
10.7 Samenvatting (On)geoorloofdheid van draagmoederschap 169
10.8 Commentaar uit contracten verkregen in ons onderzoek 174
10.9 De toekomst 176

Hoofdstuk 11. Ethisch deel
11.1 Inleiding 181
11.2 Maatschappelijke en medische ethiek 181
11.3 Selectie en hiërarchische ordening ethische criteria 182

11.4 Nadere selectie van centrale waarden tbv dit onderzoek 183
- Autonomie 188
- Weldoen 190
- Primum non nocere 192
- Rechtvaardigheid 195
- Implicaties voor wensouders 200
- Implicaties voor draagouders 204
- Implicaties voor reeds aanwezige kinderen 208
- Implicaties voor toekomstig wenskind 209
- Implicaties voor de beroepsgroep 212
- Implicaties voor de maatschappij 215
- Eigen normen en waarden 220

11.5 Conclusie 220

Hoofdstuk 12. Conclusies 221
12.1 Conclusies op medisch gebied 223
12.2 Conclusies op psychologisch gebied 226
12.3 Conclusies op juridisch gebied 234
12.4 Conclusies op ethisch gebied 237
12.5 Algemene conclusie 238
12.6 Aanbevelingen voor de toekomst 240

Hoofdstuk 13. Checklist intake voor gynaecologen 241

Hoofdstuk 14. Herziene versie van flowchart: stroomdiagram 244

Hoofdstuk 15. Contract tussen wens- en draagouders 249

Hoofdstuk 16. Contract tussen behandelteam en wens/draagouders 256

Literatuurlijst 266

Samenvatting "Hoogtechnologisch draagmoederschap in Nederland" 271

Summary "Surrogacy in the Netherlands" 276

Conclusions (English) 279

Curriculum vitae 293

Dankwoord 294

Bijlagen:
1. Advies voor Ministerie van VWS 297
2. NVOG richtlijn 18 hoogtechnologisch draagmoederschap 300
3. Advies voor herziening van NVOG richtlijn 306
4. Psychologische vragenlijsten 318
5. Terminologielijst 319
6. Lijst van sponsors 322

Stellingen 323

Persoonlijk voorwoord

Dit proefschrift heeft een nogal persoonlijke ontstaansgeschiedenis. In 1987 kreeg ik gynaecologische kanker waarna een Wertheim operatie volgde.
Het was een vreemde speling van het lot. Twee maanden daarvoor was ik begonnen aan de opleiding tot gynaecoloog. Opeens was ik ziek, gemutileerd, uit het arbeidsproces en had ik geen zicht meer op vervulling van mijn kinderwens.

Door mijn ziekte kwam ik in contact met van Stichting OLIJF, netwerk van vrouwen met gynaecologische kanker; acht jaar lang was ik er zelfs voorzitter van. In 1989 kreeg ik de eerste vragen van lotgenoten of er niet een mogelijkheid was om toch kinderen te krijgen.

Nu zijn er andere mogelijkheden, maar toen zag ik er maar één: het draagmoederschap.
Vele jonge vrouwen hadden na de operatie nog een of twee ovaria, dus met een partner met goed sperma moest het mogelijk zijn om je 'eigen' kind te laten dragen door een ander.
Ieder ander? Nee, dat leek toen al emotioneel onmogelijk. Het moest een (schoon)zusje of vriendin zijn, die wist van je verleden, van de strijd die geleverd was vanaf het moment dat je hoorde dat je kanker had.

Samen met enkele lotgenoten en een groot aantal betrokkenen heb ik me in de jaren daarna ingezet om ideëel draagmoederschap mogelijk te maken. Dat ging niet zonder slag of stoot: er waren tal van juridische en procedurele hindernissen, er waren en zijn – soms heel terechte – twijfels.

Tijdens mijn ziekteproces en later in de Stichting Olijf heb ik veel te maken gehad met de hoogleraren Otto Bleker, destijds verbonden aan het OLVG, nu aan het AMC te Amsterdam en Peter Heintz, destijds verbonden aan het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis, nu aan het UMC te Utrecht. Het leek mij mooi als zij promotor werden indien het onderzoek ooit zou worden afgerond met een proefschrift. Hetzelfde gold voor de psychologie promotor, die het onderzoek mede zou begeleiden. Heel bewust koos ik hier voor Harry van de Wiel, omdat hij OLIJF altijd een warm hart toedroeg, zelfs winnaar van de OLIJF-prijs[109] was, evenals Peter Heintz[108], en nooit te beroerd om het bestuur van advies te dienen. Ook hij was inmiddels hoogleraar geworden.

Het is veertien jaar later. Ik ben kerngezond en kan - misschien wel dankzij mijn kinderloosheid - een fulltime praktijk als gynaecoloog uitoefenen. Bovendien is er dit proefschrift, waarin de mogelijkheden en moeilijkheden voor ideëel draagmoederschap worden verkend. Het uiteindelijke doel daarvan is een landelijk te gebruiken protocol met eensluidende richtlijnen om verantwoord over te kunnen gaan tot hoogtechnologisch draagmoederschap.

Dat doel is bereikt. Heb ik toch nog iets gebaard.

Sylvia Dermout

Inleiding

1.1 Vraagstelling

De vraagstelling binnen de onderzoeksgroep is: **mag ongewenste kinderloosheid wel of niet behandeld worden met behulp van hoogtechnologisch (IVF)/draagmoederschap?**
Van belang is daarbij te vermelden dat de onderzoekers vooraf geen aperte voor- of tegenstanders zijn van deze vorm van voortplanting, doch dat de mogelijkheid met name werd onderzocht in verband met het rechtsgelijkheidprincipe. Als de ene vorm van kunstmatige voortplanting toegestaan wordt, dient een andere niet a-priori te worden afgewezen zonder goede argumenten. Waar het om gaat is de zuiverheid van afweging op basis van rationele, bij voorbaat wetenschappelijk onderbouwde argumenten. Dat er bij een maatschappelijk probleem altijd een emotionele kleuring zal zijn, is niet te vermijden. De enige manier om dit te ondervangen en de conclusies zo zuiver mogelijk te houden is het opzetten van een prospectief onderzoek, bestaande uit een zo groot mogelijke onderzoeksgroep. De eindconclusie kan dan worden gebaseerd op zowel wetenschappelijke als emotioneel onderbouwde argumenten, die uit een voorbeeldgroep tot stand zijn gekomen.
Voordat ons onderzoek gepubliceerd werd, was er alleen casuïstiek, en dat heeft aanleiding gegeven tot niet altijd gefundeerde uitspraken met name in de lekenpers, ten gunste of ten ongunste van draagmoederschap.

1.2 Ontstaansgeschiedenis

Vanuit de stichting OLIJF, netwerk van vrouwen met gynaecologische kanker, kwamen in 1989 de eerste vragen of er niet een mogelijkheid was om toch kinderen te krijgen. De kansen zaten in sparender operaties voor jonge vrouwen, bijvoorbeeld het laten zitten van een ovarium bij cervix- of corpuscarcinomen. Op dit moment zijn er zelfs technieken om bij cervixcarcinoom IB de cervix te verwijderen en het corpus in situ te laten, gepaard gaande met een laparoscopische lymfkliersampling. Tien jaar geleden leek er echter maar een mogelijkheid: het draagmoederschap.

De eerste contacten over draagmoederschap dateren uit januari 1989, toen ik als arts-assistent een memo overhandigde aan de divisie obstetrie/gynaecologie in het AMC Daarin vroeg een mij zeer bekende OLIJF-lotgenote, José Cruys[1], haar te helpen via draagmoederschap. Een goede vriendin wilde draagmoeder zijn. Na een voordracht[25] aan de divisie vond het voltallige

[1] Met toestemming van de betrokkene

gezelschap van zo'n veertig personen dat dit - met de nodige kanttekeningen - in geselecteerde gevallen mogelijk moest zijn. Het verzoek vond echter geen gehoor bij de Raad van Bestuur van het AMC en werd geweigerd.

Dit werd het begin van een zoektocht in gynaecologenland die strandde op het wetsartikel 151c van het Wetboek van Strafrecht, waarin gesteld wordt dat het bemiddelen in commercieel draagmoederschap strafbaar was op straffe van gevangenisstraf. Over ideëel draagmoederschap stond niets in de wet, maar de ethische commissies en de Raden van Bestuur van ziekenhuizen waren zeer huiverig om iets voor deze groep te doen. Bovendien betrof het slechts een zeer kleine groep, niet genoeg om de nek voor uit te steken.

Inmiddels was er sprake van een 'zwaan-kleef-aan'-effect: de groepering van vrouwen met het Mayer Rokitansky Küster syndroom sloot zich aan via Prof. dr.F. B. Lammes, die hun belangen wilde vertegenwoordigen en dat bij mij aankaartte.

Door de vele correspondentie, artikelen en voordrachten[28,29,31,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44 ,45,46] werd onderhand ook in de rest van Nederland bekend, dat ik me bezig hield met ideëel draagmoederschap. Daarop volgden vrouwen bij wie om medische redenen de uterus was verwijderd alvorens de kinderwens actueel of voltooid was. Als laatste groepering werden door gynaecologen vrouwen voorgesteld, die levensbedreigend ziek zouden worden indien een zwangerschap optrad.

De correspondentie (met collegae, Academische ziekenhuizen en met het Ministerie van VWS) was twee ordners dik. José en Raymond Cruys hadden inmiddels een andere manier gevonden om een kind te krijgen: hun dochter werd geboren. Overtuigd als ze was van de goede zaak, heeft ze zich met mij verder ingezet om draagmoederschap voor OLIJF-lotgenoten mogelijk te maken. We gaven interviews aan bladen waarvan we dachten dat ze effect zouden hebben en zochten goede televisieprogramma's uit om onze zaak te bepleiten. Een uitzending van Vinger aan de pols (AVRO 1995)[27] leverde goede publiciteit op, wat enkele jaren later eveneens het geval was door mijn optreden met andere wens- en draagmoeders in Netwerk (NCRV 1997)[30] en in Tros Aktua Medisch (TROS 1998)[32].

Een gunstige wending kwam toen het VVD/CDA kabinet werd opgevolgd door een paars kabinet, waarin dr. E. Borst-Eilers (D'66) Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport werd. Nu leek de tijd rijp. Het Ministerie was toe aan een wijziging van het IVF-

planningsbesluit, en dit onderwerp zou ‘en passant’ in de nieuwe wet kunnen worden aangepast. De wandelgangen werden druk bezocht, lobby’s gevormd.
Dr. W. J. Dondorp van de Gezondheidsraad, die advies aan VWS moest uitbrengen, werd door ons bestookt. Uiteindelijk werd ik - thuis in de tuin - hoogstpersoonlijk gebeld door mevrouw Trentelman, de rechterhand van minister Borst: men stond er niet onwelwillend tegenover en, hoewel ik moest wachten op het Planningsbesluit[116], mocht ik ervan uit gaan dat het doel was bereikt: het toestaan van ideëel draagmoederschap voor vrouwen met gynaecologische kanker. Precies zoals we gevraagd hadden. Mijn aanbod om het in onderzoeksverband te doen werd toegejuicht.

Ik was er zelf namelijk ook niet van overtuigd dat deze vorm van voortplanting zonder problemen zou verlopen. Wel stond ik achter het rechtsprincipe dat als andere vormen van voortplanting toegestaan waren (adoptie, kunstmatige donorinseminatie), ook ideëel draagmoederschap tot de mogelijkheden zou moeten behoren, tot er bewezen was dat het een slechtere vorm van voortplanting was. De keuze was dan: óf voor niemand aanvullende mogelijkheden bij kinderloosheid, óf ook voor deze groep, met een gedegen evaluatie na enige jaren.

In maart 1996 werd het verlossende document vrijgegeven: draagmoederschap werd toegestaan onder zeer strikte voorwaarden, waarvan de belangrijkste zijn dat het om niet-commercieel, dus ideëel draagmoederschap gaat en dat het liefst in onderzoeksverband plaatsvindt (advies van het Ministerie van VWS)[97].
In samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (Dr. D. Hemrika namens de NVOG), werd een protocol[107] opgesteld, waarna in 1997 officieel werd gestart met het onderzoek ‘Hoogtechnologisch Draagmoederschap’.

Er was een groot aantal wachtenden dat snel geholpen moest worden: sommigen stonden al acht jaar op de wachtlijst. Een klein voordeel van die lange wachttijd was dat inmiddels de ICSI-procedure was ontdekt, zodat ook stellen waarvan de man een slechte semenanalyse had, uiteindelijk in aanmerking konden komen.

Wie denkt dat het toen allemaal soepeltjes verliep, vergist zich. Aanvankelijk werd in het AMC en het UMC (het toenmalige AZU) om medewerking gevraagd. In beide ziekenhuizen had men in een eerder stadium niet onwelwillend tegenover draagmoederschap gestaan, mede dankzij de positieve reacties op mijn voordrachten en de medewerking van de hoogleraren Prof. dr. O. P. Bleker en Prof. dr. A. P. M. Heintz. Zij waren direct bereid mee te doen en

stonden geheel achter het project. De universitaire centra echter niet: ofwel de ethische commissies ofwel de Raden van Bestuur weigerden hun fiat.

Nu was de vreemde situatie ontstaan dat het Ministerie van VWS onder strikte voorwaarden het onderzoek had toegestaan, dat de NVOG een voorlopig protocol had opgesteld dat na het onderzoek zou worden aangepast, maar dat er geen universitaire klinieken waren waar de procedure kon worden uitgevoerd. Een absurde situatie, die eigenlijk tot de dag van vandaag voortduurt…

In één academisch ziekenhuis was men zelfs reeds begonnen met de procedure, maar na de punctie werden op de dag voor de terugplaatsing de wens- en draagouders afgebeld met de mededeling dat de Raad van Bestuur een verbod had opgelegd. Dat is achteraf een drama gebleken: toen de wensmoeder een jaar later bij ons aan de beurt was, bleek zij inmiddels postmenopausaal te zijn!

Met vrijwel alle hoogleraren van de universitaire centra heb ik in de wandelgangen contact gehad. Men stond zeker niet negatief tegenover het onderzoek en sommigen juichten het zelfs toe. Maar niemand kwam de commissies voorbij, laat staan met een concreet aanbod. Inmiddels had ik contact gezocht met de niet-academische IVF-centra en zowel Dr. C.A.M. Jansen van de Reinier de Graafgroep, locatie Voorburg (destijds Diaconessenhuis Voorburg) als Dr. W. Beekhuizen van de Stichting Medisch Centrum voor Geboorteregeling waren wel bereid te helpen. Ook zij hadden uiteraard te maken met een ethische commissie en een Raad van Bestuur, maar hadden in Prof. drs. D. C. den Haan en Mr. J. de Kort, respectievelijk voorzitter en secretaris van de onafhankelijke IVF commissie van het Diaconessenhuis Voorburg krachtige voorstanders, die zich sterk maakten voor ons doel.

Na overleg werd besloten de IVF procedures in Voorburg te laten lopen. Later kwam er een beperkt aantal satellietklinieken (ook academisch) bij, die - onder de paraplu van ons onderzoek en slechts na toestemming van ons - alleen de IVF-procedure uitvoerden, nadat wij de medische en psychologische intakes hadden gedaan.

Op 22 mei 1997 werd in De Heel Zaans Medisch Centrum de eerste voorlichtingsavond voor patiënten gehouden en in oktober 1998 werd gestart met de eerste IVF-pogingen. Over de inclusie op grond van de criteria, de intakes op psychologisch gebied en het verloop van de IVF-procedures kunt u verderop in dit proefschrift lezen.

Het is gebleken dat het onderzoek een voortzetting was van de aanloop gedurende de eerste acht jaren: veel werk, veel inzet en weinig ondersteuning. Ook financieel was er reden tot wanhoop: wel een advies tot onderzoek van het Ministerie van VWS, maar niet de bijbehorende financiële ondersteuning. Vanuit de NVOG een verzoek om bijstelling van het voorlopig protocol, maar geen financiële ondersteuning. Gelukkig zijn er uiteindelijk enkele sponsors gevonden, waardoor in ieder geval de secretariaatskosten zoals het verwerken van de vragenlijsten en het uittikken van de interviews zeker konden worden gesteld.

Een groot winstpunt tijdens het onderzoek was de progressie op juridisch gebied. Aanvankelijk bleek dat het advies van het Ministerie van VWS niet automatisch leidde tot medewerking van het Ministerie van Justitie. Er dreigde een situatie te ontstaan waarbij de procedure wettelijk werd goedgekeurd, doch adoptie van deze kinderen door de wensouders niet anders dan na vreemde kunstgrepen kon plaatsvinden.
De draagmoeder moest onder andere verklaren dat ze niet in staat was een kind op te voeden, hetgeen in directe tegenstelling stond tot de zorg die ze dagelijks aan haar eigen kinderen besteedde. Ingangseis voor het onderzoek was immers dat zij zelf kinderen moest hebben gebaard!
Duurde het aanvankelijk meer dan vier jaar alvorens het genetisch eigen kind kon worden ‘terug geadopteerd’, aan het eind van ons onderzoek was het mogelijk een aanvraag in te dienen als er een jaar als pleegouders voor de baby gezorgd was.

Los van de uitkomst van het onderzoek, kan het draagmoederschap op ideële gronden alleen maar doorgaan als er een vast tarief aan gekoppeld wordt, waarin vergoedingen voor intake, psychologisch, medisch, juridisch en administratieve inspanning zijn opgenomen. Of dit door overkoepelende instanties, de verzekeraar of de wensouders zelf zal moeten worden opgebracht is onderwerp van de volgende discussie…

Historie draagmoederschap

2.0 Inleiding

Draagmoederschap is in Nederland nog volop in discussie. Dat blijkt onder andere uit het feit dat hoogtechnologisch draagmoederschap in onderzoeksverband door het Ministerie is goedgekeurd, maar dat er tot nu toe geen enkel Academisch Ziekenhuis bereid is deze behandeling aan te bieden. Bij gynaecologen is de communis opinio om deze vorm van voortplanting toe te staan, maar bij de aanvraag tot uitvoering lopen zij tegen de bezwaren van de Ethische Commissies of Raden van Bestuur van de academische ziekenhuizen.
Deze discussie staat uiteraard niet los van andere maatschappelijke ontwikkelingen, noch van de waarden en normen binnen de beroepswereld. Aan de hand van enkele historische en culturele verkenningen zullen we in dit hoofdstuk inventariseren welke waarden en normen in het geding zijn.
We beginnen met algemene beschouwing over ongewenste kinderloosheid. Daarna volgt een historisch overzicht en vervolgens wordt de situatie in andere landen geïnventariseerd.
Tenslotte komen we terug op de situatie in Nederland.

2.1 Waarom is ongewenste kinderloosheid zo ongewenst?

Voortplantingsdrift zit diep in de genen, sterker, zonder voortplantingdrift was er geen leven op aarde. Dat biologische feit heeft uiteraard grote psychologische en sociale gevolgen.
Zo is het schoonheidsideaal in alle culturen nog steeds een afgeleide van het vermogen om kinderen te krijgen dan wel op te voeden. Voor vrouwen is dat o.a. de *waist-hip-ratio* als teken van vruchtbaarheid, voor mannen zijn het rijkdom en status, want daarmee kunnen ze nakomelingen zorg en veiligheid bieden.
In sociaal opzicht zijn kinderen in vele culturen een voorwaarde om te overleven. Kinderen verschaffen hulp bij het boerenleven, hulp in de huishouding, verschaffen een oudedagsvoorziening, kortom: kinderen zijn een soort levensverzekering.
Dit is een van de redenen waarom arme gezinnen op het platteland zoveel mogelijk nakomelingen trachtten voort te brengen. Het omgekeerde komt ook voor. Het hebben van kinderen kan dan juist een teken van rijkdom en macht zijn: het grote gezin als statussymbool.
In alle gevallen staat onvruchtbaarheid in deze culturen dan ook gelijk met onvolwaardigheid, een stigma dat sociale isolatie met zich meebrengt. Als de vrouw niet in staat is een kind te

krijgen, is dat in sommige culturen zelfs een geoorloofde reden om echtscheiding aan te vragen.
Ook in de tegenwoordige tijd spelen culturele verschillen nog steeds een belangrijke rol: het kinderloos blijven van een Turks paar wordt sociaal veel zwaarder ervaren dan het kinderloos blijven van een Nederlands paar.

Het is daarom niet verwonderlijk dat men in vele culturen probeert tòch kinderen te krijgen, ook als men zelf onvruchtbaar is. Er zijn vele voorbeelden bekend van kinderen die door een ander worden verwekt. Een schatting, voornamelijk gebaseerd op gegevens van bloed-transfusiediensten, heeft uitgewezen dat tenminste 10% van de vaders op de verloskamer niet de biologische vader van het kind. Volgens een onderzoek van Baker en Bellis[4,119] in Engeland is het zelfs meer dan 20%.
In een land als Suriname is een kind verwekken voor een kinderloos familielid normaal. Het kind wordt weggegeven, groeit op in het gezin van de ander, geen haan die daar naar kraait, het is maatschappelijk volstrekt geaccepteerd.

In Nederland is kinderloosheid in sociaal opzicht geen straf meer. Wel lijkt het in termen van status en aanzien een gewenst fenomeen: '*hebben jullie (nog geen) kinderen?*' is een van de meest gestelde vragen bij kennismaking met anderen. Mensen gaan derhalve nog steeds erg ver bij het vervullen van hun kinderwens. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de enorme vlucht van technieken als IVF, ICSI, MESA en TESA in Nederland en België.

Het feit dat men in Nederland een kind niet meer hoeft te zien als werkkracht of 'levensverzekering' lijkt derhalve niets af te doen aan de diepgewortelde wens tot het hebben van eigen progenituur.

Bovendien is een kind voor de ouders vaak een 'tabula rasa' waarop ze al hun (onvervulde) wensen kunnen projecteren. Als kinderen zeer bewust gepland of gewenst worden, hebben ouders vaak een hoger verwachtingspatroon van de rol die een kind in hun leven zal spelen, dan bij kinderen die zonder allerlei kunstgrepen verwekt worden: het fenomeen '*te* gewenste kinderen'.
Als ouders inadequate opvoeders zijn door eigen karakterdeformaties kan zelfs kindermishandeling optreden. Bij adequate opvoeders kan het niet voldoen van het kind aan de verwachtingen teleurstelling opleveren. Het hangt dan van kind en ouders af of dit tot problemen leidt. In de Nederlandse cultuur zijn wij gewend het kind tegen vrijwel alles te beschermen, behalve tegen zijn eigen (toekomstige) ouders. De overwegingen of men dit al

dan niet zou moeten doen als men zich bezig houdt met fertiliteitbevorderende ingrepen, worden weergegeven in het hoofdstuk Ethiek van dit proefschrift.

2.2 Historisch perspectief

Het beschrijven van de historie kan op vele manieren. Dehue[22] beschrijft drie belangrijke invalshoeken.

- Een verzameling van historische feiten neerzetten, zonder lijn of samenhang en dus nauwelijks informatief.
- De historie gebruiken om naar een bepaald punt in het onderzoek toe te werken (presentisme of *Whig history*[18], waarbij alleen die te pas komende historische feiten gebruikt (misbruikt) om de gevonden onderzoeksresultaten te steunen).
- Zo objectief mogelijk proberen de historie te beschouwen.

Wij hebben gekozen voor de laatste variant: een korte bloemlezing van verhalen over het krijgen van kinderen op een manier die sterk doet denken aan het huidige draagmoederschap. De plaats die draagmoederschap tegenwoordig inneemt, is dan niet vanaf het begin van de historie het doel, maar de momentele uitkomst van het traject.
Wij streven absoluut geen volledigheid na, het enige wat ons als niet-historici ter beschikking staat zijn geschriften en verhalen uit het verleden, verteld door onze (voor)ouders en bronnen die we tegengekomen zijn in de loop van de onderzoeksjaren.

Het Bijbels begin

Een van de belangrijkste boeken in onze Nederlandse samenleving is nog altijd de Bijbel, een leidraad voor vele normen en waarden die in ons land geaccepteerd worden. Mogelijk staan er ook verwijzingen naar draagmoederschap in andere geschriften zoals de Koran of de Tora, maar die spelen in onze cultuur een veel minder belangrijke rol.
In de Bijbel vinden we de allereerste vermeldingen[19], die waardebepalend kunnen zijn voor draagmoederschap in de huidige tijd.

> GENESIS 30, 1-13[112]
>
> ‘Toen Rachel zag, dat zij Jakob geen kinderen baarde, werd Rachel jaloers op haar zuster, en zij zeide tot Jakob: Geef mij kinderen; zo niet, dan sterf ik. Toen ontbrandde Jacobs toorn tegen Rachel, en hij zeide: Neem ik de plaats van God in, die u de vrucht van de schoot ontzegd heeft? Maar zij zeide: Hier is mijn slavin Bilha, kom tot haar en zij bare op mijn knieën, opdat

> ook ik uit haar gebouwd worde. En zij gaf hem haar slavin Bilha tot vrouw; en Jacob kwam tot haar. Bilha werd zwanger en baarde Jakob een zoon. Toen zeide Rachel: God heeft mij recht verschaft, ook heeft Hij mij verhoord en mij een zoon gegeven; daarom gaf zij hem de naam Dan.'

In de Bijbel wordt draagmoederschap dus niet negatief beschreven, hoewel draagmoederschap vaak juist in Christelijk religieuze kringen wordt afgewezen. De redenering hierbij is dat kinderloosheid of onvruchtbaarheid kennelijk door God is opgelegd, en dat het een mens niet past om aan dat lot iets te veranderen. Maar dat pad is al lang verlaten in de huidige samenleving, gezien de maatschappelijke geaccepteerdheid waarmee 'gewone' IVF-behandelingen worden toegepast.

Het tweede argument vanuit Christelijk religieuze achtergrond is dat een man monogaam moet zijn en er geen meerdere vrouwen op na mag houden. Dit lijkt juist een argument vóór het uitvoeren van hoogtechnologisch draagmoederschap, omdat de wensvader nooit in lijfelijk contact komt met de draagmoeder.
Een ander standpunt uit de Bijbel is dat het een doel van de vrouw is om kinderen te krijgen (o.a. Paradijs[19]: 'weest vruchtbaar').

Interessant is dat in Israël, mede met steun uit Halachische kringen, een wet[65] is aangenomen waarin wordt gesteld dat de genetische moeder ook de juridische moeder van het kind is, en dat adoptie in geval van draagmoederschap niet nodig is. Juist in Joodse kringen is de vaststelling van het moederschap van groot belang, omdat dit bepalend is voor de 'joodsheid' van het kind en omdat de eerstgeborene bijzondere rechten heeft.

Tussen de Bijbel en nu

Over draagmoederschap in latere eeuwen zijn nauwelijks bronnen te vinden; over onvruchtbaarheid des te meer, al slaan ze vaak vooral op het vermeende onvermogen van vrouwen om voor mannelijk nageslacht te zorgen. Er zou zelfs kunnen worden beweerd[16] dat de moeilijkheden van Marie Antoinette om Lodewijk XVI een zoon te schenken, hebben bijgedragen aan het ontstaan van de Franse Revolutie.

Ook in de Nederlandse literatuur zijn voorbeelden van de innerlijke strijd die door vrouwen geleverd wordt indien zij geen kinderen kunnen krijgen. Het boek 'De Kleine Waarheid'[93] van Jan Mens was hier dertig jaar geleden al een mooi voorbeeld van.

> *…ik heb mijn man om de tuin geleid, niet uit hartstocht, daar durf ik mijn twee vingers voor opsteken. Ik wilde een kind, meer niet. Nu héb ik een kind. Wie durft zeggen: "jij hoort hier niet, je had nooit er wereld mogen komen?" Wij moeten onszelf bestendigen, ons voortplanten, delen en vermenigvuldigen, dat staat toch in de Bijbel. "Weest vruchtbaar en vermenigvuldigt, en vervult de aarde", dat is geopenbaarde waarheid. Maar hoe zou ik de aarde hebben kunnen vervullen met een onvruchtbare man?…*

Hoe het ook zij, in de laatste paar eeuwen is het krijgen van kinderen gereguleerd en in wetten vastgelegd. Er kwamen geboorteregisters, er werd een formeel erfrecht ingesteld en er werden stambomen bijgehouden.
Als er al – openbaar of geheim – draagmoederschap plaats vond, speelde de medische wetenschap nauwelijks een rol. Dat verandert als er in de laatste tientallen jaren meer mogelijkheden komen.

Louise Brown

Technisch is hoogtechnologisch draagmoederschap pas mogelijk sinds de invoering van in vitro fertilisatie, derhalve pas bestaand sinds 1978. In dat jaar werd in Engeland Louise Brown geboren, de eerste IVF baby ter wereld . De gynaecoloog Steptoe en de embryoloog Edwards waren de eersten die de behandeling succesvol uitvoerden en beschreven.
In Nederland werd de eerste IVF-baby in 1983 geboren. In 1999 was 1,5% van de kinderen in Nederland na een IVF behandeling geboren[87]. Hoewel hoogtechnologisch draagmoederschap theoretisch vanaf 1978 had kunnen bestaan, werd het wettelijk pas toegestaan vanaf 1997 en dan nog alleen op ideële gronden.

De Eed van Hippocrates[53]

De verwijzingen in de Bijbel hebben betrekking op laag- c.q. halftechnologisch draagmoederschap, dat zonder medeweten van anderen tot stand kan komen. Bij hoogtechnologisch draagmoederschap zijn biologen, psychologen en vooral artsen betrokken. En daarmee zijn we weer terug in de geschiedenis, bij Hippocrates, die geboren werd tussen 470 en 460 voor Christus.
Bij invoering van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) in 1997 werd de verplichting voor een arts tot het afleggen van de Eed van Hippocrates afgeschaft, omdat de juridische houdbaarheid dubieus was. Toch leven artsen nog steeds naar de geest van de Eed van Hippocrates.

Het eerste Aforisme van Hippocrates[75] luidt:

> 'Het leven is kort, en de (genees)kunst lang; de gelegenheid is vluchtig, de ervaring bedrieglijk en het oordeel moeilijk. De dokter moet niet alleen dat doen wat hem rechtvaardig en goed lijkt, maar heeft ook als taak de patiënt, de begeleiders en de buitenwereld daartoe te laten samenwerken.'

In de huidige tijd kan dit vervangen worden door patiënt, mantelzorg en samenleving. En dan betekent het dat een arts een verdergaande verantwoordelijkheid heeft voor zijn handelen dan alleen een directe zorg voor zijn patiënt op dat moment en op die plaats.
Een ander deel van de Eed luidt:

> 'Ik zal naar mijn beste oordeel en vermogen die handelwijze erop nahouden, waarbij ik zoveel mogelijk bijdraag aan het welzijn van mijn patiënt, en ik zal mij onthouden van alles wat schadelijk of kwaadwillend is.'

Deze beroepsethiek houdt in dat een arts een groter deel 'behandelt' dan de patiënt zelf. De arts kijkt daarbij ook met een schuin oog naar de omgeving en de gevolgen die het handelen heeft voor een groter geheel. Bij draagmoederschap betekent dit onder andere dat er niet alleen naar de wensmoeder wordt gekeken, maar ook naar de gevolgen voor de wensvader, de draagouders en het wenskind, en de maatschappelijke verantwoording bijvoorbeeld inzake erfrecht. Dit is een andere invalshoek dan handelen naar een puur wetenschappelijke uitkomst, waarbij alleen het belang van een individu voorop zou kunnen staan.
Naast *evidence based medicine* is in ruime mate plaats voor beroepsethiek. In het vervolg van dit proefschrift worden de medische, psychologische, ethische en juridische aspecten beschreven, gestoeld op een prospectieve studie naar de motieven en bevindingen bij 91 draagmoederschapverzoeken.

2.3 Situatie in andere landen

Na de crossculturele vergelijkingen over ongewenste kinderloosheid en het historisch overzicht gaan we vervolgens de hedendaagse situatie in andere landen en in Nederland inventariseren.

Draagmoederschap wordt niet overal toegestaan, maar wel in Engeland, Duitsland, België, Frankrijk en Rusland. De wetgeving blijkt vrijwel nergens in Europa goed te zijn geregeld[10]. De meeste duidelijkheid lijkt er nog in de Russische wetgeving te zijn.

ENGELAND is controversieel, omdat er wel een Draagmoederschapbemiddelingsbureau bestaat (COTS: *Childlessness Overcome Through Surrogacy*, gesticht door Kim Cotton), maar tevens een verbod op commercieel draagmoederschap. Hierbij dragen vrouwen kinderen voor anderen zonder dat er een familie- of vriendschappelijke relatie bestaat. Na enkele wantoestanden is in 1998 een speciale commissie ingesteld (Warnock Commissie)[137]. Hier ging het onder andere om de zaak Peeters/Roche. Dat betrof Nederlandse wensouders en een Engelse draagmoeder, die een halfgenetisch commercieel draagmoederschap hadden afgesproken tegen een vergoeding van 12.500 pond. Bij het afstaan van het wenskind traden problemen op die de voorpagina van de kranten hebben gehaald en die de opinie rondom draagmoederschap geen goed gedaan hebben.

Deze zaak maakt nog eens duidelijk, dat het verstandig is om ons in Nederland te distantiëren van commercieel draagmoederschap. In Engeland wordt nu draagmoederschap toegestaan met onkostenvergoeding, waarbij het gaat om veel lagere bedragen, die echter in de praktijk veel hoger liggen dan in Nederland gebruikelijk is.
Het toezicht op naleving hiervan geschiedt door het Ministerie van Volksgezondheid. Er is een *Code of Practice* gemaakt, waarbij bemiddeling door niet geregistreerde instanties verboden wordt[71,118]. In Engeland komen uitsluitend getrouwde paren in aanmerking voor adoptie en dus ook voor draagmoederschapadoptie. Behandeling van buitenlanders (dus ook van Nederlanders) in Engeland is na de zaak Peeters/Roche moeilijker geworden.

In andere landen valt met name het ontmoedigingsbeleid en het gebrek aan goede wetgeving op. In BELGIË is er nog een extra belemmerende situatie: als je als wensouders eenmaal geld hebt afgestaan aan de draagmoeder en de draagmoeder besluit het kind niet af te staan, kunnen de wensouders het geld niet terugvorderen. Het contract op basis waarvan een bedrag is uitgekeerd, is nietig volgens de Belgische wetgeving.

In een rapport over BELGIË en FRANKRIJK[10] wordt geconstateerd dat door bewust de geboorte van draagkinderen te negeren en de wensouders te laten roeien met de bestaande riemen, een scheefgroei ontstaat tussen theorie en praktijk. Daarmee wordt de kern van de zaak geraakt. Geen enkele wetgever zal een dergelijke scheefgroei tot in lengte van dagen kunnen laten voortbestaan.

De wetgever in RUSLAND, die zich recent gedwongen zag het gehele familierecht te herzien, heeft in 1996 gekozen voor een wettelijke inkadering van de draagmoederschapproblematiek.

Hier is echter vergeten een artikel met verbod op commercieel draagmoederschap toe te voegen, zodat onbedoeld de weg daarnaar toe open staat[10].

Een *internetsearch[149]* naar draagmoederschap in de VERENIGDE STATEN VAN AMERIKA leverde vele vormen van draagmoederschap op, ook commerciële.
Elke staat heeft zijn eigen wetgeving, variërend van:

- Het strafbaar stellen van zowel ideëel als commercieel draagmoederschap.
- Een wettelijk verbod op draagmoederschap, doch overtredingen worden niet bestraft
- Niet afdwingbare afstand van het kind, maar geen verbod op draagmoederschap. Beide echtparen moeten inwoners van dezelfde staat zijn, buitenlanders worden niet geaccepteerd.
- Een ontmoedigingsbeleid, waarbinnen via jurisprudentie het draagmoederschap wel wordt toegestaan.
- Draagmoederschap wordt toegestaan.
- Staten zonder enige duidelijke wetgeving op dit gebied.

In Californië is het bovengenoemde ontmoedigingsbeleid van kracht, maar wordt draagmoederschap via jurisprudentie wel toegestaan. In een artikel van Parkinson[113] wordt een serie van 95 IVF (ook commerciële) draagmoederschapcasus beschreven, verzameld uit meerdere ziekenhuizen in de staat Californië. Het lijkt dus meer op een gedoog- dan op een ontmoedigingsbeleid.

2.4 Situatie in Nederland

In de Nederlandse literatuur zijn er, behoudens casuïstiek en op casuïstiek gebaseerde overzichtsartikelen, geen publicaties bekend van onderzoek naar ongewenste kinderloosheid en hoogtechnologisch (IVF) draagmoederschap. In Nederland was en is commercieel draagmoederschap verboden.

Het is sociologisch niet goed te verklaren dat in een land als Nederland, dat bekend staat om zijn tolerantie tegenover andere normen en waarden, draagmoederschap zo kritisch wordt bekeken. Mogelijk komt dat doordat het verbod erop juist maakt dat er alleen laagtechnologisch en commercieel draagmoederschap mogelijk is, waar geen derde zich mee hoeft te bemoeien. Het blijft een zaak tussen de betrokkenen onderling en dus gemakkelijk te realiseren. Juist omdat er geen regelgeving nodig is pakt het niet altijd goed uit, blijkens de frequente publicaties in de media over gecompliceerde en veel verdriet brengende casus.

Maatschappelijk was de tijd rijp om orde op zaken te stellen, met name door de wan-toestanden. Dit heeft geleid tot een regeling voor c.q. de wet op het hoogtechnologisch draagmoederschap. Het uitgangspunt is het principe van rechtsgelijkheid: als de ene vorm van geassisteerde voortplanting wordt toegestaan, dan mag de andere in rechtsgelijke situaties niet zonder meer worden afgewezen.

Het feit dat in ons omliggende landen of bijvoorbeeld de Verenigde Staten allerlei goed en minder goed geregelde zaken rondom draagmoederschap bestaan, was voor Nederlanders geen reden om over de grenzen te kijken. De onduidelijkheid en verwarrende signalen vanuit het buitenland gaven reden tot isolatie van onze eigen denkwijzen, normen en waarden: we willen ons niet aan het buitenland spiegelen.
Baanbrekend was het advies[96] van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om ideëel draagmoederschap vanaf 1997 onder strikte voorwaarden en liefst in onderzoeksverband toe te staan. Dit geschiedde met name na maatschappelijke druk van een groep vrouwen met gynaecologische kanker, die lotgenoten waren in hun probleem om alleen op deze manier kinderen te kunnen krijgen. De Minister gaf daarin blijk van begrip voor het leed, doch tevens van angst voor ongebreidelde vrijheid. Er werd dus niet domweg een pad gevolgd dat elders al slechte sporen had nagelaten, maar er werd, tolerant als Nederland is, een weg gevonden om op eigen kracht baanbrekend te zijn.

Samenvattend leert de crossculturele en historische vergelijking ons dat voortplanting en daarmee kinderloosheid bezien moet worden vanuit de volgende dimensies:

- Juridische waarden (vrijheid, rechtvaardigheid)
- Economische waarden (kosten/baten analyse, toegankelijkheid)
- Organisatorische waarden (coördinatie, consistentie, continuïteit)
- Sociale waarden (patiënten, partners, draagouders, kinderen, beroepsgroep, maatschappij, cultuur en geloof)

Ofwel: ‘wetenschap en omgeving worden niet gescheiden, maar het proces wordt onderzocht waarin, binnen een zowel pluriforme als veranderende maatschappij, de grenzen werden bepaald en opnieuw bepaald’[22].

Dit is de basis van dit proefschrift.

3. Methoden en materiaal

Dit hoofdstuk gaat over de methoden die zijn gebruikt bij de selectie, behandeling en begeleiding van de wensmoeders en andere betrokkenen.
Bij de selectie gaat het om de inclusiecriteria waarmee het onderzoek werd gestart en de criteria die tijdens het onderzoek werden toegevoegd.
Bij de behandeling werden, hoewel de term 'hoogtechnologisch draagmoederschap' misschien anders doet vermoeden, medische methoden toegepast die tegenwoordig vrij gebruikelijk zijn. Daarom geen uitleg van IVF, maar wel enkele alinea's over de problemen die werden ondervonden bij de cyclusanalyse en de puncties.
Het onderzoek werd begeleid door uitvoerig psychologisch onderzoek, waarvan in dit hoofdstuk een uitleg en verantwoording volgt.
De uitdrukking 'materiaal' is voor dit onderzoek uiteraard wat minder gelukkig. Dat bestaat immers uit de 91 wensouders die zich hebben gemeld, de betrokken draagouders en, niet in de laatste plaats, de vele emoties die alle betrokkenen bij dit onderwerp ondervinden.

3.1 Medische methoden

In dit onderzoek hebben we alleen hoogtechnologisch draagmoederschapprocedures uitgevoerd. Ter verduidelijking volgen hier de omschrijvingen van zowel hoog- als half-technologisch draagmoederschap.

a. Definitie hoogtechnologisch draagmoederschap

Bij hoogtechnologisch draagmoederschap wordt de eicel, verkregen door een ovariumpunctie na hormonale stimulatie van de wensmoeder, via IVF bevrucht door het semen van de wensvader. Het hieruit ontstane embryo wordt geïmplanteerd in de baarmoeder van de draagmoeder. Het betreft dus een plaatsing, en geen terugplaatsing. De term 'couveusemoeder' zou overigens een prettiger woord zijn. Het kind dat de wensouders later adopteren is derhalve een genetisch volledig eigen kind.



Menselijk embryo na enkele delingen (Centrum voor voortplantingsgeneeskunde – A.M.C. Amsterdam)

b. Definitie half- of laagtechnologisch draagmoederschap

Bij half- of laagtechnologisch draagmoederschap wordt de draagmoeder geïnsemineerd met het semen van de wensvader. De draagmoeder levert de eicel, zodat de procedure zonder IVF kan worden uitgevoerd, zelfs zonder aanwezigheid van een arts.

Nadeel is echter dat het kind dat de wensouders later adopteren voor 50% de genen heeft van de wensouders (via de vader) en voor 50% van de draagouders (via de moeder).

3.2 Inclusiecriteria waarmee het onderzoek werd gestart en die werden opgenomen in richtlijn nr. 18 van de NVOG[107]

a. Vrouwen die door medische oorzaken geen baarmoeder (meer) hebben of een niet-functionerende uterus
b. Vrouwen die, indien zwanger, levensbedreigend ziek worden
c. Draagmoeder moet kind(eren) gehad hebben, bovendien moeten haar zwangerschappen en bevallingen zonder complicaties zijn verlopen
d. Op ideële, niet commerciële basis
e. Leeftijd wensmoeder < 41 jaar, draagmoeder < 45 jaar
f. Ultimum remedium
g. HIV-testen wens- en draagouders

Toelichting inclusiecriteria

a. Vrouwen die door medische oorzaken geen baarmoeder (meer) hebben of een niet-functionerende uterus.

Hierbij kan men denken aan oncologische operaties, een hysterectomie of het Mayer Rokitansky Küster syndroom. Bij een niet-functionerende uterus kan sprake zijn van een onbehandelbare vorm van het syndroom van Asherman, een congenitale hypoplasie zonder endometrium of een dusdanige ernstige uterusafwijking dat het ontstaan of uitdragen van een zwangerschap uitgesloten is of op serieuze medische bezwaren stuit.

b. Vrouwen die, indien zwanger, levensbedreigend ziek worden

Deze indicatie zal vrijwel altijd voor discussie vatbaar zijn, en dient dus gesteld te worden in multidisciplinair overleg. Tevens dient men zich goed te realiseren of de wensmoeder blootgesteld mag worden aan de hoge dosis hormonen die voor de IVF stimulatie nodig is. In hoofdstuk 8 worden de ziektebeelden beschreven van de casus in ons onderzoek.

c. Draagmoeder moet kind(eren) gehad hebben, bovendien moeten haar zwangerschappen en bevallingen zonder complicaties zijn verlopen

Het Ministerie van VWS heeft in eerste instantie als eis gesteld dat de draagmoeder een voltooid gezin moet hebben om als draagmoeder op te treden. Hiermee wordt voorkomen dat een draagmoeder niet weet wat het is om zwanger te zijn, zodat verrassingen op dat gebied worden beperkt. 'Het voltooide gezin' is gaandeweg de voorlopige protocolvorming veranderd in 'een of meerdere kinderen gehad hebben', omdat nooit is vast te stellen of een gezin voltooid is alvorens de fertiele levensfase van de draagmoeder afgesloten is. Probleemloze zwangerschappen en bevallingen zijn voorwaarde om draag- en wensouders niet onnodig aan extra risico's bloot te stellen (een anamnese van b.v. een vroege partus prematurus of solutio bij de draagmoeder vormt een contra-indicatie).

d. Ideële basis, niet commercieel

In Nederland is commercieel draagmoederschap bij de wet verboden op straffe van gevangenisstraf voor zowel de draagmoeder, de wensmoeder als de arts die zijn medewerking verleent aan een dergelijke procedure. In ons onderzoek treden alleen zusjes, schoonzusjes en vriendinnen als draagmoeder op.

e. Leeftijd wensmoeder < 41 jaar, draagmoeder < 45 jaar

Voor de wensmoeder geldt de bij IVF gebruikelijke leeftijdsgrens van ongeveer 40 jaar, gebaseerd op de te verwachten ovariële respons op hormonale stimulatie en de geringe zwangerschapskans met IVF, die voornamelijk kan worden toegeschreven aan veroudering van de eicellen.

Voor de draagmoeder geldt een leeftijdsgrens van 44 jaar, gebaseerd op de onzekerheid over de obstetrische risico's bij een zwangerschap of bevalling.

f. Ultimum remedium

Draagmoederschap moet de enige èn laatste mogelijkheid tot het krijgen van kinderen zijn volgens het Ministerie van VWS. Dit impliceert dat de groep vrouwen die wordt behandeld met IVF niet in aanmerking kan komen, zelfs al zouden deze vrouwen uitbehandeld zijn in

een IVF kliniek.

g. HIV-testen wens- en draagouders

Alvorens de interviews worden afgenomen dienen zowel wens- als draagouders zich alle vier op HIV te laten testen. Indien één van hen positief blijkt te zijn, wordt de procedure stopgezet.Het gaat hier om een momentopname, aangezien voor de IVF/eicel-procedure gebruikt wordt gemaakt van vers semen en verse oöcyten. Het onderzoeksteam kan geen (!) garantie geven op het HIV-vrij zijn van te implanteren embryo's, indien een besmetting na het verrichten van de test is opgetreden.

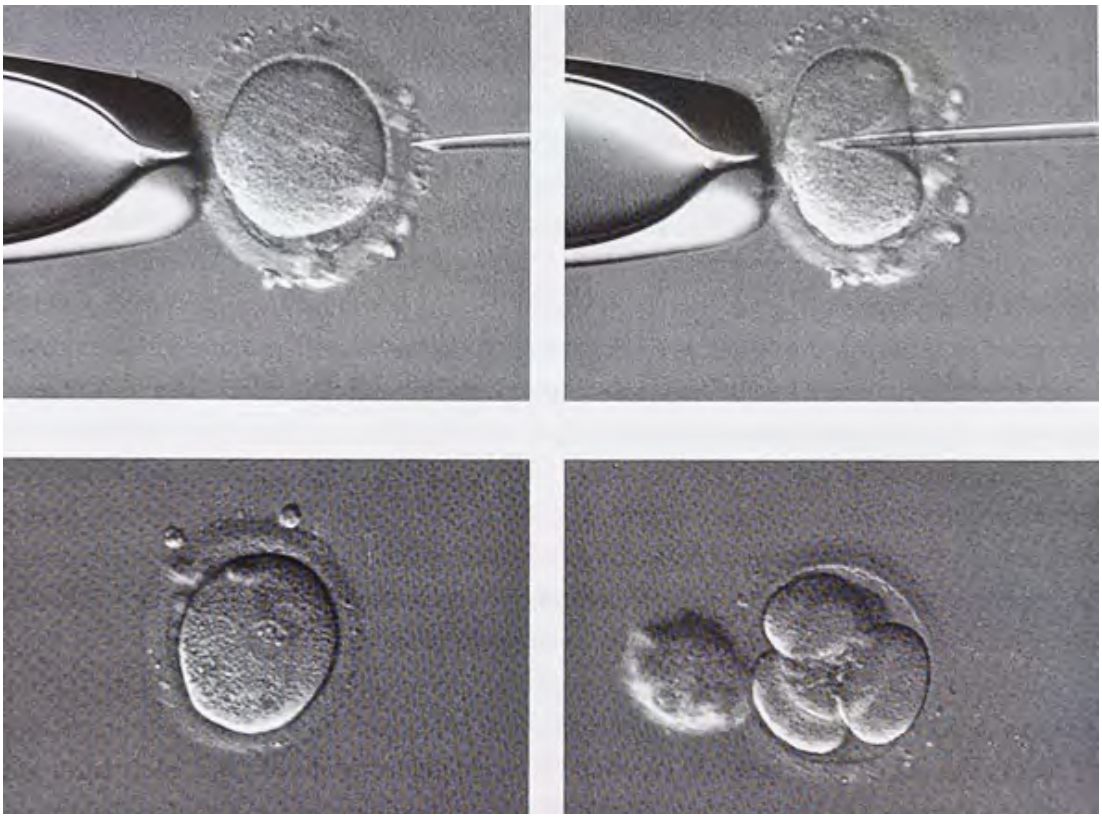
3.3 Inclusiecriteria die tijdens het onderzoek werden toegevoegd

h. Semenanalyse
i. Geen zelfstandige publiciteit
j. Antecedentenonderzoek ten behoeve van adoptie
k. Nederlandse nationaliteit en taalbeheersing
l. Contract

Toelichting

h. Semenanalyse

Voor aanvang van de intake en psychologische interviews wordt gevraagd om een recente semenanalyse. Indien de man onvruchtbaar blijkt te zijn, wordt de procedure heroverwogen en afhankelijk van dat gesprek wordt afgezien van draagmoederschap of worden, indien mogelijk, fertiliteit-assisterende ingrepen overwogen zoals een ICSI-procedure.



Intra-Cytoplasmatische sperma-injectie en de daarop volgende bevruchting van een eicel. (Centrum voor voortplantingsgeneeskunde – A.M.C. Amsterdam).

i. Er mag niet zelfstandig publiciteit worden gezocht

Negatieve en ongefundeerde publiciteit heeft bij maatschappelijk precaire onderwerpen een slechte invloed op de rust waarin de onderzoeken, zowel voor patiënt als behandelaar, dienen plaats te vinden. In ons onderzoek werd vastgelegd dat er alleen publiciteit gezocht mocht worden na overleg met het onderzoeksteam. Met dit criterium is getracht te voorkomen dat er - zoals enige jaren geleden in Engeland - een verhaal met zeer veel ongenuanceerde informatie over halftechnologisch, commercieel draagmoederschap in de kranten verschijnt. Een aantal keren is daarentegen juist bewust gebruik gemaakt van de media om voorlichting te geven over het begrip ideëel draagmoederschap om daarmee de publieke opinie in positieve zin te beïnvloeden door het uit de obscure sfeer van commercie en valsheid in geschrifte te halen.

j. Antecedentenonderzoek ten behoeve van adoptie

Door de Raad van de Kinderbescherming wordt bij de adoptieprocedure een antecedenten-onderzoek van de wensouders uitgevoerd. Een strafblad met bepaalde belastende gegevens maken adoptie onmogelijk, zodat het dan a-priori niet zinvol is een draagmoederschap-procedure op te zetten.

k. Nederlandse nationaliteit en taalbeheersing

De Nederlandse nationaliteit lijkt in juridisch opzicht onontbeerlijk om de adoptieprocedure van het pleegkind naar de wensouders mogelijk te maken.

In het onderzoek was het goed beheersen van de Nederlandse taal door wens- en draagouders noodzakelijk om de open interviews af te kunnen nemen en de uitgebreide vragenlijsten goed in te kunnen vullen.

Hoewel in de toekomst de psychologische procedure iets zal vereenvoudigen, lijkt een uitgebreide psychologische intake onontbeerlijk en zal de eis om de Nederlandse taal goed te beheersen niet losgelaten kunnen worden. Een tolkentelefoon is geen geschikt instrument om een dergelijk ingewikkeld en emotioneel onderwerp te behandelen.

l. Contract

Tussen de wens- en draagouders dient een contract (zie hoofdstuk 15) te worden ingevuld alvorens ze aan de procedure kunnen deelnemen. Hoewel dit contract beperkte rechtsgeldigheid heeft, stelt dit voor het behandelend team zeker dat alle vier de betrokkenen over alle tot nu toe bekende valkuilen in ieder geval hebben gelezen en nagedacht.

3.4 Medische methoden en materiaal

Aantal te plaatsen embryo's

Analoog aan de bestaande IVF protocollen worden maximaal twee embryo's geplaatst. Eventueel overgebleven embryo's worden ingevroren (cryo-embryo's). Een wensvader noemde dit 'onze ijskonijntjes'.

Aantal IVF pogingen

Het aantal IVF pogingen is - door het zeer arbeids- en tijdsintensieve proces dat draagmoederschap met zich meebrengt - gelimiteerd tot maximaal drie, eventueel uitgebreid met plaatsing van cryo-embryo's, tot deze op zijn.

Punctieproblemen bij verplaatste ovaria

Met name bij Wertheimoperaties vanwege een cervixcarcinoom worden soms de ovaria verplaatst naar de bekkenwand hoog in het abdomen om ze bij een eventuele bestraling uit het te bestralen veld te houden. Dit probleem wordt beschreven in hoofdstuk 8 Medische aspecten.

Problemen bij cyclusanalyse

Bij tweederde van de geïncludeerde vrouwen was geen uterus meer aanwezig en dus ook geen menstruatiepatroon herkenbaar. Cyclusmonitoring wordt hierdoor bemoeilijkt. Basale temperatuurcurven zijn moeilijker interpreteerbaar, zodat frequente echo monitoring nodig was op follikelgroei en het verrichten van LH testen in de urine.

Lactatieremming draagmoeder, lactatiestimulering wensmoeder

Ter stimulering van de moeder-kind binding wordt aan alle wensmoeders, waarvan de draagmoeder zwanger is, een lactatieprotocol[136] meegegeven ter stimulering van de borst-voeding. Dit protocol is in hoofdstuk 8, Medische aspecten, opgenomen. Aan de draagmoeder werd Cabergoline (Dostinex®) of Bromocriptine (Parlodel®) aangeboden ter onderdrukking van de melkproductie.

3.5 Psychologische methoden en materiaal

Intakeprocedure

Van 28 viertallen zijn er intakegesprekken (meestal met viertallen, enkele met alleen de wensouders en in een geval alleen de wensvader) in De Heel Zaans Medisch Centrum gehouden en zijn psychologische interviews afgenomen. De gegevens zijn beschreven in hoofdstuk 8 (Medische gegevens). De viertallen die zijn afgewezen, staan beschreven in hoofdstuk 6 (Redenen van niet-includeren). Van deze 51 wensouders zijn 15 viertallen eveneens voor intake geweest en op grond daarvan afgevallen. De overige 36 wensouders zijn afgewezen via correspondentie of e-mail zonder oproep voor een intakegesprek, omdat meteen al duidelijk was dat zij niet geïncludeerd konden worden. 12 viertallen zijn in portefeuille, zij zullen komen voor het intakegesprek zodra duidelijk wordt of hoogtechnologisch draagmoederschap een vervolg krijgt in Nederland.

Kenmerken van intakegesprekken voorafgaande aan de psychologische voormetingen en interviews

Na telefonische aanvraag wordt een gesprek van ongeveer een uur geregeld buiten het reguliere polikliniekspreekuur om. Alle vier de betrokkenen worden uitgenodigd, hoewel niet iedereen daar gehoor aan gegeven heeft.

De lange tijdsduur geeft meer rust en bovendien komen de betrokkenen uit geheel Nederland zodat een kort bezoek niet zinvol is. De tijd wordt meteen benut om het hele onderzoek door te nemen, het is daarom zeer wenselijk dat zowel wens- als draagouders bij dit gesprek aanwezig zijn.

Vooral bij de eerste viertallen was het een tekortkoming, dat pas gedurende het onderzoek de af te leggen weg zich steeds verder uitkristalliseerde. Al doende leert men, dat gold ook voor ons. Gaandeweg het onderzoek werd de voorlichting beter en meer toegespitst. Hulpmiddelen als flowchart en contract werden ontwikkeld. Het juridisch traject kwam tot stand via jurisprudentie bij enkele van 'onze' wens- en draagouders.

Bij het intake gesprek kwamen de volgende onderwerpen aan bod:

- Het doel van het onderzoek en het verloop van de procedure.
- Nogmaals checken of de viertallen aan de inclusiecriteria voldoen.
- Uitleg dat in het intakegesprek vóór het invullen van de psychologische vragenlijsten nog niet alles verteld wordt, omdat wij een nulpuntmeting nodig hebben over wat wens- en draagouders zelf al weten. Dit punt zal na het onderzoek vervallen, waarbij men juist zoveel mogelijk informatie zal krijgen alvorens tot de psychologische testen wordt overgegaan.
- Het *informed consent* formulier wordt getekend door viertal en onderzoeker.
- Er wordt een flowchart meegegeven waarop het tijdspad van het onderzoek staat.
- Na de intake (als men aan de criteria voldoet) wordt er eerst uitleg gegeven over de procedure, en de wijze waarop de interviews op korte termijn worden afgenomen.
- Er wordt uitgelegd dat het geen examen betreft, dat er geen goede of foute antwoorden zijn in dit onderzoek, maar dat het onderzoek als meetpunt dient. Alleen als er zeer zwaarwegende argumenten aan het licht komen waardoor draagmoederschap niet verstandig lijkt, zal het onderzoeksteam ingrijpen.
- Als er geen zwaarwegende argumenten gevonden zijn om het draagmoederschap af te wijzen krijgt het viertal het contract wens - draagouders toegestuurd, dat ze met elkaar moeten bespreken en aan moeten passen aan hun eigen situatie en ondertekend moeten terugsturen.
- Zodra pasfoto's, de semenanalyse en HIV-testen zijn ingeleverd, de interviews allemaal afgenomen en de vragenlijsten ingevuld zijn, kunnen ze een afspraak maken bij de IVF-arts voor een intakegesprek.

- Door de behandelend gynaecoloog wordt aldaar nogmaals gewezen op de problemen die kunnen optreden bij hoogtechnologisch draagmoederschap.
- Hierna wordt de IVF-procedure gestart.
- Zodra er een positieve zwangerschapstest is, wordt geadviseerd contact op te nemen met de juristen van het draagmoederschaponderzoek voor juridische bijstand ten behoeve van de adoptieprocedure. Via deze advocaten wordt ook een afspraak gemaakt bij de Raad voor de Kinderbescherming.

Het intakegesprek blijkt een nuttige functie te hebben als voorbereiding op de psychologische interviews. De inclusiecriteria worden nogmaals gecontroleerd, wat soms gemakkelijker is in een persoonlijke toelichting (van zowel behandelaar als van de wens- of draagouders) dan via correspondentie.

Dit eerste gesprek dient tevens om af te tasten hoeveel de wens- en draagouders weten van het traject waar zij voor staan. Hiaten kunnen worden opgespoord, toegespitste informatie kan gegeven worden buiten de schriftelijke informatie om.
De formulieren voor de HIV-testen en de semenanalyse worden uitgereikt, of de kandidaten worden erop gewezen dit via hun eigen huisarts te laten verrichten.
Er wordt een eerste indruk verkregen van de motieven van wens- en draagouders, zodat de psychologische interviews toegespitst kunnen worden op bepaalde zaken.
De schriftelijke informatie bestaande uit flowchart, contract(en) en werkwijze bij IVF-behandeling, kunnen worden overhandigd.
Het bleek verstandig te zijn een bepaalde rustpauze in te lassen tussen dit intakegesprek en het eerste psychologische interview, om de informatie te laten bezinken en de wens-, maar vooral ook de draagouders enige tijd van overdenking te geven.

Motivatie voor de keuze voor open interviews en gevalideerde vragenlijsten

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van twee technieken om psychologische analyses mogelijk te maken: gevalideerde vragenlijsten en open interviews. Beide technieken werden als voor- en als nameting gebruikt. Bovendien werd er frequent gecorrespondeerd met kandidaten via e-mails over en weer. Ter voorkoming van gegevensverlies werd dit medium gestimuleerd en is telefonisch contact zo weinig mogelijk toegepast.

Beide wens- en beide draagouders vulden voor en na deelname aan het onderzoek drie gevalideerde vragenlijsten in:

- NPV - Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst[104]
- SCL-90 – Klachtenlijst[125]
- MMQ - huwelijk/relatielijst[98]

Kenmerken van de vragenlijsten

Met het afnemen van deze drie lijsten hebben we getracht inzicht te krijgen in de *persoonlijkheid* van de wens- en draagouders (NPV lijst), in het *persoonlijk functioneren* via de klachtenlijst (SCL 90) en in het *functioneren ten opzichte van de partner* via de huwelijk/relatielijst (MMQ).
Gevalideerde vragenlijsten hebben een vooraf vastgestelde normwaarde, waaraan een bepaald individu kan worden getoetst. Dezelfde sleutel kan worden gebruikt om een groep personen te classificeren, zoals de wensmoeders, de wensvaders, de draagmoeders of de draagvaders. De resultaten hiervan worden beschreven in hoofdstuk 7 en 9, de psychologische aspecten. De complete vragenlijsten zijn opgenomen in bijlage 4.

De medische wetenschap is gewend met harde feiten te werken: *evidence based medicine* met zo weinig mogelijk subjectieve invloeden. In de psychologie moet men het vaker met ‘zachte’ gegevens doen.
Om beide wetenschappelijke benaderingen naar elkaar toe te laten groeien door een goede uitleg volgt hieronder een verhandeling over de voor- en nadelen van vragenlijsten versus de open interviews.

Het open interview: de functie van kwalitatief onderzoek[2]

Inleiding

Binnen de psychologie en zeker in de geneeskunde worden onderzoekers die zich van kwalitatieve methoden bedienen doorgaans met enig wantrouwen bekeken. Met kwalitatief onderzoek begeeft men zich immers in de periferie van de wetenschap: men moet het doen met ‘zachte’ gegevens en men zal bij een beschrijving van bevindingen niet aan vaagheid kunnen ontkomen.
Wij hebben getracht onze onderzoeksresultaten zo zuiver mogelijk naar voren te brengen door zowel kwalitatief als kwantitatief psychologisch onderzoek te doen. Om conclusies gebaseerd

[2] Voor dit hoofdstuk zijn delen gebruikt van hoofdstuk 4 uit het proefschrift: Levertransplantatie, psychosociale aspecten van J.W. Heyink[73], en een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie[74]

op casuïstiek te vermijden, hebben we gekozen voor het uitvoeren van zowel diepte-interviews als het invullen van vragenlijsten. De diepte-interviews moeten voldoen aan een aantal standaardcriteria, die beschreven zijn in het proefschrift van Heyink[73] en in het onlangs verschenen overzichtsartikel van Pope in de *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* over *Qualitative research in obstetrics and gynaecology*[117].

In aanverwante disciplines heeft de kwalitatieve benadering wel wortel geschoten. De antropologie is er de bakermat van, waarna de methode, via de 'Chicago School' in de jaren dertig (Faris, 1967)[59], een belangrijke functie is gaan vervullen binnen de sociologische onderzoekstraditie. Deze ontwikkeling is gepaard gegaan met een verwoede methodenstrijd tussen kwantificerende en kwalificerende onderzoekers. De strijd is te herleiden tot botsende wetenschapsfilosofische standpunten. In het ene kamp vindt men de positivisten met hun aan de natuurwetenschappen ontleende opvattingen. Zij postuleren het bestaan van een kenbare externe werkelijkheid die zich objectief laat onderzoeken en beschrijven. Daarbij moet onderzoek voldoen aan strikte criteria van herhaalbaarheid en generaliseerbaarheid. Hun opponenten treft men in de fenomenologische en humanistische hoek, alsmede in kringen van symbolisch-interactionisten. Hier wordt gesteld, dat het terrein van sociaal-wetenschappelijk onderzoek principieel verschilt van dat in de natuurwetenschappen en daarom een andere onderzoeksmethode vraagt.
Zo wordt geconstateerd dat de onderzoeker zelf een onlosmakelijk deel uitmaakt van het subject van zijn onderzoek: de mens in zijn sociale omgeving. De invloed van de onderzoeker op de uitkomsten van zijn onderzoek wordt niet als hinderlijke 'bias' beschouwd, maar expliciet en als een essentiële factor van de onderzoeksmethode beschreven. Volgens deze opvatting is het positivistische objectiviteitbeginsel daarom niet hanteerbaar. De argumenten waarmee men elkaar over en weer betichtte van onwetenschappelijkheid, zijn elders uitvoerig beschreven (Sherif[128], Denzin[24], Miles[94], Nooy[103]).
Het onderscheid tussen beide richtingen is in talloze dualismen te herkennen: in de filosofie de hypothetico-deductie versus analytische inductie, in de sociologie het *survey*- versus de participerende observatie en in de psychologie het experimenteel versus beschrijvend onderzoek. Andere voorbeelden zijn de vragenlijst versus het diepte-interview, objectiviteit versus subjectiviteit, verklaren versus 'verstehen'.

Binnen de sociologie is de strijd inmiddels geluwd. Dat komt omdat men over en weer erkent, dat geen van beide benaderingen op zichzelf voor elke onderzoekssituatie adequaat is. Daarnaast zijn er verschillende (geslaagde) pogingen ondernomen om de standpunten te

overbruggen of in een nieuw perspectief te integreren. Voorts is er door een aantal onderzoekers zodanig aan de kwalitatieve werkwijze gesleuteld, dat zij aan een aantal belangrijke positivistische criteria kan voldoen zonder haar specifieke aard te verliezen (Miles & Huberman[95], Kirk & Miller[85]). Daarnaast wordt er ook door kwalitatieve onderzoekers tegenwoordig vaak statistiek bedreven.

Wij hebben geprobeerd beide psychologische methoden in ons onderzoek te betrekken door gebruik te maken van zowel gevalideerde vragenlijsten (objectiviteit/kwantitatief) als open diepte-interviews (subjectiviteit/kwalitatief).

Het open interview

De meest gebruikte en best gedocumenteerde methode in kwalitatief onderzoek is zonder twijfel het interview. In de rest van dit hoofdstuk zal deze methode centraal staan. Daarbij komt, dat met een bespreking van het interview als methode het onderscheid tussen de kwalitatieve en kwantitatieve werkwijze goed valt te illustreren.

Interviews kunnen sterk verschillen in de mate waarin er structuur in is aangebracht. Deze gestructureerdheid is op te vatten als een continuüm.
Op de ene zijde treffen we het interview aan waarin een strikte opbouw is te herkennen. Hierbij zijn niet alleen de gespreksonderwerpen, maar ook de concrete vragen tevoren geformuleerd en vastgelegd. De volgorde waarin deze aan bod komen is gefixeerd. De respondent krijgt een beperkt aantal antwoordmogelijkheden voorgelegd, waaruit hij kiest. Het vraaggesprek is op deze wijze zoveel als mogelijk gestandaardiseerd. De interviewer is als meetinstrument op te vatten: hij is anoniem, ‘inwisselbaar’; zijn persoonlijke invloed op het verloop van het gesprek wordt tot een minimum beperkt. De onderzoeker heeft zijn theoretische concepten geoperationaliseerd voorafgaand aan het interview. De reacties van de respondent staan daarmee in dienst van het begrippenstelsel of de theorie van de onderzoeker. Deze interviewvorm sluit aan bij de positivistische wetenschapsopvatting en is bij uitstek gericht op kwantificering.
Aan de andere zijde van het continuüm vinden we het interview met een minimum aan vooraf aangebrachte structuur. Gespreksonderwerpen zijn slechts globaal omschreven. Gesloten vragen worden zoveel mogelijk vermeden. Er is niet vastgelegd in welke volgorde of in welke mate onderwerpen ter sprake moeten komen. Het gesprek is niet gestandaardiseerd; er is veel ruimte voor improvisatie. De interviewer heeft een actieve en persoonlijke invloed op het verloop van het gesprek. Doelstelling is het in kaart brengen van (veranderingen in) de

subjectieve belevingswereld van de respondent, en wel in diens eigen terminologie. Niet het begrippenstelsel van de onderzoeker, maar dat van de onderzochte staat aldus centraal. Deze gespreksvorm is typisch kwalitatief van aard: de algemene kenmerken van kwalitatief onderzoek zijn er in terug te vinden. In dit verband worden ook wel de termen 'open interview' of 'diepte-interview' gebruikt.
Opvallend is de sterke analogie met zekere therapeutische gespreksvormen (men denke aan de Rogeriaanse, maar ook aan de interactionistische traditie). Het verwondert dan ook niet, dat verscheidene onderzoekers een model of werkwijze hebben ontwikkeld, waarin onderzoek en therapie/counseling binnen het gesprek zijn geïntegreerd (Fineman[61], Jones[77], Hermans[72]).

Over de merites van het kwalitatieve interview is veel geschreven (Denzin[23], Silverman[129]). Een korte opsomming is op zijn plaats:

- De respondent heeft de gelegenheid zelf onderwerpen aan te kaarten, die hij voor het onderzoek van belang acht.
- Misverstanden betreffende gestelde vragen en gegeven antwoorden kunnen ter plekke worden opgehelderd.
- De flexibiliteit van de interviewsituatie biedt de mogelijkheid nieuwe hypothesen onmiddellijk te 'toetsen'.
- De mate van respons door en betrokkenheid van de respondent kan worden bevorderd door het opbouwen van 'rapport', d.w.z. een relatie tussen de gesprekspartners, gebaseerd op vertrouwen en veiligheid.
- Het interview is een 'breedbandmethode': veel onderwerpen kunnen in korte tijd op hun relevantie worden nagetrokken.

Kerlinger[84] kwalificeerde het interview als '*the best instrument available for sounding people's behaviour, future intentions, feelings, attitudes and reason for behaviour…*'.

Er zijn uiteraard ook nadelen verbonden aan het kwalitatieve interview als methode. De methode is erg arbeidsintensief en daarom alleen bruikbaar op relatief kleine schaal. Er wordt voorts een sterke wissel getrokken op de kundigheden van de interviewer. Een intensieve training lijkt onmisbaar, gezien een aantal methodische valkuilen. De meest genoemde bedenkingen tegen de methode zijn echter van wetenschapstheoretische aard: naarmate het interview minder is gestandaardiseerd zijn positivistisch geïnspireerde betrouwbaarheidscriteria moeilijker haalbaar. Hoe de afweging tussen voor- en nadelen uitpakt zal uiteindelijk mede worden bepaald door de doelstelling van het onderzoek.

Vanuit positivistisch oogpunt is kwalitatief onderzoek (met name het kwalitatieve interview) niet erg betrouwbaar: men heeft te maken met interviewerbias, de aard van het gesprek laat geen exacte herhaling toe, er is geen sprake van 'gecontroleerde' omstandigheden waarin feiten ondubbelzinnig kunnen worden vastgesteld. Het verwondert niet, dat vanuit deze hoek de eis komt waar mogelijk te standaardiseren[84]. Dat is natuurlijk geen echte oplossing, want daarmee dreigt het kwalitatieve kind met het badwater te worden weggespoeld. Doorgaans wordt dan ook een wat soepeler houding aangenomen. Geadviseerd wordt om standpunten, procedures en beslissingen zoveel mogelijk te expliciteren, om zodoende zicht te krijgen op de wijze waarop bevindingen tot stand kwamen. Dit advies wordt in kwalitatieve kringen algemeen onderschreven.

In de onderzoekspraktijk wordt overigens meestal gekozen voor een interviewvorm, die ergens op het continuüm tussen de polen 'gestandaardiseerd' en 'ongestandaardiseerd' is gesitueerd. In zo'n interview passen zowel open als gesloten vragen en kan de mate van structuur worden gevarieerd. Met een tussenvorm kunnen de voordelen van beide varianten deels worden benut en mogelijke nadelen geminimaliseerd.

In ons onderzoek hebben we eveneens voor deze vorm gekozen.

De keuze voor een bepaalde methode is zelden vanzelfsprekend. Toch kan een aantal traditionele toepassingsgebieden voor kwalitatief onderzoek worden geïdentificeerd.
Vooral bij delicate onderwerpen of situaties, die voor respondenten emotioneel zeer geladen zijn, zijn interviews geïndiceerd. 'Een persoonlijke vraag kan het best worden beantwoord in een persoonlijke situatie.' (Hermans[72])

In ons onderzoek betreft het een situatie die niet eerder in Nederland voorgekomen is. Open interviews lijken dan juist informatie te geven waar van te voren nog niet aan gedacht is. 'Gaandeweg' het onderzoek worden ook wij bijgeschoold. Het onderzoek beperken tot het invullen van alleen vragenlijsten zou sterk tekort doen aan de gegevensopbouw voor draagmoederschap.

Kwalitatief onderzoek is voorts geïndiceerd als de onderzoeksgroep zo klein is, dat kwantificering niet zinvol is. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij een eerste evaluatie van een nieuwe medische techniek, zoals de levertransplantatie.

Toen wij begonnen aan het onderzoek hadden wij geen idee hoeveel mensen zich zouden melden voor deze vorm van voortplanting, zodat gekozen is voor deze vorm van gegevensvastlegging, gecombineerd met het invullen van vragenlijsten.

Heyink[74] zegt hierover:
Nog te zelden worden in sociaal-wetenschappelijk onderzoek kwantitatieve en kwalitatieve methoden gecombineerd. Zo kan, door beide soorten informatie op elkaar te betrekken, een dieper inzicht in de kwaliteit van leven worden gegenereerd dan welke met behulp van beide afzonderlijk kan worden verkregen. De twee benaderingen leveren complementaire informatie op. Kwantitatieve bevindingen kunnen met kwalitatief materiaal worden gevalideerd. Met een kwalitatieve follow-up kunnen onverwachte resultaten worden geëvalueerd. Met behulp van citaten of casestudies kunnen 'algemene' met 'bijzondere' uitspraken worden geïllustreerd.

Dit laat overigens onverlet, dat ook de kwalitatieve onderzoeker a-priori een aantal theoretische concepten moet hebben geformuleerd, teneinde zijn onderzoek, uitgaande van de vraagstelling, richting te kunnen geven. Deze noties zijn echter minder strak gedefinieerd naarmate het onderzoek inductiever van aard is en kunnen bovendien gaandeweg het onderzoek worden bijgesteld.
In het algemeen bevat onderzoek de volgende elementen: vraagstelling - dataverzameling - codering/bewerking - interpretatie - rapportage. Dat geldt voor zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek. In kwantitatief onderzoek is de volgorde van deze stappen gefixeerd. Bij inductief getint kwalitatief onderzoek is dat echter niet het geval. Het wezen van de kwalitatieve analyse schuilt in de cyclische relatie tussen de stappen 3 (bewerking) en 4 (interpretatie). Aan de hand van de onderzoeksvraag en globale indrukken, ontleend aan de 'ruwe' data, wordt in het voorhanden zijnde materiaal een eerste ordening aangebracht. Interviewdata kunnen bijvoorbeeld worden gecategoriseerd naar variabele, thema, kenmerk, gebeurtenis, handeling, etc. Met behulp van deze ordening worden in de interpretatiefase a-priori theoretische noties verder ontwikkeld of herzien. Vanuit dit kader worden de data opnieuw bekeken. Irrelevante ordeningen of categorieën worden losgelaten, nieuwe toegevoegd. Vervolgens worden, indien wenselijk, nieuwe concepten geformuleerd, alsmede hun onderlinge relaties. Dit pendelen tussen de bewerkingsfase en de interpretatiefase wordt voortgezet tot er een 'fit' is tussen de data en de (inmiddels geformuleerde theorie of, wat minder pretentieus, uitspraken van generaliserende aard (Walker en Jones[77]).
Zo bezien is de kwalitatieve analyse een iteratief proces. Kwalitatieve analyse is, op deze manier uitgevoerd, een hoogst persoonlijke onderneming van de onderzoeker. Het proces

bevat momenten van creativiteit en interpretatie die niet gemakkelijk expliciet te maken zijn. Daarom wordt er voor gepleit mystificatie tegen te gaan door de analyseprocedure te formaliseren, een gedegen administratie bij te houden van de bewerkingen die gaandeweg zijn uitgevoerd, en tenslotte, de genomen beslissingen expliciet te motiveren. In veel kwalitatief onderzoek is de theorieontwikkeling overigens niet de primaire doelstelling. Vaak gaat het veeleer om het beschrijven, verhelderen en illustreren van processen. Verklaringen hebben dan de vorm van toelichtingen, zonder harde claims van causaliteit. Toch permitteert men zich vaak ook hier een aantal uitspraken van 'hogere' aard. Deze kunnen inductief tot stand zijn gekomen aan de hand van de cyclische kwalitatieve analyse, maar ook deductief, als voor een a-priori theoretische opvatting ondersteuning wordt gevonden. Deze aanpak wordt doorgaans gehanteerd bij 'toegepast' onderzoek, zoals beleidsondersteunend onderzoek.

Aangezien het ook in ons onderzoek om beleidsondersteuning gaat, is getracht de gegevens op verschillende manieren te interpreteren. De interviews zijn bewerkt door de promovendus. Daarnaast zijn alle interviews doorgelezen en gescoord op 'harde' psychologische feiten door een psycholoog. Deze gegevens zijn met elkaar vergeleken.

Daarbuiten is elk interview vergezeld van de gevalideerde psychologische vragenlijsten om meer kwantitatieve inhoud aan het kwalitatieve onderzoek te geven.
De hoop is dan ook dat er zo gefundeerd mogelijk onderzoeksresultaten uitgewerkt zijn, waarop daadwerkelijk een beleidsvoorstel aan het Ministerie van VWS en aan de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie kan worden gegeven.

3.6 Materiaal

In totaal hebben wij gegevens van 91 wensmoeders verzameld:

- 40 wensouders vielen af na alleen correspondentie
- 11 wens- en draagouders vielen af na intakegesprekken en hebben geen psychologische testen ondergaan.
- 28 drie- en viertallen zijn voor intakegesprekken in De Heel Zaans Medisch Centrum geweest, hebben gevalideerde vragenlijsten ingevuld en hebben psychologische interviews gehad
- 12 viertallen zijn in portefeuille in afwachting van vervolg van het project

DE AFVALRACE IN VOGELVLUCHT			
		TOTALEN	TOELICHTING
TOTAAL AANGEMELD		**91**	
In portefeuille	*12*		
KANDIDATEN VOOR ONDERZOEK		**79**	
Afgevallen na correspondentie	*40*		Nr. 29 t/m 79 Zie hoofdstuk 6: Niet includeren na aanmelding
INTAKEGESPREK MEE GEVOERD		**39**	
Afgevallen na intake	*11*		
DAADWERKELIJK IN ONDERZOEK		**28**	Nr. 1 t/m 28 Zie hoofdstuk 8: Medisch; Zie hoofdstuk 7 en 9: Psychologie
waarvan:			
- afgevallen zonder IVF in onderzoek	*6*		Nr. 17, 19, 25 t/m 28
- uitbehandeld na IVF in onderzoek	*8*		Nr.11, 12, 18, 20 t/m 24
- onder behandeling tijdens onderzoek	*3*		Nr.13, 15 en 16
- bevallen tijdens onderzoek	*9*		Nr.1 t/m 9
- doorgaande zwangerschap bij het ter perse gaan van dit proefschrift	2		Nr. 10 en 14

Het aantal vrouwen dat in ons onderzoek meegedaan heeft aan intakes, interviews en het invullen van vragenlijsten bedraagt 28 (zie grafiek 1). Deze groep heeft de volgende achtergrond:

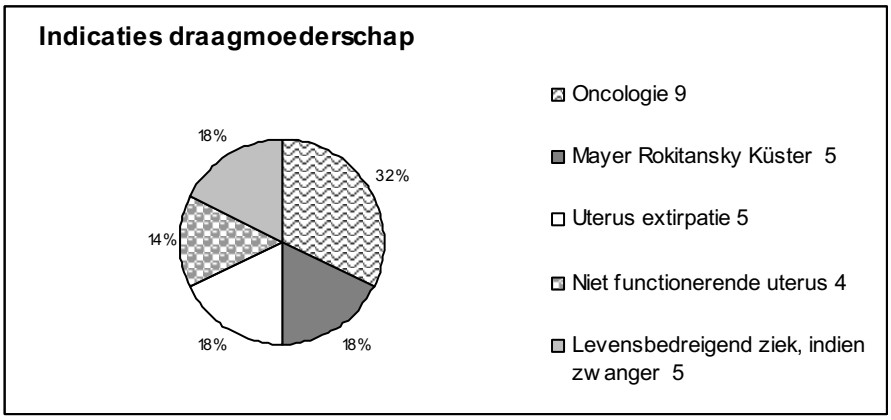
Oncologie: 9
8 x Wertheim operatie (cervixcarcinoom)
1x uterusextirpatie (endometriumcarcinoom)

Mayer Rokitansky Küster Syndroom: 5
5x aplasie van de vagina en de uterus

Operatie: 5
2x uterusextirpatie wegens verbloeding bij manuele placentaverwijdering
3x na uterusextirpatie op andere medische gronden

Vrouwen met niet functionerende uterus: 4
1x bij uterusruptuur/shock en tweede maal solutio met IUVD
2x recidiverende partus immaturus en praematurus zonder progenituur
1x recidiverende mislukte IVF pogingen (afgevallen op inclusie-criteria, waarbij besloten werd niemand te includeren uit de IVF groep)

Vrouwen levensbedreigend ziek indien zwanger: 5
1x zeer ernstige eclampsie met hersenbloedingen
1x antifosfolipidesyndroom met waarschijnlijk leverinfarcten indien zwanger
1x levertransplantatie met stollingsstoornis
1x lymphangioleiomyomatosis van de longen met bloedingen
1x zeer ernstige Systemische Lupus Erythematodes (later afgevallen op medische gronden)

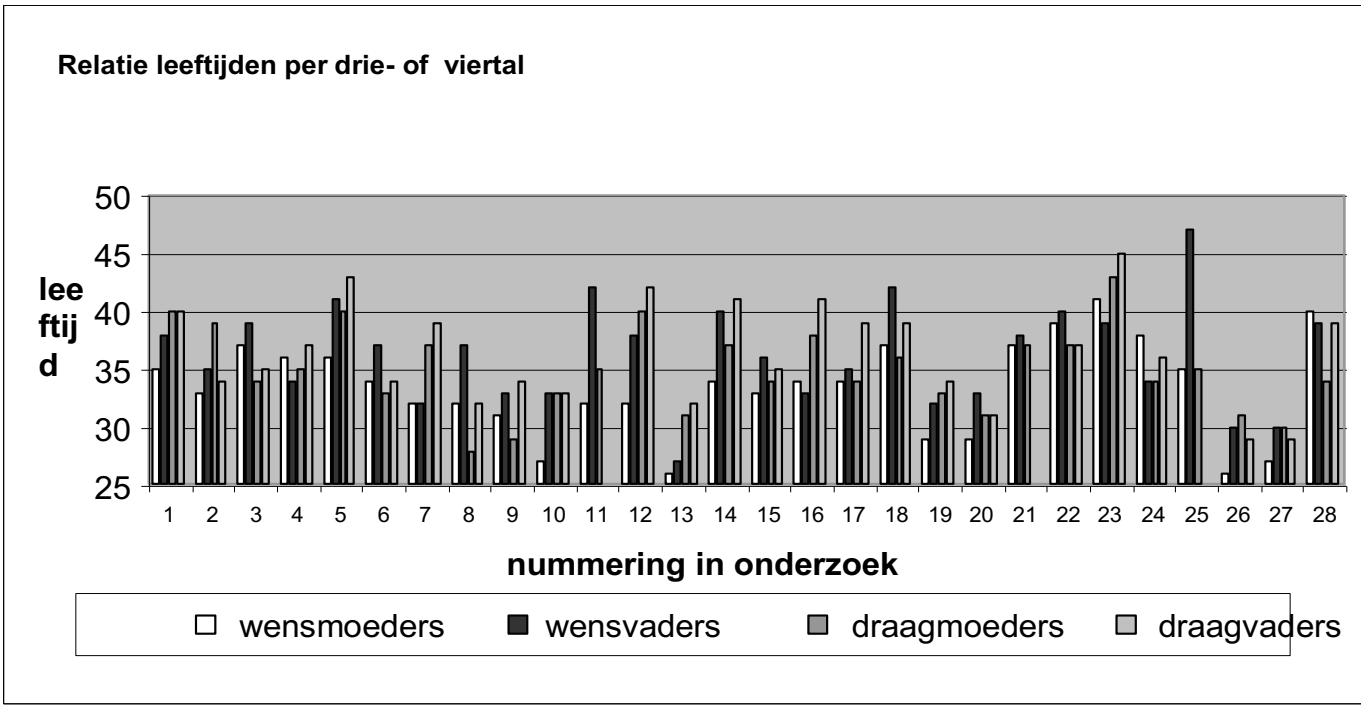


GRAFIEK 1: Achtergrond van vrouwen in onderzoek

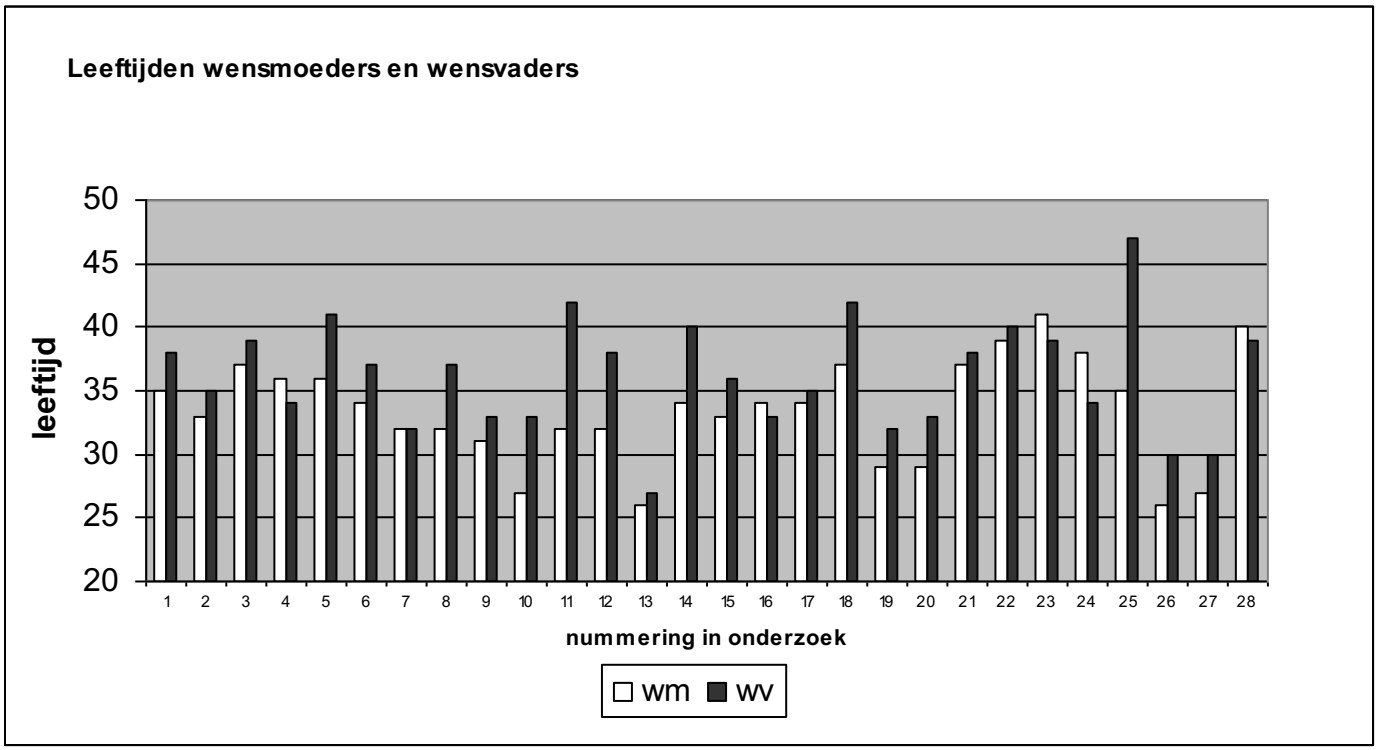
Opgenomen in het onderzoek werden 28 vrouwen:
9: bevallen tijdens het onderzoek (nr. 1 t/m 9), nr. 10 en 14 zijn zwanger.
4: onder behandeling tijdens onderzoek (nr. 13, 15 en 16)
8: uitbehandeld na IVF procedures (nr. 11, 12, 18, 20 t/m 24)
6: afgevallen na intake en interviews zonder IVF procedure (nr.17,19, 25 t/m 28)

Gegevens van deze vrouwen zijn terug te vinden in hoofdstuk 8: medisch en hoofdstuk 7 en 9: psychologie

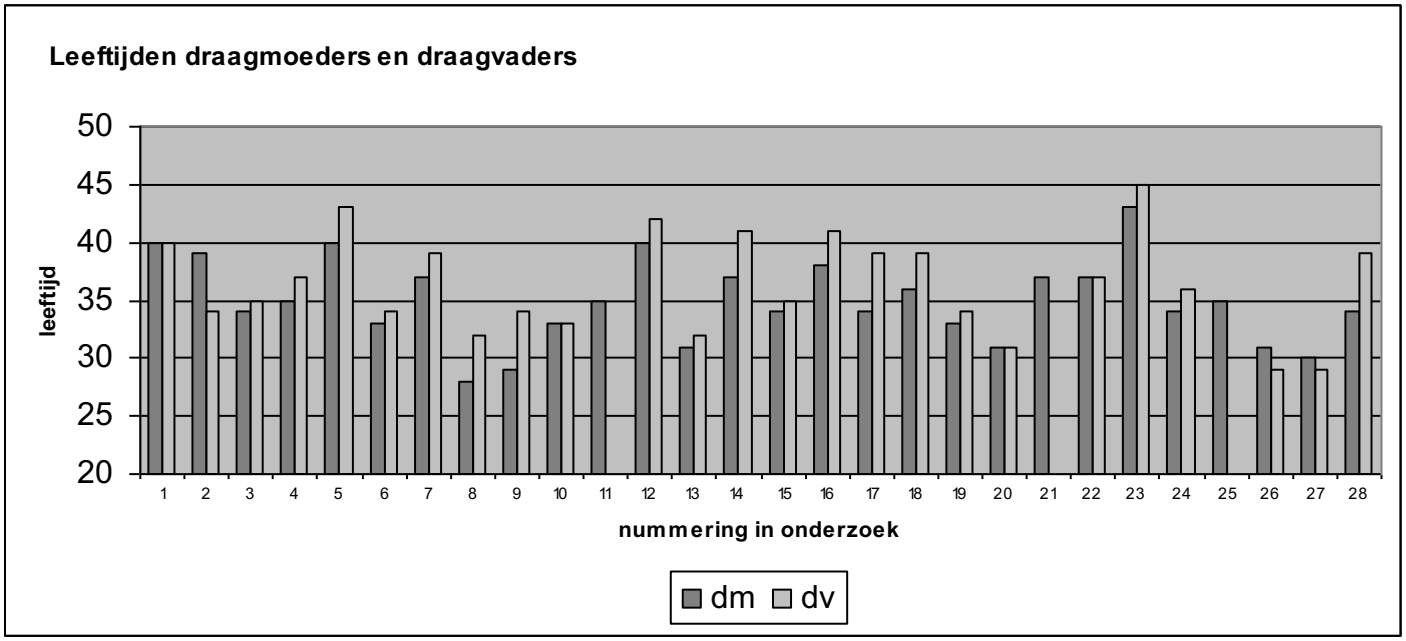
Demografische gegevens (weergegeven in grafiek 2 t/m 9)
- Leeftijden:
  - relatie tussen wens- en draagouders, grafiek 2
  - wensouders, grafiek 3
  - draagouders, grafiek 4
  - gemiddelden wens- en draagouders, grafiek 5
- Relatie tussen wens- en draagouders, grafiek 6
- Opleidingsniveau wens- en draagouders, grafiek 7
- Beroepen
- Pariteit, grafiek 8
- Woonafstand tussen wens- en draagouders ten tijde van geboorte, grafiek 9



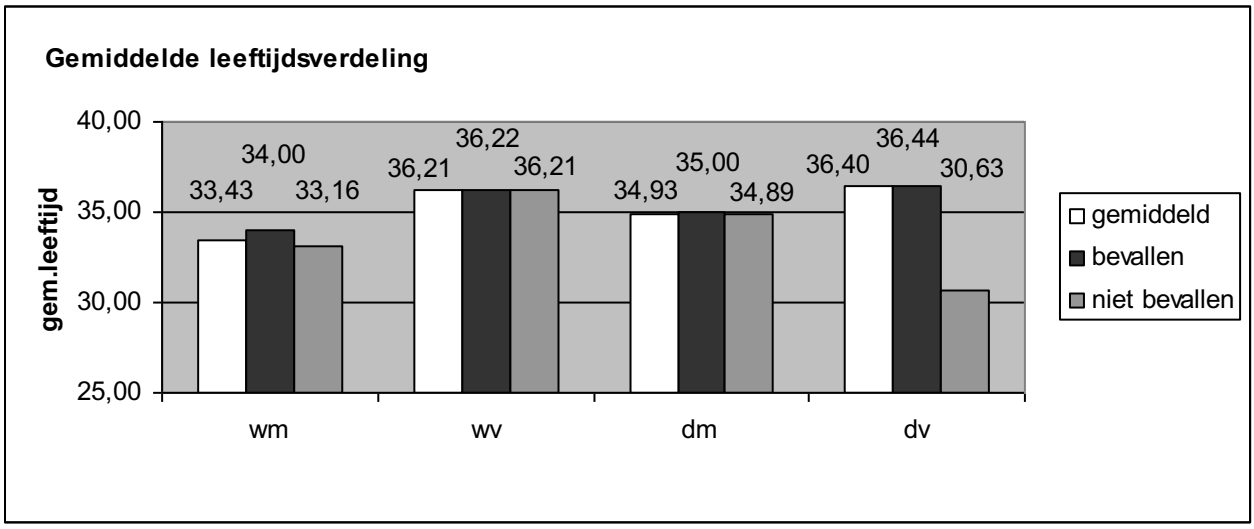
GRAFIEK 2: Relatie leeftijden



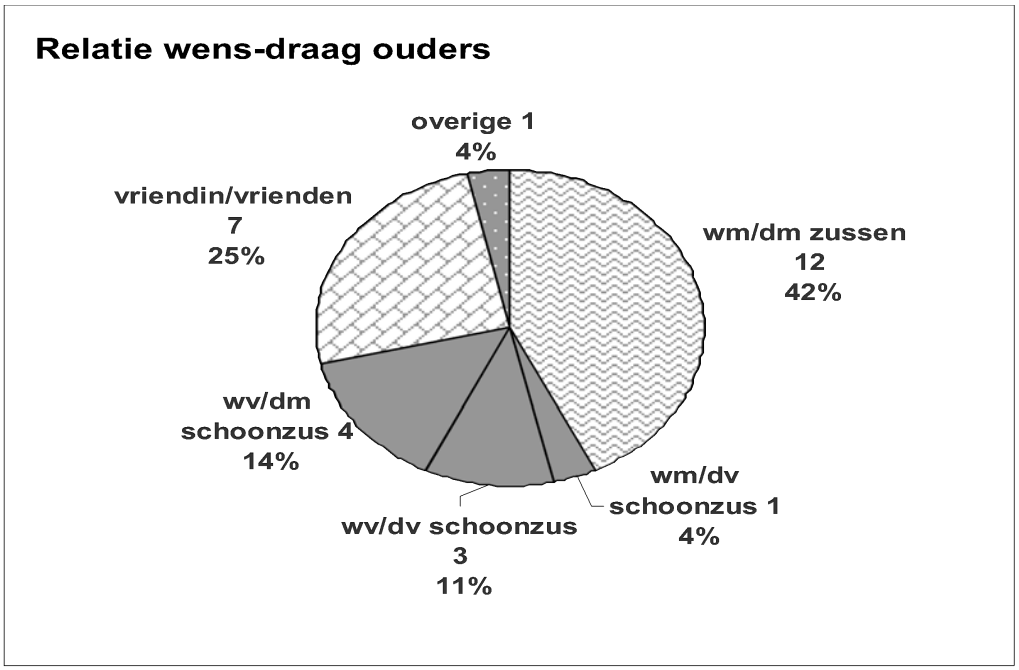
GRAFIEK 3. Spreiding 26 – 41 jaar voor de wensmoeders en 27 – 47 jaar voor de wensvaders. (gemiddelden resp. 33,4 en 36,2 jaar)



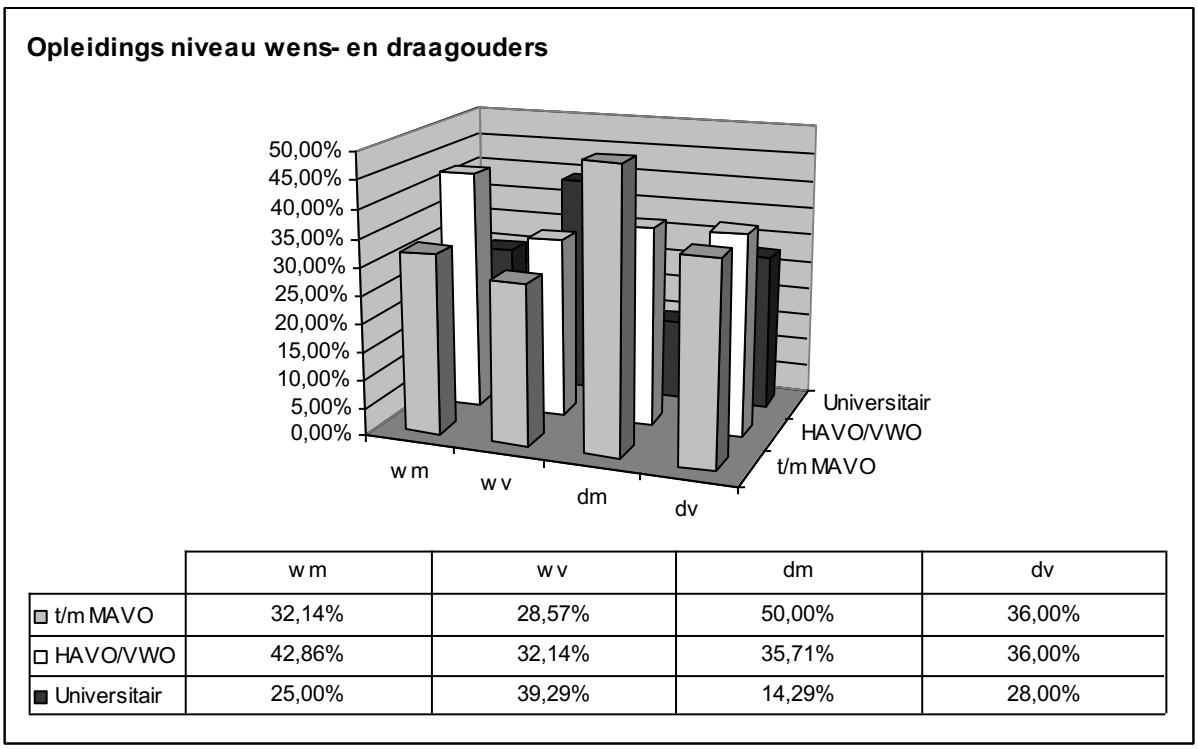
GRAFIEK 4. Spreiding 28 - 43 jaar voor de draagmoeders en 28 - 45 jaar voor de draagvaders (gemiddelden resp. 34,9 en 36,4 jaar).



GRAFIEK 5.
De witte balk geeft de gemiddelde leeftijden van de drie- of viertallen, al dan niet bevallen.
De zwarte balk geeft de gemiddelde leeftijden per drie- of viertal, van degenen die een wenskind hebben gekregen.
De grijze balk geeft de gemiddelde leeftijd per drie- of viertal, van degenen die geen wenskind hebben gekregen.



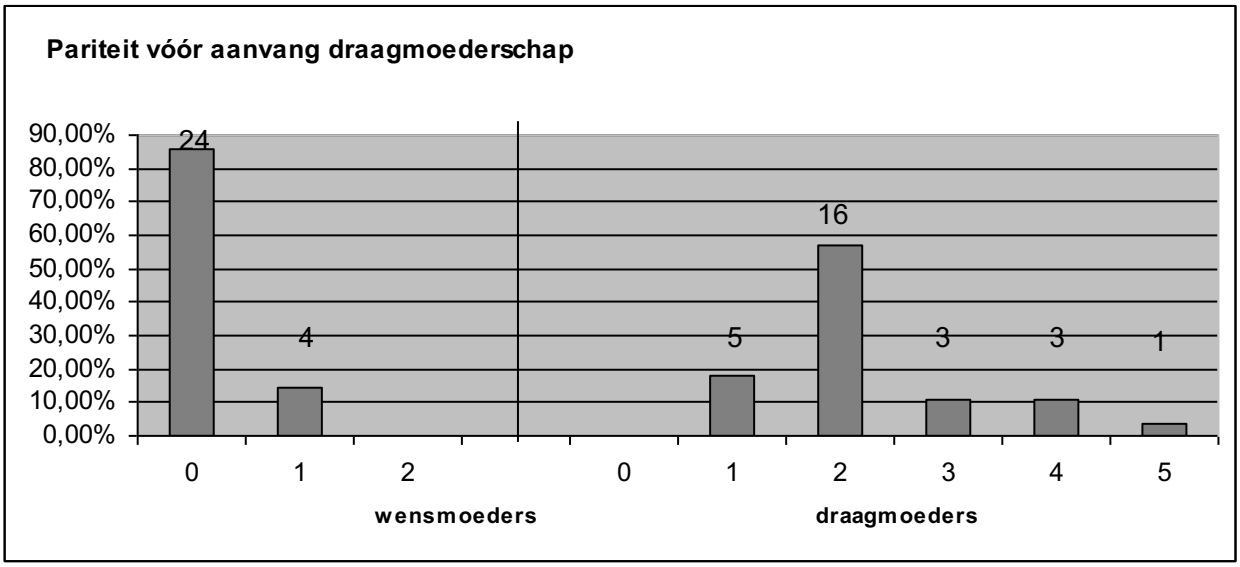
GRAFIEK 6. In 42% is de draagmoeder een zusje van de wensmoeder. In 29% is er een schoonzusje aangemeld als draagmoeder, waarbij diverse combinaties mogelijk zijn (wensvader en draagmoeder zijn broer en zus, wensvader en draagvader zijn broers, wensmoeder en draagvader zijn zus en broer). 25% had een goede vriendin als draagmoeder. In een geval (4%) had de draagmoeder zich aangeboden via een weekblad op ideële gronden.



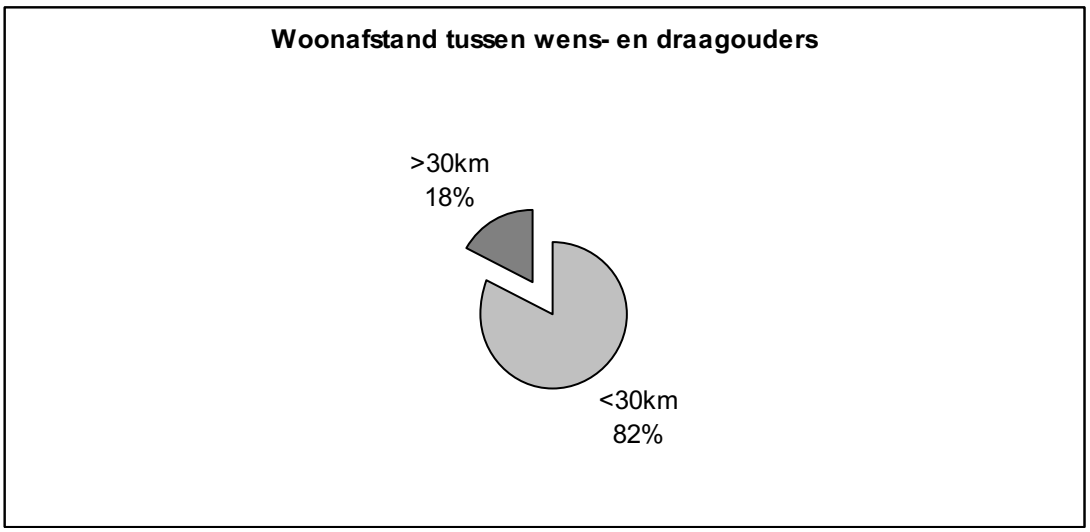
	w m	w v	dm	dv
t/m MAVO	32,14%	28,57%	50,00%	36,00%
HAVO/VWO	42,86%	32,14%	35,71%	36,00%
Universitair	25,00%	39,29%	14,29%	28,00%

GRAFIEK 7. De wensouders zijn relatief hoog opgeleid. Blijkbaar weten zij waar Abraham de mosterd vandaan haalt. Onderling is er een traditionele relatie: de mannen zijn gemiddeld hoger opgeleid dan de vrouwen. De draagouders zijn lager opgeleid dan de wensouders.

Beroepen
Opvallend is dat zowel wens- als draagouders hoger opgeleid zijn dan de gemiddelde bevolking. Van de 105 opgegeven beroepen werken 24 personen in de gezondheidszorg (23,8%).



GRAFIEK 8. De meeste wensmoeder waren kinderloos, slechts vier hadden een kind. De meeste draagmoeders hadden twee kinderen, de ingangseis was tenminste een kind te hebben.



GRAFIEK 9.

- **Afgevallen na de intakegesprekken, zonder psychologische interviews**: N = 11
  (nr. 29 t/m 39)
  Gegevens van deze vrouwen zijn terug te vinden in hoofdstuk 5: Intakegesprekken zonder psychologisch/medisch vervolg

- **Bevallen buiten onderzoek om**: N = 7
  (nr. 20, 28, 34, 47, 54, 70 en 76)
  En tenminste 5 wensouders die een buitenlands kindje hebben geadopteerd. Totaal N = 12

- **Afgevallen na correspondentie zonder intake of interviews**: N = 40
  (wensouders nr. 40 t/m 79)
  Gegevens van deze vrouwen zijn terug te vinden in hoofdstuk 5: Intakegesprekken zonder psychologisch/medisch vervolg

- **In portefeuille tot het hoogtechnologisch draagmoederschapproject verder gaat**: N = 12 (viertallen die aan alle ingangscriteria voldoen)

4. Flowchart bij start Draagmoederschaponderzoek

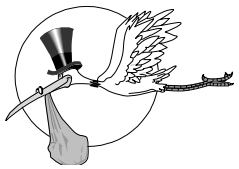
Bij het begin van het onderzoek was hoogtechnologisch draagmoederschap een nieuw fenomeen, dus was het onvermijdelijk dat de procedures tijdens het onderzoek werden bijgesteld.

Toen het daadwerkelijke onderzoek in 1998 begon, werkten we met Richtlijn 18 van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, NVOG[107]. Deze richtlijn was in 1997 door de NVOG opgesteld, toen de toestemming - onder voorwaarden – werd gegeven door het Ministerie van VWS[96, 97]. Deze Richtlijn, met daarin de minimum-voorwaarden voor de procedure, werd door onze onderzoeksgroep van commentaar voorzien en vervolgens geredigeerd door collega Hemrika van de NVOG.
Tijdens het onderzoek bleek als snel dat er meer voorlichting moest komen, met name naar patiënten en dat de Richtlijn op deze en andere punten tekort schoot. Daarom werd aan de patiënten een flowchart meegegeven, die is afgebeeld op de volgende pagina.

Nu het onderzoek klaar is en lering is getrokken uit de praktijk, *is een nieuw stroomdiagram[47] opgesteld dat wordt behandeld in Hoofdstuk 14*.

FLOWCHART BIJ START DRAAGMOEDERSCHAPONDERZOEK.

Later gewijzigd in ***definitieve versie: Stroomdiagram, zie hoofdstuk 14****.*



Controle of doorverwezen kandidaten voldoen aan criteria volgens NVOG richtlijn nr. 18

Oriënterend gesprek wens- en draagouders met uitleg over procedure:
- Inleveren pasfoto's
- Uitleg media verbod
- Tekenen informed consent formulier
- Opmerkzaam maken op antecedenten onderzoek i.v.m adoptieprocedure Raad voor de Kinderbescherming
- Nederlandse nationaliteit in verband met adoptieprocedure
- Nederlandse taal beheersen in verband met psychologische screening
- Draagmoeder mag geen belaste obstetrische of algemene anamnese hebben

Op laten sturen AIDS (HIV) testen wens- en draagouders
sperma-analyse wensvader
medische gegevens ziektegeschiedenis wensmoeder
gegevens zwangerschappen/bevallingen draagmoeder

Oproepen voor eerste psychologisch interview
Invullen psychologische vragenlijsten per persoon (NPV, MMQ, SCL-90)
Uitreiken voorbeeldcontract.
Terug laten sturen uitgewerkt contract nadat hierover tussen wens- en draagouders overeenstemming is bereikt

PAS DAARNA:
Afspraak maken op IVF spreekuur en bij IVF verpleegkundige
Afnemen uitstrijkje, lues, Rubella, Hepatitis-B bij wens- en draagmoeder
Synchroniseren menstruatiecyclus wens- en draagmoeder
IVF pogingen (max. 2 embryo's per keer), max. 3 pogingen

<u>Indien zwanger:</u>

Evt. vlokkentest (9-10^{e} wk) of vruchtwaterpunctie (16^{e} wk)

In 13^{e} week contact met advocaat opnemen
In 15^{e} week contact met Raad voor de Kinderbescherming opnemen via de advocaat

Evt. borstvoeding stimuleren via speciaal protocol

5^{e} zwangerschapsmaand: tweede psychologisch interview

Aangifte Burgerlijke stand door draagouders in aanwezigheid wensouders

Na geboorte: derde psychologisch interview

Bereidheid mee te werken aan na-onderzoek enige jaren later

<u>Indien niet zwanger:</u>

Evt. 2^{e} poging

Evt. 3^{e} poging

Daarna afsluitend psychologisch interview

© Sylvia M. Dermout, gynaecoloog,
De Heel Zaans Medisch Centrum
Zaandam.
(Versie 1997, jaarlijks aangepast tot versie 2000. In 2001 vervangen door stroomdiagram, zie hoofdstuk 14)

5. Ontstaanswijze contract tussen wens- en draagouders

In 1997 werd hoogtechnologisch draagmoederschap onder de voorwaarden, genoemd door het Ministerie van VWS[96, 97], toegestaan.
In ons onderzoek startten we in 1998 met een checklist, waarlangs procedures werden uitgevoerd. Al snel bleek tijdens ons onderzoek dat er meer voorlichting moest komen, met name naar patiënten en dat de in eerste instantie opgestelde Richtlijn[107] op bepaalde punten te kort schoot.
Een flowchart, die later vervangen werd door een soortgelijk formulier met de Nederlandse benaming stroomdiagram, werd meegegeven aan patiënten (zie hoofdstuk 4, resp. 14).

Ontstaan van het contract

In de voorinterviews met wens- en draagouders kwamen vele emotionele, maar evenzo praktische zaken aan bod. Na ieder interview werd een inventarisatie gemaakt waaruit in 1998 het eerste contract tussen wens- en draagouders werd opgesteld, bestaande uit 22 punten. Ook afspraken tussen behandelteam en wens/draagouders werden daarin opgenomen.

In de loop van de jaren veranderde de juridische procedure, werden de praktische beleidslijnen duidelijker en leerden wij veel van de ervaringen van degenen die al dan niet zwanger werden, de psychologen, de medici, de juristen en de Raad voor de Kinderbescherming. Steeds weer werd het contract uitgebreid met een aantal relevante punten.

Uitsplitsing in twee contracten

Nadat het onderzoek is beëindigd is dit contract nog eens doorgewerkt. Het leek toen zinniger en vooral ook juridisch juister om de items te splitsen in twee contracten: één tussen behandelteam en wens/draagouders en één tussen wens- en draagouders.

De contracten zijn opgenomen in hoofdstuk 15 en 16 en zullen de komende jaren dienen als leidraad waarlangs punt voor punt alle zaken aan de orde kunnen komen. Niet alleen geeft dit een betere juridische onderbouwing, ook kunnen de behandelaars er zeker van zijn dat alle vier de wens- en draagouders goed nagedacht hebben over aspecten van de procedure, waar ze zelf mogelijk niet opgekomen zouden zijn. Om dit laatste te waarborgen lijkt het zinvol het contract bij de eerste afspraak mee te geven en daarbij meteen een tweede afspraak te maken om alle items van het contract met de intake-gynaecoloog door te nemen. Zo kan een indruk worden verkregen van de voorbereiding van de wens- en draagouders op de procedure.

Mochten er onduidelijkheden bestaan, dan kan adequaat verwezen worden naar instanties, die op medisch, juridisch, maatschappelijk of verzekeringstechnisch gebied aanvullingen kunnen bieden. Indien blijkt dat de wens- en/of draagouders zich nauwelijks om het contract bekommerd hebben, lijkt extra aandacht naar draagkracht en draaglast van de kandidaten op zijn plaats om problemen in de toekomst voor te zijn. Eventueel kan dan nog een extra gesprek worden ingelast.

6. Redenen van niet includeren na aanmelding

Met 91 wensparen is serieus contact geweest over draagmoederschap. Daarvan zijn er 40 afgevallen na correspondentie en 11 na een intake-gesprek.

Uiteraard zijn de redenen waarom deze 51 wensouders zijn afgevallen van belang. In dit hoofdstuk worden deze redenen daarom per patiënt - in telegramstijl - behandeld. In het onderzoek zijn de afgevallen wensouders genummerd als nr. 29 t/m 79

91				gegevens aangemelde wens moeders
	40			wens/draagouders afgevallen na correspondentie
		11		wens/draagouders afgevallen na intake gesprek
			28	wens/draagouders intake gesprek/vragenlijst/psychologische test
12				wens/draagouders in portefeuille voor vervolg project

Met deze 51 afgevallen wensouders is serieus contact geweest over draagmoederschap. Dit geschiedde telefonisch, schriftelijk, of via een bezoek aan De Heel Zaans Medisch Centrum voor een intakegesprek. Daarbuiten zijn er nog vele zeer informele contacten geweest met potentiële wensouders, doch deze telefoongesprekken hadden een meer informatief karakter en hebben niet geresulteerd in een verdere analyse of al dan niet includeren. In het kort worden de karakteristieken van deze wensouders hieronder weergegeven.

29. Verwezen door gynaecoloog. In verband met een atone nabloeding werd er op maternale indicatie bij een intra-uteriene vruchtdood à terme een uterusextirpatie verricht. Nichtje wil draagmoeder zijn. Brief gestuurd (1998) dat zij contact met ons kan opnemen voor intakegesprekken en interviews in De Heel; nooit contact opgenomen.
30. Verwezen door gynaecoloog. Heeft drie gezonde dochters en daarna een Wertheimoperatie gehad in verband met een cervixcarcinoom. In nieuwe relatie opnieuw kinderwens. Draagmoeder is een vriendin. Draagmoeder heeft zich na intake en voor interviews teruggetrokken uit onderzoek, wil eerst nog een kind van zichzelf (1998), hebben geen contact meer opgenomen.
31. Komt op eigen initiatief. Ernstige bekkeninstabiliteit na eigen bevalling. Komt in De Heel ZMC met draagmoeder. Afgewezen omdat zij zelf nog een baarmoeder heeft, niet levensbedreigend ziek wordt indien zwanger, en omdat zij de draagmoeder aan hetzelfde risico blootstelt als waarvoor zij zelf geen nieuwe zwangerschap meer aan durft te gaan.
32. Uit lotgenotengroep draagmoederschap van de stichting Olijf (1995). Cervixcarcinoom, waarvoor Wertheimoperatie werd uitgevoerd. Zusje wilde draagmoeder zijn. Waren al met “min of meer illegale poging” begonnen in 1994. Weet niet waar. Hebben later serieuze relatieproblemen gekregen in afwachting van ons onderzoek; hebben geen contact meer opgenomen.

33. Uit lotgenotengroep draagmoederschap van de stichting Olijf (1995). Choriocarcinoom, waarvoor uterusextirpatie werd uitgevoerd. Het viertal voldeed aan alle criteria behalve dat de draagmoeder een kind moest hebben gehad. Zij hadden een zeer gemotiveerde lesbische draagmoeder, die zelf ook nooit kinderen zal willen hebben. Bij ons afgewezen op grond van ingangscriteria. Ze zijn uitgeweken naar Engeland, om de procedure aldaar te ondergaan. Niet bekend of dit geresulteerd heeft in zwangerschap.
34. Eerste aanmelding in 1989 via Olijf! Deze aanvraag is de basis geworden voor onze inspanningen[21] op dit gebied en dit proefschrift. Na jarenlang (tevergeefs) wachten op ministeriële toestemming voor hoogtechnologisch draagmoederschap heeft het viertal gekozen voor halftechnologisch draagmoederschap via dezelfde vriendin, die ook draagmoeder had willen zijn in ons onderzoek. Mooie dochter geboren. Hiervoor proefprocessen gevoerd die uiteindelijk tot jurisprudentie over verkorte adoptieprocedure bij draagmoederschap hebben geleid bij het Amsterdamse Hof[80].
35. Uit lotgenotengroep draagmoederschap van de stichting Olijf. Cervix-carcinoom, waarvoor Wertheimoperatie werd uitgevoerd. Na intake en voor begin psychologische procedure recidief in kleine bekken gekregen, waarvoor exenteratie-operatie nodig was. Niet meer teruggekomen op draagmoederschap.
36. Verwezen door gynaecoloog. Heeft in 1991 een kind gekregen. Daarna uterusextirpatie in 1994 in verband met grote uterus myomatosus. Nu nieuwe relatie en kinderwens. Heeft draagmoeder. Na intake en voor psychologische interviews heeft draagmoeder zich teruggetrokken.
37. Verwezen door gynaecoloog. Wertheimoperatie in verband met cervixcarcinoom. Niet geïncludeerd in verband met taalbarrière, hetgeen invullen vragenlijsten en afnemen van interviews onmogelijk maakt. Tevens te verwachten problemen met adoptieprocedure wegens niet-Nederlandse nationaliteit.
38. Uit lotgenotengroep draagmoederschap van de stichting Olijf. Cervix-carcinoom, waarvoor Wertheimoperatie werd uitgevoerd. Wachtperiode op toestemming Ministerie voor hoogtechnologisch draagmoederschap bleek te lang, schreef op gegeven moment dat het hoofdstuk voor haar afgesloten was.
39. Uit lotgenotengroep draagmoederschap van de stichting Olijf. Cervix-carcinoom, waarvoor Wertheimoperatie werd uitgevoerd. Wachtperiode (vanaf 1993) op toestemming Ministerie voor start onderzoek bleek te lang. De wensouders hebben kindje uit buitenland geadopteerd.
40. Uit lotgenotengroep draagmoederschap van de stichting Olijf. Cervix-carcinoom, waarvoor Wertheimoperatie werd uitgevoerd. Hadden een draagmoeder. Wachtperiode (vanaf 1994) op toestemming Ministerie voor start onderzoek bleek te lang. Hebben kindje uit China geadopteerd.
41. Uit lotgenotengroep draagmoederschap van de stichting Olijf. Choriocarcinoom, waarvoor uterusextirpatie werd verricht. Hadden een draagmoeder. Wachtperiode (vanaf 1994) op toestemming Ministerie voor start onderzoek bleek te lang. Zij hebben een kind geadopteerd.
42. Uit lotgenotengroep draagmoederschap van de stichting Olijf. Afgevallen omdat tijdens procedure na intake en voor interviews bleek dat draagmoeder cardiale problematiek had, waardoor zij risico zou lopen bij het doormaken van een zwangerschap.

43. Uit lotgenotengroep draagmoederschap van de stichting Olijf (1994). Moeder wilde draagmoeder zijn, nog niet postmenopausaal. Volgens inclusiecriteria niet mogelijk. Heeft uiteindelijk in 1998 een kind uit Colombia geadopteerd. Ziet af van draagmoederschap.
44. Levensbedreigend ziek indien zwanger, congenitaal hartlijden. Onbevredigend verlopen intakegesprek door drie kwartier te laat komen van wens- en draagouders, waardoor in intakegesprek alleen hoognodige kon worden verteld met name op psychologisch en juridisch gebied. Na klacht van wensouders dat niet gesproken is over medische IVF procedure, is een onwerkzame relatie ontstaan tussen behandelaar en wensouders. Klacht door klachtencommissie ziekenhuis niet ontvankelijk verklaard
45. Wensvader Nederlands, wensmoeder uit India. Draagmoeder zusje van wensmoeder. Afgewezen in verband met taalbarrière, hetgeen invullen vragenlijsten en afnemen interviews onmogelijk maakt. Bovendien te verwachten problemen met adoptie, omdat draagmoeder in India woont. Gaat naar India voor draagmoederschap, hebben onze informatie en overeenkomsten die wij gebruiken voor het onderzoek meegenomen, evenals de reeds door ons afgenomen sperma-analyse en HIV testen.
46. Joegoslavische vrouw (met inmiddels verblijfsvergunning) in Nederland. Uterusextirpatie bij niet lege artis uitgevoerde abortus, na verkrachting door Joegoslavische militairen in de oorlog. Draagmoeder zou haar zusje zijn, die nog in Joegoslavië woont, niet Nederlands is en geen Nederlands spreekt. Afgewezen in verband met taalbarrière die het invullen van vragenlijsten en afnemen van interviews onmogelijk maakt. Bovendien te verwachten problemen met adoptie, omdat draagmoeder in buitenland woont.
47. Uit lotgenotengroep draagmoederschap van de stichting Olijf (1993). Choriocarcinoom, waarvoor uterusextirpatie werd verricht, had op dat moment een kind. Wachttijd op toestemming Ministerie voor ons onderzoek te lang. Heeft andere stappen genomen. Mogelijk via hoogtechnologisch draagmoederschap elders in Nederland haar tweede kind gekregen in januari 1997 voor de start van ons onderzoek, niet bekend waar. (Anonieme) uitspraak Arrondissementsrechtbank te Rotterdam in 1998 over afwijzing verzoek tot ontheffing ouderlijk gezag om adoptieprocedure mogelijk te maken, toepasselijk op nr. 47. Later na jurisprudentie van het Amsterdamse Hof in casus nr. 34 is deze uitspraak voor nr. 47 nietig verklaard door het Haagse Hof en is goedkeuring gegeven tot ontheffing ouderlijk gezag en start adoptieprocedure.
48. Uit lotgenotengroep draagmoederschap van de stichting Olijf. Cervix-carcinoom, waarvoor Wertheimoperatie werd uitgevoerd. In verband met verhuizing uit lotgenotengroep gegaan. Geen adreswijziging gestuurd. Bij nieuw contact na jaren wilden wensouders voorrang op anderen omdat ze in het verleden bekend waren. Zijn niet verschenen voor intakegesprek, doch hebben zich aldaar laten vertegenwoordigen door een waarnemer. Aan oproep voor invullen psychologische vragenlijsten en interviews hebben ze geen gehoor gegeven. Zijn in ander academisch ziekenhuis onder behandeling voor hoogtechnologisch draagmoederschap op dit moment. Heeft nog niet geresulteerd in een doorgaande zwangerschap.

49. TIA gehad, zwangerschap wordt ontraden. Heeft draagmoeder. Afgewezen op grond van niet-Nederlandse nationaliteit en niet harde indicatie (TIA).
50. Intra uteriene vruchtdood van eerste kind. Cervicale insertie van placenta met verbloeding, waardoor uterusextirpatie in 1996 moest volgen. Heeft vriendin die draagmoeder wilde zijn. Later gebeld dat draagmoeder eerst zelf nog kinderen wilde (heeft er twee), en dat ze voorlopig van draagmoederschap afzien.
51. Uit lotgenotengroep draagmoederschap van de stichting Olijf. Heeft zusje als draagmoeder. Wachtperiode (vanaf 1994) op toestemming Ministerie voor start onderzoek bleek te lang en na op zich in laten werken van onze informatie hebben ze gekozen voor adoptie, mede daartoe gekozen gezien het lage slagingspercentage van IVF, wat voor het onderzoek op 30% was gesteld.
52. Levensbedreigend ziek indien zwanger. Cardiale problematiek. Verwezen door gynaecoloog, via wie we in 1999 semenanalyse, HIV testen en verklaring van behandelend cardioloog hebben gevraagd of hormonale piekbelasting ten behoeve van follikelstimulatie voor IVF procedure toegestaan is. Geen bescheiden ontvangen. Niet verder gegaan met procedure.
53. Levensbedreigend ziek indien zwanger. In 1994 met een sectio caesarea bevallen van gezonde dochter. Daarbij sinus sagitallis superior trombose gekregen met herseninfarct en posttraumatische epilepsie. Blijkt APC-resistentie te hebben met deficiëntie van factor V Leiden. Bij bespreking in onderzoeksgroep afgesproken dat ze mee mag doen onder antistolling bij IVF procedures en dat herhalingskans niet is uit te sluiten. Bij IVF worden ook hoge dosis hormonen toegediend voor het stimuleren van de follikels, hetgeen invloed op de stolling kan hebben. In intakegesprek waren wensouders nog vastbesloten, doch na advies onderzoeksgroep bleek er bij de psychologische interviews zoveel angst en (terechte) twijfel, dat er opnieuw bedenktijd is gegeven. Enige tijd later belde de wensmoeder op dat het viertal afzag van draagmoederschap.
54. Uterusextirpatie ivm dreigende postoperatieve verbloeding na sectio caesarea, waarbij ze een gezond kind heeft gekregen. Kwam in 1995 voor intakegesprek. Op dat moment was er nog geen sprake van start onderzoek en luidde het advies van het Ministerie nog dat de draagmoeder een voltooid gezin moest hebben. Dat was hier niet het geval, dus aanvraag niet gehonoreerd. Hebben gekozen voor halftechnologisch draagmoederschap via hetzelfde zusje, dat draagmoeder had willen zijn. Later is deze eis van het Ministerie vervallen.
55. Veertien keer spontane abortus. Besproken in onderzoeksgroep of er voor deze trieste casus mogelijkheden waren. Afgewezen omdat ze niet voldoet aan indicatie Ministerie (ultimum remedium) en de onzekerheid van de IVF - specialisten of deze habituele abortus nu het gevolg is van een endometrium- of een eicelfactor. Literatuur wijst in de richting van een eicelfactor[58,62,66,114], in welk geval draagmoederschap niets zal toevoegen aan de prognose.
56. DES dochter, tweemaal partus immaturus ondanks cerclage. Niet functionerende uterus. Heeft draagmoeder. Zou contact opnemen wanneer ze mee wil doen, doch heeft niet meer gereageerd.

57. Uterusextirpatie in verband met menometrorrhagie, niet levensbedreigend. Geen harde indicatie. Verwezen door gynaecoloog. Zelf tweemaal praematuur bevallen van dochters, waarvan één intra uterien overleden is. Haar zusje, die draagmoeder wil zijn, maakte eveneens een partus praematurus door bij 35 weken, nadat bij 33 weken de vliezen spontaan waren gebroken. Afgewezen in verband met belaste obstetrische anamnese draagmoeder.
58. Levensbedreigend ziek indien zwanger: mixed connective tissue disease met ernstige longfibrose, die overigens ook zonder zwangerschap progressief is. Zou na bespreking in onderzoeksgroep alleen mogen meedoen met ongestimuleerde IVF procedure. Slagingskans zeer klein. Bij uitleg of alle inspanningen die gedaan moeten worden door wens/draagouders en onderzoeksgroep en de geringe slagingskans ontstond terechte twijfel over draagmoederschap. Tevens realiseerden de wensouders zich duidelijker dat de ziekte van de wensmoeder progressief was, hetgeen ook consequenties heeft voor hun verdere leven, los van draagmoederschap. Zij belden enige weken na intake op dat zij afzagen van de draagmoederschapprocedure.

Waarschijnlijk gewezen op het onderzoek via de nieuwsbrief van de Vereniging voor Mayer Rokitansky Küster patiënten, werden de volgende personen via hun behandelend gynaecoloog of huisarts doorverwezen voor informatie en intake. Geen van allen bleek een draagmoeder te hebben en konden derhalve niet worden geïncludeerd.

59. MRK syndroom, verwezen door huisarts. Nog geen draagmoeder.
60, 61, 62 MRK syndroom, verwezen door gynaecoloog. Nog geen draagmoeder
63. MRK syndroom. Zelf contact opgenomen. Nog geen draagmoeder.
64. MRK syndroom. Verwezen door gynaecoloog. Moeder voorgesteld als draagmoeder, doch deze is 52 jaar oud. Afgewezen op leeftijdsindicatie. Geen andere draagmoeder.

De volgende personen hebben wel een juiste indicatie en zijn voor intake geweest. Zij hebben echter geen draagmoeder, of een draagmoeder die niet aan de gestelde eisen voldoet en vallen daarom af:

65. Verwezen door gynaecoloog. Uterusanomalie. Heeft geen draagmoeder.
66. Myomectomie, resulterend in fibrose en endometriumdestructie ondanks stimulatie met oestrogenen. Doorverwezen door arts in Curaçao. Correspondentie en telefonisch contact. Hebben nog geen draagmoeder, wonen in buitenland.
67. Diabetes mellitus met ernstige nierpathologie. Nog geen draagmoeder.
68. Choriocarcinoom met uterusextirpatie, hebben geen draagmoeder.
69. Intra-uteriene vruchtdood en uterusextirpatie in verband met atone nabloeding. Draagmoeder heeft geen kinderen, kan dus niet in aanmerking komen volgens inclusiecriteria.

70. Wertheimoperatie in verband met cervixcarcinoom. In eerste lotgenotengroep draagmoederschap binnen Olijf, doch nog geen draagmoeder. In 2000 geboortekaartje gekregen met de “bijzondere”geboorte van hun zoon. Waarschijnlijk halftechnologisch draagmoederschap.

De volgende wensouders zijn doorverwezen via behandelend gynaecoloog of huisarts en komen uit de categorie “mislukte IVF pogingen”. Hen ontbreekt de indicatie om in Nederland tot hoogtechnologisch draagmoederschap over te gaan, omdat aan de eis van het Ministerie: “ultimum remedium”, niet kan worden voldaan.

71 en 72 IVF groep, heeft draagmoeder

73. Uterusanomalie, één hoorn weggehaald. Vele malen IVF. Komt niet in aanmerking omdat een eigen zwangerschap blijkens de vele IVF pogingen niet absoluut uitgesloten wordt door eigen gynaecoloog.
74. IVF groep, negen keer IVF gehad, heeft draagmoeder.
75. Verwezen door gynaecoloog. Acht IVF behandelingen, met zeer dunne endometriumopbouw van ten hoogste 8 mm. Niet bekend of ze een draagmoeder hebben, doch afgewezen op grond van IVF ervaring en geen absolute endometriumatresie.
76. IVF, nu zwanger via halftechnologisch draagmoederschap.
77. Verwezen door gynaecoloog. Zes IVF behandelingen, met zeer dun endometrium van 8 mm ten hoogste, doch afgewezen op grond van IVF ervaring en geen absolute endometriumatresie.
78. IVF ervaring, heeft draagmoeder
79. Vier keer IVF, tweemaal een extra uteriene graviditeit. Dun endometrium van de wensmoeder.

Verder waren er veel aanvragen uit Duitsland, waar volgens de briefschrijvers informatie over ons onderzoek op een consulaat heeft gehangen (Niederlandischen Botschaft in Berlijn) en enkele buitenlandse aanvragen van mensen met een niet-Nederlandse nationaliteit.

Enkele verzoeken om eiceldonatie gecombineerd met hoogtechnologisch draagmoederschap werden afgewezen, omdat het in ons onderzoek gaat om kinderen die 100% genetisch identiek aan de wensouders zijn, hetgeen met eiceldonatie onmogelijk is.

Psychologische aspecten, deel I: *kenmerken van wens- en draagouders*

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal in hoeverre wens- en draagouders zich in psychologisch opzicht onderscheiden van de normaalpopulatie. Deze vraag kent verschillende achtergronden.

Op de eerste plaats kan men zich afvragen of mensen die zover gaan dat ze met behulp van hoogtechnologisch draagmoederschap een kind willen krijgen wel "normaal" zijn. Mocht dit niet het geval zijn, dan kan eventueel aanwezige psychopathologie reden zijn om de behandeling met hoogtechnologisch draagmoederschap niet te laten plaatsvinden, omdat dit een te zware belasting voor betrokkenen, waaronder een toekomstig kind, kan zijn. Op de tweede plaats komt deze vraag voort uit de wetenschap dat mensen die zich genoodzaakt voelen om via draagmoederschap een kind te krijgen doorgaans nogal wat achter de rug hebben.

Zowel het doormaken van een vorm van gynaecologische kanker (Bos, Dermout, Weijmar Schultz en van de Wiel[11,26,143]) als het hebben van een MRK-syndroom (Weijenborg[142)] zijn ingrijpende zaken en het is derhalve voorstelbaar dat dit geleid heeft tot (ver)vorming van bepaalde persoonlijkheidskenmerken.

Langzaam maar zeker komt er steeds meer bewijs dat zowel de ziektebeelden en hun behandeling, als de infertiliteit die daarvan het gevolg is, traumatische ervaringen zijn die nog gedurende zeer lange tijd hun uitwerking op het psychosociaal functioneren van betrokkenen hebben. In feite moeten er twee rouwprocessen worden doorgemaakt, het ene als onderdeel van de verwerking van de ziekte, het andere als onderdeel van de verwerking van onvruchtbaarheid.

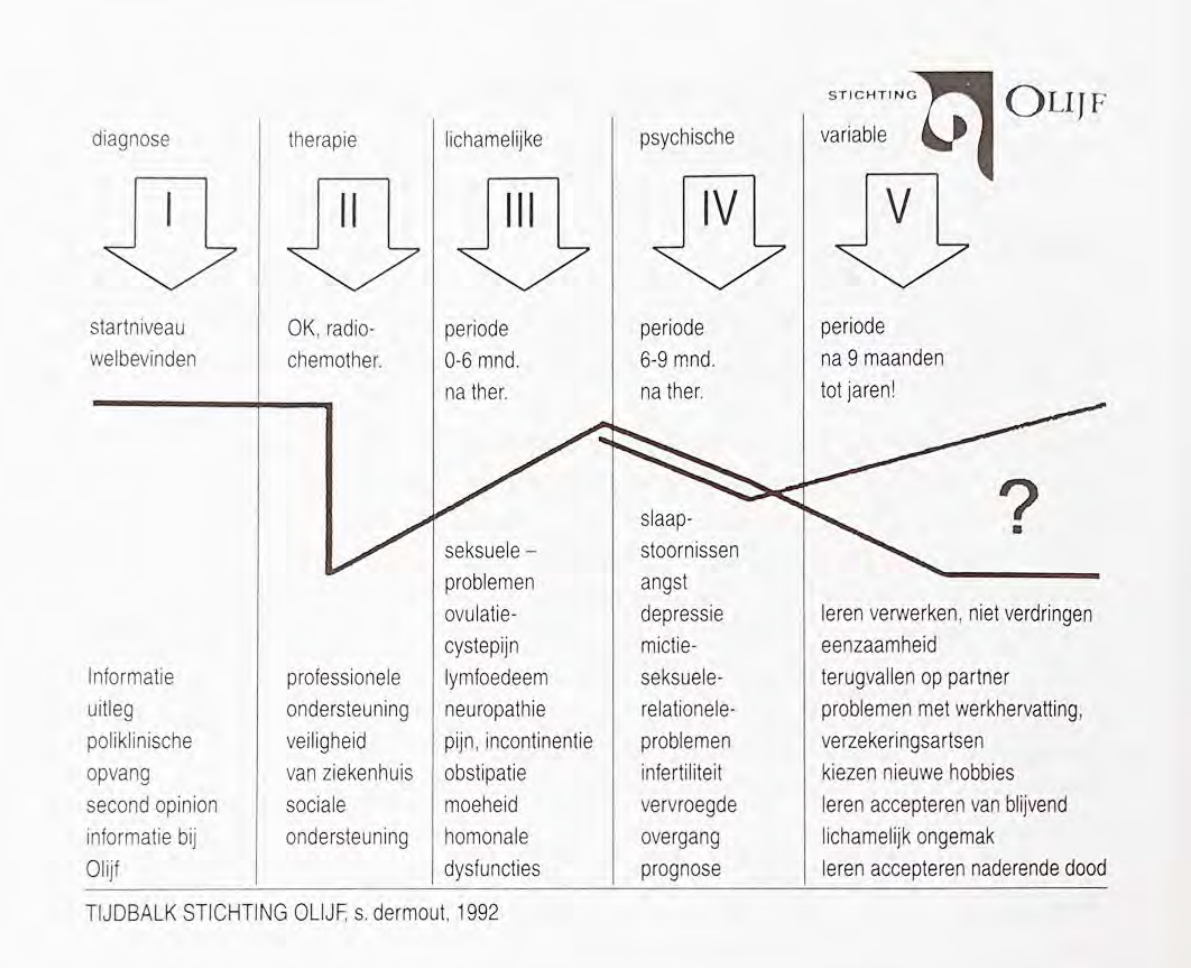
Vanuit dit zogenaamde somatopsychologisch perspectief gezien is hoogtechnologisch draagmoederschap een bijzonder interessante interventie omdat in principe twee uiterste consequenties mogelijk zijn (en alles wat daartussenin ligt):

- Of de behandeling wordt uiteindelijk, al of niet door het mislukken ervan, ervaren als een vorm van hertraumatisatie en zal in dat geval leiden tot ernstige psychosociale problemen,
- Of de behandeling wordt ervaren als een vorm van "genoegdoening" en heeft, al of niet ongeacht de uitkomst ervan, een helend effect op het psychosociaal functioneren.

Hoewel harde gegevens ontbreken speelt het tijdsperspectief mogelijk in deze een rol. Ingrijpende gebeurtenissen vragen om verwerkingen en verwerking vraagt tijd.

7.2 Tijdbalk verwerkingsproces na de diagnose kanker

Onderstaande Tijdbalk (Dermout 1992)[26] geeft het beloop van het verwerkingsproces en het daaraan gekoppelde psychosociaal functioneren aan na behandeling voor gynaecologische kanker. In deze Tijdbalk is te zien dat er nogal wat fasen doorleefd moeten worden alvorens na jaren de eindconclusie kan worden getrokken wat de kwaliteit van leven van patiënte met gynaecologische kanker is.



Tijdbalk ©S.M.Dermout 1992

In de Tijdbalk is te zien dat de problemen rondom infertiliteit pas een grote rol gaan spelen in de vierde fase, beginnend zo'n negen maanden na afsluiten van de therapie. Het proces vermindert de kwaliteit van leven voor vrouwen met gynaecologische kanker soms jaren, zo niet levenslang.

In de uitgave van de Stichting Olijf "Roeien met lucifers"[121] is te lezen wat infertiliteit, maar ook de andere (blijvende) klachten na kanker betekenen voor de patiënt zelf.

Het ontdekken van het hebben van het Mayer Rokitansky Küster Hauser syndroom, meestal in de puberteit vanwege de uitblijvende menstruaties, is niet minder dramatisch of traumatisch.
Voelen deze meisjes zich aanvankelijk nog vooral “onvolwaardig” en “anders dan hun leeftijdgenoten” en weten ze niet hoe dit te bespreken (o.a. bij het aangaan van een relatie), in de (vroege) adolescentie dringt het besef en daarmee de impact van de diagnose in volle hevigheid door (Weijenborg[142] en gegevens uit interviews uit dit proefschrift).
Ook voor deze groep vrouwen kan hoogtechnologisch draagmoederschap zowel hertraumatisatie als rehabilitatie betekenen en als zodanig grote gevolgen hebben voor het psychosociaal functioneren.

De andere indicaties in ons onderzoek zijn te klein om als groep uitspraken te kunnen doen. Voorstelbaar is echter dat ook na het doormaken van een uterusextirpatie na een placenta accreta bij een à terme intra uteriene vruchtdood, dezelfde soort ingrijpende psychosociale problemen zullen optreden als bij de hierboven genoemde groepen.
De groep levensbedreigend ziek indien zwanger combineert zelfs de problematiek van de hierboven beschreven groepen: enerzijds het moeten verwerken een ernstige ziekte te hebben met de daarbij behorende beperkingen in het dagelijks leven èn anderzijds de wetenschap te hebben dat zij in verband met de prognose niet zelf een zwangerschap kunnen dragen.

7.3 Onderzoeksvragen

Uit deze inleiding kunnen we twee onderzoeksvragen formuleren met betrekking tot de psychosociale implicaties van hoogtechnologisch draagmoederschap:

1. Is het psychologisch gezien verantwoord om die mensen die het nodig hebben om op deze wijze een kind te krijgen ook tot de daarvoor benodigde (ingrijpende en belastende) procedure toe te laten? en
2. Wat zijn de psychosociale gevolgen van deze behandelingsvorm?

In het vervolg van dit hoofdstuk 7 zal de eerste vraag worden beantwoord; de tweede vraag komt aan de orde in hoofdstuk 9.

7.4 Methoden

Selectiecriteria wens- en draagouders

Hoogtechnologisch draagmoederschap is een ingrijpende en intensieve behandelingsvorm van infertiliteit die naar verwachting nogal wat eisen stelt aan alle betrokkenen.
Derhalve is gekozen voor een aantal selectieve stappen:

- intake gesprek
- medische anamnese
- onderzoek naar psychosociale contra-indicaties
- compliance ten opzichte van medische behandelingen

Procedure

In het intakegesprek werd nagegaan of kandidaten aan de ingangs- en medische criteria voldeden die de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie in Richtlijn 18 aan de kandidaten stelde. Er werden een aantal afspraken gemaakt op medisch, juridisch en publicitair gebied. Op grond van niet juiste ingangscriteria of medische problemen bij wens- en/of draagmoeder vielen een aantal wensouders af in ons onderzoek (zie hoofdstuk 6).
Psychologische preselectie is in het onderzoek van te voren bewust niet toegepast. Empirisch onderzoek ontbrak ten enenmale en er waren geen bekende psychologische instrumenten waarmee wij de onderzoekspopulatie konden testen bij de intake. Om subjectiviteit te vermijden en het risico te beperken te veel onze eigen normen en waarden als meetpunt te laten dienen, hebben we besloten alle kandidaten te includeren. Hierdoor ontstond er een gevarieerde meetgroep waarin wij gevonden psychopathologie of verkeerd gelopen draagmoederschapprocedures konden toetsen. Slechts indien er grote en duidelijke problemen te verwachten waren, vonden wij dat mensen tegen zichzelf en elkaar beschermd moesten worden en zouden wij ingrijpen door ofwel meerdere gesprekken te voeren, ofwel draagmoederschap af te wijzen. Inderdaad hebben wij met een aantal kandidaten meerdere gesprekken gevoerd om de risico's te laten inzien bij persisteren in hun verzoek tot draagmoederschap. Deze kandidaten hebben zich uiteindelijk zelf teruggetrokken; aan niemand is de toegang ontzegd.

7.5 Operationalisatie

Teneinde de vraag te beantwoorden of mensen die zich aanmelden voor een draagmoederschapprocedure in psychosociaal opzicht afwijken van de norm van de bevolking, dient uiteraard eerste expliciet te worden gemaakt wat normaal psychosociaal functioneren dan wel of niet inhoudt. Hoewel dat op zich een uiterst complexe vraag is, is inmiddels in de psychologische literatuur min of meer consensus bereikt over de operationalisatie van dit begrip.

Doorgaans worden daar de volgende aspecten bij betrokken:

- Psychologisch functioneren in brede zin, ook wel aangeduid met de term persoonlijkheid
- Psychisch en somatisch functioneren in meer engere zin: het hebben van klachten in het dagelijks (lichamelijk en psychisch) functioneren
- Het onderhouden van interpersoonlijke relaties en aangezien in ons onderzoek vooral de partnerrelatie relevant is, vooral het functioneren binnen een (seksuele) partnerrelatie.

Gezien de te verwachten relatief onvoorspelbare procedure met nogal wat belastende momenten was een van onze doelen om te zien of er een psychologisch meetinstrument beschikbaar was wat na het onderzoek gebruikt zou kunnen worden als screeningsinstrument voor selectie van “ongeschikte” kandidaten.

In eerste instantie werd daarom gedacht aan schriftelijk af te nemen zelfbeschrijvingsvragenlijsten, toegesneden op de Nederlandse taal en cultuur en vooral: gevalideerd en genormeerd op een Nederlandse populatie. Op grond van deze wens, werden bovengenoemde aspecten van psychosociaal functioneren derhalve geoperationaliseerd met behulp van respectievelijk:

- NPV (Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst)[104]
- SCL-90 (Klachtenlijst)[3,125]
- MMQ (Huwelijksvragenlijst)[1,2,98]

Alle betrokkenen vulden voor (en na) deelname aan het onderzoek deze vragenlijsten in.

Respons

De eerste intakegesprekken en de eerste interviews werden in 1997 gehouden, de laatste in 2000 bij de 28 deelnemende viertallen, die aan de draagmoederschapprocedure wilden beginnen. Omdat het invullen van de vragenlijsten een ingangseis was, zijn alle formulieren aanwezig. Bij één paar bleek tijdens het afnemen van het open interview dat de procedure niet door zou kunnen gaan voordat er nadere medische inlichtingen waren ingewonnen. De vragenlijsten werden nog niet aan de draagouders ter invulling gegeven. Later bleek dit viertal af te vallen. Dit is de reden dat er 28 formulieren van de wensouders zijn, doch 27 van draagmoeders. Drie draagmoeders hadden geen partner ten tijde van de procedure, zodat de draagmoeders uiteindelijk 24 formulieren hebben ingevuld.

Om de sociale wenselijkheid van antwoorden zo veel mogelijk te beperken, is duidelijk gesteld dat de vragenlijsten pas gescoord zouden worden nadat er goedkeuring voor de draagmoederschapprocedure was gegeven. Eventueel afwijzen van kandidaten kon geschieden op medische gronden of op duidelijke problemen die tijdens de open interviews naar boven konden komen.

Aantal deelnemers onderzoek:

91				gegevens aangemelde wens moeders
	40			wens/draagouders afgevallen na correspondentie
		11		wens/draagouders afgevallen na intake gesprek
			28	wens/draagouders intake gesprek/vragenlijst/psychologische test
12				wens/draagouders in portefeuille voor vervolg project

Aantal te verwachten vragenlijsten (1 set = NPV, SCL-90 en MMQ lijsten):

28			Vragenlijsten van wensmoeders en wensvaders
	NPV en SCL 27	MMQ 24	Vragenlijsten van draagmoeders (één stel niet geïncludeerd)
		24	Vragenlijsten van draagvaders (3 draagmoeders geen partner)

Tabel 7.1 respons vragenlijsten

We hebben gekozen voor een psychologisch na onderzoek met invullen van dezelfde vragenlijsten na (mis)lukken van de IVF procedures om te zien wat een draagmoederschapprocedure voor consequentie heeft voor de kandidaten in psychologisch opzicht. Deze uitkomsten worden beschreven in hoofdstuk 9 (psychologische nametingen).

7.6 Toelichting NPV[89,104]

De Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (NPV) meet een aantal persoonlijkheidsbegrippen met een hoge mate van betrouwbaarheid en begripsvaliditeit (voor een uitgebreid overzicht: zie handleiding). De NPV omvat daartoe een aantal subschalen waarmee de volgende aspecten of dimensies van de persoonlijkheid worden gemeten:

- **Inadequatie** staat voor vage lichamelijke klachten, een gedrukte stemming, vage angsten en insufficiëntiegevoelens.
  Personen die hoog scoren op deze schaal geven daarmee te kennen dat ze zich in deze periode van hun leven gespannen en depressief voelen. Laagscoorders zeggen daarvan geen last te hebben.
- **De sociale inadequatie** verwijzen naar het vermijden van of het zich ongelukkig voelen in sociale contacten.
  Hoogscoorders beschouwen zich op dit moment als incompetent in kontakten met anderen; zij voelen zich geremd en verlegen. Lage scores treft men aan bij mensen die zeggen goed met anderen overweg te kunnen.
- **De rigiditeit** heeft te maken met het volgens plan willen laten verlopen van gebeurtenissen en met vaste gewoontes en principes.
  Hoge score houdt een strak planmatige aanpak in doen en laten in. Mensen vinden het moeilijk om terug te komen op gewoonten en oplossingsmethode.
- In **de verongelijktheidschaal** staat kritiek op en wantrouwen van andere mensen centraal. Hoogscoorders zijn erg wantrouwend, zo niet vijandig tegenover anderen. Laagscoorders zitten daar niet mee.
- **Zelfgenoegzaamheid** geeft een maat van tevredenheid over zichzelf. Tevens komt uit deze schaal het zich niet voor een ander en diens problemen willen interesseren, naar voren. Personen die hoog scoren zeggen tevreden te zijn over zichzelf en weinig of geen boodschap te hebben aan anderen en hun problemen. Laagscoorders vinden van zichzelf dat ze geneigd zijn anderen te begrijpen en te helpen.

- **Dominantie** slaat op zelfvertrouwen, initiatief willen nemen en leiding willen geven aan anderen. Hoogscoorders spreken hun voorkeur uit voor het geven van leiding, zij zeggen overwicht op anderen te hebben.
- De **zelfwaarderingschaal** verwijst naar een positieve instelling ten opzichte van werken, veranderbaar en goed aangepast zijn. Personen die hoog scoren hebben vrede met hun werk, ervaren weinig of geen onderscheid tussen wat ze zijn en wat ze graag zouden willen zijn en geven te kennen optimistisch van aard te zijn. Laagscoorders geven momenteel te kennen dergelijke gevoelens niet te hebben.
- Personen die hoog scoren op zowel **de rigiditeit, verongelijktheidschaal als de zelfgenoegzaamheidschaal** geven blijk van een dogmatische instelling, zij zijn geneigd van eigen opvattingen afwijkende meningen als bedreigend te ervaren.

7.7 Toelichting SCL-90[50,51,125]

De Symptom Checklist (SCL-90) is een multidimensionele klachtenlijst, gebaseerd op zelfbeoordeling door de onderzochte. De lijst verschaft een schatting van de ervaren pathologie (als toestand) over een achttal dimensies:

- **angst**
- **agorafobie** (fobische angst)
- **depressie**
- **somatische klachten** (algemeen lichamelijk dysfunctioneren)
- **wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit** (overgevoeligheid)
- **insufficiëntie van denken en handelen** (obsessief compulsief gedrag: piekeren, dwanggedachten)
- **slaapproblemen** en
- **hostiliteit** (woede)

- Bovendien kan het psychoneurotisch – somatisch onwelbevinden in een algemene maat **(psychoneuroticisme**) worden uitgedrukt.

  Uit een combinatie van de bovengenoemde schalen worden nog twee dimensies vervaardigd:

- De schaal Overige **(psychoticisme**) en de totaalscore op de SCL-90, een maat voor **psychoneuroticisme.** Deze score geeft het algehele niveau van psychisch, dan wel verondersteld daarmee samenhangend lichamelijk disfunctioneren over de recente tijdsperiode.

7.8 Toelichting MMQ[98, 1, 2]

De MMQ scoort op relatiesatisfactie, seksuele satisfactie en algemene levenssatisfactie en geeft daarmee een maat voor het gevoel waarmee iemand in zijn leven en in zijn relatie staat. Hoewel in Nederland een rijke traditie bestaat met betrekking tot testconstructie op het gebied van relatie en seksualiteit (o.a. Frenken, Vennix en Vroege van het NISSO), is in dit onderzoek de voorkeur gegeven aan de MMQ. De MMQ is een relatief korte lijst waarover bovendien, net als over de NPV en de SCL-90 veelvuldig is gepubliceerd in internationaal onderzoek.

7.9 Statistiek

Gebruik T test en Wilcoxon test.

Bij de voor- en nametingen is gebruik gemaakt van 3 statistische bewerkingen:

- One sample T toets om de categorie wensmoeders, wensvaders, draagmoeders en draagvaders te vergelijken met de normscore.
- Gepaarde T Toets om de gehele groep van wens- en draagouders te vergelijken vóór en na de draagmoederschapprocedure. Deze test vergelijkt het gemiddelde van een variabele op twee tijdstippen (before – after design).
- Wilcoxon signed Ranks Test om de categorieën wensmoeders, wensvaders, draagmoeders en draagvaders te vergelijken vóór en na de draagmoederschapprocedure. Deze test is gebruikt omdat de variabelen niet helemaal normaal verdeeld zijn en de N relatief klein is. De Wilcoxon toets is strenger dan de T toets en vindt verschillen tussen groepen minder snel. Er is niet gekozen voor de meer voor de hand liggende Anova toets, omdat de Wilcoxon test gezien het relatief kleine aantal deelnemers de testuitslag betrouwbaarder maakt.

7.10 Uitkomsten vragenlijsten NPV (Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst) met toelichting uitkomsten

Voor de voormeting is gebruik gemaakt van de one sample T test, die de verschillende categorieën van wensmoeders, wensvaders, draagmoeders en draagvaders per categorie apart vergelijkt met de normscore.

NPV	wensmoeders mean n = 28	sd	wensvaders mean n = 28	sd	draagmoeders mean n = 27	sd	draagvader mean n = 24	sd	normscore # mean ♀ / ♂	sd
Inadequatie	8.0	4.4*	6.8	4.9*	8.7	6.3*	5.0	4.3*	13.9 / 10.1	9.5
Sociale inadequatie	6.4	6.1*	6.7	6.0*	8.4	7.3*	4.9	5.2*	12.3 / 9.5	6.8
Rigiditeit	21.8	5.5*	22.3	7.4*	20.9	5.6*	20.1	7.3*	27.2 / 27.2	7.8
Verongelijktheid	12.0	5.7*	14.3	6.3*	13.5	6.4*	12.1	7.2*	18.2 / 18.2	7.1
Zelfgenoegzaamheid	7.8	3.0*	9.5	3.9*	8.8	3.7*	9.6	4.0	11.2 / 11.2	5.4
Dominantie	15.4	7.9*	19.1	6.3*	13.0	5.3	16.6	4.7	11.9 / 15.6	5.5
Zelfwaardering	29.3	5.2	31.2	4.7*	30.4	6.3	31.1	4.4*	28.0 / 28.0	6.1

Tabel 7.2 One sample T Test (categorie versus norm)

♀ / ♂ staan boven de normpopulatie - gemiddelden voor resp. vrouwen en mannen

* deze uitslagen zijn significant (p waarde <0,05)

\# deze testgemiddelden en standaarddeviaties komen uit de handleiding van de NPV, 1975

Uit de **one sample T test** waarin de categorieën wensmoeders, wensvaders, draagmoeders en draagvaders versus de norm worden vergeleken, is het volgende karakteristiek, met name omdat vrijwel alle uitkomsten significant blijken te zijn.

- Voor aanvang van de procedure was de **groep wensmoeders** ten opzichte van de normpopulatie: adequater, sociaal adequater, minder rigide, minder verongelijkt, minder zelfgenoegzaam en dominanter. Voor wat zelfwaardering betreft verschilde de groep wensmoeders gemiddeld genomen niet (noemenswaardig) van de normpopulatie.
- Voor aanvang van de procedure was **de groep wensvaders** ten opzichte van de normpopulatie: adequater, sociaal adequater, minder rigide, minder verongelijkt, minder zelfgenoegzaam, dominanter en met meer zelfwaardering. Op alle items scoren de wensvaders significant beter dan de normgroep.
- Voor aanvang van de procedure was de **groep draagmoeders** ten opzichte van de normpopulatie: adequater, sociaal adequater, minder rigide, minder verongelijkt, minder zelfgenoegzaamheid. De items dominantie en zelfwaardering waren niet significant verschillend van de normgroep.
- Voor aanvang van de procedure was de **groep draagvaders** ten opzichte van de normpopulatie: adequater, sociaal adequater, minder rigide, minder verongelijkt en met meer zelfwaardering. De items zelfgenoegzaamheid en dominantie waren niet significant verschillend van de normgroep.

Conclusie: zowel de wens- als draagouders scoren op vrijwel alle persoonlijkheids-kenmerken in gunstige zin hoger dan de gemiddelde Nederlander. Ze scoren op geen enkel item lager dan de normpopulatie.

7.11 Uitkomsten vragenlijsten SCL-90 (Somatische Check List) met toelichting uitkomsten

Voor de voormeting is gebruik gemaakt van de one sample T test. De scores van de wensmoeders, wensvaders, draagmoeders en draagvaders zijn voor elk domein (=agorafobie, angst etc.) van de SCL-90 vergeleken met de normscore.

SCL 90	**wensmoeders** **mean** n = 28	**sd**	**wensvaders** **mean** n = 28	**sd**	**draagmoeders** **mean** n = 27	**sd**	**draagvaders** **mean** n = 24	**sd**	**normscore** **mean** ♂ / ♀
totaalscore SCL90 (psychoneuroticisme)	109.8	14.7*	105.0	18.8*	105.4	14.9*	103.6	16.5*	117.2 /128.9
Agorafobie	7.3	0.7*	7.3	1.3*	7.5	1.3*	7.2	0.4*	7.9 / 8.7
Angst	12.9	2.8*	11.7	3.4*	11.6	3.6*	11.1	1.8*	13.0 / 14.6
Depressie	20.5	4.0*	18.6	3.3*	18.4	3.2*	18.4	3.6*	20.7 / 23.8
Somatische klachten	15.0	3.1*	14.9	4.2*	14.2	1.8*	13.4	1.8*	16.6 / 18.7
Insufficiëntie van denken en handelen	12.2	3.6*	10.9	2.2*	11.0	1.9*	11.8	3.5	13.2 / 14.1
Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit	22.2	3.9*	21.2	4.0*	21.6	3.7*	20.9	4.0*	24.6 / 26.3
Hostiliteit	7.0	1.1*	6.7	0.9*	6.8	1.2*	6.7	1.2*	7.5 / 7.6
Slaapproblemen	4.2	1.6*	3.5	1.2*	4.0	1.8*	4.4	2.5	4.6 / 5.2

Tabel 7.3 One sample T Test (per categorie versus de norm)

* deze uitslagen zijn significant (p waarde <0,05)

- **De wensmoeders** scoren op alle schalen van de SCL-90 significant lager dan de normgroep. Dit betekent dat de groep wensmoeders gezonder is, of zich gezonder voelt dan de normgroep.
- Ook **de wensvaders** scoren significant lager, dus gezonder, dan de normgroep op alle schalen.
- **De draagmoeders** scoren op alle schalen significant lager, voelen zich dus gezonder, dan de normgroep
- De **draagvaders** scoren op de meeste schalen significant lager (gezonder) dan de normgroep. Ook in de schalen insufficiëntie van denken en handelen en slaapproblemen scoren ze lager, doch niet significant.

7.12 Uitkomsten MMQ (Maudsley Marital Questionnaire) met toelichting uitkomsten

MMQ	**wensmoeders** **mean sd** n = 28	**wensvaders** **mean sd** n = 27	**draagmoeders** **mean sd** n = 24	**draagvaders** **mean sd** n = 24	**normscore** **mean ♀ / ♂**
relatiesatisfactie	7.4 4.5*	6.0 3.5*	6.6 4.5*	9.9 7.2	12.1/ 12.1
seksuele satisfactie	6.7 4.1	5.2 2.9*	5.1 4.1*	5.2 3.4*	8.3/ 8.3
algemene levens-satisfactie	5.0 3.5*	5.2 3.0*	5.7 3.5*	10.0 16.5	8.3/ 8.3

Tabel 7.4
* statistisch significant p waarde < 0,05

- De **wensmoeders** zijn meer tevreden dan de normgroep op alle drie schalen van de MMQ
- De **wensvaders** zijn meer tevreden dan de normgroep op alle drie dimensies van de MMQ
- De **draagmoeders** zijn meer tevreden dan de normgroep op alle drie dimensies van de MMQ
- Voor wat de algemene levenssatisfactie betreft zijn **draagvaders** voor de draag-moederschapprocedure wat minder tevreden dan de normgroep, maar het verschil is niet significant. De **draagvaders** zijn wel meer tevreden over hun seksuele relatie dan de normgroep (significant)
- Er is geen verschil in relatiesatisfactie.

7.13 Uitkomsten open interviews

Inleiding

Hoogtechnologisch draagmoederschap is een ingrijpende en intensieve behandelingsvorm van infertiliteit die naar verwachting nogal wat eisen stelt aan alle betrokkenen. Derhalve is gekozen voor een aantal selectieve stappen:

- intake gesprek
- medische anamnese
- onderzoek naar psychopathologie met behulp van vragenlijsten en open interviews
- compliance ten opzichte van medische behandelingen

Het **intakegesprek** bleek een redelijke basis voor goede selectie op medische en psychologische gronden. Deze laatste gronden bestonden uit niet geheel zeker zijn de procedure in te willen, uit te grote druk die werd uitgeoefend door de wensmoeder op een draagmoeder en het selecteren op de medische anamnese van wens- of draagmoeder.

De vragenlijsten in ons onderzoek zijn alleen gebruikt voor onderzoeksdoeleinden. Ze zijn pas gescoord nadat de draagmoederschapprocedure al dan niet was ingezet/afgerond en dienden ter controle op onze visie bij intake en open interviews.

De vragenlijsten in ons onderzoek zijn alleen gebruikt voor onderzoeksdoeleinden. Ze zijn pas gescoord nadat de draagmoederschapprocedure al dan niet was ingezet/afgerond en dienden ter controle op onze visie bij intake en open interviews.

Uitkomsten

Uit de uitkomsten van de vragenlijsten blijkt dat we te maken hebben met een geestelijk zeer gezonde populatie. Wel hebben we hier te maken met de 28 viertallen, die daadwerkelijk aan de procedure hebben meegedaan. In het voortraject is om zeer uiteenlopende redenen (zie hoofdstuk 6) het aantal kandidaten gereduceerd van 91 naar 28.

De vraag is natuurlijk of er sprake is van een goede preselectie tijdens de intake of dat de wens- en draagouders die ervoor gaan, werkelijk geestelijk gezond in elkaar zitten en in ieder geval op alle items gelijk of beter scorend dan de Nederlandse normpopulatie.
De waarheid zal in het midden liggen.

In ieder geval lijkt het mogelijk dat een getrainde clinicus (in dit geval waarschijnlijk een gynaecoloog) insluiting van grove psychopathologie in de populatie kan voorkomen.

Het open interview als vervolginstrument

Indien kandidaten op gunstige wijze voldaan hadden aan de preselectie van de intake en de medische inclusiecriteria, werden alle wens- en draagouders opgeroepen voor een open interview.
De wensouders zijn apart geïnterviewd, om beïnvloeding van elkaar te voorkomen. De meeste draagouders zijn gezamenlijk geïnterviewd, sommigen apart in verband met logistieke problemen. In ieder geval was het voor de wens- en draagouders los van elkaar mogelijk om vrijuit te spreken over hun verwachtingen, angsten en onzeker- heden.
De wensouders werden apart geïnterviewd om te evalueren in hoeverre de kinderwens een zaak van twee of van één der wensouders was.
De interviews zijn allemaal opgenomen en uitgetypt. Deze teksten dienden als basis om karakteristieken eruit te halen en later om de na-interviews te structureren.

Het is in dit hoofdstuk omwille van de anonimiteit niet mogelijk de interviews weer te geven of in zodanige vorm te presenteren dat de anonimiteit wordt doorbroken. Om deze reden zijn vele uitspraken van wens- en draagouders, daar waar relevant, ook al verspreid over de andere hoofdstukken verwerkt.

De vraag was wat voor soort mensen degenen waren die aan alle inclusiecriteria voldeden en kwamen voor de psychologische open interviews. In hoofdstuk 3 Methoden en materiaal zijn de leeftijden, de leeftijdsrelaties tussen wens- en draagouders, de relatie tussen wens- en draagouders, het opleidingsniveau en de pariteit van wens- en/of draagouders beschreven.

In ons onderzoek was 71% van de draagouders een (schoon)zusje van de wensmoeder, en in 25% was het een goede vriendin. Slechts eenmaal betrof het een relatieve “buitenstaander”, die echter op volstrekt ideële gronden zich als draagmoeder beschikbaar wilde stellen.

De wensouders zijn relatief hoog opgeleid (67% van de wensmoeders en 71% van de wensvaders heeft HAVO of een hogere opleiding, 49% van de draagmoeders en 64% van de draagvaders heeft HAVO of een hogere opleiding) gemiddeld iets lager, doch nog steeds veel hoger dan het gemiddelde van de Nederlandse bevolking.
24% van de kandidaten werkt in de gezondheidszorg. Veel wensmoeders werken met kinderen (oppasmoeders, babykledingzaak, onderwijs).

7.14 Karakteristieken uit interviews

In het algemeen kan gesteld worden dat de meeste mensen, die geïncludeerd werden in het onderzoek, redelijk goed wisten waar ze aan begonnen, hoewel niemand de reikwijdte van de handeling goed kon overzien.
Globaal gezien zijn er twee categorieën mensen: zij die ergens aan beginnen, omdat ze ervan overtuigd zijn dat het goed is. Zij willen zich van te voren niet druk maken over de verdere gang van zaken tot het zover is. Een andere groep wil van te voren juist alles weten en zet weloverwogen steeds de volgende stap.

Het voortraject

"Het hebben van kanker was vreselijk, maar het kinderloos blijven nog erger. Het meest wrede vond ik dat ik juist daar kanker kreeg, waardoor ik geen kinderen kon krijgen. Ik ben dan ook heel blij met deze kans, maar hoop dat het snel gaat gebeuren. Ik kan niet veel onzekerheid meer aan in mijn leven op dit moment. Wil de kans grijpen, ook al denkt ze dat er veel verdriet komt als het niet lukt". "Hoewel het leven me in de maling genomen heeft voel ik me aan de andere kant een zondagskind: door de infertiliteitonderzoeken waarmee we zelf bezig waren werd vroeg ontdekt dat ik kanker had, zodat ik goed geholpen kon worden en er nog een eierstok kon blijven zitten en binnen een half jaar bood mijn vriendin aan draagmoeder voor ons te zijn".

Een wensmoeder bleek bijzonder angstig te zijn, mede door haar eigen voorgeschiedenis met een vlak voor de geboorte overleden kind en uterusextirpatie in verband met onbeheersbare bloedingen. De draagmoeder kwam sterk en relaxed over. Een bijzondere draaglast kon door haar op de schouders genomen worden, wat ook nodig was omdat de wensmoeder dit traject anders niet had kunnen volbrengen.

Een andere wensmoeder had besloten ivm kinderloosheid haar leven om te gooien en een universitaire studie te gaan doen. Mocht ze nu toch een baby krijgen, dan wil ze in avondopleiding dit afmaken. Had eerst een andere draagmoeder in de tijd dat het nog verboden was. Toen het gedoogd werd, trok deze draagmoeder zich terug. Zien we bij meer stellen: wel een oprecht gemeend aanbod doen, in de tijd dat het nog niet mogelijk is, maar als het zover komt dat het kan, komt het akelig dichtbij en trekken mensen zich (gelukkig, want beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald) terug.
"Het hebben van kanker heeft vele slechte, maar ook enkele goede kanten met zich meegebracht. Bewuster over leven gaan nadenken, de waarde ingezien van vriendschappen en de band met echtgenoot zeker niet verslechterd: "het is alleen jammer dat het einde zo waardeloos is…." Dit einde slaat dan op de kinderloosheid, als blijvend overheersend negatief feit.

Een stel kwam in eerste instantie zonder draagvader. Er is gehandeld uit een soort nieuwsgierigheid: "*er is een protocol, er is een onderzoek, wij zijn geschikte kandidaten en de wensmoeder zoekt een draagmoeder*": het plaatje past. Er wordt voorbij gegaan aan het feit dat de onderzoekers geen oproepen hebben geplaatst en dat de kandidaten uit zichzelf de weg uit heel Nederland naar de onderzoekers hebben gevonden, wat toch zeker enige moeite moet hebben gekost, zeker in het begin. Het lijkt of ze niet (alle vier) honderd procent achter hun besluit stonden, maar de weg ernaar toe gebruikt hebben om hun eigen besluitvorming te laten ontstaan en te laten uitrijpen. Maar er wordt ook gezegd: *"je bent zelf heel erg verantwoordelijk voor wat je doet, iemand anders kan niet zeggen dat je moet stoppen"*. Ze vragen om meer begeleiding, bij navraag blijkt dat in juridische zin. Ze zitten niet te wachten op psychologische begeleiding, hoewel ze dat bij het na interview zeggen wel gemist te hebben. Het onderzoeksteam had achteraf meer aandacht moeten besteden aan het feit dat de draagvader mogelijk nog niet helemaal achter de besluitvorming van de anderen stond en heeft hier lering uit getrokken voor de toekomst.

"Toen ik een late miskraam kreeg, begreep iedereen hoe ik me voelde en werd ik gesteund, maar bij kinderloosheid voel ik me eigenlijk veel verdrietiger en het is niet meer tastbaar, het gaat allemaal om lucht. En dat doet meer pijn…"

Overleg tussen de mannen en de vrouwen

De wensmoeders en draagmoeders bleken de sterkste betrokkenheid bij het proces te hebben. Soms leek het na het nemen van het oorspronkelijke besluit, een zaak van (schoon)zusjes onderling, waar de mannen slechts zijdelings bij betrokken waren. Het werd een zaak van de vrouwen onderling. De wensvaders vertelden eigenlijk zonder uitzondering zich niet buitengesloten te voelen. Het besluit was gezamenlijk genomen en er waren enkele gesprekken met zijn vieren geweest, de contracten waren met z'n allen doorgenomen. Daarna ging het dagelijks werk voor de wensvader weer door en raakte het op de achtergrond, terwijl de dames er vol van waren en zeer frequent contact met elkaar hadden (de dagelijkse telefoontjes). Veel wensvaders hadden na het aanvankelijke besluit geen duidelijke bemoeienis met de procedure, anders dan het steunen van hun vrouw. "We praten niet over het draagmoederschap, dat doen de vrouwen eigenlijk onderling. Er is een diep basisgevoel dat goed is". Waarschijnlijk is dat niet veel anders dan de houding die mannen hebben als hun eigen vrouw zwanger is. Het is een zaak van de vrouwen onderling, versterkt door het feit dat het om zusjes en beste vriendinnen gaat.

Ook voor de wensmoeders was het gevoel afstandelijk als er een zwangerschap optrad: *"jammer niet zelf zwanger te zijn, dat gevoel te moeten missen". "Ik voel nu hoe een man dat voelt, beetje aan de zijlijn. Ik voel me zwanger als een man"*.

Vier draagvaders (14%) voelden zich wel buitengesloten. Een enkele keer was het besluit van de draagmoeder al gevallen en redelijk definitief, alvorens ze er met haar partner over sprak. Dit gaf (begrijpelijk) een wat verongelijkt gevoel. Anderen hadden wel gezamenlijk besloten, maar voelden zich daarna buitenspel staan. Ook voor de medisch technische handelingen zijn de draagvaders niet nodig, hetgeen eveneens een gevoel van onmacht kan geven. De onderzoeksgroep heeft dat in het begin niet goed onderkend. Indien een draagvader aangaf vanwege werkzaamheden niet aanwezig te kunnen zijn bij een bepaalde handeling, werd al gauw gezegd dat dat geen probleem was. Tijdens verdere gesprekken werd toch geproefd, dat de draagvader zich buitenspel voelde staan. Daarna is er vanuit de onderzoeksgroep benadrukt dat het draagmoederschap iets van vier individuen is (tenzij de draagmoeder geen partner had) en werd er op aangedrongen dat alle vier aanwezig zouden zijn. Een andere draagvader voelde

zich ook wat buitengesloten, maar vertelde dat dat bij veel meer beslissingen in de familie voorkwam, niet alleen bij draagmoederschap: *"a way of living…."*
Bij de na interviews bleken de draagvaders meestal een belangrijke rol te spelen in de procedure als steunpilaar voor zijn vrouw, maar bij sommigen ook als enorme steun en toeverlaat voor de andere drie!

Verwerking eigen ziekte

De meeste wensmoeders (75%) bleken hun eigen ziekteproces al redelijk verwerkt te hebben. Wel gaven ze zonder uitzondering aan dat het kunnen meedoen aan draagmoederschap hen meer volwaardig zou doen voelen. Een negatief gevoel kon daarna worden omgezet in een positief gevoel. Men had weer iets om naar uit te kijken, er ontstond een nieuw toekomstperspectief.

Alle vrouwen gave van te voren aan te denken dat de procedure een positieve invloed zou hebben op hun geestelijk welzijn. Het feit dat ze probeerden een kind te gaan krijgen, was al voldoende. Ook als ze bij de groep zouden behoren, die uiteindelijk toch kinderloos zou blijven, gaven ze aan blij te zijn het tenminste te hebben geprobeerd. De deur die in een seconde was dichtgevallen door het ontstaan van hun ziekte, kon weer op een kier worden gezet. Nu werd het besluit niet voor ze genomen, maar was er weer een kans op het krijgen van kinderen, net zoals ieder ander die zelf kinderen wilde en die ook niet zeker wist of ze wel of geen kinderen zou krijgen. Het zou iets wezenlijks toevoegen aan hun kwaliteit van leven, de wrok zou verminderen, vonden ze zonder uitzondering. "In ieder geval zal het mijn levenskwaliteit verbeteren, alleen al omdat zij zo iets aanbiedt voor mij."

Toekomstverwachting

Opvallend was het gedrag waarop mensen in de toekomst keken. Een kleinere groep had tot in detail de toekomst uitgedacht: de geboortekaartjes waren al gefantaseerd, ze wisten precies wie en hoe het met de bevalling zou gaan. De meesten vonden dat je maar mocht kijken tot de eerste IVF procedure. Alles wat je verder fantaseerde leverde gevaar op, of zoals een wensmoeder zei: "*heel af en toe denk ik iets verder, net als stiekem snoepen, maar dan stop ik onmiddellijk weer"*. Dit is een bewijs voor het feit dat wens- en draagouders alle informatie kunnen krijgen, doch zeker niet alles kunnen en willen overzien voor ze aan de procedure beginnen. De emotionele verwerking wordt in "stukjes gehakt" en stap voor stap afgewerkt

als een soort emotionele bescherming. Dit impliceert dat de reikwijdte van het gehele proces niet kan worden overzien voor ze er aan beginnen.
"Durft nog niet te denken aan de bevalling, eerst maar zien dat alles goed gaat. Zelfs voor de bevalling is ze erg bang, omdat haar eigen kindje toen overleden is. Pas als alles achter de rug zou zijn, kan ze blij zijn". Durft niet in de toekomst te kijken, niet denken aan de bevalling. *"Snoepen voor de toekomst, eerst zien, dan geloven"*.

Draagmoeders

90% van de draagmoeders bleek sterk in hun schoenen te staan en heeft hun aanbod in volle overtuiging gedaan. De draagmoeders zijn bijna altijd (93%) zonder uitzondering degenen geweest, die het initiatief hebben genomen, waarbij de meesten al tijdens de ziekte van hun (schoon)zusje/vriendin wisten dat ze zoiets in de toekomst wel voor haar wilden gaan doen. Pas veel later, als de tijd rijp was en de betrokkene ook over het missen van kinderen begon, dachten ze er opnieuw over na en na bespreking met echtgenoten werd het voorstel gedaan. Eén draagmoeder heeft aangeboden als reactie op een artikel uit de "Libelle", waarin een wensmoeder schreef nog zo graag een kindje te willen hebben. Zij had zelf een heel leuk gezin en gunde een ander dat geluk ook. Op werkelijk puur ideologische gronden hebben ze na een goede kennismakingstijd de procedure gestart. Een andere wensmoeder heeft het aan haar zusje gevraagd. Beide procedures hebben niet geleid tot een zwangerschap
De draagmoeder die uiteindelijk zwanger wordt van een tweelingzwangerschap heeft in haar voorinterview gezegd geen probleem te hebben als ze zwanger zou worden van een meerling. Draagouders zeiden ook opvallend vaak dit te willen doen omdat ze vonden dat een kind in dat gezin zo goed op zijn plaats zou zijn. Vaak waren de wensouders oppassers van de kinderen van de draagouders, of vonden ze dat de wensvader zo leuk met hun eigen kinderen omging. Ze gunden hen een kind met heel hun hart.
Heel soms werden draagmoeders aangetroffen (7%) met een wat meer "heldenrol"-achtige instelling. Zij wilden graag iets goeds doen en een rol van weldoener vervullen. Hoewel dit niet persé een verkeerde instelling hoeft te zijn, is de teleurstelling groter als later niet helemaal de rol wordt vervuld door de wensouders om de draagmoeder op een voetstuk te plaatsen of als de procedure niet resulteert in een zwangerschap. Deze rol werd eerder gezien bij vriendinnen die zich als draagmoeder aanboden dan bij zusjes.
De algemeen gevoelde angsten bestonden uit het welzijn van de draagmoeder (gevoeld door de wensouders als de draagmoeder zwanger werd) en het welzijn van de wensmoeder (gevoeld door de draagouders als de procedure niet aansloeg).

II. Motivatie draagmoeders

"Zelf hele leuke kinderen hebben en vinden dat het kind op een goede plek terecht komt bij de wensouders". "Makkelijke zwangerschappen gehad dus kleine moeite". "Iets wezenlijks kunnen betekenen voor de medemens, tevreden kunnen zijn over jezelf". "Niet in de vorm van plichtsbesef, maar van iets terug doen aan het leven. Niet afkopen maar aan andermans geluk bijdragen. Mijn man zegt dat je verder kunt gaan dan de grens van het normale leven. Dat je jezelf dan pas goed leert kennen. Vanuit je veilige bestaan iets doen voor een ander". "Het is vaak ook als of ik mijn mans verdriet zie als ik het verdriet van mijn zwager zie". "Ik ben gezond, heb de mogelijkheid en de kans haar te helpen en ik wens hun eigenlijk het allerbeste toe. Eigenlijk vind ik het een hele eer…. Het mooiste moment lijkt me dat je met z'n vieren gaat bevallen: je ligt daar en je kan het kindje aan hen geven waar ze zo lang op gewacht hebben: dat lijkt me prachtig…"

Afstaan van het kind

100% van de wens- en draagouders is er van te voren zeker van dat het afstaan van het kind geen probleem zal opleveren. Sterker nog, de meeste draagmoeders zien daar een feestelijk moment in.

Ideëel draagmoederschap

Commercieel gewin is bij geen van allen ooit een punt van bespreking geweest, zelfs de onkostenvergoedingen waren laag en werkelijk alleen maar kostendekkend. Iedere draagouder heeft het gedaan uit ideologische overwegingen om de getroffen wensouders, die ze zo goed kenden, te kunnen helpen. Natuurlijk speelde hier mee dat ze de voorgeschiedenis, die soms al jaren sleepte, goed kenden en in die tijd ook met het stel hadden meegeleefd.

Schuld, dankbaarheid en afhankelijkheid

Veel problemen (bij vrijwel iedereen) waren er in de sfeer van schuld en dankbaarheid en afhankelijkheid. Dit gevoel ging drie kanten op: de wensouders ten opzichte van de draagouders, de draagouders ten opzichte van de wensouders en de wens/draagouders ten

opzichte van kanalen als ministerie, medici, ziekenhuisbesturen, commissies etc. Een wensmoeder zei: *"dankbaarheid kun je nog inlossen, schuld is dat schrijnende gevoel van nooit genoeg doen, ik kan hier nooit genoeg voor terugdoen".*

Een ander dacht zich niet schuldig te gaan voelen over deze levensgift, want voelde dat de draagouders hele bijzondere mensen waren. Had wel moeite hun dankbaarheid uit te spreken of daar het goede mee te doen. Bang dat schoonzusje letsel oploopt.
Een ander voelde zich sterk afhankelijk, omdat de draagmoeder geen hormonen wilde slikken, terwijl ze wist dat dat haar kansen zou vergroten. Ze wist dat van te voren, "*maar je bent natuurlijk ook aan het lobbyen voor je kansen*". Een ander stel voelde eenzijdige afhankelijkheid, terwijl je in een vriendschap alle vier van elkaar afhankelijk bent. "*Ons uitschelden of ons de les lezen, dat zullen ze wel uit hun hoofd laten*".

"*Ik voel me bezwaard omdat er zo'n wachttijd en onzekere periode is. Erg voor mij, maar ook vervelend naar de draagmoeder toe. Natuurlijk zou ik in bepaalde opzichten anders met haar omgaan als zij dit niet voor mij zou doen. Ik let wel meer op wat ik zeg, ik vind het heel belangrijk dat mensen die dit voor je willen doen zich ten alle tijden gerespecteerd voelen*".

"Ik lijd onder het feit dat het misschien niet zal lukken in drie keer een zwangerschap te bewerkstelligen voor mijn zusje; dat zou voor mij heel moeilijk zijn".

Veel moeite met afhankelijkheid van anderen, artsen, commissies, toetsen, gunningen en de wet. *"Ik voel me als een trekpop". "Het duurt alleen allemaal erg lang, wachten op artsen, op uitspraken". "Eerst elders geweest, doch procedure werd daar gecancelled. Erg kwetsbare positie. Zo ga je niet met mensen om".*

Adoptie

Adoptie en pleegkinderen nemen was niet voor iedereen een optie. De meesten wilden een genetisch eigen kind. Voor slechts 18% zou adoptie daarna een keuze zijn als draagmoederschap niet lukte. De andere 82% zouden berusten in hun kinderloosheid en enkelen zouden kiezen voor halftechnologisch draagmoederschap, wat een stel ook daadwerkelijk heeft gedaan na mislukken van de hoogtechnologisch draagmoederschap procedure. Voor de andere draagmoeders was halfgenetisch draagmoederschap onbe-

spreekbaar, omdat ze geen kind dat voor de helft van henzelf zou zijn, zouden willen afstaan. Dat probleem zouden ze niet voelen bij een honderd procent niet genetisch eigen wenskind!

Wat filosofische gedachten of magisch denken?

Een stel vraagt zich af of er iets is wat de wereld bestiert en wat je misschien tegen de schenen schopt als je draagmoederschap probeert. Maar ook: "*als alle sukkels het wel mogen, waarom wij dan niet?"*
Een ander vraagt zich af of je dit wel mag vragen van een ander en of je niet gewoon je lot moet dragen als mens en of je wel mag ingrijpen in dit proces en zoveel initiatief mag nemen in je eigen leven. Een wensvader gebruikt de interviews als instrument om niet zelf de beslissing te hoeven te nemen. De verantwoordelijkheid voor het meedoen ligt bij de onderzoekers. De medische wereld denkt over deze optie, nou, dan wil hij wel meedenken en meedoen. Benadert het rationeel door na te denken over juridische consequenties en filosofische gedachten, maar komt niet helemaal aan eigen emoties toe.
Een andere wensmoeder heeft het gevoel het lot te tarten om toch kinderen te willen terwijl ze geen baarmoeder meer heeft. Weer een ander neemt een sterk fatalistisch en ontkennend standpunt in: je moet maar zien, nu nadenken heeft geen zin. *"God en de dokters moeten de klus klaren en anders houdt het op…"*

Terugtrekken uit procedure

Eén draagmoeder moest tijdens de IVF procedures haar aanbod intrekken omdat haar man voor zijn werk naar het verre buitenland werd uitgezonden en twee draagmoeders (7%) hebben zich na de interviews teruggetrokken voor de IVF procedures.
In deze interviews zijn wel enkele kenmerken terug te vinden, waaruit blijkt dat de draagmoeders at risk zijn voor pathologie, doch niet voldoende om in te grijpen en de wens- en draagouders bij voorbaat niet toe te laten. Op de interviewvraag of de wensmoeder een betere draagmoeder zou weten wordt er zelfs bevestigend geantwoord, doch die draagmoeder heeft zelf nog geen kinderen. Er zijn wat twijfels. De draagouders hebben zich van te voren ook niet alle consequenties gerealiseerd. Er heerst een sfeer van: we kunnen goed met elkaar overweg dus alles wat zich voordoet, lossen we gaandeweg wel op. Vraag is of dat in dit soort situaties wel werkt, maar dat zal de toekomst moeten uitwijzen. In die zin waarschijnlijk veel steun (ook in de familie) als het mis mocht gaan.

De andere draagmoeder zegt in haar interview dat haar besluit ook gemakkelijk genomen kan worden omdat ze op dat moment geen partner heeft. Ten tijde van de procedure kreeg zij echter een nieuwe relatie. Mogelijk heeft dit meegespeeld met de motivatie om zich terug te trekken als draagmoeder. Door haar sterk belaste obstetrische anamnese was de wensmoeder at risk voor pathologie tijdens of na de procedure. Na psychologisch onderzoek werd echter geconcludeerd dat zij zowel met of zonder draagmoederschapprocedure at risk zou zijn, omdat haar niet vervulde kinderwens een groot probleem voor haar is. Lukken van de procedure zou in positieve zin kunnen bijdragen, doch afwijzen voor of mislukken van de procedure zou de kans gelijk houden op een posttraumatische stressstoornis. Het op het laatste moment terugtrekken van de draagmoeder voor de IVF plaatsing heeft inderdaad een grote impact op het drietal gehad, waar de gevolgen voor de gehele familie waarneembaar zijn. Ons standpunt beter ten halve gekeerd, dan ten hele gedwaald, blijft echter van kracht. Wij menen dat als een draagmoeder sterke twijfels heeft, zij die ten alle tijden moet kunnen uitspreken voor ze aan de procedure begint, al is het op het laatste moment, al wordt dit de basis voor veel (familie)problemen. Het toekomstig kind mag nooit de dupe worden van een niet in vrije wil genomen besluit van de draagmoeder, hetzelfde geldt voor de autonomie van de draagmoeder!

Een stel wensouders trokken zich uit de procedure terug in verband met optredende relatieproblemen na een lange relatie. In hoeverre de draagmoederschapprocedure als katalysator heeft gewerkt valt moeilijk na te gaan.

Een wensmoeder werd zelf ziek tijdens de procedure en zag voorlopig van draagmoederschap af.

7.15 Conclusie

Concluderend waren de wens- en draagouders stevig in hun schoenen staande personen, die qua karaktereigenschappen (zie verwerking vragenlijsten) beter scoren dan de normgroep in de bevolking. Deze karaktereigenschappen bieden hen mogelijkheden een procedure te doorstaan, waarvan zij zich niet de gehele reikwijdte van het onderzoek in één keer willen realiseren ter eigen emotionele bescherming. Het proces wordt stap voor stap afgewerkt. Deze opvallende gang van zaken kan dus alleen maar tot een goed resultaat leiden, als de kandidaten die eraan meedoen inderdaad stabiele mensen zijn “die wel tegen een stootje kunnen”. Mocht een van de vier een zwakkere schakel blijken, dan hoeft dat geen probleem te zijn, als er compensatie is vanuit een andere hoek: bij extreem angstige wensmoeders (gebaseerd op

traumatische ervaringen bij vorige zwangerschappen) zien we een stevige draagmoeder die "problemen er wel even bijneemt" en dit ook blijkt te kunnen! Na afloop van de procedure worden evenwichten opnieuw ingesteld.
Het mechanisme van vermijden en stap voor stap willen afwerken van het proces is niet te beïnvloeden, hoewel veel en goede voorlichting onontbeerlijk is. Het lijkt dus zaak de juiste mensen met een stevige karakterstructuur eruit te halen. Dit kan geschieden door middel van de vragenlijsten en een uitgebreide intake, die zoals de onderzoeksgroep nu adviseert, naar drie intakemomenten wordt uitgebreid. Niet alleen is er dan een check op de medische en juridische procedure, maar tevens komt er meer rust en tijd en gelegenheid tot bezinning van de kandidaten.

7.16 Problemen

Het is jammer dat er geen lotgenotencontact tot stand is gekomen. Drie maal is incidenteel en via een mailing gevraagd wie er contact met elkaar wilden hebben. Slechts drie stellen reageerden, waaruit een sporadisch onderling contact is ontstaan. De onderzoekers vonden dat zij om privacyredenen niet de namen van de wens- en draagouders bekend konden maken. Als dat wel was gebeurd, zouden zeker meer wens- en draagouders contact met elkaar hebben gezocht en zorgen gedeeld hebben. In de na-interviews bleek er wel grote behoefte te hebben bestaan, maar uit angst voor het onbekende heeft men zich toch niet van te voren durven opgeven hiervoor. "Lotgenotencontact" is dus in de kiem gesmoord door angst voor privacy en het nog onbekend zijn van de consequenties bij bekendmaking van de wens tot draagmoederschap in grotere kring.

Grote problemen zijn niet opgetreden. Geen van de interviews heeft ertoe geleid het advies te moeten geven voor vervolggesprekken om wens- of draagouders erop te wijzen dat het onverantwoord was de procedure te beginnen. Wel vonden de onderzoekers soms dat men slecht ingelicht de procedure inging. Deels was dat aan de onderzoekstructuur te wijten, doch bepaalde karakterstructuren speelden zeker ook een rol. Net zoals bij een slecht nieuws gesprek blijkt ook hier dat er erg selectief wordt geluisterd. In het onbekende lange pad dat voor hen ligt, lijken sommigen slechts datgene te willen horen, wat hen in staat stelt deze sprong in het diepe te nemen. Alle andere informatie wordt genegeerd of weggerationaliseerd. In de na interviews zeiden sommigen gebrek aan bepaalde informatie te hebben gehad, terwijl het zeker is dat aan deze aspecten wel aandacht is gegeven tijdens de afspraken.

7.17 Beantwoording van de onderzoeksvraag psychologie:

"Is het psychologisch gezien verantwoord om die mensen die het nodig hebben om op deze wijze een kind te krijgen ook tot de daarvoor benodigde (ingrijpende en belastende) procedure toe te laten?" kan door bovenstaande uitkomsten uit de gevalideerde vragenlijsten en de uitkomsten uit de interviews alleen maar bevestigend worden beantwoord. Deze groep scoort op enkele items tenminste hetzelfde, maar op vrijwel alle items beter dan de Nederlandse normpopulatie wat betreft karaktereigenschappen, de somatische klachtenlijst en de huwelijks /relatie-lijst. De uitkomsten uit de interviews hebben nooit aanleiding gegeven om de procedure te cancellen.

7.18 Aandachtspunten en aanbevelingen

De aanbevelingen en aandachtspunten die uit de psychologische voornametingen zijn gekomen zijn te lezen in hoofdstuk 12 Conclusies. De daaruit volgende aanbevelingen zijn terug te vinden in de hoofdstukken die een uitwerking van de conclusies vormen: 13 checklist, 14 stroomdiagram, 15 en 16 de contracten en in de bijlagen de adviezen richting Ministerie van VWS en de NVOG.

8. Medische aspecten

In dit hoofdstuk worden de medische gegevens behandeld van de 28 wens- en draagmoeders die uiteindelijk in het onderzoek zijn geïncludeerd. Eén casus wordt zelfs uitgebreid beschreven, omdat deze zo illustratief is voor de problemen van de groep ‘levensbedreigend ziek indien zwanger’.

Achtereenvolgend:

- Per casus indicatie draagmoederschap, behandeling, IVF procedure, al dan niet geboorte van wenskind
- Overzicht alle IVF behandelingen
- Toelichting uitkomsten
- Grafieken
- Complicaties/problemen
- Lactatieprotocol

Medische gegevens nr. 1 – niet functionerende uterus

Anamnese wensmoeder: blanco

Obstetrische anamnese wensmoeder:

1992 gezonde dochter
1995 spontane abortus, persisterende trofoblast. Spontane uterusruptuur door trofoblastinvasie. Shock.
1996 IVF, 2 embryo's teruggeplaatst. Gemelli graviditeit met spontane abortus van één vruchtzak bij 8 weken.
Cerclage en Prepar. Bij 27 wkn solutio placentae, waardoor in shock geraakt. Fluxus meer dan 2 liter.
Spoedsectio: zoon geboren 1170 gram. 4 weken postpartum overleden aan asfyxie.
Nieuwe zwangerschap ontraden door behandelende gynaecologen.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr.	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboorte mechanisme
1.	P 4 + 0	1989	Zoon	39	3350	Sp. Aav
		1990	Dochter	38	3500	Sp. Aav
		1992	Dochter	37	3020	Sp. Aav
		1994	Zoon	36	3400	Sp. Aav

*** IVF behandeling:**

'Parapluprocedure' Tilburg, omdat in 1996 daar ook de eigen IVF procedures van de wensmoeder hebben plaatsgevonden. Van die pogingen destijds waren nog cryo embryo's over die gebruikt zijn. Er heeft geen punctie plaatsgevonden in het kader van ons onderzoek.

Nr. 1.	Follikel aspiratie	Abdo-minale punctie nodig	Cryo pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Cryo Embryo's	Embryo transfer	Overgebleven cryo embryo's	Afloop
	Geen*	-	Oktober 1998			9	2	7	Doorgaande eenling - graviditeit

Zwangerschap: ongecompliceerd.

1.	Wenskind P 5 + 0	Juli 1999	Zoon	37	3225	Spontane weeën, uitdrijving 8 minuten. Sp. Aav. Apgar 9/10. bloedverlies 650 cc.

Medische gegevens nr. 2 – oncologie

Anamnese wensmoeder:
Cervixcarcinoom stadium IB, 1993 Wertheimoperatie met behoud ovaria. Geen nabestraling. Lymfocele abdomen en lymfoedeem rechter been, waarvoor lymfapress behandeling in verleden.

Obstetrische anamnese wensmoeder: P 0 + 0.

Anamnese draagmoeder: blanco

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 2.	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboorte mechanisme
	P 2 + 0	1993	Dochter	42	3430	Inleiding serotiniteit. Meconium. Foetale nood in combinatie met hoogstaand caput: sectio caesarea algehele narcose. Gezonde dochter, goede start.
		1995	Dochter	40	3430	Primaire sectio caesarea in verband met niet ingedaalde schedel à terme epiduraal anaesthesie. Goede start.

IVF behandelingen:
Down regulatie met decapeptyl t/m de dag van de HCG injectie (5000 IE) en 300 IE HMG per dag vanaf de 2e cyclusdag van de draagmoeder. 4 van de 8 oocyten abnormaal bevrucht (3 pn).

Nr. 2.	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Over-gebleven cryo's na ontdooiing	Afloop
	April 1998 1e poging gestaakt	-							Onvoldoende folliculaire respons en slechte synchronisatie
	Augustus 1998	R abdominaal narcose		10	8	2	0	-	geen
	Oktober 1998	R abdominaal narcose		9/4	4	2	0	-	doorgaande eenling graviditeit

Zwangerschap: ongecompliceerd, hoogste diastolische tensie 80 mm Hg.

2.	Wenskind P 3 + 1	Juli 1999	Dochter	38	3480	Primaire sectio caesarea onder spinale anesthesie. Goede start. PH 7,30

Draagmoeder kreeg Dostinex ter onderdrukking lactatie.

Medische gegevens nr. 3 – uterusextirpatie op medische gronden

Anamnese wensmoeder: blanco

Obstetrische anamnese wensmoeder: P 2 + 0.

1989 sectio caesarea in verband met niet vorderende ontsluiting, meconiumhoudend vruchtwater en een persisterende bradycardie: geboorte van een zoon van 3465 gram
1995 intra uteriene vruchtdood à terme, waarbij een dochter van 2635 gram levenloos wordt geboren na een Naladorinleiding. Fluxus postpartum en een manuele placentaverwijdering. Er blijft een atone nabloeding bestaan. Ter voorkoming van maternale sterfte wordt besloten een uterusextirpatie te verrichten, waarbij tevens het linker ovarium wordt verwijderd. Bij obductie geen oorzaak gevonden voor de intra uteriene vruchtdood.

Anamnese draagmoeder: laparoscopische cholecystectomie, laparoscopische sterilisatie, oogoperaties.

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 3.	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen Pro-genituur	Ame-norrhoe duur	gewicht	Geboorte mechanisme
	P 2 + 0	1988	Zoon	40	3100	Ongecompliceerde zwangerschap. Forcipale extractie, gezond kind.
		1990	Zoon	41	2885	Sp. Aav, ongecompliceerd.

IVF behandelingen:

Down regulatie met decapeptyl 0,1 mg t/m de dag van de HCG injectie (5000 IE) en 225 IE HMG per dag vanaf de 2e cyclusdag van de draagmoeder. 3 van de 5 oocyten abnormaal bevrucht (3 pn). In 2e IVF cyclus 300 E Puregon per dag ipv HMG.

Nr. 3.	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Over-gebleven cryo's na ont-dooiing	Afloop
	Februari 1999	-		5/1	1	1	-	-	Geen doorgaande zwangerschap
	Mei 1999	-		6/5	5	2	3	-	Doorgaande zwangerschap van aanvankelijk twee hartacties (8 weken), spontaan gereduceerd tot eenling (12 weken)

Zwangerschap: ongecompliceerd, hoogste diastolische tensie 75 mm Hg. Tripletest en NT meting normaal

3.	Wenskind P 3 + 2	Februari 2000	Dochter	39	3260	Inleiding op maternale indicatie van zowel wens- als draagmoeder. Oxytocine-infuus en amniotomie. Vlotte ontsluiting, uitdrijving 9 minuten. Sp. Aav. Gezonde dochter, Apgar 9/10. PA placenta: tweelingplacenta met in tussenliggende vlies groot aantal dikke vaten. Bloedverlies 100 cc. Perineum gaaf.

Draagmoeder kreeg Dostinex ter onderdrukking lactatie.

Medische gegevens nr. 4 – oncologie

Anamnese wensmoeder:
Op 34 jarige leeftijd in kader van infertiliteitonderzoek bij hysteroscopie een endometrioid adenocarcinoom van het corpus(!) vastgesteld, waarna een Wertheimoperatie werd verricht met behoud van ovaria gezien de leeftijd van patiënte. Geen nabestraling geïndiceerd.

Obstetrische anamnese wensmoeder: P 0 + 0

Algemene anamnese draagmoeder: blanco

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr.	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorr hoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
4	P 2 + 0	1989	Dochter	40	3400	Sp. Aav thuis geboren, goede start
		1992	Zoon	41	4000	Sp. Aav thuis geboren, goede start

IVF behandelingen:
250 IE Puregon per dag vanaf de 3e cyclusdag van de draagmoeder en een LHRH antagonist (Cetrorelix) vanaf 14 mm follikeldiameter.

Nr.	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Over-gebleven cryo's na ontdooiing	Afloop
4	Juni 1999	-		17	13	0	13		Draagmoeder wilde geen hormonen; slechte synchronisatie
			Sept. 1999			2	10		doorgaande eenling graviditeit

Zwangerschap: ongestoorde graviditeit. Hoogste diastolische tensie 85 mmHg.

4	Wenskind P 3 + 0	Juni 2000	Dochter	39	3090	Spontaan gebroken vliezen en 12 uur later spontane weeën. Volledige ontsluiting in 3 uur tijd, uitdrijving 6 minuten. Apgar 9/10. Bloedverlies 100 cc, perineum gaaf. Thuis bevallen.	Borst en fles-voeding vanaf begin

Wens en draagouders zijn bij elkaar gebleven en de volgende dag zijn de wensouders met hun dochter naar hun eigen huis vertrokken.

Medische gegevens nr. 5 – uterusextirpatie op medische gronden

Anamnese wensmoeder:
Appendectomie – ovariumabces – geconstateerde uterus bicornis, waardoor om thans onduidelijke redenen, een abdominale uterusextirpatie op 14 (!) jarige leeftijd volgde (1979)

Obstetrische anamnese wensmoeder: P 0 + 0

Algemene anamnese draagmoeder: hypermenorrhoe. Wilde uterusextirpatie, tenzij zusje 'nog een hotelletje zocht'.

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr.	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorr hoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
5	P 3 + 3					3x spontane abortus
		1982	Zoon	42	2700	Inleiding serotiniteit. Snelle ontsluiting, Sp. Aav
		1984	Zoon	42	3800	Inleiding serotiniteit. Sp. Aav.
		1986	Dochter	43	3500	Inleiding serotiniteit. Sp. Aav.

IVF behandelingen:
150 IE Gonal F per dag, draagmoeder Progynova.

Nr. 5	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Over-gebleven cryo's na ontdooiing	Afloop
	Juli 1999	-		6		2	0		Geen zwangerschap
	September 1999	-			9	2	7		doorgaande eenling graviditeit SMGC Leiden

Zwangerschap: ongestoorde graviditeit.

5	Wenskind P 3 + 3	Juni 2000	Dochter	40	3840	Inleiding amniotomie, prostaglandines en Oxytocine op maternale indicatie wens- en draagmoeder. Uitdrijving 13 minuten. Sp. Aav. Apgar 8/9/10. Bloedverlies 300 cc, perineum gaaf.	

Wens en draagouders zijn bij elkaar gebleven en na enige weken zijn de wensouders met hun dochter vertrokken naar het buitenland, waar zij wonen.

Medische gegevens nr. 6 – oncologie

Anamnese wensmoeder: Adenocarcinoom van de cervix waarvoor in 1995 Wertheimoperatie met behoud van adnexa. Geen nabestraling. Half jaar later laparoscopisch openen lymfocèle, waarbij een sigmoidlaesie ontstond, met een laparotomie als gevolg.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr.	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
6	P 2 + 0	1996	Dochter	41	4270	Sp. Aav, bekkeninstabiliteit, hypertensie, waarvoor medische indicatie. Milde fluxus.
		1998	Zoon	41	4875	Sp. Aav thuis

IVF behandelingen:

Down regulatie met decapeptyl t/m de dag van de HCG injectie (5000 IE) en 225 IE HMG per dag. In verband met snelle follikelgroei kreeg draagmoeder LHRH antagonist Cetrotide

Nr.	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Over-gebleven cryo's na ontdooiing	Afloop
6	Oktober 1999	-		18	13	2	0		Doorgaande eenling graviditeit

Zwangerschap: Ongecompliceerd. Hoogste diastolische tensie 95 mm Hg. Tripletest goed.

6	Wenskind P 3 + 0	Juli 2000	Dochter	39	3690	Inleiding ivm hypertensie. Amniotomie en Oxytocine infuus. Uitdrijving 6 min. Bloedverlies 200 cc, perineum gaaf.	Borst en fles-voeding vanaf begin

Draagmoeder kreeg Dostinex ter onderdrukking lactatie, wensmoeder gaat borst- en flesvoeding geven.

Medische gegevens nr. 7 – levensbedreigend ziek indien zwanger

Anamnese wensmoeder: P 1 + 0. 1996 na probleemloze zwangerschap op bevallingsdag bij 38 weken amenorroeduur door verloskundige hypertensie en albuminurie geconstateerd. Verwijzing tweede lijn. Vlotte bevalling van zoon 2610 gram. Aansluitend suf, apathisch en pijn leverstreek. 5 Uur later intracraniele bloeding links parietaal, met compressietekenen naar frontaalkwab en de gyrus angularis, gezien het verlies van bewustzijn en spraakvermogen, alsmede een rechtszijdige verlamming. Overplaatsing 3e lijnscentrum. 10 Weken revalidatie in centrum en 9 maanden dagrevalidatie. 1 ½ jaar later kan zij weer goed lopen en spreken. Restverschijnselen in de vorm van posttraumatische epilepsie door littekenweefsel. Gebruik antiepileptica, desondanks soms nog insulten. Functie rechter hand motorisch beperkt.
Wensouders durfden nieuwe zwangerschap niet aan. Second opinion in Academisch ziekenhuis gevraagd. Hierbij bleek milde hyperhomocysteinemie, waarvoor wensmoeder nu vitamine B 6 en foliumzuur gebruikt. Multidisciplinaire bespreking derde lijn met obstetricus en neuroloog: onbekend wat herhalingskans zal zijn, maar er wordt aangenomen dat deze tussen de 10 en 30% ligt. Gelet op de ernst van het accident na de bevalling, de restverschijnselen en de niet te onderschatten kans op problemen bij een nieuwe zwangerschap, staat dit centrum achter draagmoederschap. Wel dient de IVF procedure in nauw overleg met de neuroloog en onder zeer strikte reglementering te geschieden, aangezien ook de hormonale IVF stimulatie tot een belasting van het bloedvatstelsel kan leiden.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr.	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
7	P 2 + 0	1991	Dochter	41	3400	Sp. Aav, ongecompliceerd, thuis
		1993	Dochter	39	3430	Sp. Aav, ongecompliceerd, thuis

IVF behandelingen:

Synchronisatie wensmoeder met Microgynon 50. 250 IE Puregon per dag voor follikelstimulatie. In verband met snelle follikelgroei kreeg draagmoeder LHRH antogonist Cetrotide vanaf follikeldiameter van 14 mm. . HCG injectie (5000 IE).

Nr. 7	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Over-gebleven cryo's na ontdooiing	Afloop
	November 1999	-		24/22	10	1	3		Doorgaande eenling graviditeit

Zwangerschap: Ongecompliceerd. Hoogste diastolische tensie 95 mm Hg. Tripletest en NT meting goed.

7	Wenskind P 3 + 0	Juli 2000	Zoon	39	3500	Inleiding prostaglandinegel, amniotomie en Oxytocine infuus op maternale indicatie. Uitdrijving 28 min. Sp. Aav. Hb 5.7, geen bloedtransfusie. Perineumruptuur.	

Draagmoeder kreeg Dostinex ter onderdrukking lactatie.

Medische gegevens nr. 8 – MRK syndroom

Anamnese wensmoeder:
Mayer Rokitansky Küster syndroom op 17e jaar ontdekt, tevens DES expositie in utero

Algemene anamnese draagmoeder:
Uitgebreide varices

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr.	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
8	P 1 + 1	Spontane abortus				
		1998	Zoon	42 wkn	4400	Inleiding serotiniteit, sectio caesarea ivm niet vorderende ontsluiting

IVF behandelingen:
Down regulatie met decapeptyl t/m de dag van de HCG injectie en 300 IE HMG per dag vanaf de 3e cyclusdag van de draagmoeder.

Nr.	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Over-gebleven cryo's na ontdooiing	Afloop
8	Mei 1999	-		28/26	17	2	7		geen
			Sept. 1999				7	0	geen
	November 1999	-		14/12	5	3	-	-	doorgaande eenling graviditeit

Zwangerschap: op uitgebreide varices na, ongecompliceerd. NT meting

8	Wenskind P2 + 1	augustus 2000	Dochter	40 wkn	3770	Inleiding onder epiduraal anaesthesie op verzoek draagmoeder, omdat ze nog geen vaginale baring had meegemaakt Uitdrijving 18 minuten. Apgar 9/10. Placenta 880 gram, bloedverlies 500 cc. Perineum gaaf	Fles-voeding vanaf begin

Draagmoeder kreeg Dostinex ter onderdrukking lactatie. Beide dames zijn een nachtje samen in ziekenhuis gebleven en de volgende ochtend zijn wensouders met hun kind en de draagouders naar hun eigen huis gegaan.

Medische gegevens nr. 9 – MRK syndroom

Anamnese wensmoeder:
Hernia inguinalis 2e jaar, Mayer Rokitansky Küster syndroom op 16e jaar ontdekt.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco.
Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr.	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
9	P 2 + 0	1993	Zoon	A terme	3800	Sp. Aav, thuis
		1995	Zoon	A terme	3820	Sp. Aav, thuis

IVF behandelingen:

Nr.	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Over-gebleven cryo's na ontdooiing	Afloop
9	Mei 2000	-		5	4	2	0		doorgaande eenling graviditeit

Zwangerschap: op uitgebreide varices na, ongecompliceerd. NT meting

9	Wenskind P 3 + 0	Januari 2001	Zoon	40	3600	Spontaan in partu gekomen. Sp. Aav zonder problemen bevallen.	

Medische gegevens nr. 10 – levensbedreigend ziek indien zwanger

Anamnese wensmoeder:

1994: diepe veneuze trombose in been, bij onderzoek antifosfolipide syndroom, lupus anticoagulans en anticardiolipine antistoffen positief. Levenslang Marcoumar geïndiceerd. De diagnose lupus erythematodes is niet gesteld. Chromosomaal onderzoek wensouders normaal.

Obstetrische anamnese wensmoeder:

P 0 + 4, 1995 – 1999:
1e graviditeit bij 19 weken partus immaturus van foetus conform 15 weken
2e graviditeit spontane abortus bij 12 weken
3e graviditeit spontane abortus bij 9 weken
4e graviditeit intra uteriene vruchtdood bij 19 weken, geboorte van zoontje van 55 gram, ernstig groeivertraagd, placenta 55 gram met enkele infarcten. Bij wensmoeder op dat moment leverenzymstoornissen vastgesteld. Stollingsonderzoek paste bij antifosfolipidesyndroom. Tijdens de vierde zwangerschap werd behandeld met aspirine 80 mg per dag en Fragmin 12500 E per dag. Na de zwangerschap omzetting in Marcoumar.
Gezien de belaste obstetrische anamnese en de nu ontstane cholestatische hepatitis wordt een nieuwe zwangerschap ontraden.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco.

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr.	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
10	P 1 + 0	1998	Zoon	41	3500	Sp. Aav, 5 dagen couveuse-opname ivm meconiumaspiratie.

IVF behandelingen:

200 IE Puregon vanaf cyclusdag 1 en LHRH antagonist Cetrotide

Nr.	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
10	April 2000	-		22	14	2	7	Eenling graviditeit, **missed abortion** opgetreden bij 12 weken amenorrhoe van een foetus met een CRL van 10 weken
			Oktober 2000			1		Slechts een embryo doorstond de ontdooiprocedure. Geen zwangerschap.
	November 2000	-		17	12	2	6	Geen zwangerschap
			December 2000			0		Geen van de cryo-embryo's doorstond ontdooiprocedure
	Maart 2001	-		19	15	2	0	**Doorgaande zwangerschap:** A terme 18 november 2001

Eerste zwangerschap: missed abortion 12 weken amenorroeduur van embryo 10 weken.
Tweede zwangerschap: ten tijde van opmaak van proefschrift doorgaande zwangerschap.

10	Wenskind P 2 + 1	A terme november 2001	M/V?	? weken	? gram	Ten tijde van opmaak van proefschrift zwanger	

Medische gegevens nr. 11 – oncologie

Anamnese wensmoeder:
P 0 + 0. In 1996 cervixcarcinoom stadium IB, waarvoor Wertheimoperatie werd uitgevoerd. Geen nabestraling geïndiceerd. Overige anamnese blanco.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco.
Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 11	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
	P 2 + 0	1990	Dochter	A terme	3400	Sp. Aav. , meconium, vlotte partus.
		1994	Zoon	A terme		

IVF behandelingen:
300 IE Menogon (HMG) vanaf cyclusdag 3 en LHRH antagonist Cetrotide

Nr. 11	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
	Januari 2000							Poging gestaakt in verband met slechte synchronisatie cyclus wens- /draagmoeder
	Februari 2000	Abdo-minaal narcose		18	14	2	6	Eenling graviditeit, missed abortion opgetreden bij 9 weken amenorrhoe
			Mei 2000			2		Geen zwangerschap
	September 2000	Abdo-minaal narcose		26/24	20	3	0	Geen zwangerschap
	November 2000	Abdo-minaal narcose		26/19	12	3	0	Geen zwangerschap

Zwangerschap: missed abortion 9 weken amenorrhoeduur.
Uitbehandeld na 3 IVF pogingen en 1 cryopoging. Geen kind.

Medische gegevens nr. 12 – oncologie

Anamnese wensmoeder:
P 0 + 0. 1994 Cervixcarcinoom IB (25 jaar!) waarvoor Wertheimoperatie werd uitgevoerd. In verband met tweetal positieve lymfklieren nabestraling met 45 Gy. Ovaria verplaatst tot buiten bestralingsveld boven os ilium beiderzijds.

Anamnese wensvader:
Bof op 9 jarige leeftijd.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco.

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 12	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Ame-norrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
	P 2 + 2	1994				Mola zwangersschap
		1995				Spontane abortus
		1996	Zoon	39	3060	Bijstimulatie met Oxytocine; Vacuumextractie 2 tracties, Apgar 8/9, manuele placenta verwijdering, fluxus 1100 cc. Bloedtransfusie gekregen.
		1997	Dochter	40	3240	Sectio caesarea in verband met stuitligging en vacuumextractie vorige partus

IVF behandelingen:
Aanvankelijk behandeling SMGC, doch in verband met medisch-technische problemen naar Voorburg verwezen:

- Geen duidelijke spontane cyclus in Basale Temperatuur Curves te herkennen
- Geen idee of ovaria nog wel te stimuleren zijn door slechte vascularisatie door bestraling en ovariumsuspensie: eenmaal LH piek gehad, doch volstrekt insufficient luteaal progesteron van 17,8 nmol/l 7 dagen na LH piek en 7 nmol/l 10 dagen na LH piek. Ook verhoogd vroegfolliculair FSH (14,5 e/l). Bij echo eigenlijk geen antreale follikels zichtbaar.
- Ovaria alleen abdominaal te bereiken
- Waarschijnlijk ICSI procedure nodig in verband met kwaliteit semen

Afgesproken wordt eenmaal een poging te doen. 400 IE Puregon (recombinant FSH) per dag en 0,25 mg LHRH antagonist (Cetrotide) vanaf 7^{e} stimulatiedag. Draagmoeder Progynova 2 mg en 400 mg Progestan per dag.

Nr. 12	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - Poging	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo – em-bryo's	Afloop
	Maart 2000	Abdo-minaal narcose		4	3 ICSI	2	1	Eenling graviditeit, blijkt echter **vitale extra uteriene graviditeit** waarvoor laparoscopische tubotomie in april 2000, ßHCG 8660
			Sept. 2000			1	0	Geen zwangerschap
	Decem-ber 2000	Abdo-minaal narcose		9/8	7 ICSI	2	0	Slechte synchronisatie met draagmoeder. Geen zwangerschap.
	Maart 2001	Abdo-minaal narcose		6	1	1	0	Geen zwangerschap

Zwangerschap: vitale extra uteriene graviditeit, laparoscopisch geopereerd bij 6 weken amenorrhoeduur.

Uitbehandeld na 3 IVF en 1 cryopoging. Geen kind.

Medische gegevens nr. 13 – MRK syndroom

Anamnese wensmoeder:
Maier Rokitansky Küster syndroom met agenesie van de rechter nier.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco.

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 13	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
	P 1 + 1					Spontane abortus
		1997	Zoon	A terme	3290	Sp. Aav, thuis

IVF behandelingen:
Eerste twee cycli in SMCG, kort Busereline schema met Puregon en later lang Busereline schema. Daarna gekozen voor abdominale benadering rechter ovarium, doorverwezen naar Voorburg. Menopur 225 IE per dag en Cetrotide 0,25 mg/dag vanaf stimulatiedag 5.

Nr. 13	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
	April 2000	-		8	4	2	0	Geen zwangerschap
	Juli 2000	-			4	2	0	Geen zwangerschap
	December 2000	Abdo-minaal narcose		19	14	2	4	Geen zwangerschap
			Februari 2001			2		Geen zwangerschap
	Mei 2001	Abdo-minaal narcose		20	14	2	0	Na overleg onderzoeksteam 4e poging toegestaan ivm niet adequate aspiraties vaginaal Geen zwangerschap: uitbehandeld.

Zwangerschap: geen

Uitbehandeld na 4 IVF en 1 cryopoging

Medische gegevens nr. 14 – oncologie

Anamnese wensmoeder:
P 0 + 0. In 1998 cervixcarcinoom stadium IB, waarvoor Wertheimoperatie werd uitgevoerd. Geen postoperatieve radiotherapie geïndiceerd. Overige anamnese blanco.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco.

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 14	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
	P 3 + 0	1990	Dochter	A terme	3685	Preëclampsie (140/95), sectio caesarea in verband met cephalo pelviene dyscongruentie, fluxus 1500 cc, bloedtransfusie
		1992	Dochter	A terme	3740	Primaire sectio caesarea in verband met hoogstaande schedel a terme
		1995	Zoon	A terme	4000	Primaire sectio caesarea (repeat)

IVF behandelingen:
Eerste twee pogingen onder ‘paraplu constructie’ onderzoek in Eindhoven: Decapeptyl, Puregon en Pregnyl. Daarna over naar Voorburg.

Nr. 14	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo’s	Afloop
	Mei 2000	-		13	6	2	0	Eindhoven Geen zwangerschap
	September 2000	-		10	4	2	0	Eindhoven Geen zwangerschap
	Januari 2001	-		20/18	13	3	0	Voorburg Geen zwangerschap
	April 2001	-		13/13	10	2	2	Voorburg In onderzoeksteam besloten tot extra (4e) poging ivm wisseling ziekenhuis **Doorgaande gemelli graviditeit!**

Zwangerschap:

14	Wenskind P 4 + 0	A terme december 2001	m/v? m/v?	? weken	? gram ? gram	Ten tijde van opmaak van proefschrift zwanger van een gemelli	

Medische gegevens nr. 15 – oncologie en uterusextirpatie op medische gronden

Anamnese wensmoeder:

1985 op 17 jarige leeftijd dysgerminoom met focaal embryonaalcelcarcinoom en op een plaats het aspect van een endodermale sinustumor van het ovarium met vaatinvasie, ovariumcarcinoom stadium III. Gezien leeftijd wordt besloten de uterus en linker adnex in situ te laten. Voor start chemotherapie AFP verhoogd en op CT klierpakket para aortaal vanaf ondergrens pancreas. 4 PVB kuren chemotherapie (Cisplatinum, Vinblastine en Bleomycine). Na kuren AFP genormaliseerd. In 1985 second look laparotomie: geen tumorresten. Hierna blijft patiente in complete remissie.
1993: totale parotidectomie links in verband met recidief pleiomorf adenoom. Geen aanvullende therapie.

Obstetrische anamnese wensmoeder:

1999: lijkt molagraviditeit te zijn bij 12 weken amenorrhoeduur. Bij vacuumcurettage veel bloedverlies, Naladorinfuus. Op recovery doorbloeden, ondanks tamponeren. Om maternale sterfte te voorkomen bij bloedverlies van 3800 cc besluit tot uterusextirpatie. 8 packed cells toegediend bij bloedtransfusie. Bij PA onderzoek wordt diagnose mola niet bevestigd, doch blijkt het bij revisie te gaan om een vrijwel cervicale nidatie van de vruchtzak. ßHCG voor curettage 16874.

Algemene anamnese draagmoeder: asthmatische bronchitis in lichte mate.

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 15	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
	P 4 + 1					Spontane abortus
		1991	Zoon	A terme	3770	Moeizame zwangerschap, premature weeënactiviteit waarvoor opname, Sp. Aav.
		1992	Zoon	A terme	3450	Ischiasklachten, Sp. Aav.
		1994	Dochter	A terme	3240	Ongecompliceerde zwangerschap, vlotte partus; volkomen stuit
		1997	Zoon	A terme	3310	Pneumonie in zwangerschap, Sp. Aav.

IVF behandelingen:

Nr. 15	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop

Bij vooronderzoeken IVF persisterende cyste in ovarium. Overleg oncologen gezien voorgeschiedenis alvorens IVF procedures te starten. Punctie voor verkrijgen van histologie uit cyste en doorverwezen naar oncoloog voor verdere evaluatie: geen maligniteit. IVF procedure uitgesteld, doch zal na goedkeuring oncoloog worden hervat.

Medische gegevens nr. 16 – levensbedreigend ziek indien zwanger

Anamnese wensmoeder:

In principe is het uitdragen van een zwangerschap en zelf krijgen van kinderen na een levertransplantatie mogelijk (Dirken JD)[52] .
Reden voor de levertransplantatie bij deze wensmoeder is een levercirrhose, mogelijk op basis van jarenlang Tegretolgebruik. Kort na de operatie in 1997 ontstond een arteria hepatica thrombose, zodat een week later opnieuw een levertransplantatie moest worden uitgevoerd. De wensmoeder heeft de volgende complicaties:

- Stollingsstoornissen met een thrombocytopenie (waarden variërend tussen de 40 en 64x10.9/l) en een leukopenie (waarden tussen de 2.4 en 4.0x10.9/l)
- Recidief levertransplantatie na afstoting
- Oesophagusvarices graad II en III
- Splenomegalie

Het Groninger behandelteam denkt dat het dragen van een eigen zwangerschap risico geeft op miltbeschadiging (splenomegalie) door de groeiende uterus, waarbij de kans op een bloeding groot wordt geacht. Tevens is door de verhoogde intra-abdominale druk de kans op verbloeden uit de oesophagusvarices groot. Er is een duidelijk negatief advies om zelf zwanger te worden.
Inlichtingen aan multidisciplinair behandelteam gevraagd of IVF stimulatie toegestaan was. Stolling bleek niet zo afwijkend dat punctie niet mogelijk zou zijn, wel wordt geadviseerd het stollingsonderzoek vlak voor de punctie te herhalen. Tweede vraag van het onderzoeksteam was de aanwezigheid van collateralen in het kleine bekken gezien de portale hypertensie, die mogelijk gevaar zouden opleveren bij aanprikken tijdens de IVF follikelaspiratie. Een echo liet geen vaatstuwing in het kleine bekken ter plaatse van de ovaria zien.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco.

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 16	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
	P 2 + 0	1990	Dochter	40	3830	Bijstimulatie ivm weeënzwakte, Sp. Aav.
		1992	Dochter	42	4490	Sp. Aav, uitdrijving 4 minuten, fluxus 1300 cc.

IVF behandelingen:

Behandeling vindt plaats in Groningen onder ‘paraplu constructie’ onderzoek in verband met de specialistische kennis rondom levertransplantaties aldaar. Lucrindepot voor zowel wens- als draagmoeder.

Nr. 16	Follikel Aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo’s	Afloop
	December 2000							Poging gestaakt ivm onvoldoende follikelgroei wensmoeder
	Maart 2001	-		3/2	2	2	0	Geen zwangerschap
	Mei 2001	-		5	3	2	0	Geen zwangerschap
	Te ver-wachten juli/aug	-						Ter perse van het proefschrift moet laatste poging nog verricht worden

Zwangerschap: ?

Medische gegevens nr. 17 - oncologie

Anamnese wensmoeder:

P 0 + 0. Bij fertiliteitsonderzoek afwijkende cytologie gevonden, waarbij bij histologie een carcinoom werd aangetroffen. 1994 cervixcarcinoom stadium IB, waarvoor Wertheimoperatie werd uitgevoerd. 3 positieve lymfklieren: postoperatieve radiotherapie 4600 cGy in 23 fracties van 200cGy. Ovariumsuspensie.

Anamnese wensvader: heeft twee kinderen uit vorige relatie. Deze kinderen zijn regelmatig bij de wensouders.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco.

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 17	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
	P 3 + 0	1985	Dochter	A terme		Sp. Aav poliklinisch bij verloskundige
		1987	Zoon	A terme		Sp. Aav thuis
		1991	Zoon	A terme		Sp. Aav thuis, echtgenoot daarna gesteriliseerd

IVF behandelingen: geen in kader van ons onderzoek

* **Voorafgaand aan ons onderzoek** is dit paar in 1996 onder behandeling genomen in het A.Z.U., waarbij na Lucrin en forse stimulatie met Metrodin HP tot 4 ampullen 2 oocyten zijn verkregen en een embryo is geplaatst bij de draagmoeder. Dit resulteerde niet in een zwangerschap. Hierna is hoogtechnologisch draagmoederschap afgewezen door de Raad van Bestuur in het A.Z.U., zodat verdere pogingen zijn gestaakt.

Nr. 17	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
	Geen meer in kader van ons onderzoek (zie *)							In 1998 meldt ze zich bij ons aan. Inmiddels blijkt ze bij herhaling fors verhoogde vroegfolliculaire FSH's te hebben (28 IU/l), postmenopauze praecox. Leggen zich erbij neer geen verdere pogingen meer te doen.

Medische gegevens nr. 18 – MRK syndroom

Anamnese wensmoeder:
Op 18e jaar Mayer Rokitansky Küster Hauser syndroom ontdekt.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco.

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 18	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
	P 2 + 0	1993	Dochter	A terme		
		1994	Dochter	A terme		

IVF behandelingen:
In 1995 al bij SMGC, ook sperma-analyse. Nog geen toestemming Ministerie. In 1996 correspondentie met prof. Ian Craft, Londen, of draagmoederschap met dezelfde draagouders als later bij ons, mogelijk was. Niet geëffectueerd. In 1998 in ons onderzoek gekomen. Slechts 1 IVF poging gehad (met HMG en Cetrorelix).

Nr. 18	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
	Augustus 1998	-				1	3	Draagmoeder wilde maar een embryo geplaatst, kans 13%: geen zwangerschap
			September 1998				0	Ontdooien 3 cryo embryo's niet gelukt

Draagouders echter in 1999 naar Taiwan verhuisd, omdat draagvader daar zijn werkkring kreeg. Al met al ruim vier jaar met draagmoederschap bezig geweest, maar helaas te laat om bij ons de volledige behandelingen af te kunnen maken.

Uitbehandeld in 1998, geen zwangerschap opgetreden

Medische gegevens nr. 19 – levensbedreigend ziek indien zwanger

Anamnese wensmoeder:

1993 lymfangioleiomyomatosis longen ontdekt. Hiervan zijn 20 patiënten in Nederland bekend. Komt uitsluitend bij vrouwen voor en er wordt aangenomen dat de ziekte verergert onder invloed van geslachtshormonen, daarom werd soms castratie als therapie toegepast en worden zwangerschap en orale anticonceptiva ontraden. In 1994 negatief advies gekregen zelf zwanger te worden.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 19	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
	P 2 + 0	1991				
		1993				

IVF behandelingen:

* In 1997 door behandelend gynaecoloog naar A.Z.U. verwezen. Mogelijk daar al meerdere IVF procedures gehad, maar in ieder geval een in januari 1998. Twee dagen voor plaatsing bij draagmoeder gecancelled (na follikelaspiratie), omdat Raad van Bestuur geen toestemming voor hoogtechnologisch draagmoederschap gaf. De twee embryo's zijn gecryopreserveerd. Daarna zich tot ons gewend. Belt echter in september 1998 af omdat draagmoeder zich terugtrekt in verband met psychische overbelasting van vroegere traumata. Als nieuwe draagmoeder wordt de moeder van de wensmoeder voorgedragen, is echter 54 jaar en voldoet daarmee niet aan onze inclusiecriteria.

Nr. 19	Follikel Aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
	* Geen meer in kader van ons onderzoek							

Uitbehandeld in 1998, geen zwangerschap opgetreden

Medische gegevens nr. 20 – uterusextirpatie op medische gronden

Anamnese wensmoeder: blanco

Obstetrische anamnese wensmoeder:

Primaire infertiliteit vanaf 1993. 1995: diagnostische laparoscopie met coagulatie endometriose. AFS klasse III. 6 maanden nabehandeling met LHRH analogen. Hierna 3 x IUI . Bekend met zeer ernstige endometriose met invaliderende klachten. 1996 laparotomie ivm endometriose: adhaesiolysis, cystectomie beiderzijds van endometriomen. 2 'eigen' IVF behandelingen gehad in Voorburg. Hierna in maart 1997 laparotomie met tubectomie links ivm buikpijn. Biopt fornix posterior: endometriose. Hierna 3e 'eigen' IVF poging. De klachten van buikpijn zijn dusdanig dat er besloten is tot een uterusextirpatie in november 1997 in Voorburg. Toen al wel gesproken over draagmoederschap, doch klachten dusdanig dat ze voor deze optie heeft gekozen onafhankelijk of draagmoederschap nu wel of niet mogelijk zou zijn. Heeft nog twee ovaria waarin wigexcisies zijn uitgevoerd. Voelt zich na uterusextirpatie veel beter.

Beloop 'eigen' IVF's : 1e x: 6 oocyten, 3 goede embryo's, 2 teruggeplaatst, 1 cryo: geen zwangerschap
2ex: 9 6 2 geen cryo: geen zwangerschap
3ex: 4 3 2 geen cryo: geen zwangerschap
Geen cryo embryo's. Nooit een positieve test gehad, embryo's nooit aangeslagen.

Algemene anamnese draagmoeder: ß-thalassemie met chronische anaemie.

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr.	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorr hoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
20	P 2 + 0	1994	Zoon	A terme	3240	Sectio caesarea in verband met niet vorderende ontsluiting
		1996	Dochter	40	3090	Sp. Aav., vlotte bevalling

IVF behandelingen:

Nr.	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
20	Juli 1998	-		3	3	2	1	Geen zwangerschap
	November 1998	-		4	4	2	2	Geen zwangerschap
			Maart 1999			1	0	Geen zwangerschap

Geen zwangerschap, uitbehandeld

In 2000 zoon op andere manier gekregen, 2690 gram, a terme.

Medische gegevens nr. 21 – niet functionerende uterus

Anamnese wensmoeder: Appendectomie, 5x knieoperatie. Vermoeden DES expositie. 1991 grote conisatie (CIS, radicaal), afwezigheid cervixslijm door conisatie, ook niet na ovulatie inductie middels Gonadotrofine. Bij ovulatiemonitoring via echo bij ovulatie ook geen cervixslijm gezien. Zeer verlittekende, onherkenbare portio, ostium zeer moeilijk herkenbaar. 1993: diagnostische laparoscopie in verband met dysmenorrhoe en kinderwens. Endometriose linker adnex, rechts goed. In verband hiermede doorverwezen naar V.U. in 1994 voor intra-uteriene inseminaties.

Obstetrische anamnese wensmoeder:

9 x I.U.I. gehad zonder zwangerschap.
2 x zelf IVF gehad met terugplaatsingen, geen zwangerschap, geen cryo-embryo's. Procedure ging zeer moeizaam door cervicale stenose.
1996 1e GIFT procedure. Omdat er geen cervix meer aanwezig was leek het zinvol een cerclage aan te leggen, wegens ontbreken cervix is dit abdominaal gedaan. Desondanks bij 23 weken amenorrhoe een intra uteriene vruchtdood, waarna via een sectio parva een zoontje werd geboren van 435 gram met een amniotic band syndrome om voet en navelstreng.
1998 2e GIFT procedure, die eindigt in een vroege spontane abortus.
Aanvankelijk afgehouden, omdat ze als 'IVF groep' niet in aanmerking kan komen. In 1998 verklaart behandelend gynaecoloog uit V.U. echter dat levensvatbare zwangerschap niet haalbaar is en vraagt om intake in onderzoek draagmoederschap. Ondersteund door eigen behandelend gynaecoloog en derde lijns gynaecoloog wordt de casus ingebracht in de onderzoeksgroep: geconcludeerd wordt dat hier geen sprake is van IVF failure, maar van niet functionerende uterus.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr.	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
21	P 2 + 0	1991	Zoon	A terme	3470	Sp. Aav.
		1994	Zoon	A terme	3500	Sp. Aav

IVF behandelingen:

Decapeptyl 0,1 mg per dag en vanaf 3e cyclusdag HMG. 300 IE Puregon per dag.

Nr.	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
21	Juli 1999	-		2	1	0	1	I.v.m. slechte synchronisatie werd het ene embryo niet geplaatst , maar gecryopreserveerd.
			Augustus 1999					Ontdooiing niet gelukt
	November 1999 **gecancelled**							Tijdens stimulatie en voor follikelaspiratie trekt de draagmoeder zich terug in verband met privé omstandigheden (nieuwe partner. Geen zwangerschap

Geen zwangerschap, uitbehandeld

Medische gegevens nr. 22 – niet functionerende uterus

Anamnese wensmoeder:. blanco

Obstetrische anamnese wensmoeder:

Haar zes zwangerschappen hebben nooit geleid tot de geboorte van een kind. Anamnestisch geen DES expositie.
1986: 1e zwangerschap bij 29 weken immature weeën, waarna sectio caesarea ivm dwarsligging, dochter geboren van 1280 gram, twee dagen postpartum overleden aan IRDS.
2e zwangerschap: partus immaturus 17 weken, zoontje 120 gram, nacurettage placenta
3e zwangerschap: partus immaturus 19 weken ondanks cerclage, zoontje 200 gram. Manuele placenta verwijdering
4e en 5e zwangerschap: missed abortions met nacurettages (hartactie 7 en 8 weken negatief)
6e zwangerschap: hoge vaginale cerclage, desondanks gebroken vliezen bij 23 weken en partus van zoontje van 575 gram.
Hierna verwijzing van A.M.C. naar 3e lijns centrum Nijmegen voor preconceptioneel advies c.q. second opinion. Verder oriënterend bloedonderzoek en karyotypering leveren geen bijzonderheden op. Diagnostische hystero- en laparoscopie evenmin.
Verwezen door behandelend gynaecoloog A.M.C. voor draagmoederschap, omdat de kans op een levend kind uitgesloten wordt geacht.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 22	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorr hoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
	P 2 + 3	1991				Spontane abortus 8 weken
		1992	Dochter	A terme		Sp. Aav, thuis
		1993				Spontane abortus zonder nacurettage
		1995				Extra uteriene graviditeit (tubectomie)
		1996	Zoon	A terme		Sp. Aav, thuis, na stimulatie met Clomid

IVF behandelingen:

Decapeptyl 0,1 mg per dag en vanaf 2e cyclusdag HMG

Nr. 22	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
	Mei 1999	-		8	1	1	0	Geen zwangerschap
	Juli 1999	-		15	1	1	0	Geen zwangerschap
	December 1999	-		13/5	1 1e keer + ICSI	1	0	Geen zwangerschap

Geen zwangerschap, uitbehandeld

Medische gegevens nr. 23 – Uterusextirpatie op medische gronden

Anamnese wensmoeder:. blanco

Obstetrische anamnese wensmoeder:

1995 Nalador inleiding in verband met anencephalie van een niet levensvatbare zoon bij 27 weken
1996 Opname bij 27 weken in verband met bloedverlies, corticosteroiden ter longrijping gekregen. Bij 32 weken spontaan breken van de vliezen en temperatuurstijging. CTG: foetale nood: Augmentin en sectio caesarea: dochter geboren bij 32 weken, 1540 gram. Placenta accreta, waarvoor op maternale indicatie uterusextirpatie nodig was om sterfte te voorkomen. Bloedverlies 15 liter. 23 packed cells, 10 FFP en 12 E thrombocytensuspensie.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr.	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorr hoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
23	P 5 + 1	1980	Dochter	43	3710	Forcipale extractie. HAVO
		1982	Dochter	42	3200	Sp. Aav, thuis, HAVO/VWO
		1983				Spontane abortus
		1983	Zoon	41	3700	Sp. Aav, thuis, HAVO
		1985	Dochter	40	3520	Sp. Aav, thuis, HAVO/VWO
		1989	Dochter	41	4500	Sp. Aav, thuis, schouderdystocie, Erbse parese, restloos genezen, lagere school.

IVF behandelingen:

Decapeptyl 0,1 mg per dag en vanaf 3e cyclusdag 300 IE HMG, later Puregon ivm huidreactie op HMG

Nr.	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
23	Juni 1999	-		5	4	3	0	Geen zwangerschap
	September 1999: gecancelled							Stimulatie gestaakt omdat er nauwelijks follikelgroei was bij de wensmoeder, terwijl de draagmoeder al een follikel van 12 mm had
	November 1999	-		5	2	2	0	Geen zwangerschap
	Maart 2000	-		10	5	3	0	Geen zwangerschap

Geen zwangerschap, uitbehandeld

Medische gegevens nr. 24 – Uterusextirpatie op medische gronden

Anamnese wensmoeder:.

1983 op 22 jarige leeftijd abdominale uterusextirpatie in verband met recidiverende ontstekingen na adnexitis. Uterus verwijderd met achterlaten van beide adnexa. PA verslag: endometritis chronica, sterke endocervicitis chronica met condylomateuze atypie van de klierbuizen. Geen maligniteit. Geen brieven meer aanwezig, alleen OK en PA verslag. Anamnestisch geen voor- of nagesprek gehad over eventueel verwijderen van uterus bij bepaalde bevindingen. Vernam na operatie dat uterus verwijderd was.

Obstetrische anamnese wensmoeder: P0 + 0

Algemene anamnese draagmoeder: blanco

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr.	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Ame-norrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
24	P 4 + 0	1989	Dochter	A terme	2890	Sp. Aav, thuis
		1990	Dochter	A Terme	2700	Sp. Aav, thuis
		1995	Dochter	A terme	3100	Sp. Aav, thuis
		1996	Dochter	A terme	3480	Sp. Aav, thuis Draagvader daarna gesteriliseerd

IVF behandelingen:

Decapeptyl 0,1 mg per dag en vanaf 3e cyclusdag 300 IE HMG

Nr.	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
24	Juni 1999	-		3	3	2	1	Geen zwangerschap, 1 cryo-embryo (noemen de wensouders 'het ijskonijntje')
			Augustus 1999			0	0	Ontdooiing niet doorstaan
	September 1999 gecancelled							Wegens uitblijvende follikelgroei stimulatie gestaakt op CD 11
	November 1999	-		4	3	2	1	Geen zwangerschap
			December 1999			0	0	Geen zwangerschap
	Maart 2000							Gecancelled ivm slechte synchronisatie wm/dm
	Juli 2000	-		4/3	1	1	0	Geen zwangerschap

Geen zwangerschap, uitbehandeld

Medische gegevens nr. 25 - oncologie

Anamnese wensmoeder:
1994 cervixcarcinoom stadium IB, waarvoor Wertheim operatie is uitgevoerd. Geen postoperatieve radiotherapie geïndiceerd.

Algemene anamnese draagmoeder: blanco

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 25	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
	P 2 + 0	1987	Zoon			Sp. Aav.
		1990	Zoon			Sp Aav. Rhesusproblematiek, baby tweemaal wisseltransfusie ondergaan.

IVF behandelingen:
Bij eventuele zwangerschap frequente ADCC testen nodig.

Nr. 25	Follikel Aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
	* Geen meer in kader van ons onderzoek							Geen IVF behandelingen gehad, wensmoeder heeft zich teruggetrokken in verband met relatieproblemen

Uitbehandeld in 1998, geen zwangerschap opgetreden

Medische gegevens nr. 26 – levensbedreigend ziek indien zwanger

Deze casus wordt uitgebreid besproken om de risico's te illustreren van de groep levensbedreigend ziek, indien zwanger. Argumenten voor en tegen behandeling van deze categorie vindt u in hoofdstuk 11 (Ethiek) van dit proefschrift.

Anamnese wensmoeder:

Uiteindelijk is dit een ingewikkeld steekspel geworden waarin een ethische beschouwing zeer op zijn plaats is. Kort samengevat betreft het hier een mevrouw die op advies van de artsen een medische abortus onderging, omdat ze een levensbedreigende Systemische Lupus Erythematodes had. Nadat deze was uitgevoerd kwam ze bij ons onderzoeksteam met de vraag voor draagmoederschap via haar zusje. Bij onze navraag aan het multidisciplinaire 3e lijnsteam of zij dan wel hormonen mocht hebben voor de IVF stimulatie, kwam uiteindelijk het advies dat zelf zwanger worden minder problemen zou opleveren dan deze stootkuur voor de stimulatie.

Algemene anamnese:

In 1991 zeer ernstige SLE ontdekt: ernstige nefritis, leukopenie, gewrichtsklachten, huidafwijkingen en een mogelijke myocarditis, hypertensie. Prednison en Imuran stootkuren en chronisch gebruik Renitec, vitamine B 1 en Calci Chew. Nierfunctie 25%. In 1992 en 1993 exacerbaties SLE. Nierbiopt bevestigt diagnose SLE met nierpathologie.

Obstetrische anamnese wensmoeder:

In 1997 is er correspondentie in academisch ziekenhuis over adequate anticonceptie. Bij orale anticonceptiva tussentijds bloedverlies. Mirena werd niet geplaatst gezien de korte sondelengte van 5,5 cm. Multiload short aangeraden: niet geplaatst. Bij dat polibezoek al een 'emotioneel gesprek over eiceldonatie met zusje als draagmoeder'. Patiënte verwezen naar obstetricus om uitleg te krijgen over risico's eigen zwangerschap. Anticonceptie op dat moment via condooms.

Preconceptioneel advies obstetricus 1997:
Bij zwangerschap kan SLE verergeren en in het ongunstigste geval leiden tot blijvend nierfunctieverlies. Bij SLE zijn vaker miskramen of vroeggeboortes beschreven en het grootste probleem zal een gesuperponeerde hypertensie kunnen zijn met een toename van de al aanwezig proteïnurie. Obstetricus praat in die brief over draagmoederschap als optie.

Brief 1997 van obstetricus: stuurt folder Freya[63,146] en zegt dat er binnenkort een mogelijkheid in Nederland komt voor draagmoederschap. 'mocht dit echt gaan veranderen dan zal ook ons centrum bereid zijn u te helpen wanneer u met uw zusje een draagmoederschapzwangerschap wil aangaan'.

1x spontaan zwanger ondanks anticonceptie, medische abortus ondergaan 1998

Mevrouw komt met een abortusverzoek, ondanks anticonceptie zwanger geworden en na het advies van obstetrici angstig om zelf een zwangerschap te dragen. Inmiddels was er al via de infertiliteitpoli een procedure tot draagmoederschap in gang gezet.

Hierna wordt mevrouw door hen in 1998 naar ons onderzoeksteam doorverwezen voor draagmoederschap, omdat de Raad van Bestuur geen toestemming geeft deze procedure in dat ziekenhuis uit te voeren.
Verwijzende brief: 'Uiteraard zijn wij in een preconceptioneel advies altijd zeer terughoudend met het ontraden van zwangerschap aan patiënten, omdat wij vinden dat die keuze door de patiënte zelf gemaakt moet worden. Ik kan me echter heel goed verplaatsen in de overwegingen van patiënte dat draagmoederschap eigenlijk voor haar een ideale oplossing zou zijn. Ik hoop dat deze toevoeging het voor jou mogelijk maakt patiënte zonder meer in jullie behandelschema op te nemen.'
Deze brief wordt vergezeld van een verslag van het prenatale onderzoek naar SLE bij het embryo: 'de kans dat uw kind SLE en/of Bechterew en/of scoliose zal krijgen is minder dan 10%. Het is niet mogelijk voor implantatie te onderzoeken of uw kind een van deze aandoeningen zal krijgen. Voor patiënte was dit percentage acceptabel om eigen progenituur te willen.

Traject in ons onderzoek:
Psychologisch interviews: geen contra indicaties

Januari 1999: vraag uit onderzoeksgroep of hormoonbehandeling IVF wel mag bij deze aandoening. Een probleem bij follikelstimulatie bij IVF is dat er zeer hoge oestrogeenspiegels kunnen ontstaan gedurende een periode van twee weken, waarbij het een aantal weken kan duren eer de oestrogeenspiegels weer normale waarden hebben indien een poging moet worden afgelast, b.v. door een ernstige SLE excacerbatie. Advies gevraagd aan nefroloog van verwijzend 3e lijns centrum: 'Ook verhoogde oestrogeenspiegels zijn geassocieerd met een toegenomen risico.'

Stelling onderzoeksgroep: indien beide risico's even groot ingeschat worden, valt hoogtechnologisch draagmoederschap niet te rechtvaardigen, indien echter het risico van een zwangerschap zelf vele malen groter is dan het risico van hoge oestradiolspiegels gedurende een periode van twee weken, kan draagmoederschap worden overwogen.

Februari 1999: antwoord nefroloog: Juiste inschatting risico niet te geven. Conclusie uit deze brief is echter: op basis van de momenteel ter beschikking staande literatuurgegevens lijkt een normale zwangerschap de voorkeur te verdienen boven extreme piekbelasting tijdens IVF stimulatie. (Wechsler B[138], Ben-Chetrit A[7])

Januari 1999: brief wensmoeder aan onderzoeksgroep: 'U kunt zich misschien herinneren dat ik begin 1997 een zwangerschap heb laten onderbreken op aanraden van de gynaecoloog. Als ik nu te horen krijg dat dit eigenlijk niet nodig was geweest zou ik daar heel veel verdriet van hebben. Verder zal ik alle risico met betrekking tot de SLE tijdens de gehele behandeling op mij willen nemen …..'

25 april 1999 brief van onderzoeksgroep naar 3e lijns centrum om multidisciplinaire herbezinning tussen obstetrische en nefrologische disciplines met een gezamenlijke uitspraak. 30 mei 1999: nogmaals een brief om een multidisciplinaire uitspraak

17 juni 1999: brief nefroloog: geen contra-indicaties tegen eigen zwangerschap. Nierfunctie is goed en SLE sinds 1993 rustig. Ovulatie-inductie is een slechtere optie.

27 juni 1999: brief onderzoeksgroep aan wensmoeder: uit correspondentie komt draagmoederschap niet in aanmerking. U wordt binnenkort opgeroepen door uw eigen gynaecoloog voor uitleg.

In ieder geval ziet de wensmoeder van eigen progenituur af na deze verwarring. Zij zal noch zelf, noch via haar zusje het traject tot het krijgen van een eigen kind continueren.

Anamnese draagmoeder:

Algemene anamnese is blanco

Obstetrische anamnese draagmoeder:

12-08-98 sp Aav geboorte van een dochter Julia bij de verloskundige

Medische gegevens nr. 27 – MRK syndroom

Anamnese wensmoeder:

Appendectomie ivm buikpijnklachten: appendix sana. Op dat moment ook geen menstruaties: syndroom van Mayer Rokitansky Küster Hauser vastgesteld op 16e jaar. Veel klachten van bewegingsapparaat, asthma bronchiale.

Algemene anamnese draagmoeder: hartcatheterisatie: lichte valvulaire pulmonalisstenose met klachten over hartkloppingen die blijkens Holterregistratie berusten op sinustachycardieen. Therapie niet geïndiceerd, controle elke 5 jaar, wel endocarditisprofylaxe aanbevolen bij voorkomende ingrepen.

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 27	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
	P 1 + 0	1997	Zoon	41	3200	Sp. Aav. In De Heel Zaans Medisch Centrum in aanwezigheid van wensmoeder . Medische indicatie ivm valvulaire pulmonalisstenose met endocarditisprofylaxe. Uitdrijving 55 minuten, episiotomie gehad in verband met niet vorderende uitdrijving onder Amoxycilline/Gentamycine profylaxe.

Tijdens wachttijd voor draagmoederschap is het syndroom van Ehlers-Danloss type III vastgesteld bij de wensmoeder, is naar anthropogenetica AMC geweest. Autosomaal dominante aandoening, waardoor haar kinderen een kans van 50% hebben om deze aandoening te krijgen, ongeacht of het een jongen of meisje wordt.
Voorlopig heeft zij daarom van draagmoederschap afgezien, in afwachting van het verloop van haar tot nu toe progressieve gewrichtsklachten.

IVF behandelingen:

Nr. 27	Follikel Aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
	* Geen in kader van ons onderzoek							Geen IVF behandelingen gehad, wensmoeder heeft zich teruggetrokken in verband met tijdens procedure geconstateerd syndroom van Ehlers-Danloss type III. (ernstige gewrichtsklachten).

Uitbehandeld in 1998, geen zwangerschap opgetreden

Medische gegevens nr. 28 – IVF groep (niet geïncludeerd)

Anamnese wensmoeder:

Kinderwens vanaf 1991, ongewenste infertiliteit vanaf 1995. Idiopathische factor.
14x IUI, geen van de intra uteriene inseminaties leidden tot een zwangerschap.
Hierna eigen IVF pogingen:
IVF 1, zwangerschap, zeer vroege missed abortion, curettage.
IVF 2, positieve test, doch geen doorgaande zwangerschap
IVF 3, 1995, 12 oocyten, 7 bruikbaar, 2 geplaatst, 5 voor cryo, die echter door technisch defect niet ingevroren konden worden; zwanger, resulterend in een spontane abortus bij 11-12 weken na opname ivm bloedverlies.
Fluxus, Hb 4.4, geen bloedtransfusie gewenst.
Chromosomaal onderzoek wensouders normaal.
IVF 4, geen zwangerschap
IVF 5, 1996: 21 oocyten, 2 embryo's, positieve test, doch geen doorgaande zwangerschap

3x hoogtechnologisch draagmoederschap/IVF in Londen, Engeland: geen een embryo verkregen, geen plaatsingen bij draagmoeder

Algemene anamnese draagmoeder: blanco

Obstetrische anamnese draagmoeder:

Nr. 28	Pariteit voor IVF procedure	Eigen zwanger-schappen	Eigen progenituur	Amenorrhoe duur	gewicht	Geboortemechanisme
	P2 + 0	1991	Zoon	40	3560	Sp.Aav, klinische partus ivm lengte 1.54 cm
		1994	Dochter	39	3450	Sp. Aav. Thuis, verloskundige

IVF behandelingen:

Nr. 28.	Follikel Aspiratie * Geen in kader van ons onderzoek	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop Niet geïncludeerd toen duidelijk werd dat IVF groep niet opgenomen zou worden in het onderzoek, omdat het niet duidelijk is of hier sprake is van maternale of eicelfactor. Exalto, Fox, Geraedts, Pellicer[58,62,66,114]

Vanaf 1998 opnieuw **zelf** IVF bij wensmoeder :
IVF 6: geen zwangerschap
IVF 7: geen zwangerschap
IVF 8: zwanger, **1999, geboorte van zoon, 42 weken, 3200 gram, niet vorderende ontsluiting, sectio caesarea**
IVF 9: tweede zwangerschap: **2001, geboorte van zoon, 39 weken, 4350 gram, primaire sectio caesarea**
Bij de laatste IVF pogingen werden de embryo's vijf dagen doorgekweekt alvorens teruggeplaatst te worden in tegenstelling tot de pogingen vroeger.

Samenvatting: overzicht IVF procedures – 1 (doorgaande zwangerschappen)

Nr.	Follikel aspiratie	Abdominale punctie) nodig	Cryo pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo embryo's over	Afloop
Nr. 1.	Geen* (nog 9 cryo's van voorafgaande IVF procedures van wensmoeder zelf)		Oktober 1998			2	7	Doorgaande eenling graviditeit
Nr. 2.	April 1998 1e poging gestaakt							Onvoldoende folliculaire respons en slechte synchronisatie
	Augustus 1998	Abdominaal, narcose		10	8	2	0	geen
	Oktober 1998	Abdominaal narcose		9/4	4	2	0	Doorgaande eenling graviditeit
Nr. 3.	Februari 1999	-		5/1	1	1	-	Geen doorgaande zwangerschap
	Mei 1999	-		6/5	5	2	3	Doorgaande zwangerschap van aanvankelijk twee hartacties (8 weken), spontaan gereduceerd tot eenling (12 weken)
Nr. 4.	Juni 1999	-		17	13	0	13	Draagmoeder wilde geen hormonen; slechte synchronisatie
			Sept. 1999			2	10	Doorgaande eenling graviditeit
Nr. 5.	Juli 1999	-		6		2	0	Geen zwangerschap
	September 1999	-			9	2	7	Doorgaande eenling graviditeit
Nr. 6.	Oktober 1999	-		18	13	2	0	Doorgaande eenling graviditeit
Nr. 7.	November 1999	-		24/22	10	1	3	Doorgaande eenling graviditeit
Nr. 8.	Mei 1999	-		28/26	17	2	7	geen
			Sept. 1999			0		Geen van de cryo-embryo's doorstond ontdooiprocedure
	November 1999	-		14/12	5	3	0	Doorgaande eenling graviditeit
Nr. 9.	Mei 2000	-		5	4	2	0	Doorgaande eenling graviditeit
Nr. 10	April 2000	-		22	14	2	7	Eenling graviditeit, **missed abortion** opgetreden bij 12 weken amenorrhoe van een foetus met een CRL van 10 weken
			Oktober 2000			1		Slechts een embryo doorstond de ontdooiprocedure. Geen zwangerschap.
	November 2000	-		17	12	2	6	Geen zwangerschap
			December 2000			0		Geen van de cryo-embryo's doorstond ontdooiprocedure
	Maart 2001	-		19	15	2	0	Zwanger. AT november 2001

Tabel IX.1. Gegevens van doorgaande zwangerschappen nr. 1 t/m 10

Overzicht IVF procedures – 2 (geen doorgaande zwangerschappen)

Nr.	Follikel aspiratie	abdominale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
Nr. 11.	Januari 2000							Poging gestaakt in verband met slechte synchronisatie cyclus wens- /draagmoeder
	Februari 2000	Abdominaal narcose		18	14	2	6	Eenling graviditeit, missed abortion opgetreden bij 9 weken amenorrhoe
			Mei 2000			2	0	Geen zwangerschap
	September 2000	Abdominaal narcose		26/24	20	3	0	Geen zwangerschap
	November 2000	Abdominaal narcose		26/19	12	3	0	Geen zwangerschap
Nr. 12.	Maart 2000	Abdo-minaal narcose		4	3 ICSI	2	1	Eenling graviditeit, blijkt echter **vitale extra uteriene graviditeit** waarvoor laparoscopische tubotomie in april 2000, ßHCG 8660
			Septem-ber 2000			1	0	Geen zwangerschap
	Decem-ber 2000	Abdominaal narcose		9/8	7 ICSI	2	0	Slechte synchronisatie met draagmoeder. Geen zwangerschap.
	Maart 2001	Abdominaal narcose		6	1	1	0	Geen zwangerschap
Nr. 13	April 2000	-		8	4	2	0	Geen zwangerschap
	Juli 2000	-			4	2	0	Geen zwangerschap
	December 2000	Abdominaal narcose		19	14	2	4	Geen zwangerschap
			Februari 2001			2		Geen zwangerschap
	Mei 2001	Abdominaal narcose		20	14	2	0	4e poging toegestaan ivm bij poging 1 en 2 alleen vaginaal verrichte aspiraties, terwijl abdominale punctie veel meer en betere oocyten opleverde. Geen zwangerschap, uitbehandeld
r. 14	Mei 2000	-		13	6	2	0	Eindhoven Geen zwangerschap
	September 2000	-		10	4	2	0	Eindhoven Geen zwangerschap
	Januari 2001	-		20/18	13	3	0	Voorburg Geen zwangerschap
	April 2001	-		13/13	10	2	2	Voorburg In onderzoeksteam besloten tot extra (4e) poging ivm wisseling ziekenhuis. **Zwanger van een gemelli graviditeit**. AT december 2001

Overzicht IVF procedures – 3 - (geen doorgaande zwangerschappen)

Nr	Follikel aspiratie	Abdo-minale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo's	Afloop
Nr. 15	nog niet gestart							Cyste ovarium; IVF uitgesteld, eerst evaluatie oncoloog
Nr. 16	December 2000							Poging gestaakt ivm onvoldoende follikelgroei bij wensmoeder
	Maart 2001	-		3	2	2	0	Geen zwangerschap
	Mei 2001	-		5	3	2	0	Geen zwangerschap
	Te ver-wachten juli/aug 2001	-						Bij ter perse gaan van proefschrift nog geen derde poging gehad Zwangerschap?
Nr. 17	Geen meer in kader van ons onderzoek (zie *)	Blijkt postmeno-pauze praecox						**Voorafgaand aan ons onderzoek** is dit paar in 1996 onder behandeling genomen in het A.Z.U., waarbij na Lucrin en forse stimulatie met Metrodin HP tot 4 ampullen 2 oocyten zijn verkregen en een embryo is geplaatst bij de draagmoeder. Dit resulteerde niet in een zwangerschap. Hierna is hoogtechnologisch draagmoederschap afgewezen door de Raad van Bestuur in het A.Z.U., zodat verdere pogingen zijn gestaakt.
Nr. 18	Augustus 1998	-				1	3	Draagmoeder wilde maar een embryo geplaatst, kans 13%: geen zwangerschap
			September 1998			0		Ontdooien 3 cryo embryo's niet gelukt . Draagouders hierna naar Taiwan vertrokken, uitbehandeld
Nr 19	Geen meer in kader van ons onderzoek							In 1997 in A.Z.U. mogelijk al meerdere IVF procedures gehad, maar in ieder geval een in januari 1998. Twee dagen voor plaatsing bij draagmoeder gecancelled (na follikelaspiratie), omdat Raad van Bestuur geen toestemming voor hoogtechnologisch draagmoederschap gaf. De twee embryo's zijn gecryopreserveerd. Daarna zich tot ons gewend. Belt echter in september 1998 af omdat draagmoeder zich terugtrekt in verband met psychische overbelasting door vroegere traumata. Als nieuwe draagmoeder wordt de moeder voorgedragen, is echter 54 jaar en voldoet daarmee niet aan onze inclusiecriteria

Overzicht IVF procedures – 4 - (geen doorgaande zwangerschappen)

Nr.	Follikel aspiratie	Abdo-minale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo - embryo ’s	Afloop
Nr. 20	Juli 1998	-		4	3	2	0	Geen zwangerschap
	November 1998	-		4	4	2	2	Geen zwangerschap
			Maart 1998			1	0	Geen zwangerschap
Nr. 21	Juli 1999	-		2	1	0	1	I.v.m. slechte synchronisatie werd het ene embryo niet geplaatst , maar gecryopreserveerd.
			Augustus 1999					Ontdooiing niet gelukt
	November 1999 gecancelled							Tijdens stimulatie en voor follikelaspiratie trekt de draagmoeder zich terug in verband met privé omstandigheden (nieuwe partner. Geen zwangerschap
Nr. 22	Mei 1999	-		8	1	1	0	Geen zwangerschap
	Juli 1999	-		15	1	1	0	Geen zwangerschap
	December 1999	-		13/5	1 1e keer met ICSI	1	0	Geen zwangerschap
Nr. 23	Juni 1999	-		5	4	3	0	Geen zwangerschap
	September 1999: gecancelled							Stimulatie gestaakt omdat er nauwelijks follikelgroei was bij de wensmoeder, terwijl de draagmoeder al een follikel van 12 mm had
	November 1999	-		5	2	2	0	Geen zwangerschap
	Maart 2000	-		10/9	5	3	0	Geen zwangerschap

Overzicht IVF procedures – 5 - (geen doorgaande zwangerschappen)

Nr.	Follikel aspiratie	abdomi-nale punctie nodig	Cryo - pogingen	Oocyten/ bruikbare oocyten	Fertilisatie	Embryo transfer	Cryo – embryo ’s	Afloop
Nr. 24	Juni 1999	-		3	3	2	1	Geen zwangerschap, 1 cryo-embryo (noemen de wensouders ‘het ijskonijntje’)
			Augustus 1999			0		
	September 1999 gecancelled							Wegens uitblijvende follikelgroei stimulatie gestaakt op CD 11
	November 1999	-		4	3	2	1	Geen zwangerschap
			December 1999			0		Ontdooiing niet doorstaan
	Juli 2000	-		4/3	1	1	0	Geen zwangerschap
Nr. 25	* Geen meer in kader van ons onderzoek							Geen IVF behandelingen gehad, wensmoeder heeft zich teruggetrokken in verband met relatieproblemen
Nr. 26	* Geen in kader van ons onderzoek							Zie uitgebreide casusbespreking nr. 26.
Nr . 27	* Geen in kader van ons onderzoek							Geen IVF behandelingen gehad, wensmoeder heeft zich teruggetrokken in verband met tijdens procedure geconstateerd syndroom van Ehlers-Danloss type III. (ernstige gewrichtsklachten).
Nr. 28	* Geen in kader van ons onderzoek							IVF groep: niet in ons onderzoek opgenomen (exclusiecriterium). Drie hoogtechnologische draag - moederschappogingen in Engeland gehad, niet resulterend in een zwangerschap. Daarna ‘zelf’ tweemaal zwanger geworden via IVF in Nederland

Toelichting uitkomsten

In ons onderzoek zijn daadwerkelijk één of meerdere IVF of cryopogingen verricht bij 22 wensouders. Vijf wensouders vielen ondanks goedkeuring af, één paar werd niet geïncludeerd. Er werden 9 kinderen geboren, waaronder geen meerlingen (eenmaal een spontane reductie van een aanvankelijk bij een echo van 8 weken waargenomen gemelligraviditeit, die bij de echo van 12 weken een eenlinggraviditeit liet zien). Twee vrouwen zijn zwanger ten tijde van het verschijnen van het proefschrift, de a terme data zijn november en december 2001. Eén hiervan is een gemelligraviditeit. Twee zwangerschappen eindigden in een spontane abortus (14%). Dit percentage is normaal voor de Nederlandse populatie. Er trad één extra uteriene graviditeit (7%) op, waarvoor een laparoscopische tubotomie nodig was. Een vrouw is nog onder behandeling, met de laatste IVF poging ten tijde van het ter perse gaan van het proefschrift.

De gemiddelde leeftijd van de wensmoeders was 33,4 (spreiding 26-41jaar) en van de draagmoeders 34,9 (spreiding 28-43 jaar).

De zwangerschappen verliepen ongecompliceerd. Er waren geen vroegtijdige ziekenhuisopnames. De bloeddruk is niet verhoogd ten opzichte van de bloeddruk tijdens de eigen zwangerschap van de draagmoeder. Er werden geen ‘pregnancy induced hypertension: PIH’ - of ‘hemolysis, elevated liver enzymes, low platelete count: HELLP’ syndromen waargenomen. Placenta praevia kwam niet voor.

Er zijn geen partus immaturus of praematurus opgetreden, noch serotiene partus. De gemiddelde zwangerschapsduur was 39 weken (spreiding 37- 40 weken). Wel werden er een aantal electieve inleidingen gedaan op met name dubbele maternale indicatie en om organisatorische redenen. De spanning bij wens- èn draagmoeder liep soms hoog op. Bovendien was het in alle gevallen afgesproken dat zowel de wens- als draagouders op de verloskamer aanwezig waren, terwijl de draagmoeders natuurlijk al allemaal eerder op zijn minst één kind hadden gebaard en de bevalling wel eens snel zou kunnen gaan. De partus verliepen ongecompliceerd, er zijn geen kunstverlossingen als vacuum- of forcipale extractie verricht.

Eenmaal werd een primaire sectio caesarea gedaan bij een draagmoeder, die haar eigen twee kinderen beiden per sectio caesarea had gekregen.

Er zijn geen dysmature kinderen geboren, alle geboren kinderen waren boven de zes pond in gewicht, spreiding van 3090-3840 gram. Er waren geen congenitale afwijkingen bij de geboren kinderen. Deze cijfers steken gunstig af bij de cijfers uit de gewone IVF populatie (Koudstaal)[86,87], maar dat komt voornamelijk omdat er geen meerlingen in ons onderzoek

voorkwamen, terwijl bekend is dat daar juist de zwangerschaps- en partuscomplicaties voorkomen. Er hoefden geen kinderen te worden opgenomen op de couveuseafdeling. Negen kinderen verlieten met de wensmoeder het ziekenhuis, één bevalling vond thuis plaats. Postpartum complicaties deden zich niet voor. Er waren geen totaalrupturen, er werden geen bloedtransfusies gegeven. Neonatale icterus, waarvoor fototherapie nodig was, deed zich niet voor.

Doorgaande zwangerschappen:
11 doorgaande zwangerschappen geboren uit 22 wensouders: **50% kans op een kind per draagmoeder**. Bij het ter perse gaan van het proefschrift zijn 9 baby's in goede gezondheid geboren, twee draagmoeders zijn nog zwanger. Een viertal is nog bezig met de IVF procedure, zodat het percentage kan oplopen naar 55%, afhankelijk of er bij haar nog een zwangerschap optreedt.

Vitale en niet vitale zwangerschappen:
Er traden 14 zwangerschappen op uit 13 wensouders uit de groep van 22 (**64% kans op een zwangerschap per draagmoeder**): 11 doorgaande zwangerschappen, 2 missed abortions (eenmaal van een draagmoeder die later een doorgaande zwangerschap zou krijgen) en 1 extra uteriene graviditeit. Hiervoor werden 35 (29 IVF en 6 cryo) behandelingen uitgevoerd. Een draagmoeder droeg in eerste instantie een tweeling, maar al vroeg trad er een vitale en een niet vitale groei op. Zij is bevallen van een eenling en als zodanig in deze cijfers geteld.

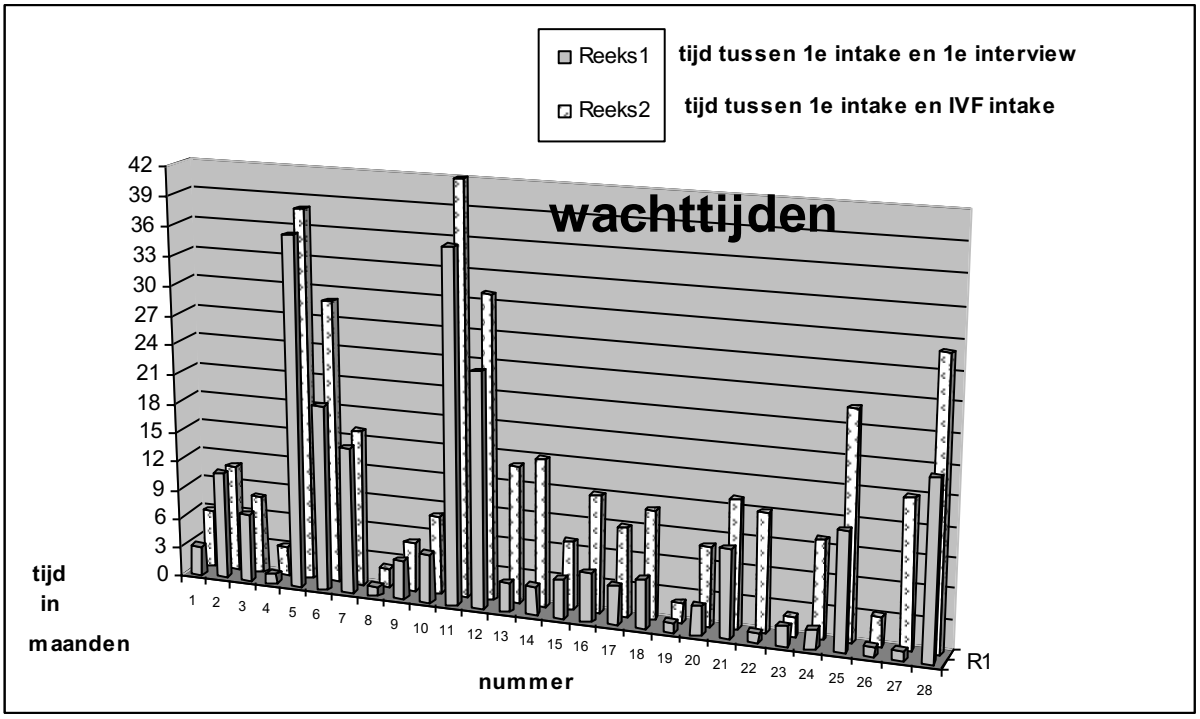
Kans per behandeling:
In de totale groep van 22 vrouwen werden 56 behandelingen uitgevoerd (47 IVF en 9 cryopogingen). Dit resulteerde in 14 zwangerschappen (**25% kans om zwanger te worden per behandeling**) en 9 kinderen geboren en twee nog doorgaand zwanger (**20% kans op een doorgaande zwangerschap per behandeling**).

Aantal behandelingen bij doorgaande zwangerschappen:
Voor de elf doorgaande zwangerschappen waren 21 (18 IVF en 3 cryo) behandelingen nodig.
Zwanger in eerste behandeling: vier draagmoeders (36%)
Zwanger in tweede behandeling: vijf draagmoeders (46%)
Zwanger in vierde behandeling: twee draagmoeders (18%). Dit viertal onderging drie IVF pogingen en een cryopoging met slechts één embryo, hetgeen ook niet resulteerde in een zwangerschap. De laatste IVF poging was succesvol.

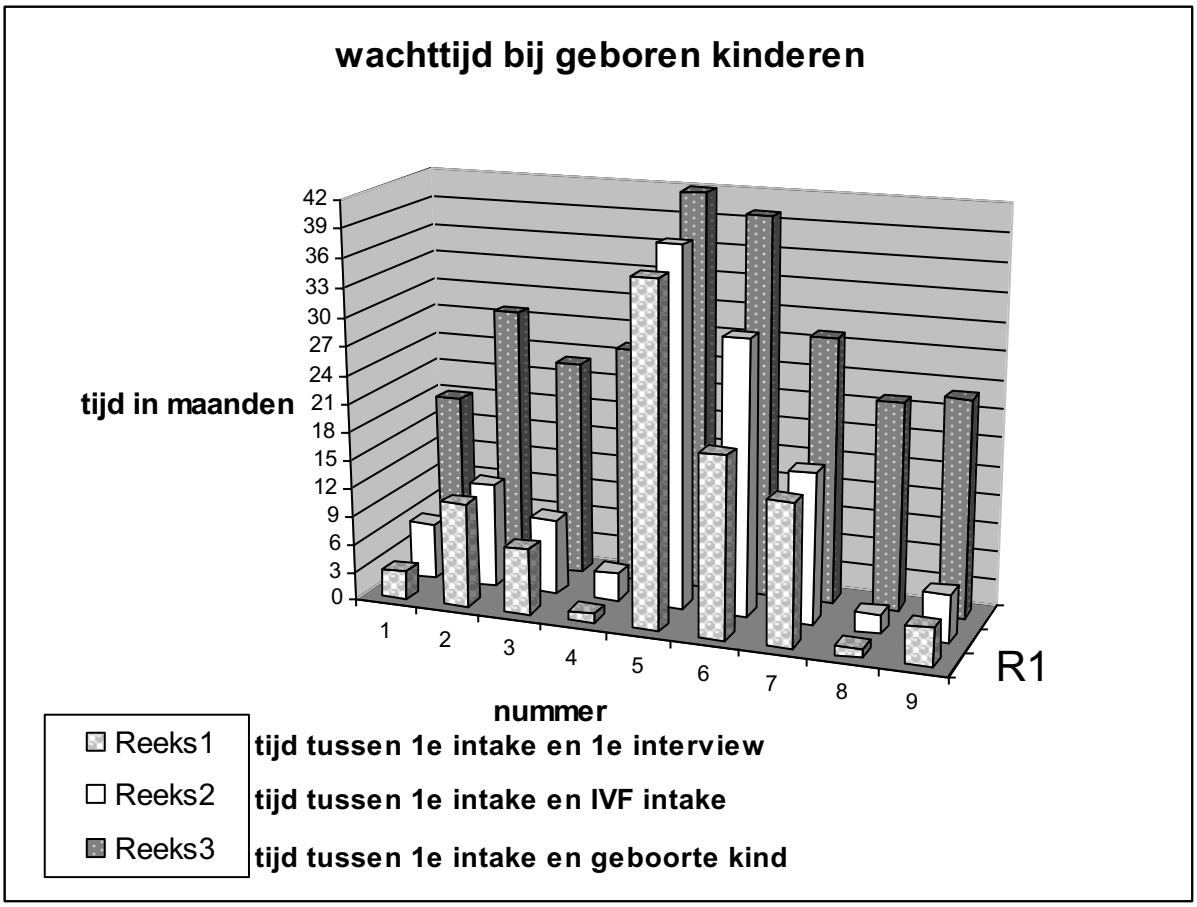
Abdominale IVF puncties
De gebruikelijke manier van follikelaspiratie bij IVF puncties vindt via de vagina plaats. In verband met het verplaatst zijn van ovaria moest dit **10x transabdominaal** onder echogeleiding plaatsvinden onder lichte algehele anesthesie met propofol.

Gestaakte pogingen ivm slechte synchronisatie	**6 x**
Bij ontdooien geen enkel cryo embryo overgebleven	**6 x**
Overgebleven cryo embryo's	**32 van 6 wensouders**

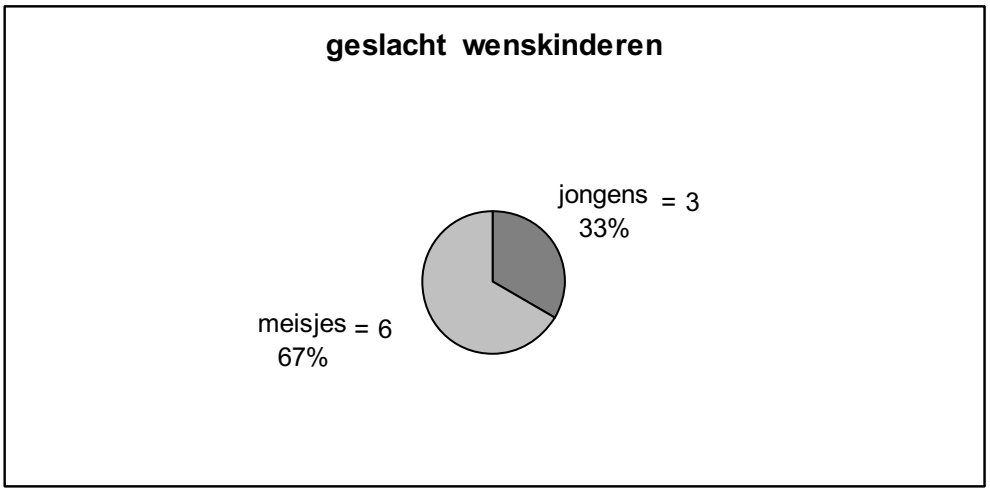
Grafieken



grafiek 8-1 Wachttijden tussen 1e intake en 1e psychologisch interview en tussen 1e intake en IVF intake.



grafiek 8-2 Wachttijden bij de geboren kinderen (drie draagmoeders zijn nog zwanger)



Grafiek 8-3 Geslachtsverdeling (twee draagmoeders zijn nog zwanger)

Complicaties

Er traden geen medische complicaties op.

Problemen

Abdominale puncties

Kenmerken van de verschillende patiëntengroepen.

De indicatie voor hoogtechnologisch draagmoederschap is divers. Patiënten met een voorgaande carcinoombehandeling, met name als daarbij radiotherapie heeft plaatsgevonden, zijn niet te vergelijken met patiënten met een aangeboren afwezigheid van de uterus.

Mayer Rokitansky Küster Hauser syndroom (MRK)

Een belangrijk gegeven bij de puncties is of de patiënten voorafgaand aan de behandeling via pelottes de vagina op voldoende diepte hebben gebracht, dit in het kader van de bereikbaarheid van de ovaria met behulp van transvaginale echografie ten behoeve van follikelmonitoring en transvaginale punctie.

Een patiënte had echografisch onbereikbare ovaria; zij heeft voorafgaande aan de behandeling pelottetherapie gekregen, waarmee na enkele maanden de vagina op voldoende diepte was gekomen, waarna monitoring en punctie probleemloos zijn verlopen.

Carcinoomoperaties

Een kenmerk na carcinoomoperaties is dat de ovaria vaak hoog in de buik tegen de buikwand zijn gefixeerd, dit ten bescherming bij een eventuele nabestraling, waardoor zij buiten het directe bestralingsveld blijven. Voorafgaand aan, en soms tijdens de stimulatie kan het lastig zijn deze ovaria te localiseren en ook de punctie door de buikwand vereist duidelijk grotere expertise, temeer omdat zij vaak direct tegen de lever en/of de nieren gelegen zijn.
Bij het verplaatsen van de ovaria naar de bovenbuik wordt het ligamentum infundibulo-pelvicum tot even boven de linea innominata losgeprepareerd, nadat het ligamentum ovarium proprium samen met de tuba is gekliefd. Lateraal van het coecum (rechts) of van het colon descendens (links) wordt het peritoneum van de paracolische goot ondermijnd tot vlak onder de onderste rib. Aldaar wordt het peritoneum geperforeerd. Het ovarium wordt nu via deze 'tunnel' retroperitoneaal omhoog gebracht en via de perforatie terug naar de buikholte. Aldaar wordt het met twee niet resorbeerbare hechtingen of met staplers aan de laterale buikwand vastgehecht.

Adviezen aan oncologen

Met het oog op latere puncties is het van belang dat het ovarium lateraal wordt gefixeerd, anders is het voor een punctie niet of moeilijk te bereiken. Om een goede ovariumfunctie te verzekeren, moet de gynaecoloog erop letten dat het ligamentum infundibulo pelvicum niet om zijn lengte-as is gedraaid en zich daardoor bij het omslagpunt afknelt. Om het ovarium makkelijk zichtbaar te maken op röntgenfoto's worden er twee haemoclips bij de onderpool geplaatst.
Indien de oncoloog een dusdanige techniek gebruikt waarbij hij/ zij gebruik maakt van veel haemostatische clipjes in het abdomen, dan is dit hulpmiddel onbruikbaar. Het zou aan te raden zijn in dat geval voor de ovaria zelf speciaal röntgenologisch (afwijkend) herkenbare clipjes te plaatsen.

Het voordeel van deze procedure is dat een bestralingscastratie wordt voorkomen en dat zowel de eigen hormoonproductie als de eigen eicelreserve veilig gesteld wordt.

Er zijn echter ook nadelen. Een transabdominale punctie was bij sommigen nodig, wat in een aantal gevallen problematisch bleek te zijn. Deze ingrepen geschieden onder lichte algehele narcose met propofol. Niet alle ovaria konden worden bereikt met de punctie, vanwege verplaatsing te ver van de buikwand af. Daarnaast impliceert deze verplaatsing dat het altijd

nodig is een abdominale punctie te verrichten om follikels te kunnen aspireren. In de praktijk is gebleken dat niet altijd alle IVF klinieken hier ervaring in hebben
Bovendien kan de bloedvatvoorziening zodanig gestoord worden bij verhangen/clippen, dat de ovaria minder goed functioneren met als gevolg slechtere ovulaties, cystevorming en toch een vervroegde menopauze.

Indien in de toekomst blijkt dat er veel problemen optreden bij de abdominale benadering, zou nog overwogen kunnen worden bij vrouwen met kinderwens de Wertheimoperatie in twee tempi uit te voeren: eerst de lymfadenectomie en dan de totaalextirpatie. Als de klieren tumorvrij zijn, is verplaatsing van de ovaria waarschijnlijk niet nodig. Gevolg is wel dat er een tweede operatie na tenminste twee weken moet volgen, waarin het vervolg van de Wertheimoperatie wordt uitgevoerd. Op dit moment lijkt deze extra ingreep nog niet geïndiceerd: in ons onderzoek viel niemand uit vanwege het niet verkrijgen van oöcyten, hoewel de abdominale techniek soms erg lastig bleek te zijn.

Een andere optie kan zijn de ovaria niet meer in de bovenbuik op te hangen bij kankerpatiënten die in de fertiele leeftijd zijn (bij de huidige eisen < 40 jaar oud zijn) en nog geen voltooid gezin hebben. Uiteraard geldt deze aanbeveling uitsluitend voor patiënten die niet nabestraald hoeven te worden of bij wie de kans op nabestraling gering is. We denken dan aan patiënten met een cervixtumor < 2 cm en het afwezig zijn van vaso-invasie bij de biopten. Indien nabestraling onverhoopt tòch nog nodig zou blijken te zijn, kunnen de twee ovaria na de eerste operatie alsnog laparoscopisch in de bovenbuik bevestigd worden, om zo het risico van een vervroegde menopauze door nabestraling te verminderen. Deze afweging van een fertiliteitbevorderende handeling versus een eventuele extra operatieve ingreep dient voor de operatie met de patiënte besproken te worden.
In de toekomst is het invriezen van ovaria of oöcyten misschien eveneens een optie. Zeer recent werd met succes een stukje ingevroren ovariumweefsel bij een patiënte teruggeplaatst[92].

Synchronisatie en hormoonstimulatieschema's IVF

MRK patiënten zijn over het algemeen goed stimuleerbaar. De eicelopbrengst is beter dan die van de andere groepen. Na carcinoomoperaties kunnen de eicelopbrengsten na follikelstimulatie en de eicelkwaliteit teleurstellend zijn door gestoorde bloedvatvoorziening van de ovaria na de operatie, nog onafhankelijk van het feit of er ook nog strooistraling is geweest bij eventuele nabestraling.

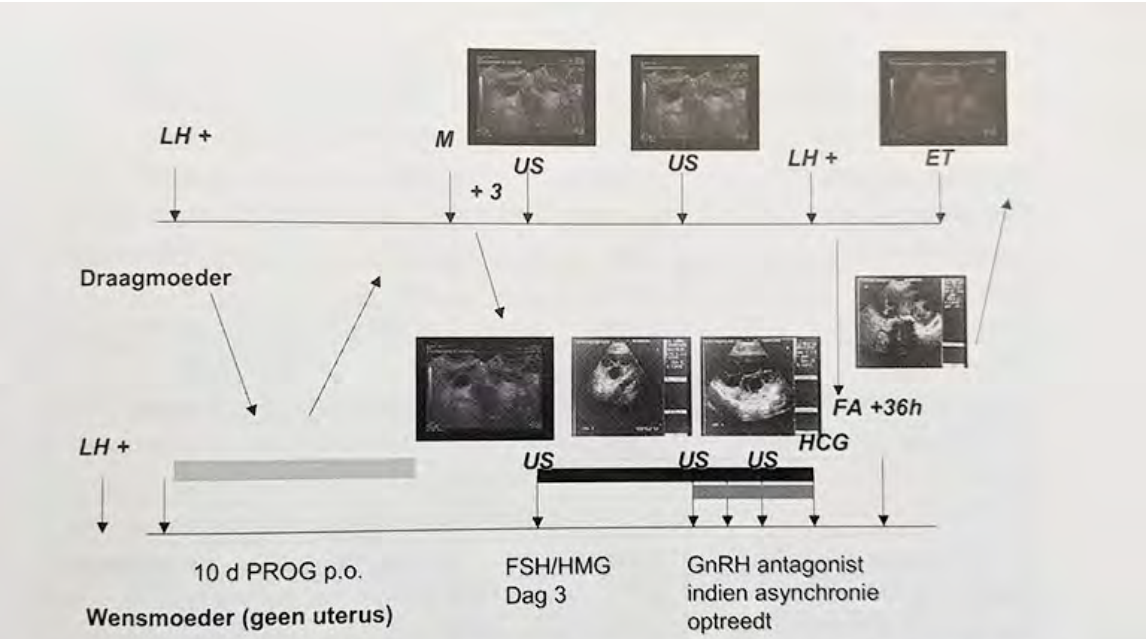
In de literatuur zijn een aantal artikelen waarin deze problemen worden belicht (Ben-Rafael, Beski, Brinsden, Corson, Goldfarb, Jansen, Westergaard)[8,9,13,20,68,76,140]

Er zijn diverse invalshoeken en mogelijkheden voor stimulatieschema's bij hoogtechnologisch draagmoederschap.
Eén daarvan is het stilleggen van de cyclus van zowel de wensmoeder als de draagmoeder via GnRH agonisten en vervolgens de follikelstimulatie bij de wensmoeder, tegelijkertijd met hormonale substitutie van de draagmoeder[9,20,68].
Het nadeel van deze aanpak is dat de draagmoeder hierbij een niet te verwaarlozen medicaliserende belasting ondergaat, terwijl het voordeel voor de arts is dat het de meest makkelijke en praktische aanpak is. Deze aanpak is misschien meer verdedigbaar in geval van commercieel draagmoederschap, omdat de draagmoeder dan immers voor deze belasting financieel gecompenseerd wordt, doch blijkt bij ideëel draagmoederschap op forse weerstanden bij een aantal draagmoeders te stuiten. Zij zijn vaak wel bereid tot het uitdragen van een zwangerschap, maar niet om daarvoor een hormonale voorbehandeling te ondergaan.
Een tweede mogelijkheid is follikelstimulatie van de wensmoeder en na GnRH desensitisatie vanaf halverwege de luteale fase het cryopreserveren van alle embryo's na de punctie[8,13]. Deze embryo's kunnen dan worden ontdooid op geleide van het natuurlijke ovulatietijdstip van de draagmoeder en enkele dagen na de ovulatie worden teruggeplaatst. Hoewel dit schema meer tegemoet komt aan bovenstaande bezwaren is een groot probleem dat cryopreservatie als zodanig de kansen sterk verkleint: ongeveer de helft van alle morfologisch fraaie embryo's overleven het invriesproces niet en kunnen niet meer worden 'terug'geplaatst.
Wij hebben in ons onderzoek een niet eerder beschreven mogelijkheid te baat genomen. Het uitgangspunt hiervan is dat de natuurlijke cyclus van de draagmoeder functioneert als 'sjabloon' voor de stimulatiecyclus van de wensmoeder. Deze mogelijkheid is ontstaan als gevolg van de introductie van GnRH **anta**gonisten, waarmee zelfs op het laatste moment de ovulatie kan worden uitgesteld.

In principe dient eerst de cyclus van de wensmoeder en die van de draagmoeder te worden gesynchroniseerd. Dit kan via LH piekbepalingen in de urine van beiden. Via toediening van progestativa kan vervolgens de (meestal virtuele) menstruatie van de wensmoeder worden aangepast aan de natuurlijke menstruatie van de toekomstige draagmoeder. Vervolgens kan op cyclusdag 3 van de draagmoeder worden begonnen met de follikelstimulatie bij de wensmoeder. Omdat - zonder het gebruik van GnRH agonisten - de follikelpunctie meestal enkele dagen voor de normale natuurlijke ovulatie plaatsvindt en omdat als gevolg van de

psychologische spanning van de gebeurtenis de ovulatie van de draagmoeder soms enkele dagen later plaatsvindt, kan vervolgens de endogene LH piek worden uitgesteld via het simultaan gebruik van GnRH **anta**gonisten. Het moment van de endogene LH piek van de draagmoeder is vervolgens het signaal tot het toedienen van hCG bij de wensmoeder. De punctie vindt vervolgens 36 uur later plaats, waarna de gebruikelijke IVF procedure wordt verricht met semen van de wensvader, en waarna 2 tot 5 dagen later de plaatsing bij de draagmoeder wordt uitgevoerd.

Het voordeel van dit schema is dat de draagmoeder in principe gevrijwaard blijft van hormonale behandeling.



Voorbeeld van een monitoring schema voor draagmoeder en gecontroleerde hyperstimulatie van de wensmoeder. Het voordeel van dit schema is dat de draagmoeder in principe verstoken blijft van hormonale behandeling.

Een ander kenmerk is dat er een aantal draagmoeders bereid was een eenling te dragen, maar onder geen beding – met acceptatie van de natuurlijke kans - een verhoogd risico op een tweeling wilden accepteren. In dat geval werd slechts één embryo teruggeplaatst.

Bovenstaande mogelijkheden werden tevoren met de vier betrokkenen (wensmoeder, draagmoeder en beide partners) besproken, met vermelding van kenmerken en bezwaren. Gedurende de onderzoeksperiode werd hetzij gebruik gemaakt van een standaard schema via GnRH agonisten, hetzij van bovenvermeld schema met antagonisten. Voor de keuze van het schema was mede de voorkeur van de patiënt als die van de clinicus bepalend.

Vergelijking van de stimulaties met GnRH agonisten en GnRH antagonisten

Deze vorm van stimuleren werd alleen in Voorburg uitgevoerd (Jansen[76]). Negentien van de tweeëntwintig wens- en draagouders werden in de Reinier de Graafgroep, locatie Diakonessenhuis Voorburg, behandeld (Website[147]). Drie wens- en draagouders ondergingen de gehele behandeling elders onder de paraplu van ons onderzoek (Tilburg, Leiden, Groningen).

Schema Reinier de Graafgroep	GnRH agonist	GnRH antagonist	Over all
Patiënten	8	12 (1 overlap)	19
Gestarte cycli (patiënten)	17 (8)	20(12)	37 (19)
Cancellations	2	1	3
Puncties (patiënten)	15 (8)	19 (11)	34 (18)
Eicellen (mean)	131 (8.8)	310 (16.3)	441 (12.9)
Embryo's (fertility rate %)	55 (42 %)	208 (67%)	263 (60%)
Embryo transfers	14	18	32
Embryo's getransfereerd (gemiddeld)	26 (1.7)	36 (2.0)	62 (1.9)
Klinisch zwanger (%/Cy en ET)	4 (24 %,29%)	9 (45 %, 50%)	13 (35%, 41 %)
Abortus	1	2*	2*
EUG	0	1	1
Doorgaand zwanger (%Cy en ET)	3 (18 %, 21 %)	6 (30%, 33 %)	9 (24 %, 28%)
Eenling	2	5	7
Tweelingen	1	1	2
Implantation rate	19 %	28 %	24%

Tabel 8-1: resultaten hoogtechnologisch draagmoederschap, uitgesplitst naar het follikelstimulatie-schema. Een patiënt kwam in beide groepen voor. De implantation rate is gedefinieerd als het aantal vruchtzakken als percentage van het totaal aantal teruggeplaatste embryo's.
* een van deze twee abortussen was een aanvankelijke gemelligraviditeit, waarvan het in de achtste zwangerschapsweek al duidelijk was dat het hier een niet vitale en een vitale groei van een embryo betrof. In de cijfers is deze zwangerschap als eenling geteld. Daarnaast traden er nog twee abortussen op bij draagmoeders die een eenlinggraviditeit hadden.

De overall resultaten van beide schema's waren niet significant verschillend, maar tonen een positieve trend ten gunste van de GnRH antagonisten. Het nadeel daarvan is echter het feit dat het schema vrij ingewikkeld is en duidelijk vatbaarder voor vergissingen. Het kan dan ook uitsluitend uitgevoerd worden in een team waarin alle leden goed op elkaar zijn ingespeeld of als alles in een hand gehouden wordt.

Psychologische belasting

Natuurlijk traden er ook de gebruikelijke problemen op die voor alle vrouwen in Nederland gelden die een IVF procedure ondergaan, kunnen meespelen: problemen om artsen in het weekend te pakken te krijgen bij onzekerheid over stimulatieschema of medicatie. Wat de gemoederen ook flink doet verhitten zijn de gebruikelijke afzeggingen van puncties door bijvoorbeeld vakantie of afwezigheid van de artsen, zeker als het om speciale technieken als abdominale puncties gaat. In het kader van dit proefschrift wordt op deze gevolgen niet ingegaan, daarover is genoeg bekend uit de gezamenlijke IVF literatuur.

Genetische expressie MRK syndroom

De vrees dat bij deze vorm van voortplanting bij het Mayer Rokitansky Küster syndroom aan de kinderen een gen wordt doorgegeven waardoor de meisjes onvruchtbaar zouden zijn, blijkt

ongegrond. In een artikel van Petrozzo[115] wordt beschreven dat het MRK syndroom geen genetisch oorsprong lijkt te hebben.

Lactatie

In ons onderzoek is het geven van borstvoeding via het protocol niet succesvol gebleken.
60% van de wensmoeders is direct met het geven van flesvoeding begonnen, 40% heeft een poging gedaan tot het volgen van het protocol. Al snel (enkele dagen tot een maximum van drie weken) moest er wegens gebrek aan moedermelk door allen worden gestopt en over-gegaan op flesvoeding.
Eén wenskind kreeg een zeer speciale oplossing aangeboden: na het mislukken van het geven van borstvoeding door de wensmoeder (na één week gestopt) heeft de draagmoeder elke dag haar borstvoeding afgekolfd. De betrokken wens- en draagmoeder (zusjes) wonen dicht bij elkaar en iedere dag bracht de draagmoeder de voorraad borstvoeding in flesjes langs. Dit hebben ze een half jaar volgehouden, daarna is overgegaan op de gebruikelijke babyvoeding.

Voor het versterken van de moeder - kindbinding zou het geven van borstvoeding goed kunnen zijn. Bij adoptiekinderen wordt dit ook toegepast. Bij hoogtechnologisch draagmoederschap zou op psychologische gronden gedacht moeten worden aan:

- Lactatieremming voor de draagmoeder
- Lactatiestimulering voor de wensmoeder

Lactatieremming voor de draagmoeder

Hiervoor staan de gebruikelijke middelen ter beschikking als:
Cabergoline, Dostinex® 0,5 mg (dopaminereceptor agonist). Lactatieremming door middel van 2 tabletten tegelijkertijd op de eerste dag post partum. Bij onvoldoende remming kan deze dosis tenminste 48 uur na de eerste toediening herhaald worden. Contra-indicaties: overgevoeligheid voor ergot/alkaloïden. Ernstige pre-eclampsie en postpartale hypertensie.
Alternatief:
Bromocriptine, Parlodel® 2,5 mg. Lactatieremming door middel van tweemaal daags 2,5 mg gedurende 2-3 weken.
Beide middelen hebben als frequent voorkomende bijwerking hypotensie met de daarbij gepaard gaande duizeligheid. Innemen voor vlak voor het slapen gaan lijkt daarom een goede methode.
Opbinden met strakke B.H., de klassieke methode.

Lactatiestimulering voor de wensmoeder

Twee tot vier weken voor de uitgerekende datum moet het lichaam voorbereid worden op het geven van borstvoeding. Dit geschiedt zowel met medicatie als met kolven.

Medicatie

De medicijnen die gebruikt dienen te worden zijn Metoclopramide en Oxytocine neusspray.
In het Farmacotherapeutisch Kompas wordt deze indicatie tot lactatiestimulering niet vermeld. Het zou zelfs een contra-indicatie zijn bij het geven van borstvoeding, maar dan betreft dit het gebruik voor andere indicaties en hogere doseringen. In vele Engelstalige boeken over lactatie boeken wordt het middel vermeld, zelfs als middel van eerste keus (Lawrence, Riordan, Sousa, WHO[88,120,130,144]). Het door ons gebruikte lactatieprotocol (Waagmeester[136]) is samengesteld op basis van adviezen uit bovengenoemde literatuur.

Metoclopramide, Primperan® verhoogt het prolactine gehalte in het bloed. Adviesdosering is 14 dagen 3 dd 10 mg voor de uitgerekende datum, en op moment van geboorte opnieuw een kuur van 7 tot 10 dagen 3 dd 10 mg.
Oxytocine, Syntocinon® neusspray zorgt voor de toeschietreflex. Dit dient te worden gebruikt als de baby aangelegd wordt, ongeveer 2-5 minuten voor de voeding in elk neusgat 1 spray.

Kolfinstructie

Een elektrische kolfmachine heeft meer effect op de melkproductie dan een handkolf. Een dubbele kolfset heeft als voordeel dat het de a.s. wensmoeder tijd scheelt.
De wensmoeder begint met een aantal keren per dag te kolven en per dag de sessie te verhogen met een aantal minuten tot ze 10-15 minuten per keer kolft. Daarna wordt het aantal sessies per dag verhoogd tot er om de drie uur gekolfd kan worden. ’s Nachts kolven is niet noodzakelijk.

Voorgesteld kolfschema:

Dag 1:	3 dd 3 min.
Dag 2:	3 dd 4 min.
Dag 3:	3 dd 5 min.
Dag 4:	3 dd 6 min.
Dag 5:	3 dd 7 min.
Dag 6:	3 dd 8 min.
Dag 7:	3 dd 9 min.
Dag 8:	3 dd 11 min.
Dag 9:	3 dd 13 min.
Dag 10:	3 dd 15 min.
Dag 11:	3 dd 15 min.
Dag 12:	4 dd 15 min.
Dag 13:	4 dd 15 min.
Dag 14:	4 dd 15 min.
Dag 15:	5 dd 15 min.
Dag 16:	5 dd 15 min.
Dag 17:	5 dd 15 min.
Dag 18:	6 dd 15 min.
Dag 19:	6 dd 15 min.
Dag 20:	6 dd 15 min.

Met 6 dd 15 minuten doorgaan totdat de baby geboren is.

Benodigdheden

De medicatie wordt op recept voorgeschreven.
De dubbele afkolfset en eventueel een borstvoedingsondersteuningsset (B.O.S.) kunnen worden gehaald bij de thuiszorgwinkel of via een lactatiedeskundige in de omgeving van de wensmoeder. Het adres kan in de Gouden Gids onder lactatiedeskundige worden opgezocht.

- Secretariaat van de Nederlandse Vereniging van Lactatiekundigen, Postbus 5243, 2701 GE Zoetermeer, telefoon 079 – 3213693
- La leche league Nederland, Postbus 212, 4300 AE Zierikzee, telefoon 0111-413189

9. Psychologische aspecten, deel II: De invloed van de draagmoederschapprocedure op de wens- en draagouders

9.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal in hoeverre de procedure rond het hoogtechnologisch draagmoederschap invloed uitoefent op wens- en draagouders in psychosociaal opzicht. Gezien de verwachte mentale belasting - er is sprake van een experimentele behandeling met veel procedurele onzekerheden, hoge verwachtingen, een hoge mate van afhankelijkheid, een moeilijk te overzien tijdsbeloop en een niet te voorspellen afloop - is evaluatie in termen van 'output', in casu wel/geen kind volstrekt ontoereikend.

9.2 Methode

Design

De invloed van de draagmoederschapprocedure op zowel de wens- als draagouders is getest op twee manieren:

- met behulp van een voor- en nameting zijn de veranderingen ten gevolge van de behandeling met hoogtechnologisch draagmoederschap in kaart gebracht;
- met behulp van semi-gestructureerde telefonische interviews zijn de ervaringen met een aantal centrale thema's rond hoogtechnologisch draagmoederschap geïnventariseerd.

Procedure

Opnieuw zijn alle vragenlijsten, d.w.z. dezelfde set die aan het begin van het onderzoek ook was afgenomen (NPV, SCL-90, MMQ, hoofdstuk 7) aangeboden aan de wens- en draagouders. Deze lijsten zijn vergeleken met de metingen vóór de procedure. Daarnaast zijn er analyses gemaakt tussen stellen waar een baby geboren is en stellen waar de procedure niet heeft geleid tot de geboorte van een wenskind. Tevens zijn afloop van de behandelingsprocedure telefonisch interviews gehouden. Centraal in het interview stonden thema's als: (on)tevredenheid met procedure als geheel, meest positieve ervaring, meest negatieve ervaring etc. Deze uitkomsten worden vermeld in paragraaf 9.8.

9.3 Statistiek: Gebruik T test, Wilcoxon test, Mann Whitney test bij analyse van effect van behandeling en mediërend effect door het al dan niet krijgen van een wenskind.

- De Wilcoxon signed Ranks Test is gebruikt om de categorieën wensmoeders, wensvaders, draagmoeders en draagvaders te vergelijken vóór en na de draagmoederschapprocedure. Deze test is gekozen omdat de variabelen niet helemaal normaal verdeeld zijn en de N relatief klein is. De Wilcoxon toets is strenger dan de T toets en vindt verschillend tussen groepen minder snel. Als er dus verschillen zijn, zijn ze opvallender dan in de gepaarde T toets. Er is niet gekozen voor de meer voor de hand liggende Anova toets, omdat de Wilcoxon test gezien het relatief kleine aantal deelnemers de testuitslag betrouwbaarder maakt.
- De gepaarde T Toets is gebruikt om de gehele groep van wens- en draagouders te vergelijken vóór en na de draagmoederschapprocedure. Deze test vergelijkt het gemiddelde van een variabele op twee tijdstippen (before – after design).
- De Mann Whitney test U test, een niet-parametrische toets die uitgevoerd wordt als niet aan alle vooronderstellingen voor een T toets is voldaan. Bijvoorbeeld bij de de voor- en nameting van moeders met of zonder baby is het aantal te klein om via een T toets geanalyseerd te kunnen worden en is deze toets gebruikt.

9.4 Resultaten

Respons na interview lijsten:

28			Vragenlijsten van wensmoeders en wensvaders
	NPV en SCL 23	MMQ 21	Vragenlijsten van draagmoeders
		21	Vragenlijsten van draagvaders (2 van deze draagmoeders hadden geen partner)

Tabel 9.1 : Aantal te verwachten vragenlijsten (1 set = NPV, SCL-90 en MMQ lijsten):

28 wensmoeders, te verwachten na interview lijsten: 28
Ontvangen van 25 wensmoeders
Uitval: 2 geen respons, 1 wel gesproken, is verhuisd naar Scandinavië, respons 89%

28 wensvaders, te verwachten na interviewlijsten: 28
Ontvangen van 25 wensvaders
Uitval: 3 geen respons, respons 89%

28 draagmoeders, waarvan 4 draagmoeders in ons onderzoek om uiteenlopende redenen geen IVF poging hebben gehad (zie hoofdstuk 8 Medisch). Zij hebben geen lijsten gekregen. Een draagouderpaar is verhuisd naar Taiwan: niet gestuurd. Te verwachten na interview lijsten: 23.
Ontvangen van 20 draagmoeders
Uitval: 3 geen respons, respons 87%

25 draagvaders (3 draagmoeders hadden geen partner), van wie bij 3 hun vrouw in ons onderzoek om uiteenlopende redenen geen IVF poging heeft gehad (zie hoofdstuk 8 Medisch). Een draagouderpaar verhuisd naar Taiwan: niet gestuurd, te verwachten na interview lijsten: 21.
Ontvangen van 18 draagvaders.
Uitval: 3 geen respons, respons 86%

9.5 Uitkomsten NPV : voor- en nameting wensmoeders en wensvaders

Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst

Ned.Persoonlijkh.lijst Wilcoxon test	voor-meting	sd	na-meting	sd	normpopulatie waarden	sd
Wensmoeders n = 22						
Inadequatie	8.0	4.4	8.3	6.8	10.1	9.5
Sociale inadequatie	6.4	6.1	5.3	5.4*	9.5	6.8
Rigiditeit	21.8	5.5	20.4	5.0*	27.2	7.8
Verongelijktheid	12.0	5.7	11.4	5.1	18.2	7.1 ♀
Zelfgenoegzaamheid	7.8	3.0	7.1	3.4	11.2	5.4
Dominantie	15.4	7.9	14.6	6.0	15.6	5.5
Zelfwaardering	29.3	5.2	29.5	5.4	28.0	6.1
Wensvaders n = 22						
Inadequatie	6.8	4.9	4.9	3.4*	13.9	9.5
Sociale inadequatie	6.7	6.0	5.1	4.9	12.3	6.8
Rigiditeit	22.2	7.4	20.6	6.3	27.2	7.8
Verongelijktheid	14.3	6.3	13.6	6.3	18.2	7.1 ♂
Zelfgenoegzaamheid	9.5	3.9	8.6	4.5	11.2	5.4
Dominantie	19.1	6.3	17.4	6.4	11.9	5.5
Zelfwaardering	31.2	4.7	32.3	4.3*	28.0	6.1

Tabel 9.2. Gescoord via de Wilcoxon test (vóór versus nameting als categorie); * significant p < 0,05

Uitkomsten NPV : voor- en nameting draagmoeders en draagvaders

NPV **Wilcoxon test**	voor- meting	sd	na- meting	sd	normpopulatie waarden	sd
Draagmoeders n = 17						
Inadequatie	8.7	6.3	6.6	4.0	10.1	9.5
Sociale inadequatie	8.4	7.3	5.7	4.2	9.5	6.8
Rigiditeit	20.9	5.6	23.4	6.1	27.2	7.8
Verongelijktheid	13.5	6.4	13.6	6.2	18.2	7.1
Zelfgenoegzaamheid	8.8	3.7	8.8	4.0	11.2	5.4
Dominantie	13.0	5.3	14.6	6.4	15.6	5.5
Zelfwaardering	30.4	6.3	30.6	6.0	28.0	6.1
Draagvaders n = 17						
Inadequatie	5.0	4.3	3.8	2.8	13.9	9.5
Sociale inadequatie	4.9	5.2	4.1	4.9	12.3	6.8
Rigiditeit	20.1	7.3	20.7	7.0	27.2	7.8
Verongelijktheid	12.1	7.2	9.0	6.8*	18.2	7.1
Zelfgenoegzaamheid	9.6	4.0	8.2	4.5	11.2	5.4
Dominantie	16.6	4/7	16.8	4.8	11.9	5.5
Zelfwaardering	31.1	4.4	32.5	3.9	28.0	6.1

Tabel 9.3 Gescoord via de Wilcoxon test (vóór versus nameting als categorie); * significant $p < 0,05$

Uitkomsten NPV : voor- en nameting van de gehele groep tezamen
Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst

NPV N = 75 Gepaarde T test	voormeting	**sd**	nameting	**sd**	norm populatie	sd
Gehele groep wm/wv/dm/dv						
Inadequatie	6.8	4.4	6.0	4.9	13.9	9.5
Sociale inadequatie	6.3	5.9	5.1	4.9 *	12.3	6.8
Rigiditeit	21.9	6.5	21.0	6.1	27.2	7.8
Verongelijktheid	12.0	5.6	11.8	6.3	18.2	7.1
Zelfgenoegzaamheid	8.6	3.4	8.0	4.2	11.2	5.4
Dominantie	16.3	6.3	16.1	5.9	11.9	5.5
Zelfwaardering	30.2	5.6	31.1	5.1 *	28.0	6.1

Tabel 9.4 Gescoord via de gepaarde T Test (vóór versus nameting als groep); * significant $p < 0,05$

Uitkomsten Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst als nameting voor de wensmoeders en wensvaders die wel of geen baby kregen via de draagmoeder

NPV	nameting MET baby				nameting ZONDER baby				normpopulatie			
Mann Whitney test	**wens** moeders	sd	**wens-** vaders	sd	**wens-** moeders	sd	**wens-** vaders	sd	♂	sd	♀	sd
Inadequatie	4.0 *	4.2	3.9	4.1	10.3	6.9	5.3	3.2	10.1	9.5	13.9	9.5
Sociale inadequatie	5.9	4.1	4.3	5.9	5.0	5.9	5.5	4.5	9.5	6.8	12.3	6.8
Rigiditeit	19.6	1.9	21.7	5.7	20.8	5.9	20.1	6.6	27.2	7.8	27.3	7.8
Verongelijktheid	10.9	4.7	14.1	9.0	11.7	5.4	13.4	5.0	18.2	7.1	18.2	7.1
Zelfgenoegzaamheid	9.1	2.7	7.6	5.1	6.1	3.3	9.1	4.2	11.2	5.4	11.2	5.4
Dominantie	11.7	4.6	21.3 *	4.8	16.0	6.2	15.5	6.3	15.6	5.5	11.9	5.5
Zelfwaardering	30.7	4.6	33.9	3.3	28.9	5.8	31.5	4.6	28.0	6.1	28.0	6.1

Tabel 9.5 nameting voor de wensmoeders en wensvaders die wel of geen baby kregen via de draagmoeder; * significant p<0.05

Uitkomsten Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst als nameting voor de draagmoeders en draagvaders die wel of geen baby voor de wensouders

NPV	**nameting MET baby**				**nameting ZONDER baby**				**normpopulatie**			
Mann Whitney test	draag- moeders	sd	draag- vaders	sd	draag- moeders	sd	draag- vaders	sd	♂	sd	♀	sd
Inadequatie	7.4	4.1	2.8	1.9	5.4	3.8	5.1	3.0	10.1	9.5	13.9	9.5
Sociale inadequatie	5.7	3.7	2.3*	4.1	5.7	5.1	5.8	5.2	9.5	6.8	12.3	6.8
Rigiditeit	25.9	6.1	19.1	5.4	20.3	5.0	22.1	8.3	27.2	7.8	27.3	7.8
Verongelijktheid	14.4	7.9	5.8	3.6	12.4	3.5	11.9	7.8	18.2	7.1	18.2	7.1
Zelfgenoegzaamheid	9.3	4.2	6.8	4.1	8.0	4.0	9.4	4.7	11.2	5.4	11.2	5.4
Dominantie	15.7	6.8	15.9	2.0	13.1	5.9	17.6	6.4	15.6	5.5	11.9	5.5
Zelfwaardering	31.2	3.6	33.0	3.6	29.7	8.4	32.1	4.3	28.0	6.1	28.0	6.1

Tabel 9.6 nameting voor de draagmoeders en draagvaders die wel of geen baby voor de wensouders; * significant p < 0,05

Toelichting uitkomsten NPV vragenlijsten

Uit de data blijkt na statistische bewerking dat:

Tabel 9.2. Al voor de procedure scoorden **wensmoeders** al hoger scoorden dan de normpopulatie in sociale adequatie en dat dit verschil na de procedure nog verder toenam. Hetzelfde gold voor het item rigiditeit, ze waren minder rigide dan voor de procedure, terwijl ze vooraf ook al positief scoorden ten opzichte van de normpopulatie. Life events kunnen blijkbaar de persoonlijkheid veranderen (Sanderman[124]). De overige items, mogelijk meer karakterafhankelijk, veranderden niet.
Wensvaders waren na de procedure nog adequater waren en nog meer zelfwaardering hadden dan voor de procedure, toen ze ook al hoger scoorden dan de normpopulatie.

Tabel 9.3. Er bij de **draagmoeders** geen significante verschillen waren vóór en na de draagmoederschapprocedure in persoonlijkheid waarneembaar.
De **draagvaders** zich voor de procedure meer verongelijkt voelden dan na de procedure.

Tabel 9.4. De **totale groep van wens- en draagouders** voelt zich sociaal adequater voelen en heeft meer zelfwaardering dan voor de draagmoederschapprocedure, terwijl ze toen ook al hoger scoorden dan de normpopulatie.

Tabel 9.5. De **wensmoeders met baby** zijn significant sociaal adequater dan **wensmoeders zonder baby**, overigens verschilden de moeders met baby niet noemenswaardig op de karaktereigenschappen in vergelijk met moeders zonder baby.
De **wensvaders met baby** zijn significant dominanter dan de wensvaders zonder kind, overigens zijn er geen noemenswaardige verschillen in karakter bij de wensvaders die uiteindelijk wel of geen kind gekregen hebben.

Tabel 9.6. Er werden bij de **draagmoeders die een baby kregen** voor de wensouders geen noemenswaardige verschillen gemeten bij de voor- en nametingen op de Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst.
De **draagvaders wiens vrouw een baby kreeg** voor de wensouders was sociaal adequater dan de mannen waar er geen baby geboren werd. Ook voelden de draagvaders met kind zich minder verongelijkt en adequater dan de draagvaders, wiens vrouw geen baby kreeg.
De **draagouders** waren bij de nameting van de Nederlandse Persoonlijkheidslijst iets dominanter en hadden iets minder zelfwaardering dan de normgroep, of ze nu wel of geen baby kregen. Deze verschillen waren slechts gering en niet significant.

Tussentijdse conclusie met betrekking tot persoonlijkheidsaspecten

Samenvattend kunnen we concluderen dat de invloed van hoogtechnologisch draagmoederschap, ongeacht de uitkomst, relatief gering is. Voor zover zich veranderingen voordoen zijn die eerder positief dan negatief te noemen en betreffen ze sociale (in)adequatie, dominantie en zelfwaardering.

9.6 **Uitkomsten vragenlijsten SCL-90**: voor- en nameting **wensmoeders en wensvaders** SCL-90: somatische checklist

SLC-90 Klachtenlijst Wilcoxon test	voor meting	sd	na-meting	sd	normpopulatie waarden
Wensmoeders n = 25					
Agorafobie	7.3	0.7	7.5	1.1	8.7
Angst	12.9	2.8	11.7	2.6	14.6
Depressie	20.5	4.0	21.4	6.0	23.8
Somatische klachten	15.0	3.1	15.0	2.8	18.7
Insufficiëntie van denken en handelen	12.2	3.6	11.7	4.0	14.1
Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit	22.2	3.9	22.2	6.1	26.3
Hostiliteit	7.0	1.1	6.8	1.1	7.6
Slaapproblemen	4.2	1.6	4.0	2.1	5.2
Wensvaders n = 22					
Agorafobie	7.3	1.3	7.0	0.2	7.9
Angst	11.7	3.4	10.8	1.3	13.0
Depressie	18.6	3.3	17.6	1.5	20.7
Somatische klachten	14.9	4.2	13.5	2.6 *	16.6
Insufficiëntie van denken en handelen	10.9	2.2	10.3	1.5	13.2
Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit	21.2	4.0	20.2	3.0	24.6
Hostiliteit	6.7	0.9	6.7	1.0	7.5
Slaapproblemen	3.5	1.2	3.7	1.5	4.6

Tabel 9.7: Gescoord via de Wilcoxon test (vóór versus nameting als categorie)
* significant verschillend $p < 0,05$

Uitkomsten vragenlijsten SCL-90: voor- en nameting **draagmoeders en draagvaders**

SLC-90 Klachtenlijst Wilcoxon test	voor-meting	sd	na-meting	sd	normpopulatie waarden
Draagmoeders n = 17					
Agorafobie	7.5	1.3	7.2	0.6	8.7
Angst	11.6	3.6	10.9	1.6	14.6
Depressie	18.4	3.2	18.0	3.1	23.8
Somatische klachten	14.2	1.8	14.3	2.7	18.7
Insufficiëntie van denken handelen	11.0	1.9	11.1	2.6	14.1
Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit	21.6	3.7	20.2	1.9	26.3
Hostiliteit	6.8	1.2	6.6	0.8	7.6
Slaapproblemen	4.0	1.8	3.5	1.0	5.2
Draagvaders n = 17					
Agorafobie	7.2	0.4	7.0	0.0 *	7.9
Angst	11.1	1.8	10.5	1.1	13.0
Depressie	18.4	3.6	18.2	3.0	20.7
Somatische klachten	13.4	1.8	13.7	1.8	16.6
Insufficiëntie van denken en handelen	11.8	3.5	11.4	2.6	13.2
Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit	20.9	4.0	19.7	1.8	24.6
Hostiliteit	6.7	1.2	6.4	0.6	7.5
Slaapproblemen	4.4	2.5	3.6	1.2	4.6

Tabel 9.8: Gescoord via de Wilcoxon test (vóór versus nameting als categorie)
* significant verschillend $p < 0,05$

Uitkomsten vragenlijsten SCL-90: nameting **wensmoeders en wensvaders, die wel of geen baby kregen via de draagmoeder**

SLC-90 Klachtenlijst Mann Whitney test	**nameting MET baby**				**nameting ZONDER baby**				**normpopulatie**	
	wens- moeder	sd	**wens-** vader	sd	**wens-** moeder	sd	**wens -** vader	sd	♂	sd ♀ sd
Agorafobie	7.1	0.3	7.0	0.0	7.8	1.3	7.1	0.3	7.9	8.7
Angst	10.7	1.1	10.3	0.7	12.3	3.0	11.0	1.5	13.0	14.6
Depressie	18.8	2.5	17.3	1.0	22.8	6.9	17.7	1.8	20.7	23.8
Somatische klachten	14.6	2.2	13.8	3.9	15.3	3.1	13.4	1.5	16.6	18.7
Insufficiëntie van denken handelen	10.2	1.9	10.7	1.9	12.6	4.6	10.1	1.2	13.2	14.1
Wantrouwen en interper-soonlijke sensitiviteit	19.6 *	1.7	20.4	3.6	23.7	7.2	20.1	2.7	24.6	26.3
Hostiliteit	6.3	0.5	7.1	1.3	7.1	1.2	6.4	0.7	7.5	7.6
Slaapproblemen	3.4	1.3	4.2	2.3	4.4	2.4	3.4	0.8	4.6	5.2

Tabel 9.9 gescoord via de Mann Whitney test, * significant p < 0,05
nameting wensouders op klachtenlijst met als variabele of ze wel of geen baby kregen

Uitkomsten vragenlijsten SCL-90: nameting **draagmoeders en draagvaders, die wel of geen baby kregen voor de wensmoeder**

SLC-90 Klachtenlijst Mann Whitney test	**nameting MET baby**				**nameting ZONDER baby**				**normpopulatie**	
	draag- moeder	sd	**draag-** vader	sd	**draag-** moeder	sd	**draag -** vader	sd	♂	sd ♀ sd
Agorafobie	7.4	0.7	7.0	0.0	7.0	0.0	7.0	0.0	7.9	8.7
Angst	11.4	2.0	10.1	0.4	10.3	0.5	10.9	1.4	13.0	14.6
Depressie	19.2	3.8	17.6	1.4	16.6	1.1	18.8	4.0	20.7	23.8
Somatische klachten	15.6	3.1	13.3	1.3	12.9	0.8	14.0	2.2	16.6	18.7
Insufficiëntie van denken handelen	12.0	3.0	10.6	1.7	10.0	1.7	12.0	3.1	13.2	14.1
Wantrouwen en interper-soonlijke sensitiviteit	20.6	2.3	19.4	1.7	19.9	1.3	20.0	1.9	24.6	26.3
Hostiliteit	6.7	0.9	6.3	0.5	6.5	0.8	6.6	0.7	7.5	7.6
Slaapproblemen	4.0 *	1.2	3.8	1.4	3.0	0.0	3.4	1.0	4.6	5.2

Tabel 9.10 gescoord via de Mann Whitney test; * significant, p < 0,05
nameting draagouders op klachtenlijst met als variabele of ze wel of geen baby kregen voor de wensmoeder.

Toelichting uitkomsten SCL-90

Tabel 9.7. De **wensmoeders** zijn na de draagmoederschapprocedure nog minder angstig dan de normpopulatie, doch niet significant, maar verder zijn er geen verschillen in de klachtenlijst voor en na de procedure.
De **wensvaders** hebben na de draagmoederschapprocedure significant nog minder somatische klachten dan ervoor

Tabel 9.8. **De draagmoeders** hebben voor en na de draagmoederschapprocedure geen significante verschillen in somatische klachten.
De **draagvaders** zijn na de draagmoederschapprocedure nog minder agorafobisch dan ervoor.

Tabel 9.9. De **wensmoeders** zijn na het krijgen van **een baby** duidelijk minder wantrouwig dan degenen die geen baby krijgen.
Wensvaders verschillen wat klachten betreft niet of ze nu wel of geen baby hebben gekregen via de draagmoeder.

Tabel 9.10. **Draagmoeders met een baby** hebben significant meer slaapproblemen dan toen ze nog geen kind hadden.
Draagvaders wiens vrouw **een baby** kreeg verschillen op de klachtenlijst niet verschillend van de mannen zonder baby.
De **draagmoeder zonder baby** is minder depressief dan de draagmoeder met baby. Deze verschillen zijn niet significant. Ook de depressievere **draagmoeder met baby** scoort nog steeds lager dan de norm in de Nederlandse bevolking.

Tussentijdse conclusie met betrekking tot psychische en somatische klachten

Samenvattend kunnen we concluderen dat de invloed van hoogtechnologisch draagmoederschap, ongeacht de uitkomst, ook op klachten relatief gering is. Voor zover zich veranderingen voordoen zijn die eerder positief dan negatief te noemen.

9.7 **Uitkomsten vragenlijsten MMQ** voor- en nameting **wensouders en draagouders.**
Maudsley Marital Questionnaire

MMQ (relatielijst) **Wilcoxon test**	voor- meting sd	na- meting sd	normpopulatie waarden
Wensmoeders n = 25			
Relatiesatisfactie	7.4 4.5	7.6 6.1	12.1
Seksuele satisfactie	6.7 4.1	8.0 5.5	8.3
Algemene levenssatisfactie	5.0 3.5	5.4 4.7	8.3
Wensvaders n = 24			
Relatiesatisfactie	6.0 3.5	5.9 5.0	12.1
Seksuele satisfactie	5.2 2.9	5.9 3.2	8.3
Algemene levenssatisfactie	5.2 3.0	5.2 3.3	8.3
Draagmoeders n = 16			
Relatiesatisfactie	6.6 4.5	7.0 5.6	12.1
Seksuele satisfactie	5.1 4.1	3.6 3.1	8.3
Algemene levenssatisfactie	5.7 3.5	4.9 4.2	8.3
Draagvaders n = 24			
Relatiesatisfactie	9.9 7.2	8.5 7.1	12.1
Seksuele satisfactie	5.2 3.4	4.9 4.1	8.3
Algemene levenssatisfactie	10.0 16.5	6.3 3.7	8.3

Tabel 9.11: voor- en nameting wensouders en draagouders.
Gescoord via de Wilcoxon test (vóór versus nameting als categorie)

Uitkomsten vragenlijsten MMQ : nameting **wensmoeders en wensvaders, die wel of geen baby kregen via de draagmoeder**
Maudsley Marital Questionnaire

	nameting MET baby		**nameting ZONDER baby**		**normpopulatie**
MMQ relatielijst **Mann Whitney test**	wens- moeder sd	wens- vader sd	wens- moeder sd	wens - vader sd	♀ en ♂
Relatie satisfactie	9.6 4.7	7.6 3.9	6.5 6.7	5.0 5.4	12.1
Seksuele satisfactie	7.0 3.9	5.8 2.7	8.5 6.3	6.0 3.5	8.3
Alg. levenssatisfactie	4.7 5.7	7.0 3.1	5.9 4.2	4.3 3.2	8.3

Tabel 9.12 nameting wensmoeders en wensvaders, die wel of geen baby kregen via de draagmoeder

Uitkomsten vragenlijsten MMQ: nameting **draagmoeders en draagvaders, die wel of geen baby kregen voor de wensmoeder**
Maudsley Marital Questionnaire

	nameting MET baby				**nameting ZONDER baby**				**normpopulatie**
MMQ relatielijst	draag-		draag-		draag-		draag -		
Mann Whitney test	moeder	sd	vader	sd	moeder	sd	vader	sd	♀ en ♂
Relatie satisfactie	4.8	5.0	5.0	2.2	9.9	5.2	12.0	8.7	12.1
Seksuele satisfactie	3.7	3.7	4.3	3.7	3.4	2.2	5.6	4.6	8.3
Alg. Levenssatisfactie	3.8	4.3	4.6	2.7	6.3	3.9	7.9	4.0	8.3

Tabel 9.13 nameting draagmoeders en draagvaders, die wel of geen baby kregen voor de wensmoeder

Toelichting uitkomsten MMQ

Tabel 9.11. De **wensmoeders,** noch de **wensvaders,** noch de **draagmoeders,** noch de **draagvaders** verschillen voor en na de procedure op levens-, huwelijks of seksuele satisfactie. De draagvaders, die als enige "negatieve" score wat minder tevreden waren over de algemene levenssatisfactie bij de vóórmetingen (niet statistisch significant), bleken na de procedure tevredener te zijn dan de normgroep.

Tabel 9.12. De **wensmoeders met baby** verschillen niet van de wensmoeders zonder baby op de items van de relatielijst.
De wensvaders met een baby zijn minder tevreden over hun relatie en hun levenskwaliteit dan de vaders zonder baby, doch het verschil is niet significant en ze zijn nog steeds meer tevreden dan de Nederlandse normpopulatie.

Tabel 9.13. Draagmoeders met baby zijn iets meer tevreden over hun relatie dan draagmoeders zonder baby (bijna significant)
Draagvaders met baby zijn iets meer tevreden over hun algemene leven dan draagvaders zonder baby.

Tussentijdse conclusie met betrekking tot relationeel functioneren

Samenvattend kunnen we concluderen dat de invloed van hoogtechnologisch draagmoederschap, ongeacht de uitkomst, ook op relatiesatisfactie relatief gering is. Voor zover zich veranderingen voordoen zijn die eerder positief dan negatief te noemen. Ook de zeer geringe toename van 'onvrede bij vaders met kind vergeleken bij vaders zonder kind' is desgewenst positief uit te leggen.

9.8 Uitkomsten open interviews

Inleiding

De psychologische onderzoeksvraag uit dit hoofdstuk is: wat zijn de psychosociale gevolgen van een hoogtechnologische draagmoederschapbehandeling?

In hoofdstuk 7 (Psychologie deel I) staan de karakteristieken beschreven van de wens- en draagouders, uitgezet tegen de Nederlandse normpopulatie. In dit hoofdstuk wordt gekeken in hoeverre de procedure een positieve of negatieve invloed heeft op de kandidaten en in hoeverre hieruit consequenties moeten worden getrokken.

Methode

Het eerste voor-interview werd gehouden in 1997, het laatste na-interview in mei 2001. Sommige wensouders of draagouders werden tegelijk geïnterviewd omdat het nu niet belangrijk was wat de motivatie van een ieder apart was, maar meer de vraag hoe het gebeuren verwerkt was en wordt door het stel op dit moment. In een geval wilden de wensouders, die nog aan de procedure bezig waren, niet dat wij de draagouders zouden interviewen, omdat dat nog meer belasting zou geven. In een enkel geval werd volstaan met het interviewen van alleen een van de twee wens- of draagouders, als de wederpartij te kennen had gegeven dat er geen problemen waren en niet veel toe te voegen had. Iedereen was wel apart uitgenodigd voor een gesprek en kon dus van de mogelijkheid gebruik maken. Deze na interviews werden in tegenstelling tot de voor interviews telefonisch gehouden op een van te voren bepaald tijdstip, waardoor de deelnemers een rustige plek konden zoeken gedurende een half uur tot een uur.
9 kinderen waren geboren ten tijde van het interview, 3 draagmoeders waren zwanger.

Thema's uit na-interview

Wat is uw eindoordeel over de procedure als geheel?
Wat waren de positieve uitschieters?
Wat waren de negatieve uitschieters?
Zou u anderen dezelfde procedure aanraden of niet?
Wat vond u van de medische behandeling?
Wat vond u van de psychosociale begeleiding?
Hoe is de relatie met het andere stel/moeder? Veranderd?
Dankbaarheid, schuld, verantwoordelijkheidsgevoelens?
Eigen relatie?
Eigen welbevinden en gezondheid?
Relatie met wenskind?
Wat moet er nog verbeterd/ontwikkeld worden?
Had u zich datgene wat is gebeurd van tevoren gerealiseerd?

Resultaten

Uitvallers

Twee van de 28 wens- en draagouders zijn geboekt als uitvallers, dit betrof één viertal en één drietal. Hiervan hebben we ondanks diverse verzoeken, geen respons meer gekregen, noch op de vragenlijsten, noch op de interviewplanning. Een stel bleek bij aanvang van de procedure reeds postmenopausaal te zijn, waardoor geen procedure is gestart en het andere stel heeft 3 IVF pogingen ondergaan zonder resultaat. Een ander drietal is wel bereikt, doch daar waren de wensouders al voor het uitvoeren van de procedure uit elkaar gegaan. De wensmoeder woont nu in het buitenland.

Bij een viertal was de procedure gestaakt in verband met plotselinge verhuizing naar het buitenland van de draagouders, waardoor er slechts één IVF procedure is uitgevoerd. De wensouders zijn wel geïnterviewd; de draagouders, nog steeds in het buitenland verblijvend, niet meer.

Een draagvader, wiens vrouw wel een kind heeft gebaard voor de wensouders, heeft “uit protest” tegen de ontbrekende psychosociale begeleiding de lijsten niet geretourneerd. Hij heeft ook geen gehoor gegeven aan de interview oproep. Deze casus is bij de voorinterviews in hoofdstuk 7 beschreven.

Van een viertal, waarvan de draagmoeder zich op het laatste moment heeft teruggetrokken zijn wel de lijsten en interviews ontvangen van de wensouders, doch niet van de draagouders.

9.9 Karakteristieken uit interviews:

Het hoofdstuk beschrijft de karakteristieken uit de afsluitende interviews na de gevolgde IVF procedures, die al dan niet hebben geresulteerd in de geboorte van een baby. Voor alle duidelijkheid, het betreft hier een geen analyse van verschillen tussen groepen of individuen, maar vooral illustraties van ervaringen. Omwille van de anonimiteit worden hier slechts fragmentarisch zinnen in willekeurige volgorde weergegeven, geordend rond de centrale thema’s van de interviews.

Eindoordeel over procedure als geheel, wel kind gekregen

- Alles geweldig (dm)
- Alles zoals gehoopt en voorgesteld (dm)
- Procedure fantastisch verlopen, maar veel geluk gehad, 1e poging geslaagd.
- Procedure niet te overzien van te voren.
- Heel positief, goede voorlichting en begeleiding
- Geen negatieve reacties uit omgeving
- Deels wel gerealiseerd, deels weet je het nooit van te voren
- Spannend en leuk
- Goed behandeld, goede medische zorg.
- Had meer problemen verwacht, alles meegevallen
- Absurd dat je je eigen kind niet kan aangeven.

- Op zich wel te overzien, maar wel zorgvuldige voorlichting nodig, hoe meer hoe beter.
- Erg afwisselend: heel intensief, ook onwerkelijk. Positief nu het tot goed einde is gekomen. Af en toe ook heel angstig.
- Heel positief maar ik heb wel geluk gehad (dm) Het is ontzettend meegevallen, geen negatieve impact.
- Goed gevoel over mijzelf (dm), zelfwaardering – iets voor een ander doen. Impact op lijf en leven is niet groot.
- Mooi dat het kan, onderzoeksproject is schitterend. Gaat goed omdat je het graag wil, maar het is wel zwaar.
- Het gevoel met z'n vieren iets te hebben gedaan is fantastisch: iedereen is er gelukkig mee.
- Zeer positief, zowel proces als product!
- Na oncologisch operaties destijds flinke dip gehad, nu kwaliteit van leven heel goed, ook door de draagmoederschapprocedure en de kansen die dat geeft.
- Van te voren niet gerealiseerd wat het allemaal inhield: het is een glijdende schaal
- Ambivalent gevoel, eigenlijk wel willen stoppen, maar het niet meer durven (net als je laatste staatslot, stel je voor dat je stopt en de hoofdprijs valt dan….)
- Achteraf gezien de meest ingrijpende beslissing in mijn leven, juist daarom zo goed omdat ik het vooral zelf heb gedaan (wv)
- Vond het een positieve ervaring, had zo moeten zijn, was een doel in mijn leven, vond het een hele mooie ervaring (dm)
- Het hebben van een kind heeft het negatieve gevoel van het hebben gehad van kanker overwonnen. Voel me schokkend gelukkig, eigen welbevinden van rapportcijfer 4 naar een 10!
- Positief over procedure als geheel, maar wel een check op zorgvuldigheid later gemist. Kan me voorstellen dat bij slechtere verhouding of voorbereiding dingen faliekant uit de hand kunnen lopen.
- Verrijking van levenservaring (dv)
- Als het kind er is, is de rest vergeten
- We zijn nu vader en moeder, we tellen mee
- Als ik het kindje zie ben ik gelukkig, ik heb een prestatie geleverd (dm). Geen moeite met afstaan gehad, zou ik wel hebben als het mijn eigen kind was geweest. Ook tijdens de zwangerschap voelde het niet als mijn kindje.
- De overdracht was heel emotioneel: prachtig (dv)

Eindoordeel over procedure als geheel, uitbehandeld geen kind

- Niet te realiseren van te voren, maar geen reden om het niet te doen. Is er niet ongelukkig door geworden, had het niet willen missen (geen kind gekregen)
- Geen spijt dat ze het gedaan hebben. (geen kind)
- Zwaarder dan verwacht. Zusje wel zwanger geworden tijdens haar draagmoederschap procedure (geen kind)
- Heel enthousiast. Blij dat ik de kans heb gehad, ook blij dat het klaar is nu. (wm)

- Heel positief. Completer mens, minder egoïstisch. Heeft leven positief beïnvloed (wv)
- Heel positief (dm)
- Zwaarder dan het zou hoeven te zijn door organisatie en langdurig medisch proces met veel wachttijden. Ook erg spannend, maar dat heeft geen problemen opgeleverd, ook niet na mislukken van procedure.
- Bijzonder zwaar, mede omdat draagmoeder zich teruggetrokken heeft net voor de procedure. Nooit helemaal begrepen wat motivatie was. Contact met draagouders is nu hersteld vanwege de familierelaties, maar heeft natuurlijk een flinke deuk opgelopen en is niet meer zoals het was.
- Opgelucht uit circuit te zijn: je wordt geleefd en meegezogen in het proces
- Gesprekken en aanbod van hoge intimiteit, heel bijzonder en waardevol op zich
- Ondanks niet lukken voel ik me beter dan voorgaande jaren, goed dat ik het gedaan heb (wm).
- Had mijn kansen niet te hoog ingeschat van te voren, ben er niet slecht uitgekomen. Blij dat ik de laatste kans geprobeerd heb (wm)
- Er niet zo goed uitgekomen: alles was heel intensief, niet gelukt. De teleurstelling en de vele emoties hebben impact gehad, ook op het reeds aanwezige kind (wm)
- Ik had zelf zin om nog een keer zwanger te zijn en iemand blij te maken (dm). Het was een heel intense ervaring, maar het had geen negatieve impact. Jammer dat het niet gelukt is.
- Bijzonder om mee te doen (dm)

Intake procedure

- Als heel zorgvuldig ervaren
- Heel zorgvuldige procedure, zowel intake als medisch
- Contract zeer belangrijk
- Spijtig dat het maar drie pogingen zijn
- Heel veel aan contract gehad
- Heel positief om alles van te voren zo doorgesproken te hebben, we wisten waar we aan begonnen.
- Kritische screening vooraf was eerst vervelend, maar achteraf heel belangrijk. Geen concessies aan doen (!)

IVF procedure

- Uitleg prima
- Enthousiaste groep in Voorburg, goede begeleiding
- Begeleiding IVF artsen in Voorburg heel prettig
- Heel positief
- IVF dokter fantastisch
- IVF punctie en prikken voor stimulatie wel belastend

- Hormonale belasting zwaar
- 1e keer goed, 2e keer zwaarder, 3e keer moordend
- Punctie erg pijnlijk
- Synchroniseren van cyclus problematisch omdat het soms niet gelijk loopt met de draagmoeder
- IVF arts was niet betrokken, zwangerschapsbegeleiding was wel goed
- Artsen waren heel aardig maar ze wisten er gewoon te weinig van af: geen vertrouwen, pas na switch naar Voorburg totaal andere behandeling: veel meer vertrouwen.
- Voelde me doodziek tijdens stimulatie, maar zou het zo weer doen.
- Medisch traject iets minder. Accent ligt geheel op wensouders, voelde me soms eenzaam.
- Katterig gevoel dat niet alle kansen optimaal benut zijn.
- Hele lange procedure, slecht georganiseerd (elders, later naar Voorburg gegaan voor laatste pogingen), onnodig lang voortraject (temperaturen – aan het lijntje houden), verkeerde synchronisatie. Niet alle kansen optimaal benut, gevoel dat als het beter georganiseerd was, dat het dan beter te dragen was geweest.
- Kost teveel tijd al die onderzoeken.

Psychosociale begeleiding

- Niet nodig gehad (12x)
- Zelf begeleiding gezocht via de huisarts. Ook oude problematiek van vroegere ziekte nu verwerkt.
- Niet gemist, zelf veel gecommuniceerd.
- Enorme ervaring met elkaar doorgemaakt.
- Blij dat het nu afgesloten is, je merkt dat het daarmee ophoudt. Geen behoefte meer aan nieuwe kansen, nu is het af. Voorheen probleem van wensmoeder, nu probleem van ons samen, meer verwerkt en doorgesproken, is heel positief.
- Niet echt gemist.
- Procedure kon niet lichter, het was gewoon zo.
- Niet echt nodig gehad, en zo ja, dat hadden we de kanalen wel weten te vinden
- Ik was in de periode voor het draagmoederschap depressief geweest, bang voor een terugslag. Is tijdens en na procedure en afstaan kind NIET gebeurd. (dv) Geen begeleiding nodig gehad of gewild.
- Hoewel het wachten en de puncties heel zwaar zijn vallen de emoties best mee. Geen begeleiding nodig, we praten er veel over, zeker met mijn zus.
- Ten tijde van afwijzing was hulp welkom geweest (wm/wv). Bij medische behandelaar niet voldoende ruimte, huisarts niet voldoende op de hoogte van draagmoederschapproblematiek, te hoge drempel om zelf andere hulp te vinden.
- Vond het heel zwaar, meer psychosociale begeleiding zou welkom zijn geweest (wv/dm)
- Wensmoeder zou graag psychosociale begeleiding hebben gehad, met name ook in verband met herbeleven vorige traumatische ervaring van eigen zwangerschap en geboorte

in het verleden. Huisarts heeft haar naar psycholoog verwezen: niet gedaan. Nu geen begeleiding meer nodig.
- Niet nodig, huisarts en vriendinnen waren genoeg
- Heeft begeleiding nodig, voelt zich na mislukken procedures niet goed. Kan zich er niet bij neerleggen. Zoekt nog naar andere draagmoeder, maar loopt ook tegen leeftijdsgrens aan. Wil nog naar buitenland, maar dat geeft spanning in de relatie omdat partner dat niet meer wil.
- Heeft psychologische begeleiding hard nodig.
- Moest procedure afbreken in verband met krijgen van nieuwe partner. Misschien had structurele psychosociale begeleiding duidelijker en eerder doen inzien wat er speelde.
- Had er moeten zijn, temeer daar bepaalde zaken uitgesteld werden en het heel lang duurde (wm)

Negatieve aspecten

- Geografische afstanden voor medische procedures te groot, zeker als het niet in een keer lukt om zwanger te worden. Reizen kost teveel tijd, wel gezellig met z'n vieren.
- Was zwaarder dan verwacht, doch eind goed al goed
- Bloeding tijdens zwangerschap bij draagmoeder, door wensouders als zeer angstig beleefd.
- Bij iedereen gaat het leven door, behalve bij jou: jouw lichaam moet het doen. Beetje eenzaam. (dm met kind)
- IVF zelf enorme spanning, emotionele uitputting, angst dat er slecht nieuws was
- Rouwproces omdat ze niet zelf het kind heeft kunnen baren of zwanger was (wm)
- Sociaal lastig, vragen van relatieve vreemden over zwangerschap.
- Ondanks waardering voor hulpverleners veel eenzaamheid, het was zwaarder dan gedacht.
- Een gemis aan de vele intieme momenten rondom zwanger zijn. Het is haar man die voelt dat het kindje schopt (wm)
- (Te)veel spanning en onzekerheid tijdens de zwangerschap. Heeft zeker te maken met verleden waar wensmoeder kindje verloren heeft tijdens bevallen. Kort na de geboorte terugval: schuldgevoel, herbeleving rouw. Gaat nu weer beter.
- Door fout gaan zwangerschap word je erg bij problemen wensouders betrokken. Is zwaar want je voelt je boodschapper van het slechte nieuws. Ook herbeleving eigen miskramen.
- Moeten zeggen dat je menstrueert en dat transfer dus niet aangeslagen is. Moeilijke boodschap, valt zwaar (dm)
- Nieuwe partner gevonden die er niet achter staat. Heb procedures dus af moeten breken Vond procedures wel positief. Contact met wensouders nu problematisch. Heel jammer, achteraf gezien is het jammer dat ik aangeboden heb draagmoeder te zijn, maar kon niet weten hoe het leven zou lopen (dm)
- Terugtrekken van draagmoeder heel problematisch. Geen contact meer (wensvader en draagmoeder broer en zus). Je stelt je erop in en dan stort alles weer in. Draagmoeder heeft nu kindje gekregen via eigen vriend, extra zuur. Psychisch veel schade, ook bij wensvader.

Eigen relatie gelukkig goed gebleven. Deze situatie was van te voren niet te realiseren. Gaan nu voor adoptiekindje (wm/wv).
- In zwangerschap hernia gekregen. Zware tijd. Na geboorte wenskind wensouders na enige weken vertrokken naar het buitenland waar ze wonen. Alles wel bekend, maar al met al zware tijd die psychologisch belastend was. Nu gaat het goed (dm).

Adoptie

- Nog niet gerealiseerd, loopt langzaam
- Juridische afwikkeling is lastig, achterhaalde spelregels
- Juridisch traject vreselijk, andere wegen gekozen
- Juridisch traject is een drama, roept psychosociale problemen op

Schuld, dankbaarheid, verantwoordelijkheid

- Houding inmiddels genormaliseerd, band wel intenser geworden, maar wel “normaal”. Contact na geboorte circa 2x per week, prima.
- Vervelend dat iemand anders pijn moet lijden voor jouw kind, schuldgevoel (wm), de draagmoeder van ditzelfde viertal zegt: Meest positief was de bevalling: de beloning!
- Relatie inmiddels weer genormaliseerd, zeer goed contact
- Uitgenodigd voor vakantie om dankbaarheid te tonen.
- Veel respect voor draagvader: hij heeft wel de lasten maar niet de lusten
- Diepe genegenheid voor draagmoeder
- Geen ernstige schuldgevoelens gehad
- Teveel dankbaarheid gevoeld van wensouders (dm)
- Afhankelijkheid naar draagouders toe, die procedure om privé redenen niet konden afmaken. Is erg zwaar geweest.
- Schuldgevoel even dat ze geen kind voor wensouders heeft gekregen, na enige tijd weer over (dm)
- Blij dat er bij geboorte goed kind was, het is volbracht, allesoverheersend geluk. Zich daarover erg verantwoordelijk gevoeld.
- Voelde me tijdens de zwangerschap heel afhankelijk van draagouders (wm)
- Veel angst om draagmoeder wat aan te doen, geconfronteerd worden met de opofferingsgezindheid van de draagmoeder, schuldgevoel (wm)
- Moeilijk met de eeuwige dankbaarheid, dat mag nu van mij stoppen ik heb het gewoon gedaan (dm)
- Wij ervaren teveel dankbaarheid, is niet nodig, was positieve ervaring ook voor ons (dv)
- Ik ben doodsbang dat de draagmoeder een buitenbaarmoederlijke zwangerschap krijgt (wm)
- Angst dat er iets zou misgaan, de emotionele verantwoordelijkheid was heel groot naar de wensouders toe. Daarbij dus ook spijtpreventie: dingen laten in zwangerschap, want je weet maar nooit of het slecht is. (dm).

- Afhankelijk zijn van draagmoeder, als die geen hormonen wil slikken voor IVF. Volstrekt begrijpelijke keuze van haar kant, doch het vermindert de kansen wel: emotioneel conflict. Relatie met hen toch nog intenser geworden, heel warm gevoel, bijzonder.
- Grandioos dat iemand dit voor je doet (wm)
- Veel spijt dat zusje niet zwanger is geworden Eiceldonatie overwogen maar dat gaat te ver, kan dat toch niet opbrengen (dm)
- Veel rekening moeten houden met anderen tijdens proces.
- Draagmoeder is nu zelf weer zwanger (van eigen kind) en is wel blij dat wenskind geboren is, omdat ze anders te groot schuldgevoel zou hebben bij deze nieuwe zwangerschap.
- Draagmoeder bij bevalling bloedtransfusie nodig gehad, wensmoeder voelt zich daarover schuldig.
- Wensouders zijn te dankbaar. Vinden dit moeilijk. Band is wel intenser geworden. Gevaar voor grenzeloosheid (dm/dv)
- Bang dat het met de wensmoeder niet goed zou gaan, te grote belasting (dm)
- Omdat de procedure zo moeizaam liep veel behandelingen en veel reizen. Als belasting gevoeld voor draagouders (wm)
- De zaak uit handen geven bij de terugplaatsing, controle verliezen was voor mij erg moeilijk. Heb nu geen kind gekregen, maar zou dat bij evt. zwangerschap en bevalling ook erg moeilijk hebben gevonden (afhankelijkheid, controleverlies) (wm).

Eigen relatie, wel een kind

- Partner staat er voor 100% achter, volgens de draagmoeder een absolute voorwaarde
- Eigen relatie vollediger geworden
- Kind komt relatie ten goede
- Wel verrijking, maar niet wezenlijk veranderd.
- Zou het nooit met eigen eicel kunnen (halftechnologisch). Weet van te voren dat dit niet haar kind is.
- Innerlijke waarden en normen veranderd, b.v. ten aanzien van gehandicapt kind
- Eigenlijk niet veranderd
- Samen iets unieks meegemaakt
- Verrijkt doordat we in staat bleken om een dergelijke daad te verrichten (dv)
- Positieve waardering voor echtgenote omdat ze dit gedaan heeft (dv)
- Jammer dat je je eigen vrouw niet zwanger ziet, is gemis.
- Wensvader is in karakter sterk veranderd: veel emotioneler geworden, wist niet dat hij het in zich had. Positief gevoel.

Eigen relatie, geen kind

- Procedure bleek katalysator voor scheiding. Ook tijdens procedures veel alleen moeten doen, knoop doorgehakt en scheiding aangevraagd. (dm). Heeft wel heel positief eindoordeel over haar aandeel in de draagmoederschapprocedure. Is inmiddels zelf zwanger in nieuwe relatie, vorige echtgenoot heeft ook nieuwe relatie inmiddels. Ervaart het als nieuw levenspad, niet als sterk traumatiserend. Was waarschijnlijk toch wel gebeurd, maar draagmoederschapprocedure heeft het duidelijker gemaakt (dm)
- Heeft eigen ziekteproces van vroeger opnieuw beleefd en nu verwerkt. Eigen relatie veel beter geworden (wm)
- Na procedure onafhankelijkheid teruggekregen, voelt zich daar veel beter bij. Eigen relatie goed gebleven.
- Alleen maar versterkt. Met elkaar een avontuur beleefd (dm/dv)
- Het lijkt alsof je er nu bij hoort in de wereld, je hebt een kind (w)
- Draagvader leek bij deze zwangerschap nog meer betrokken dan bij die van eigen kinderen, draagmoeder heeft dit als heel positief ervaren (veel steun).
- Tijdelijk even onder spanning gestaan door al het gedoe. Op elkaar afgereageerd. Nu traject over is (zonder kind) relatie weer goed.
- Door lange traject heeft eigen relatie wel beetje schade opgelopen, ook op seksueel gebied. Op zich is de relatie goed.
- Op zich stabiel gebleven. Was even schrikken toen onderwerp voor het eerst ter sprake kwam, wel weer allemaal goed gekomen (dv)
- Was heel zwaar, zijn er goed uitgekomen. Liever man zonder kinderen dan kinderen zonder man.

Relatie met kind

- Kan niet beter, dolgelukkig. Uniek kind, gemakkelijk. wm
- Gelukfactor is ontzettend veel groter geworden, het is elke dag genieten
- Dacht dat kind niet essentieel was, weet nu beter. wv
- Goed, speciaal kind, duidelijk niet mijn kind. (dm), zie het 1-2 keer per maand, is goed.
- Goed, leuk kind, niet eigen kind, wel speciaal (dv)
- Heel gemakkelijk kind, gaat perfect
- Lief ventje, nooit vervelend. Ideaal kind.
- Gewoon, lieve baby. Verwonderd dat het in mijn buik gezeten heeft (dm)
- Zelfde als met reeds aanwezig neefje, dus neefje met extra tintje. Geen vadergevoelens (dv)
- Het gemak en nuchterheid waarmee onze dochter aan ons gegeven is, plezier, geen geval van bezitsdrang of bemoeizucht (wv)
- Speciale band, je bent er gekker op. Maar het is wel helemaal hun kind.
- Heel bijzonder. Dm is half jaar borstvoeding gaan afkolven en bracht ‘s morgens de flesjes voor de baby naar haar zusje.
- Schoonmoeder behandelt wenskind anders dan andere kleinkinderen. Te kostbaar bezit.

- Heel leuk, maar ook breekbaar, onvervangbaar kind.
- Moet nog balans zoeken tussen bemoeienis en loslaten, vond afstaan geen probleem, maar voel toch specialere band dan met neefjes en nichtjes. Zou meer willen oppassen op baby etc. Bijzondere band, wel de lusten niet de lasten. Gevoel van soort kleinkind (dm/dv)
- Wensvader voelt zich de gelukkigste man ter wereld
- Draagmoeder is juichend over goed afloop en is heel blij voor zusje en zwager.
- Bij draagouders heel speciaal plekje, heel bijzonder, voelt niet bedreigend (wv)

Relatie met andere stel

- Je moet onderling goed op een lijn zitten, prima.
- Goed gebleven ondanks verhuizing
- Groeit nog dichter na elkaar toe.
- Nog hechter geworden
- Wonderlijk goed, warme grote belangstelling, doch bewust terughoudend naar kind (wij zijn de ouders)
- Fantastisch gebleven.
- Nog sterkere band tussen de zusjes

Losse opmerkingen

- Vrouwen bellen tijdens behandeling heel vaak, de mannen verwerken het heel anders, praten er niet zoveel over.
- Grootste angst is angst voor verdriet
- Bevalling was een feestje! (dm)
- Gelopen zoals verwacht, was derde zwangerschap, maar voor deel toch onverwacht (dv)
- Hebben niet lukken van procedure omgezet in activiteit voor runnen van gastouderhuis gedurende het schooljaar voor zes middelbare schoolkinderen.
- Bevalling was positieve uitschieter en daarna doop in de kerk met draagouders als peter en meter.
- Overdracht was niet te overzien, wel te hopen. Prima gegaan. (dv)
- Het leven wordt een hele tijd stilgezet
- De beloning om moeder te worden is het mooiste wat je kan overkomen
- Verrijking van je leven, nieuw evenwicht
- Voor onze eigen kinderen was het de gewoonste zaak van de wereld, ze wisten dat het kindje naar tante zou gaan.
- Het geluk dat het met zich meebrengt: een wonder
- Je moet heel sterk zijn, doorzettingsvermogen hebben. Zwaar traject, je voorgeschiedenis neem je mee en wordt benadrukt tijdens procedures.
- Eigenlijk is het alleen maar meegevallen, hoewel er veel gebeurd is. Na enige tijd vervaagt alle moeite die ervoor gedaan is weer.

- Bij zwangerschapscontroles vond wensmoeder zich er wel een beetje buitenstaan, behalve als er echo's werden gemaakt.
- Afstaan is geen enkel probleem geweest, was eerder een opluchting.
- Positieve uitschieter is een prachtig kind voor de wensouders dat veel geluk brengt en herbeleving van eigen kinderen met roze wolk gevoel (echt zwangerschapsverlof met zorg thuis geregeld: heerlijk).
- Apetrots dat bevalling gelukt is, voel me heel bevoorrecht dat ik dat voor een ander mocht doen (dm)
- Eigen kinderen weerbaarder, vonden het geen enkel probleem (dm)
- De echo's zijn heel belangrijk, geven meer "zicht" op het kind
- Eigen kinderen hebben zeer positief gereageerd, heeft draagmoeder steun aan gehad
- Niet verwacht dat het zo'n grote impact zou hebben, mede door de lange duur (twee jaar)
- Deel blijft een avontuur.

Anderen aanraden in zelfde positie

- Zonder meer
- Zonder meer, alles staat of valt met instelling draagouders
- Ja, mits zeker van jezelf inzake onderscheid eigen kind/draagkind
- Je moet jezelf goed kennen en dan is het een prachtige ervaring (dm)
- Ja, goede ervaring. Wel lang voorbereid, sinds jaren ermee bezig (= voorwaarde voor dit stel). Weten met wie je in zee gaat.
- Relatie moet goed zijn. Als je er goed over nagedacht hebt, moet je het doen.
- Anderen aanraden is moeilijk, het vraagt toch wel veel van mensen. Alleen doen als je elkaar goed kent.
- Absoluut, maar het is enorm spannend
- Ja maar opletten op absolute openheid relatie wens/draagouders. De relatie moet goed zijn, elkaar vrij laten en toch heel erg bij elkaar betrokken zijn.
- Ik zou het zelf zo weer overdoen (dm), maar ik zou het een ander niet zomaar aanraden, want wij hebben veel geluk gehad, omdat onze relatie zo goed was. Kans op conflicten is heel groot.
- Absoluut, mits alles goed besproken is. Goed met draagmoeder communiceren per stap, alles is een gefaseerd proces.
- Natuurlijk: je hebt alleen deze kans om zwanger te worden.
- Zou het iedereen aanraden, alleen goed voorbereid en met hele goede band tussen wens- en draagouders. Losse vriendin niet mogelijk.
- Ook ervaring in Engeland: puur commercieel, zeer negatief ervaren. Bij mislukken procedure in Nederland nooit uitwijken. Arrogant, commercieel, geen begeleiding.
- Zou het zeker aanraden aan derden, maar het is veel zwaarder en intenser dan verwacht, het proces vergt veel tijd en overleg. Veel ethische dilemma's en de verantwoordelijkheid naar de draagouders toe weegt heel zwaar.

- Ik zou het wel aanraden, maar je moet ontzettend goed weten waar je aan begint en dat weet je per definitie niet van te voren, dus heel moeilijk. Het proces verloopt aan het begin en de rest wordt ingepast.
- Zoals het bij ons ging wel, band viertal is essentieel.
- Zeker aanraden maar binnen context van psycholoog en gynaecoloog die de zaak van te voren goed doorspreken alvorens IVF procedure in te gaan. Zeker niet commercieel! Zorgvuldige procedure noodzaak.
- Absoluut positieve ervaringen. Zou anderen het aanraden.
- Zouden het anderen aanraden. Geen grote negatieve ervaringen
- Wel aanraden, mits behandelaars meer pro-actief handelen, hele goede afspraken maken.
- Lijkt me fijner om het te doen, dan om het te vragen (dm)
- Anderen voelden zich bezwaard, dus ik moest soms de moed erin houden. Zou het toch aanbevelen: toch wel iets moois (dm – geen kind)
- Procedure wel aan te raden, maar dan sneller
- Ondanks terugtrekken van draagmoeder toch wel, want het is je enige kans

Adviezen

- Juridische vraagbaak
- Verbetering juridische procedure, adoptie vergemakkelijken 4x
- Lotgenotencontact 4x in begin en tijdens zwangerschap
- Geen lotgenotencontact, geen behoefte
- Lotgenotengroep oprichten, “het houdt op waar je zelf eigenlijk nog verder wil gaan”.
- Nieuwsbrief rondsturen
- Leren van excessen in buitenland en probeer dat te voorkomen
- Psychosociale begeleiding inbouwen, dezelfde draagmoeder zegt echter het zelf niet nodig te hebben gehad
- Begeleiding als optie
- Partner draagmoeder essentieel, altijd erbij betrekken.
- IVF traject verbeteren (geografisch), dichter bij huis 5x
- Zoveel mogelijk voorlichting
- Agenda’s trekken lastig voor intake, interviews, IVF procedures etc.
- Aandacht voor hoe het contact tussen wens en draagouders verloopt
- Meer tijd hebben om aan behandelaars allerlei vragen te stellen.
- Tussentijdse evaluatie met intakearts
- Optimaliseren kansen op bevruchting. IVF daar waar de meeste expertise is in dit bijzondere geval
- Uitbreiden van IVF kansen
- Inclusiecriteria minder strikt maken, meer toegankelijkheid
- Ten tijde van afwijzing zouden wensouders graag hulp hebben gehad. Bij medische behandelaar niet voldoende ruimte, huisarts niet voldoende op de hoogte van

draagmoederschapproblematiek, te hoge drempel om zelf andere hulp te vinden. Vinden dat in zo'n begeleiding moet worden voorzien.
- Telefonisch spreekuur als klankbord inrichten voor wens- en draagouders.
- Weet niet of project verder moet: weer een kans maakt het steeds moeilijker…
- Tussentijdse evaluatie in voortraject: als draagmoeder kun je niet meer op je schreden terugkeren als je eenmaal ja hebt gezegd. Tussentijdse evaluatie geeft meer bezinning, ook voor het viertal.
- Positief over procedure als geheel, maar wel een check op zorgvuldigheid later gemist. Kan zich voorstellen dat bij slechtere verhouding of voorbereiding dingen faliekant uit de hand kunnen lopen. Dus tussentijdse evaluatie gewenst.
- Bevalling in ziekenhuis laten plaatsvinden onder bewaking in plaats van thuisbevalling vanwege de enorme emotionele verantwoordelijkheid die er is.
- Tussentijdse evaluatie nodig en bij dreigende ontsporing dan inschakelen van psychosociale hulpverlening.
- Goed doorspreken contractpunten, check op uitvoering daarvan. Hoe minder onzekerheden, des te plezieriger.
- Voorlichtingsmateriaal op schrift, folders, brochures
- Bespreken van kans op mislukken en de gevolgen daarvan
- Verplichten tot bijwonen van besprekingen etc.
- Als mensen traject ingaan, willen ze alleen positief denken. Verstand en gevoel zeggen wat anders. Moeilijk als procedure mislukt. Hoe te ondervangen?
- Frequent echo's laten maken voor de wensouders waardoor zwangerschap tastbaarder wordt
- Betere organisatie in hele traject
- Tussentijdse evaluatie na iedere poging
- Meer openheid als onderzoek afgelopen is, voelde nu aan als een geheim omdat het in Nederland nog niet voorgekomen was.

9.10 Conclusies

De belangrijkste conclusies van dit psychosociale deel van het onderzoek zijn:
- hoogtechnologisch draagmoederschap als behandeling heeft een relatief geringe impact op alle betrokkenen, maar voor zover er sprake is van een enig effect, is dat een positief effect.
- De uitkomst, wel of geen kind, heeft een geringe impact op alle betrokkenen, maar voor zover er sprake is van een enig effect, is dat een positief effect.

Dit maakt in psychosociaal opzicht vanuit het perspectief van betrokkenen, wens- en draagouders en behandelaars, hoogtechnologisch draagmoederschap tot een aanvaardbare, maar niet zaligmakende optie om de kinderwens van de wensouders te vervullen.
Er is nauwelijks psychopathologie aangetroffen bij de na interviews, wel was de procedure voor zeer velen zwaar geweest. Ook hierin verschilt hoogtechnologisch draagmoederschap niet veel van andere fertiliteitsbevorderende medische ingrepen.

Opvallend is dat meer dan 90% (of er nu wel of geen kind geboren is) zegt de procedure nogmaals te willen ondergaan of het aan anderen te willen aanraden die in eenzelfde situatie verkeren. “Niet geschoten is altijd mis” (tegenwoordig ook wel aangeduid als: “als je niet schiet, ken je niet scoren”, Cruyff JC) is nog steeds een volkswijsheid.
Daarnaast zijn nog enkele significante ervaringen te noemen die weliswaar niet zozeer de behandeling als totaal betreffen, maar wel richtlijnen voor vervolg indiceren:

- Eén wensmoeder was door haar eigen traumatische ervaringen bij een vorige eigen zwangerschap at risk en heeft het zwaar gehad, doch is niet gedecompenseerd door de procedure.
- Het terugtrekken van een draagmoeder blijkt uiterst problematisch voor de wensouders, de screening zou hierop nog meer gericht moeten zijn. Het onderzoeksteam blijft wel van mening dat men beter voor de IVF procedure zich kan terugtrekken. Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald.
- De enige die als draagmoeder geen (schoon)zusje of vriendin heeft maar een draagmoeder via een oproep in een tijdschrift (niet commercieel) kan zich er niet bij neerleggen geen kind te krijgen. Zij hebben ook een heel andere relatie met de draagmoeder nu de procedure niet gelukt is dan de andere stellen. Er is nauwelijks nog contact, af en toe een kaartje, en dat lijkt voor beide stellen genoeg te zijn. Dit pleit voor de stelregel dat de draagmoeder moet worden gezocht in familie of goede vriendenkring.

9.11 Aandachtspunten en aanbevelingen

De aanbevelingen en aandachtspunten die uit de psychologische voor- en nametingen zijn gekomen zijn te lezen in hoofdstuk 12 Conclusies. De daaruit volgende aanbevelingen zijn terug te vinden in de hoofdstukken die een uitwerking van de conclusies vormen: 13 checklist, 14 stroomdiagram, 15 en 16 de contracten en in de bijlagen de adviezen richting Ministerie van VWS en de NVOG.

10 Juridische gevolgen van hoogtechnologisch draagmoederschap

10.1 Inleiding

Op juridisch vlak is in korte tijd via jurisprudentie van rechtszaken van wens- en draagouders uit ons onderzoek progressie geboekt om de discrepantie tussen het gedoogbeleid[67,96,97,116], dat het Ministerie van VWS voorstelde, en de juridische consequenties daarvan, te overbruggen. Dit heeft nog niet geleid tot een verandering van de wetgeving. Wetgeving wordt gemaakt door de Tweede en Eerste Kamer op basis van een wetsvoorstel van een Minister of een initiatief wetsontwerp van een kamerlid. Dit heeft nog niet zo mogen zijn.
De juridische veranderingen gedurende ons onderzoek worden hieronder beschreven[10,126,135], evenals een samenvatting van twee goed gedocumenteerde bronnen[127,10] in de juridische literatuur. Zij geven een goed overzicht van de laatste stand van zaken.
In dit hoofdstuk komen aan de orde:

1. Juridische aspecten in ons onderzoek
    a. versoepeling adoptieprocedures
    b. juridische begrippen
    c. uitspraken wens-/draagouders
    d. adoptieprocedures/aangiftes
2. Samenvatting overzicht Mr. M.M.Schoots
3. Samenvatting overzicht Mr. K.Boele-Woelki
4. Andere juridische gegevens uit contracten in ons onderzoek
5. Toekomst

10.2 Juridische veranderingen omtrent adoptiewetgeving in ons onderzoek

Versoepeling adoptieprocedures

Een groot winstpunt tijdens het onderzoek was de progressie op juridisch gebied. Aanvankelijk bleek het advies van het Ministerie van VWS niet automatisch een koppeling te krijgen met de wetgeving via het ministerie van Justitie, waar Mr. Sorgdrager destijds de scepter zwaaide. Er dreigde een situatie te ontstaan waarbij de procedure wettelijk (Ministerie van VWS) werd goedgekeurd, doch adoptie van deze kinderen door de wensouders niet anders kon plaatsvinden dan na vreemde kunstgrepen De draagmoeder moest o.a. verklaren dat ze niet in staat was een kind op te voeden, hetgeen in directe tegenstelling was met de zorg die

ze dagelijks aan haar eigen kinderen besteedde. Een van de ingangseisen voor een draagmoeder is namelijk dat zij zelf kinderen moet hebben gebaard!

Duurde het voor het eerste stel nog meer dan vier jaren alvorens de adoptie van het wenskind een feit was, na jurisprudentie in casus 34 uit ons onderzoek (Amsterdamse Hof 19 februari 1998[80] en vernietiging van een negatief oordeel van de Rechtbank van Rotterdam (nr. 47 in ons onderzoek) door het Haagse Hof 21 augustus 1998[81] werd het beleid soepeler[82,83]. In ons onderzoek volgde ook ontheffing van het ouderlijk gezag via de arrondissementsrechtbank van Breda (nr.1) en eveneens voor nr. 4 (Rechtbank Arnhem).

Door intensieve samenwerking met twee advocatenkantoren werd het juridisch pad geplaveid. Ook deze advocatenkantoren werden op ideologische basis gevonden: zowel Mr. Schepel[126] uit Rotterdam als Mr. Sutorius[131] uit Arnhem vonden draagmoederschap in deze vorm een goede zaak waar zij zich voor wilden inzetten. Via via kwam de auteur van dit proefschrift met deze twee advocaten in contact; al in 1996 is er overleg geweest over een te volgen procedure. Vlak voor het onderzoek in 1998 daadwerkelijk van start kon gaan door het gedoogbeleid van minister Borst, namen beide advocaten echter afscheid van de actieve advocatuur en werden zij opgevolgd door respectievelijk Mr. M.M. Schoots (advocaat bij Trenité Van Doorne en later advocaat bij Boekel de Nerée te Amsterdam) en Mr. H. van Arkel (advocaat bij CMS Derks Star Busmann Hanotiau Advocaten te Arnhem).

In 1999 woonden beiden mijn voordracht[37] bij over de juridische aspecten van draagmoederschap, waarbij eveneens Mr. J. Polders en Mr. M. Klarenberg van het hoofdkantoor van de Raad voor de Kinderbescherming aanwezig waren. Vele vragen werden opgehelderd, zowel van onze kant naar de juridisch geschoolde aanwezigen als vice versa. Nu hopelijk de weerstand van de kinderrechters is doorbroken, in goede samenwerking met daartoe gespecialiseerde juristen en vaste contactpersonen bij de Raad voor de Kinderbescherming, kan een adoptieverzoek al worden ingediend na een jaar feitelijke verzorging en opvoeding (bij eenpersoonsadoptie pas na drie jaar).

Wij pleiten voor een start van de adoptieprocedure tijdens de zwangerschap, zodat kort na de geboorte van het kind de daadwerkelijke adoptie kan plaatsvinden:

- Het gevaar van een niet versoepelen van de adoptieprocedure is dat het kind tenminste het eerste jaar, of langer als de advocaat in hoger beroep moet gaan, de achternaam zal moeten

dragen van de draagouders, terwijl het een 100% genetisch eigen kind is van de wensouders.

- Indien de wensouders onverhoopt komen te overlijden in het eerste jaar alvorens de adoptie een feit is, heeft dit grote consequenties voor het erfrecht van zowel het wenskind, als de reeds aanwezige kinderen van wens- en draagouders. Een groot struikelblok als het nooit de opzet is geweest dat de draagouders het kind zelf zouden houden.
- De emotionele schade kan groot zijn om na een dergelijk ingewikkeld proces van draagmoederschap ook nog afhankelijk te moeten zijn van de uitspraak van de rechters en de onzekerheid of jurisprudentie opnieuw zal worden gevolgd. Uiteindelijk biedt jurisprudentie goede uitzichten, maar geen waterdichte garantie dat het in de toekomst altijd zo zal verlopen. Dat is de voornaamste reden voor ouders om een valse aangifte te overwegen, hoewel ze hiermee, ook ten opzichte van hun eigen kind, vreselijk veel moeite hebben.
- Als laatste argument mag gelden dat het een vreemde zaak is dat het Ministerie van VWS een gedoogbeleid instelt, wat niet tot consequenties leidt bij het Ministerie van Justitie. In feite hanteren twee Ministeries voor hetzelfde probleem nu twee verschillende procedures.

1b. Juridische begrippen

- **Moederschap**

  JURIDISCH MOEDER: de vrouw uit wie het kind is geboren of die het kind heeft geadopteerd (art. 1:198 BW)[17]

  GENETISCH MOEDER: de vrouw die de eicel levert

  BIOLOGISCH MOEDER: de vrouw uit wie het kind geboren is

  SOCIAAL MOEDER: de vrouw die het kind feitelijk verzorgt

  In geval van hoogtechnologisch draagmoederschap heeft het kind één genetische moeder (wensmoeder) en een biologische moeder (draagmoeder), waarvan de biologische moeder het eerste jaar de juridische moeder is en de genetische moeder dat wordt, nadat de adoptie een feit is.

- **Vaderschap**

  JURIDISCH VADER: de man

  A. die op het tijdstip van de geboorte van het kind met de vrouw uit wie het kind is geboren, is gehuwd, tenzij onderdeel b geldt:

B. wiens huwelijk met de vrouw uit wie het kind geboren is, binnen 306 dagen voor de geboorte van het kind door zijn dood is ontbonden, zelfs indien de moeder was hertrouwd; indien echter de vrouw sedert de 306e dag voor de geboorte van het kind was gescheiden van tafel en bed of zij en haar echtgenoot sedert dat tijdstip gescheiden hebben geleefd, kan de vrouw binnen een jaar na de geboorte van het kind ten overstaan van de ambtenaar van de burgerlijke stand verklaren dat haar overleden echtgenoot niet de vader is van het kind; was de moeder hertrouwd dan is in dat geval de huidige echtgenoot de vader van het kind

C. die het kind heeft erkend

D. wiens vaderschap gerechtelijk is vastgesteld; of

E. die het kind heeft geadopteerd (art. 1:199 BW)[17]

GENETISCH EN BIOLOGISCH VADER: de man die de zaadcel levert

SOCIAAL VADER: de man die het kind feitelijk verzorgt.

- **Draagmoeder**

  De vrouw die, eventueel op kunstmatige wijze zwanger wordt, met het doel het eenmaal geboren kind af te staan aan anderen en die hierover voor de zwangerschap afspraken maakt. In veel gevallen zal de vrouw zelf de eicel leveren, maar eiceldonatie is ook mogelijk en is de weg bij hoogtechnologisch draagmoederschap.

- **Definitie hoogtechnologisch draagmoederschap**

  Bij hoogtechnologisch draagmoederschap wordt de eicel, verkregen door een ovariumpunctie na hormonale stimulatie van de wensmoeder, via IVF bevrucht door het semen van de wensvader. Het hieruit ontstane embryo wordt geïmplanteerd in de baarmoeder van de draagmoeder. Het betreft dus een plaatsing, en geen terugplaatsing. De term ‘couveusemoeder’ zou overigens een prettiger woord zijn.

  Het kind dat de wensouders later adopteren is derhalve een genetisch volledig eigen kind.

- **Definitie half- of laagtechnologisch draagmoederschap**

  Bij half- of laagtechnologisch draagmoederschap wordt de draagmoeder geïnsemineerd met het semen van de wensvader. De draagmoeder levert de eicel, zodat de procedure zonder IVF kan worden uitgevoerd, zelfs zonder aanwezigheid van een arts.

  Nadeel is echter dat het kind dat de wensouders later adopteren voor 50% de genen heeft van de wensouders (via de vader) en voor 50% van de draagouders (via de moeder).

- **Wensouders**

Twee mensen die tezamen niet op natuurlijke wijze een kind willen/kunnen krijgen en daartoe een overeenkomst met een derde aangaan.

10.4 Uitspraken wens-/draagouders

Uit onderstaande uitspraken blijkt dat de adoptieprocedure een zwaarwegend emotioneel onderwerp is voor de meeste wens- en draagouders. Dit is een argument temeer om de adoptieprocedure bij wet goed te regelen, zodra er toestemming tot deelname aan de procedure is gegeven na goede intake.
Twaalf van de 28 geïnterviewde viertallen gaven duidelijk aan, vaak al voordat de IVF procedure werd uitgevoerd, moeite te hebben met de te verwachten juridische gang van zaken als er een baby geboren zou worden.

'Ik wil niet tot het uiterste gaan, niet naar Engeland bijvoorbeeld. Ik ben voor mezelf nog niet eens zo bang, maar als dit alles een beetje rommelig gaat, de adoptieprocedure, nou verzin het allemaal maar, kan dat kind ergens buiten de boot vallen. Identiteitsproblemen. Ik wil voor mezelf de problemen nog wel aangaan, als ik ergens een beetje moeilijk kom te zitten, daar kies ik zelf voor, dan neem ik dat risico, maar dat kind dat kiest niet. Die mag verwachten, dat hij met normale zekerheid op de wereld gezet wordt en niet met allerlei halsbrekende toeren, omdat ik zo nodig een kind wil hebben. Ik ga voor een honderd procent eigen kindje, ook voor de wet. Ik vind het vreselijk dat de draagmoeder dan moet tekenen dat ze haar kind niet kan opvoeden, alsof ze het verwaarloost. En ze heeft er al twee! Zelfs daar wil de draagmoeder nog voor tekenen om het voor ons mogelijk te maken, maar wat als er ooit iets met haar kinderen gebeurt en de rechtbank zegt dat ze getekend heeft dat ze haar kinderen niet kan opvoeden en die worden dan ook weggehaald...'

'We hebben goed nagedacht over de te volgen juridische procedure. Indien wij (wensouders) allebei komen te overlijden voor het eerste jaar hebben we de uitdrukkelijke wens de baby te verenigen met onze eigen dochter. De voogd van dit dochtertje is niet de draagouder, zodat er een aparte procedure in gang gezet moet worden. Wel is de intentie hiertoe door allen uitgesproken en op papier gezet. De draagouders zullen dus niet de voogd van de baby zijn…'

'Wij nemen nog geen contact op met een advocaat of de raad voor de kinderbescherming, omdat we erg tegen de emotionele onzekerheid van de procedure opzien…'

'...kindje blijft bij overlijden wensouders bij de draagouders, hiertoe hebben wij (wensouders) een overlijdensrisicoverzekering ten gunste van de draagouders van 200.000 per persoon afgesloten voor de kosten van opvoeding van ons kind…'

'We hebben lang nagedacht over de juridische consequenties.'
(Noot SD: Zij waren een van de eersten van ons onderzoek. In die tijd hadden wij nog geen standaardcontract als leidraad. De jurisprudentie over de adoptie is pas gekomen na hun casus.)
'Wij, maar vooral de draagouders hebben problemen met de naamgeving voor de adoptie.'
(Uit het verslag: Zouden willen dat ze meteen de juiste naam kunnen geven. Spreken ook oriënterend wel over valse aangifte. Zijn daar nog niet uit, maar vinden het wel een zwaarwegend probleem. Dan volgt er nog een juridische discussie in het interview waarbij de wensmoeder aangeeft er wel veel moeite mee te hebben dat het kindje de achternaam krijgt van de draagouders. Speelt zwaar en geeft een grote emotionele claim aan dit viertal.)

Ten tijde van dit interview was er nog sprake van jarenlang getouwtrek om de adoptieprocedure. Ook de wensouders hebben gedacht over valse aangifte, maar willen in het kader van het onderzoek wel officieel doen, om zo de zaak te forceren tot snelle goede adoptieprocedures.

'...De wet dwingt je als het ware om valse aangifte te doen…'

En uiteindelijk aan het eind van het onderzoek in november 2000 een mail van wensouders:

'Heel gemakkelijk werd het ouderlijk gezag overgedragen door de kinderrechter in Arnhem met bemiddeling van mr. Schoots, na op de hoogte stellen door haar van de vaste persoon bij de Raad voor de Kinderbescherming. De eerste en belangrijkste stap naar adoptie dit jaar is gezet.'

10.5 Adoptieprocedures/aangiftes

Er zijn 9 kinderen in het onderzoek geboren (een drietal is nog zwanger) en 7 buiten het onderzoek om (halfgenetisch, niet genetisch; zie hoofdstuk 3.8). Bij de na-interviews is gevraagd naar de wijze van aangifte:

In onderzoek:		
Hoogtechnologisch	aangifte en adoptie verwezenlijkt	2x
Hoogtechnologisch	aangifte en ontzetting ouderlijke macht in afwachting van officiële adoptie	5x
Hoogtechnologisch	onbekend	2x
Buiten onderzoek:		
Hoogtechnologisch	aangifte en adoptie verwezenlijkt	1x
Halftechnologisch	aangifte en adoptie verwezenlijkt	1x
Halftechnologisch	onbekend	3x
Geen technologie	onbekend	1x
Eigen kinderen	normale aangifte	1x

10.6 Samenvatting 'Draagmoederschapscontracten in de praktijk' door Mr. M. M. Schoots[127]

Toen Mirjam Schoots in 1991 haar afstudeerscriptie 'Kunstmatige voortplanting en draagmoederschap: juridisch ouderschap heroverwogen' schreef, was er iemand die haar verwees naar Mr. Schepel, de advocaat op het terrein van adopties en draag-moederschapcontracten. Ook enkele jaren later, toen zij als advocaat op hetzelfde kantoor werkzaam was, viel haar zijn gedrevenheid voor draagmoederschapadopties op. Dezelfde Mr. Schepel, die in de inleiding van dit hoofdstuk genoemd wordt.

Juridisch ouderschap

Bij juridisch ouderschap kan men een onderscheid maken in juridisch vaderschap en juridisch moederschap. Met ingang van 1 april 1998, toen het nieuwe afstammings- en adoptierecht in werking trad (wetsvoorstel 24 649), zijn de termen 'wettig, onwettig en natuurlijk' komen te vervallen. Daarvoor in de plaats is gekomen: al dan niet in familierechtelijke betrekking staan tot het kind (art.1:197 BW)17.
Volgens het huidige recht is de juridische moeder de vrouw uit wie het kind geboren is of die het kind heeft geadopteerd. Het *mater semper certa est*-beginsel is niet letterlijk in de wet opgenomen. Door de mogelijkheid van adoptie is het op grond van de wet mogelijk dat biologisch en juridisch moederschap niet samenvallen.
Ook het juridisch vaderschap van art. 1: 198 BW17 berust op het vermoeden van biologisch vaderschap in plaats van op feitelijk biologisch vaderschap, terwijl voor erkenning biologisch vaderschap niet is vereist.

De belangrijkste gevolgen van het juridisch vader- en moederschap zijn de volgende:

- het kind staat in familierechtelijke betrekking tot zijn ouders en bloedverwanten (art.1:197 BW)[17].
- De juridische ouders oefenen in beginsel gezamenlijk het gezag uit over het kind en vertegenwoordigen het kind in en buiten rechte (art.1:245 BW)[17]. Gezag kan echter ook door één ouder worden uitgeoefend. Het hebben van gezag is voor een ouder noodzakelijk om de verplichting het kind te verzorgen en op te voeden na te kunnen komen.

Juridisch ouderschap bij draagmoederschap

Onderscheid moet worden gemaakt tussen de gehuwde en de ongehuwde draagmoeder. De meest voorkomende situatie is draagmoederschap met zaad van de wensvader. Zowel bij de gehuwde als de ongehuwde draagmoeder, wordt de draagmoeder de juridische moeder van het geboren kind. Zij is immers de vrouw uit wie het kind geboren is en staat in familierechtelijke betrekking tot het kind.
Indien de draagmoeder gehuwd is, wordt haar echtgenoot de juridische vader van het kind. In dit geval oefenen de draagmoeder en haar echtgenoot het gezag over het kind uit. Indien haar echtgenoot niet met de inseminatie heeft ingestemd, kunnen de draagmoeder en/of haar echtgenoot de actie tot ontkenning van het vaderschap instellen (art.1: 200 BW)[17]. Indien deze

actie slaagt, heeft dit tot gevolg dat de echtgenoot van de moeder met terugwerkende kracht nooit de vader van het kind is geweest (art.1:202 BW)[17].
De draagmoeder en haar echtgenoot dienen afstand te doen van het kind om de wensouders juridisch ouders te maken. De gang van zaken is als volgt:

De wensouders vragen normaliter reeds voor de geboorte toestemming aan de Raad voor de Kinderbescherming om het kind na de bevalling te mogen opnemen in hun gezin. Na een onderzoek door de Raad volgt toe- dan wel afwijzing. Indien het verzoek wordt afgewezen en het kind wordt toch opgenomen, zijn de wensouders strafbaar en kan het kind voorlopig aan de Raad worden toevertrouwd (art.1:241 lid 1 BW)[17]. De Raad gaat met een zo snel mogelijke plaatsing in het wensgezin in de meeste gevallen wel akkoord, omdat dit immers in het belang van het kind zal zijn.
Indien het kind met toestemming van de Raad wordt geplaatst bij de wensouders, valt het kind onder de bescherming van de Pleegkinderenwet. Om in familierechtelijke betrekking te komen tot het kind, moeten de wensouders het kind adopteren.
De draagmoeder en haar echtgenoot moeten uit het gezag worden ontheven op verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming. Hiervoor dient te blijken dat de ouder(s) ongeschikt of onmachtig is (zijn) tot verzorging en opvoeding van het kind. De wensouders kunnen vervolgens het kind adopteren. Hiervoor is het noodzakelijk dat zij gedurende drie jaar voorafgaande aan het verzoek met elkaar hebben samengeleefd en het kind tezamen tenminste een jaar hebben verzorgd en opgevoed (art.1:227 en 228 BW)[17]. Door de adoptie ontstaan er familierechtelijke betrekkingen tussen het kind, de wensouders en hun bloedverwanten. De familierechtelijke betrekkingen tussen de draagmoeder, haar eventuele echtgenoot en hun bloedverwanten worden verbroken.

Tenslotte is er nog de niet aan te bevelen (illegale) weg van valse aangifte. De wensouders doen na de geboorte van het kind aangifte bij de ambtenaar als betreft het hun kind. In dat geval is er sprake van fraude: verduistering van staat, strafbaar ingevolge art. 236 Sr[141].

Indien de draagmoeder het kind niet wil afstaan of de wensouders het kind niet willen aanvaarden ontstaan er problemen. Algemeen wordt aanvaard dat de verplichting om het kind af te staan bij niet nakoming niet afgedwongen kan worden. De overeenkomst heeft geen geoorloofde oorzaak wegens strijd met de goede zeden en openbare orde en is derhalve nietig. De ratio van de nietigheid van draagmoederschapcontracten is de ongewenstheid van het afdwingen van nakoming van onzedelijke prestaties. Het contract is overigens geldig. Zo zou

een eventueel overeengekomen redelijke kostenvergoeding of schadevergoedingsaanspraak bij niet nakoming kunnen worden gehonoreerd. De wensouders kunnen de draagmoeder bijvoorbeeld bij overeenkomst toezeggen de kosten van levensonderhoud van het kind te betalen, indien de wensouders besluiten het kind niet te aanvaarden. Op grond van art.1:394 BW[17] is de verwekker hiertoe verplicht.

De wensouders kunnen de draagmoeder niet verplichten een abortus te ondergaan. De draagmoeder is degene die daarover beslist. Als zij zwanger is van een onvolwaardige vrucht en geen abortus wil, en de wensouders moeten extra kosten maken voor de verzorging en opvoeding van het gehandicapte kind, kan de draagmoeder niet voor deze kosten worden aangesproken. De wensouders besluiten immers in vrijheid tot het aanvaarden van het kind, zij kunnen hiertoe echter niet worden gedwongen. Indien de wensouders besluiten het kind niet te aanvaarden, blijft de mogelijkheid van de draagmoeder om ze aan te spreken voor de (extra) kosten van levensonderhoud bestaan.

Probleem blijft de financiële tegenprestatie, die de wensouders toezeggen aan de draagmoeder, te zullen voldoen. Zolang deze tegenprestatie niet verder gaat dan vergoeding van kosten van zwangerschap, bevallen en eventuele inkomstenderving, is er sprake van een redelijke onkostenvergoeding. Broekhuijsen-Molenaar[15] noemt een bedrag van NLG 15.000 tot NLG 20.000 als redelijke kostenvergoeding verdedigbaar. Een hogere vergoeding neigt naar commercieel draagmoederschap en babyhandel. In ons onderzoek werden in de contracten lagere bedragen opgenomen. Er werd eerder een begroting gemaakt voor de daadwerkelijk te vergoeden kosten van verzekeringen, ziekenhuiskosten, extra kraamhulp en was er een extra post uitgaven voor de wensouders opgenomen van ongeveer NLG 3.000,-. Enkele stellen openden een girorekening met machtiging voor de draagouders, waarop zij altijd voldoende geld ter beschikking stelden, om dergelijke kosten te dekken. Uiteraard zal een onredelijke onkostenvergoeding de gehele overeenkomst nietig maken. In dit geval kan de betrokkene namelijk gezien de financiële consequenties zijn beslissing niet meer in volle vrijheid nemen. De angst voor commercieel draagmoederschap heeft in Nederland geleid tot de op 1 november 1993 in werking getreden Wet Commercieel Draagmoederschap.

Deze wet stelt strafbaar:

1. Beroeps- en bedrijfsmatige bemiddeling
2. Het in het openbaar bemiddeling aanbieden

3. Openbaar maken dat een vrouw zich aanbiedt als draagmoeder, dan wel dat een draagmoeder wordt gezocht. (De Arrondissementsrechtbank Zutphen veroordeelde op 1 april 1997 een commerciële draagmoeder tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van twee maanden)

De ideële draagmoeder wordt van overheidswege niet tegengewerkt, al heeft de staatssecretaris het niet nodig gevonden een wetsvoorstel te handhaven waardoor het voor de draagmoeder mogelijk zou worden om afstand te doen van ouderrechten. De angst bestond dat een wettelijke regeling het verschijnsel draagmoederschap zou bevorderen.

Rechtspraktijk

Zoals hiervoor reeds gezegd, kan een ouder die ongeschikt of onmachtig is om zijn plicht tot verzorging en opvoeding te vervullen op grond van art. 1:266 BW[17] van het ouderlijk gezag worden ontheven. In het voorjaar van 1995 gaf een aantal kinderrechters in het arrondissement Rotterdam aan dat art.1:266 BW[17] oneigenlijk gehanteerd zou worden, indien de draagmoeder op grond van dit artikel van het ouderlijk gezag zou worden ontheven. De wetgever heeft hierop uitdrukkelijk gereageerd met de toelichting dat geen wetswijziging voor draagmoederadopties nodig werd geacht en beriep zich daarbij op het arrest van de Hoge Raad[79]. In dit arrest werd door de Hoge Raad overwogen dat met onmacht en ongeschiktheid in de zin van art. 1:266 BW[17] niet alleen bedoeld is een in de persoon van de ouder gelegen algemene ongeschiktheid. Het kan ook betrekking hebben op de ongeschiktheid/onmacht tot verzorging en opvoeding van een bepaald kind die kan zijn veroorzaakt door of kan samenhangen met de bijzondere eigenschappen van dat kind of met de bijzondere omstandigheden waarin het kind zich bevindt ten tijde van de te nemen beslissing. In aansluiting hierop wees de Rechtbank Amsterdam op 26 april 1995 een verzoek tot ontheffing van het gezag van een draagmoeder en haar echtgenoot toe.

Dat er echter nog steeds weerzin bestaat tegen het ideële draagmoederschap proeft men uit een tweetal recentere uitspraken van de Rechtbank Utrecht (18 juni 1997)[82,83] *(noot auteur: betreft casus 34 uit ons onderzoek)* en Rotterdam (23 maart 1998) *(noot auteur: betreft casus 47 uit ons onderzoek)*.

Zo wees de Rechtbank Utrecht het verzoek reeds af nu van onmacht of ongeschiktheid in de zin van art. 1:266 BW[17] niet was gebleken. De rechtbank overwoog daarbij dat:

> ‘De Hoge Raad heeft weliswaar uitgemaakt dat onmacht of ongeschiktheid tot verzorging en opvoeding ook kan liggen in bijzondere omstandigheden waarin het kind zich bevindt ten tijde van de beslissing, doch deze omstandigheden zijn naar het oordeel van de rechtbank in casu niet aanwezig. De rechtbank acht het heel wel mogelijk dat het kind in het gezin van de wettige ouders opgroeit, bij voorbeeld wanneer de pleegouders hun verzorgende taak niet meer zouden willen of kunnen uitoefenen. Of zij een derde kind niet aan zouden kunnen, en of zij niet in staat zouden zijn een band met het kind op te bouwen zou pas kunnen blijken na verloop van tijd, inzet van hulpverlening en dergelijke. Het enkele niet-willen levert op zichzelf geen onmacht of ongeschiktheid op’.

Naar de overtuiging van de Rechtbank Utrecht zou voor een ontheffing de fictie van onmacht of ongeschiktheid toegepast moeten worden, hetgeen men ongewenst acht. Het Hof Amsterdam heeft de uitspraak van de Rechtbank Utrecht vernietigd (19 februari 1998 – NJ Kort 1998, 32).

Het hof is in tegenstelling tot hetgeen door de rechtbank heeft overwogen, van oordeel:

> ‘…dat in casu geen sprake is van oneigenlijk gebruik van de maatregel tot ontheffing van het ouderlijk gezag over een kind zoals bedoeld in art. 1:266 BW, nu al voor de verwekking van het kind is afgesproken dat ontheffing van de draagmoeder en haar echtgenoot zal worden aangevraagd. Naar ’s Hofs oordeel dient in dit artikel niet zodanig beperkt te worden uitgelegd dat een ouder in bepaalde situaties, in het belang van het kind, niet de mogelijkheid heeft de indiening van een verzoek tot ontheffing van het ouderlijk gezag over een bepaald kind te bevorderen. Indien een dergelijk verzoek wordt onderbouwd door een gedegen gemotiveerd rapport en advies van de raad, ingesteld naar aanleiding van voornoemd verzoek, behoeft naar het oordeel van het hof, niets de toewijzing van het verzoek in de weg te staan, temeer indien uit het rapport voldoende aannemelijk is geworden dat de ouder ongeschikt dan wel onmachtig is om het kind op te voeden en de ontheffing van het ouderlijk gezag in het belang is van het kind’.

Ook de Rechtbank Rotterdam wijst het door de Raad voor de Kinderbescherming ingediende verzoek tot ontheffing van het gezag van de draagmoeder af. In deze zaak trad Mr. Schepel – zowel bij de rechtbank als bij het hof – op als advocaat voor de wensouders, van wie het kind genetisch afstamt. De rechtbank – overigens vooropstellende dat zij niet treedt in de niet op

haar terrein liggende maatschappelijke kwestie inzake de wenselijkheid van draagmoederschap – baseert haar afwijzing echter niet alleen op art.1:266 BW[17]. Ook het Verdrag inzake de Rechten van het Kind[132] wordt van stal gehaald.
Ingevolge art. 7 van dit Verdrag[132] heeft het kind het recht vanaf de geboorte, voor zover mogelijk, zijn ouders te kennen en door hen te worden verzorgd. Art. 8 van het Verdrag[132] bepaalt dat het kind recht heeft zijn identiteit te behouden, met inbegrip onder meer van naam en familiebetrekkingen. De rechtbank overweegt hierover:

> 'In verband met genoemde verdrags- en wetsbepalingen is de conclusie van de rechtbank, dat, nu bij draagmoederschap c.q. ontheffing van het wettig gezag ten behoeve van de wensouders juist niet wordt beoogd om de verzorging van het kind te laten aan de moeder c.q. de vrouw uit wie het kind geboren is en verder ook, door de wijziging van familie-betrekkingen en de in een later stadium beoogde adoptie, de identiteit van het in de in het verdrag bedoelde zin niet wordt behouden, de in casu gevolgde handelwijze van de betrokkenen met betrekking tot het kind niet strookt met de rechten, die in genoemd verdrag zijn toegekend aan het kind als zelfstandig individu.'

En

> '…de biologische identiteit van het kind (.) niet tot een andere conclusie kan leiden, aangezien genoemd verdrag en wet nu eenmaal aan het kind in ieder geval het recht verschaffen te worden verzorgd en opgevoed door de vrouw uit wie het kind is geboren.'

Het begrip 'ouders' in art. 7 van het Verdrag[132] wordt door de rechtbank ingevuld met de definitie 'moeder' in de zin van het nieuwe art. 1:198 BW[17]. In de Memorie van Toelichting op het wetsontwerp tot goedkeuring van het Verdrag[132] wordt echter aangegeven dat onder 'ouders' moet worden verstaan de biologische ouders. Zeker ingeval van draagmoederschap waarbij beide wensouders het genetisch materiaal hebben geleverd, kan art. 7 van het Verdrag[132] een ontheffing niet in de weg staan. Sterker nog: het leidt tot de conclusie dat het kind recht heeft om door de wensouders te worden verzorgd!

Ook het beroep op de eerbiediging van de identiteit van het kind, zoals bepaald in art. 8, kan geen argument zijn. Voor zover de biologische identiteit van het kind wordt bedoeld, verwijst mr. Schoots[127] naar hetgeen hiervoor over art. 7 is opgemerkt. Echter ook indien men zou doelen op de juridische identiteit, beoogt art. 8 te beschermen tegen onrechtmatige inmenging.

Indien we de redenering van de rechtbank zouden volgen, zou ook adoptie strijdig zijn met art. 8, omdat adoptie een inmenging is in de juridische identiteit van het kind. Uit de Memorie van Toelichting bij het wetsontwerp tot goedkeuring van het Verdrag[132] blijkt duidelijk dat hiervan geen sprake is.
Geheel terecht heeft het Gerechtshof te 's-Gravenhage dan ook op 21 augustus 1998 de beschikking van de Arrondissementsrechtbank te Rotterdam vernietigd, overwegende dat er geen sprake is van een oneigenlijk gebruik van art. 1:266 BW[17] en ten overvloede overwegende dat:

> '…juist gezien de bijzondere omstandigheden waarin het kind zich bevindt en de daarmee samenhangende ongeschiktheid van de wettige ouders, de rechten van het kind als zelfstandig individu het beste gewaarborgd worden, indien door het hof wordt beslist als hiervoor overwogen'.

Het hof ontheft vervolgens de draagmoeder van het ouderlijk gezag, benoemt de wensmoeder tot voogdes en bepaalt dat de voogdij door de voogdes en haar echtgenoot gezamenlijk wordt uitgeoefend. Tevens wordt het verzoek tot geslachtsnaamswijziging in die van de wensouders toegewezen.
Het voorafgaande betekent geenszins dat draagmoederafspraken steeds moeten leiden tot ontheffing voogdijoverdracht en/of adoptie. Steeds zal immers door de daarvoor verantwoordelijken dienen te worden bezien of voldaan wordt aan de wettelijke criteria, in het bijzonder het belang van het kind.
Indien sprake is van zeer zorgvuldig overwegen en verantwoord te werk gaan door draagmoeder en wensouders onder begeleiding van de Raad voor de Kinderbescherming zal toetsing door Rechtbanken uit hoofde van art. 1:266 Boek 1 BW[17] en toetsing van het belang van het kind in het kader van de adoptieprocedure niet tot problemen mogen leiden. Naar verwachting zal, gelet op de uitspraken van het gerechtshof te Amsterdam en 's-Gravenhage, hiervan ook in de toekomst geen sprake meer zijn.

10.7 Samenvatting (on)geoorloofdheid van het draagmoederschap in rechtsvergelijkend perspectief, Europees Personen- en Familierecht, Redactie door Mr. K. Boele-Woelki en Mr. M. Oderkerk[10]

In deze meer theoretische beschouwing over draagmoederschap komen een aantal gezichtspunten aan bod die bijdragen aan de discussie tot het wel of niet mogen adopteren van wenskinderen door de wensouders, door ontheffing van het gezag van de draagmoeder.
Het boekje levert een interessante inventarisatie op van de theoretische discussies in Nederland en geeft verder een overzicht van de stand van zaken in andere Europese landen.
Het nadeel is een wat opsommingachtige weergave van regelgeving, waarbij de praktische ervaringen niet worden vermeld, zo ze er al zijn.
Het boek is een bundeling van juridische voordrachten die op 7 oktober 1998 in Utrecht zijn gehouden op het symposium over (on)geoorloofdheid van het draagmoederschap.

De wensouders worden op grond van het draagmoederschapcontract niet de juridische ouders van het kind bij de geboorte. Deze vraag wordt in de literatuur ook wel anders beantwoord. Moltmaker[99,100] is van mening dat het mogelijk moet zijn de draagmoeder die genetisch niet met het kind verwant is, te verplichten tot het afstaan van het kind aan de wensouders, zodra het geboren is. Als de wensmoeder het moederschap niet wil aanvaarden, zal zij daartoe verplicht moeten kunnen worden. Ervan uitgaande dat een kind een moeder moet hebben laat Moltmaker de keus op de wensmoeder vallen omdat zij degene is die sterk naar het kind heeft verlangd. De ideeën van Moltmaker worden bekritiseerd door De Ruiter[123]: naar zijn mening wordt de deur te wijd opengezet voor de contractuele afstand van een kind. Bovendien is de basis voor de keuze voor de genetische wensmoeder het sterke verlangen naar een kind. Dat verlangen zal in een conflictsituatie echter ook bij de draagmoeder aanwezig zijn, en daarmee is het argument niet meer valide. Volgens de Ruiter kan het beste in de wet worden vastgelegd dat de wensouders die genetisch met het kind verwant zijn vanaf het moment van geboorte en van rechtswege de juridische ouders zijn.

Als de wensouders weigeren het kind te accepteren zijn zij toch de juridische ouders en op basis daarvan zijn zij aansprakelijk voor de kosten van verzorging en opvoeding. Hierbij wordt een erg groot belang gehecht aan de genetische afstamming, waarbij de zwangerschap zelf niet meer mee telt.

Na de geboorte dient er een ontheffing van gezag bij de draagouders van het kind plaats te vinden. Als het draagmoederschap zich niet heeft afgespeeld binnen de naaste familie, is voor plaatsing van het kind bij de wensouders de toestemming nodig van de Raad voor de Kinderbescherming.

Preambule van het Verdrag[132] inzake de rechten van het kind:
Dat het kind op grond van zijn lichamelijke en geestelijke onrijpheid bijzondere bescherming en zorg nodig heeft, met inbegrip van geëigende wettelijke bescherming, zowel voor als na zijn geboorte.
Artikel 7 van in het Verdrag opgenomen grondrecht dat het kind vanaf de geboorte recht heeft zijn ouders te kennen en door hen te worden verzorgd.

Volgens De Ruiter[123] zijn er bij draagmoederschap maar liefst negen denkbare combinaties mogelijk, die laag-, half- of hoogtechnologisch draagmoederschap worden genoemd.

Van meet af aan is in Nederland een terughoudend beleid gevoerd over draagmoederschap. In 1987 werd in de Raad van Europa instrumenteel gebruik van het lichaam van de vrouw afgewezen op grond van haar waardigheid. In sommige landen[64], b.v. Duitsland, is draagmoederschap ronduit verboden. In andere mag in vitro fertilisatie niet worden toegepast met het oog op draagmoederschap. In Nederland is draagmoederschap door de regering bestempeld als een ongewenst verschijnsel. Commercieel draagmoederschap is bij de wet verboden. Het terughoudende beleid heeft de regering er niet van weerhouden kunstmatige voortplantingstechnologie gecombineerd met ideëel draagmoederschap formeel juridisch te faciliteren met gebruikmaking van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Sinds 1997 is er niet alleen juridisch ruimte voor de laagtechnologische (inseminatie), maar ook voor de hoog-technologische methode (gebruikmakend van lichaamseigen materiaal van de wensouders: eicel van de wensmoeder en zaadcel van de wensvader, al dan niet verkregen via ICSI, intracytoplasmatische sperma-injectie).

Als een draagmoeder toestemming heeft gegeven voor bepaalde medische behandelingen rond de zwangerschap, dan kan zij die weer intrekken. Dit neemt niet weg dat de draagmoeder onder druk kan worden gezet door de wensouders om allerlei onderzoeken te ondergaan teneinde alle mogelijke risico's voor de foetus bij voorbaat te elimineren. Het is aan de arts in diens contractueel-medische relatie tot de draagmoeder op juiste wijze vorm te geven aan zijn

professionele verantwoordelijkheid en druk te weerstaan medewerking te verlenen aan niet noodzakelijke en niet gebruikelijke onderzoeken.
Wensouders kunnen de draagmoeder niet verplichten de zwangerschap uit te dragen. De wet afbreking zwangerschap houdt geen rekening met de noodsituatie van de wensouders. Die ligt alleen bij de draagmoeder. Evenmin kunnen wensouders de draagmoeder verplichten tot afbreking van de zwangerschap, ook niet in het geval van afwijkingen bij de foetus.
Tijdens de medische en psychologische screening kan er informatie van de draagmoeder naar buiten komen die confronterend is.
Er is tegelijkertijd minder ruimte gebruik te maken van het recht van de draagmoeder niet te weten. Wat bijvoorbeeld als er genetische informatie of informatie over een tijdens deze procedure gevonden HIV besmetting is, met de daaruit voortvloeiende maatschappelijke problemen?

Weliswaar rust het grootste risico bij de draagmoeder, de grootste verantwoordelijkheid ligt uiteindelijk bij de arts.
Enerzijds is er sprake van een terughoudende opstelling van de wetgever gezien de strafrechtelijke bepalingen die wij kennen om commercieel draagmoederschap tegen te gaan, artikel 151 b en 151c Sr[141], anderzijds heeft de wetgever in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen de belemmeringen opgeheven die tot voor kort bestonden voor eiceldonatie in combinatie met draagmoederschap[96].

Uit het hoofdstuk van rechter Mr. Broekhuijsen-Molenaar[15]:

‘Tot nu toe heeft de regering bij monde van de Staatssecretaris aangegeven geen aparte wettelijke regeling met betrekking tot het gezag voor te staan, want daarmee zou de terughoudende opstelling ten aanzien van draagmoederschap worden verlaten, terwijl de bestaande regelgeving voldoende mogelijkheden biedt’. Gezien de onvoorspelbare rechterlijke uitspraken op dit punt is dit risicovol, hoewel de huidige jurisprudentie wel steeds meer zekerheid biedt.

Voorstel van Broekhuijsen-Molenaar is om een lid aan artikel 1:266 BW toe te voegen waarin apart voor gevallen van in ieder geval hoogtechnologisch - maar wellicht ook van klassiek - draagmoederschap op verzoek van de Raad voor de kinderbescherming om ontheffing kan worden verzocht.

Er is nog een andere mogelijkheid in het geldende recht om te bewerkstelligen dat het kind een familierechtelijke relatie krijgt met de wensouders. Als de draagmoeder *ongehuwd* is, kan de *ongehuwde* wensvader met haar toestemming het kind erkennen.

Zeer onlangs is er door jurisprudentie van de Rechtbank te Almelo[60,78] aan een met de wensmoeder *gehuwde* wensvader toestemming gegeven het wenskind van de *ongehuwde* draagmoeder met haar toestemming te erkennen.

Door de erkenning wordt de wensvader dan de juridische vader van het kind. Hij heeft dan nog niet het gezag, want dat rust bij de draagmoeder, maar hij is daartoe wel bevoegd. Hij kan de kantonrechter verzoeken hem met het gezag over het kind te belasten. Het verzoek wordt slechts ingewilligd indien de kantonrechter dit in het belang van het kind wenselijk oordeelt. Ook hier staat de uitkomst van de procedure niet bij voorbaat vast. Als de wensvader het gezag uitoefent, staat de weg open voor stiefouder adoptie (van de wensmoeder). Vereist is dat de wensmoeder dan het kind gedurende drie jaar heeft verzorgd en opgevoed. Dat is een verschil met de adoptie door twee personen: daarvoor geldt een verzorgingstermijn van tenminste een jaar. Erfrechtelijk gezien erft het kind alleen automatisch van de wensvader omdat hij de juridische vader is. De wensmoeder kan het kind testamentair laten erven.
Voor de successie valt het kind dan in een gunstig tarief. Omdat de draagmoeder de juridische moeder van het kind blijft, erft het kind ook automatisch van haar. Dit geldt dus voor de eerste drie jaren, zodat deze manier van erkennen geen voordeel lijkt op te leveren boven de in ons onderzoek gepropageerde vorm (ontheffing van gezag van draagouders, kind als pleegkind bij de wensouders en adoptie na een jaar verzorging door de wensouders.).

In het huidige recht biedt het draagmoederschapcontract geen basis voor een statusrechtelijke verandering van het kind. Nakomen van de hoofdverplichtingen uit het contract kan niet worden afgedwongen; wensouders die weigeren het kind te accepteren, kunnen niet op grond van de overeenkomst worden gedwongen levensonderhoud voor het kind te betalen. In de theorie van nietigheid van de draagmoederschapovereenkomst van Broekhuijsen-Molenaar[14] bestaat er wel een mogelijkheid tot schadevergoeding in de vorm van levensonderhoud als de wensouders het kind niet willen. De weg naar adoptie is een lange en niet toegespitst op gevallen van draagmoederschap. Daaraan zou de wetgever iets kunnen veranderen, temeer

daar diezelfde wetgever de belemmeringen die er bestonden ten aanzien van hoogtechnologisch draagmoederschap heeft opgeheven.

Als we de familierechtelijke verandering sneller zouden willen laten verlopen, zouden we aan de volgende, los van elkaar staande mogelijkheden kunnen denken:

a. Via het contract. Na rechterlijke controle vooraf en een bedenktermijn voor de draagmoeder na de geboorte van het kind, zouden de wensouders van rechtswege de juridische ouders kunnen worden. Genetische verwantschap is in een dergelijke regeling niet bepalend voor de statusrechtelijke gevolgen, maar is een factor van betekenis bij de preventieve controle door de rechter. Met andere woorden: klassieke en hoogtechnologisch draagmoederschap zouden onder de regeling vallen, die een aparte adoptieprocedure overbodig maken. Draagmoederschapcontracten die buiten de rechterlijke controle zouden worden gesloten, zouden, evenals nu, geen statusrechtelijke gevolgen hebben

b. Via het familierecht met als uitgangspunt de genetische verwantschap. Als de draagmoeder genetisch niet met het kind verwant is, zou een procedure kunnen worden ontworpen tot ontkenning van het moederschap door de draagmoeder met gelijktijdige aanvaarding of vaststelling van het moederschap door de genetische wensmoeder. Ook voor andere gevallen van niet genetisch moederschap zou een dergelijke ontkenningsprocedure gelden en dus zou over deze mogelijkheid een bredere discussie moeten worden gevoerd. Alleen voor hoogtechnologisch draagmoederschap zou het voorstel relevant zijn. Uitgaande van een procedure van ontkenning en aanvaarding van het moederschap, behoeven we in het kader daarvan niet na te denken over een vereenvoudigde adoptieprocedure.

c. Via het familierecht met als uitgangspunt een vereenvoudigde adoptieprocedure. In de eerste plaats kunnen we daarbij denken aan een aanvulling op de regels met betrekking tot het gezag. De rechter zou een verzoek tot ontheffing van het gezag van een draagmoeder op verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming in beginsel moeten toewijzen, tenzij het belang van het kind zich daartegen zou verzetten. Een gezagsregeling zou in de eerste plaats toe kunnen zien op hoogtechnologisch draagmoederschap, maar wellicht ook op klassiek draagmoederschap. Als vervolg op de gezagsregeling zou bij hoogtechnologisch draagmoederschap een adoptieprocedure kunnen worden overwogen

die gebaseerd is op de genetische verwantschap van de wensmoeder met het kind en waarin plaats is voor een toetsing aan artikel 8 EVRM[56]. Als de wetgever geen directe statusrechtelijke veranderingen aan draagmoederschap wil verbinden, zou met de genoemde voorgestelde regeling ten aanzien van het gezag kunnen worden volstaan.

10.8 Commentaar uit de contracten verkregen in ons onderzoek

Een andere vooruitgang op juridisch gebied was dat tijdens het onderzoek genoeg materiaal kon worden verzameld om een contract tussen wens- en draagouders op te stellen. Dit contract werd gedurende de loop van het onderzoek steeds aangepast met nieuwe gegevens, die uit de opmerkingen van wens- en draagouders naar voren kwamen. Zo moesten de eerste wens- en draagouders het als pioniers nog vrijwel zonder juridische informatie doen. De middengroep kreeg al een eerste contractopzet, hetgeen hen veel houvast bood. De laatsten in het onderzoek kwamen 'in een gespreid bedje' en kregen een concept contract èn de weg hoe een snelle adoptie te bewerkstelligen via jurisprudentie die inmiddels door de advocaten was verkregen.

De onderstaande opmerkingen uit de overeenkomsten van wens- en draagouders gaven ons houvast tot inventarisatie.

'…op leven van draagmoeder een overlijdensrisicoverzekering sluiten, VS ca. 800.000, premie ca. 1500 per jaar. Om fiscale redenen dient begunstigde (draagvader) ook de verzekeringsnemer en de premiebetaler te zijn. Kosten van keuringen en verzekering komen voor rekening van wensouders.'

'…hebben niet het standaardcontract ondertekend maar een eigen contract opgesteld. Een zusje van de wensvader werkt als advocaat en heeft daarvoor gezorgd.'

'…hebben niet het standaardcontract ondertekend maar een eigen contract opgesteld.'

'Een ieder van ons vieren kan een pauzemoment inlassen als de draaglast groter is dan de draagkracht in figuurlijke zin.
Wij stoppen allen met roken en de draagmoeder zal ook geen alcohol gebruiken
De wensmoeder zal gedurende een zwangerschap drie maal in Nederland verblijven en de draagmoeder zoveel mogelijk steunen en begeleiden.

We hebben afgesproken gezien de woonsituatie van beiden dat we bij elkaar komen naar eigen behoefte en we hebben elkaar beloofd eerlijk te zijn in het uitspreken van de on/wenselijkheid…'

'… hebben ons standaardcontract ondertekend. Als enige aanvulling: de draagmoeder beslist na miskraam of vroeggeboorte over voortgang van verdere IVF pogingen …'

'… hebben veel punten uit het voorbeeldcontract weggelaten:
het artikel waarin ze verklaren te weten dat het om vers zaad en oocyten gaat, waardoor HIV kans altijd aanwezig is zonder dat onderzoeksteam daar iets aan kan doen, mede gezien lange incubatietijd
geen afspraken gemaakt over staken roken, alcohol etc.
Raad van de kinderbescherming en Jurist – artikel eruit
plaats van geboorte niet bepaald
afspraken over kraambed niet gemaakt
afspraken over aangifte niet gemaakt
afspraken over openheid naar buitenwereld niet gemaakt
geen enkele verzekering is vastgelegd of althans in het contract besproken, noch overlijdensrisico, noch ziektekosten, noch invaliditeitsverzekering
niet gesproken over testament

Deze casus zou in het kader van het onderzoek interessant zijn geweest als hier een kind geboren was. Na drie pogingen echter uitbehandeld. Nu het onderzoek afgelopen is en er via een intakeprocedure wordt gewerkt, zouden we deze wens- en draagouders niet voor de procedure in aanmerking laten komen. Mogelijkheid in dit geval is ze eerst langs onze juristen te laten gaan en pas daarna de intake te doen.

'…standaardcontract ingevuld met aanvulling:
De draagmoeder zal het kind na de geboorte symbolisch overdragen aan de wensmoeder. Geen antenatale diagnostiek. Geen abortus, tenzij om medische redenen. Draagouders willen voogdij. Draagmoeder wil geen peettante worden.'

' contract geheel overgenomen volgens voorbeeld met een bijlage:
Geen vruchtwaterpunctie, wel vlokkentest.
Kraamhulp voor wensmoeder volledig, voor draagmoeder half uur per dag.

Al aanwezige kinderen draagmoeder gaan een week logeren bij oma.
Na 16e week wordt er in overleg met de jurist afspraak gemaakt omtrent aangifte.'

' het contract van het onderzoek overgenomen en getekend.
Problemen met verzekering gehad ivm wonen draagouders in België. Redelijk opgelost met ietwat hoge, maar niet abnormale eigen risico's en bijvoorbeeld psychologische begeleiding ivm draagmoederschap voor eigen rekening.'

'In die tijd hadden we nog geen contract, wel is er gesproken over het afsluiten van verzekeringen en nog enkele zaken, die bij latere wens en draagouders echter veel uitgebreider aan bod zijn gekomen. Ook wij waren toen nog onwetend…'

Als eindresultaat zijn in dit proefschrift hoofdstukken opgenomen met daarin twee contracten[48,49]:
Eén *contract tussen wens- en draagouders*, met als functie het vastleggen van de afspraken tussen deze viertallen, maar dit contract heeft als tweede functie dat de behandelaars er zeker van kunnen zijn dat de wens- en draagouders zich over essentiële zaken hebben gebogen, alvorens aan de daadwerkelijke IVF/draagmoederschapprocedure te beginnen (hoofdstuk 15).
In de loop van het onderzoek bleek een *apart contract tussen behandelteam en wens/draagouders* nodig te zijn (hoofdstuk 16).

10.9 De toekomst

Een belangrijke juridische zaak die pas later in het onderzoek naar voren kwam was het feit dat er voor een adoptieprocedure een antecedentenonderzoek plaatsvindt. Indien de wensouders een strafblad hebben met bezwaarlijke feiten, behoort het tot de mogelijkheden dat een adoptie niet zal kunnen plaatsvinden. Het is daarom belangrijk bij de intake de wens- en draagouders hierop te wijzen. Indien een van allen een strafblad heeft, zal contact via de in draagmoederschap gespecialiseerde advocaten met de Raad voor de Kinderbescherming hierover, alvorens de gehele procedure te beginnen, nodig zijn.

Indien het antecedentenonderzoek in orde is en er bij de intake geen zaken aan het licht komen die vooroverleg noodzakelijk maken (b.v. buitenlandse nationaliteit, Nederlandse wensouders die in het buitenland wonen) lijkt het het meest zinvol de Raad voor de Kinderbescherming

pas in te schakelen zo snel mogelijk na de 12e zwangerschapsweek via de vaste juristen. Uiteindelijk is in ons onderzoek gebleken dat van de 91 wensouders er slechts 28 in behandeling zijn gegaan en dat daaruit uiteindelijk 9 kinderen geboren zijn (en twee nog zwanger). Het lijkt *overdone* om de procedure voor de adoptie te vervroegen vóórdat de zwangerschap een feit is.

De maatschappij en de wetgeving zijn altijd in beweging. Onze verwachting is dat zeker op het gebied van hoogtechnologisch draagmoederschap de juridische regelingen nog soepeler kunnen verlopen. Het door de wens- en draagouders soms vermelde nadeel bij hoogtechnologisch draagmoederschap (betutteling/regelgeving/controle) is in dit geval een voordeel voor de beroepsgroep (artsen inclusief rechters en Raad voor de Kinderbescherming): juist door de regulering en het bekend zijn van alle gegevens en de relaties tussen wens- en draagouders is de juridische afhandeling goed mogelijk. Het zou binnenkort niet meer nodig moeten zijn dat valse aangifte overwogen wordt door wensouders. Voorwaarde is wel dat er een beperkte tijd overheen gaat en zekerheid wordt gegeven tot adoptie, mits aan alle ingangseisen voldaan wordt. Vrijwel alle wensouders (ook degenen die mogelijk valse aangifte hebben gedaan) zeggen dat ze het kind veel liever op de eerlijke manier de start hadden gegeven in hun leven, maar dat ze na alle emotionele risico's die ze al moesten nemen, het niet aan konden nog jaren te moeten wachten op de adoptieprocedure en met name de naamsverandering van het kind. Inderdaad heeft dat bij de pionier van ons onderzoek vier jaar geduurd voor de achternaamsverandering een feit was, onplezierig als je kind inmiddels al op school zit en een andere achternaam heeft dan de ouders.

Een groot gevaar schuilt in het feit dat er geen geborgenheid voor het wenskind is als de wensouders het eerste jaar na zijn/haar geboorte beiden overlijden, voordat de werkelijke adoptie een feit is. De draagouders bezitten dan wettelijk een kind. Het ene gezin zal het graag opnemen, maar een ander gezin wil juist dat het kind naar een ander voogdijadres gaat; een logisch gevolg van het feit dat de meeste draagouders zeggen een voltooid gezin te hebben en het draagmoederschap op ideële gronden voor hun (schoon)zusje of vriendin uit te voeren. Zij willen helemaal geen gezinsuitbreiding.
Bovendien wordt de reeds aanwezige kinderen in dat gezin potentieel schade berokkend doordat het erfdeel moet worden verdeeld met een kindsdeel meer en het bedrag voor de opvoeding van de kinderen van de draagouders met één meer moet worden gedeeld dan de draagouders zelf hadden bedoeld. Voorlopig wordt dit risico gedicht door een testament en een verzekering af te sluiten voor het geval de beide wensouders komen te overlijden. Deze

verzekering, lopend totdat de adoptie een feit is, keert op zijn minst een bedrag aan de toekomstige opvoeders uit (of dit nu de draagouders of andere bij testament aangewezen voogden zijn) waarmee de opvoeding en opleiding van het wenskind tot het 18e jaar is gegarandeerd.

De vraag die zich opwerpt is echter of bij een zo zorgvuldig vooropgezet plan en een duidelijke bedoeling bij hoogtechnologisch draagmoederschap niet kan worden afgeweken van het adagium *mater semper certa est*. Want wie is de moeder nu eigenlijk? **Aan deze zeer specifieke situatie zou het meest recht worden gedaan als besloten zou worden dat de wensouders de wettelijke ouders van het wenskind zijn, ondanks het feit dat het wenskind uit een andere moeder wordt geboren. De mater is in dit specifieke geval de wensmoeder.** In dat geval is adoptie niet nodig en zal het kind bij zijn/haar geboorte onmiddellijk, ook wettelijk, door de wensouders kunnen worden aangenomen. Wildgroei of wantoestanden zijn niet te verwachten: ten eerste betreft het een kleine groep vrouwen per jaar, dus controleerbaar, en ten tweede is er een hoogtechnologische handeling nodig (IVF procedure), waardoor de procedure altijd via de geëigende kanalen (o.a. het intakecentrum, het ziekenhuis en de vaste juristen in verband met contract/testament opstelling) móet verlopen.

Anders ligt de situatie bij laagtechnologisch draagmoederschap. De draagmoeder is hier ook de biologische moeder en levert haar eigen eicel, hetgeen fundamenteel een andere situatie is. Het overzicht is veel geringer, er komt geen intakecentrum aan te pas, commercieel draagmoederschap is niet uit te sluiten, er is geen controlerende instantie, valse aangiftes zijn niet te voorkomen, obscure procedures met onbekende draagmoeders en niet willen afstaan van wenskinderen blijft tot de mogelijkheden behoren, zoals ook in de media veelvuldig te lezen valt.

Natuurlijk zijn er ook halftechnologische draagmoederschapprocedures die perfect lopen en waarin op een vroeg moment in de procedure contact bestaat met gespecialiseerde juristen. Zij nemen op hun beurt weer ruim op tijd contact op met de Raad voor de Kinderbescherming. Aangezien het kind dat via halftechnologisch draagmoederschap geboren wordt voor 50 of 100% genetisch identiek zal zijn met de *draagmoeder*, zal een normale adoptieprocedure zoals die loopt via de Raad voor de Kinderbescherming, gestart moeten worden. In dit geval bouw je eigenlijk juist een bedenktijd in voor de draagmoeder om evenwichtig afstand te kunnen doen van haar eigen kind. Het zou dan mogelijk moeten zijn om na maximaal een jaar de

adoptie voltooid te kunnen hebben. Mochten de wensouders onverhoopt beiden overlijden in het eerste levensjaar van het wenskind, dan blijft het kind in het gezin van de draagouders, waarvan de moeder ook daadwerkelijk de genetische moeder is. De implicatie van erfdeelvermindering voor de andere aanwezige kinderen vermindert daarmee. Voor de opvoeding van het extra kind kan, net zoals bij hoogtechnologisch draagmoederschap, worden volstaan met het afsluiten van een verzekering, lopend tot de adoptie een feit is, van een bedrag waarmee de opvoedings- en opleidingskosten tot het 18^{e} jaar gedekt zijn. Waarschijnlijk kan juridische onduidelijkheid worden voorkomen als viertallen die voor halftechnologisch draagmoederschap in aanmerking willen komen, zich voordat de zwangerschap daadwerkelijk van start gaat, zich melden bij de gespecialiseerde juristen en de Raad voor de Kinderbescherming. Er hoeft geen medische interventie aan te pas te komen, doch de procedure kan in juridische zin alvast begeleid worden. Een gesprek vooraf met de Raad voor de Kinderbescherming kan een hoop narigheid achteraf voorkomen, zeker als blijkt dat er factoren aanwezig zijn, die adoptie in een later stadium bemoeilijken.

Ook op juridisch gebied lijkt het zinvol de hoogtechnologisch draagmoederschapprocedure aan te vullen met een klachtenreglement en aan te laten sluiten bij het *second opinion* centrum, net als bij het medische en psychologisch traject. Hoewel alle uitkomsten uit het proefschrift wijzen op het belang van een centrumfunctie (zowel bij intake, psychologische screening, IVF behandeling en juridische begeleiding), moet dit niet tot de situatie leiden dat er een monopoliepositie bestaat zonder beroepsmogelijkheid.

11. Ethische beschouwing hoogtechnologisch draagmoederschap

"Science friction"[3]

11.1 Inleiding

De vraagstelling van dit onderzoek was: mag ongewenste kinderloosheid op medisch/ethische gronden wel of niet behandeld worden met behulp van hoogtechnologisch (IVF) draagmoederschap? In dit hoofdstuk staat de ethiek centraal, waarbij overigens wel in eerste instantie een medisch, en niet bijvoorbeeld een primair juridisch perspectief wordt gehanteerd. Gezien zowel het belang als de complexiteit van deze ethische dimensie op de bovengenoemde vraagstelling, gaan we relatief uitvoerig in op de wijze waarop we met deze vraag zijn omgegaan. In de literatuur ontbreken duidelijke antwoorden, of zelfs maar richtlijnen voor het vinden van antwoorden op de onderzoeksvraag. In de Engelstalige literatuur zijn er vooral beschouwingen over commercieel draagmoederschap en die zijn voor onze invalshoeken niet goed bruikbaar [54, 90, 91,102].

Dit hoofdstuk begint dan ook met een korte uitleg over ethiek in het algemeen en medische ethiek in het bijzonder. Op basis van deze algemene verhandeling komen we tot de keuze van een aantal criteria die naar onze mening centraal staan bij de keuze voor of tegen toepassing van hoogtechnologische draagmoederschap. In de daarop volgende paragraaf worden deze criteria toegepast op verscheidene (sub)populaties van betrokkenen. Immers, toepassing van hoogtechnologisch draagmoederschap vereist behalve actie van wensouders, ook actie van draagouders, medici (met name gynaecologen, zowel als beroepsgroep als individuele behandelaar) en wat meer op afstand: juristen, ambtenaren en dergelijke. Door de geselecteerde criteria per subpopulatie te beschouwen ontstaat een zeer uitgebreide en gedifferentieerde matrix van argumentaties. Waar mogelijk ligt bij deze beschouwing het primaat bij empirische argumentaties. Te komen tot deze vorm van argumentatie, en daarmee het onderwerp hoogtechnologisch draagmoederschap uit de sfeer te halen van “willekeur op basis van emotionele argumenten en persoonlijke voorkeuren” is immers het belangrijkste motief van dit onderzoek.
Aangezien het te ver zou voeren om in dit gynaecologisch-georiënteerd onderzoek alle ethische aspecten tot in detail weer te geven, is er voor gekozen om alleen de belangrijkste medisch ethische criteria uit te werken. Teneinde de leesbaarheid te vergroten is besloten om na bespreking van de keuzen voor of tegen hoogtechnologisch draagmoederschap op basis van de medisch-ethische criteria, dezelfde vraag te bezien vanuit de standpunten van de betrokken subpopulaties als wensmoeder, draagmoeder, de kinderen of bijvoorbeeld de beroepsgroep of maatschappij.

Dit hoofdstuk eindigt met een aantal medisch-ethische conclusies inzake toepassing van hoogtechnologisch draagmoederschap, die op hun beurt weer de basis vormen voor de formulering van protocollen en aanbevelingen, zoals verwoord in de hoofdstukken 13, 14, 15, 16 en de bijlagen 1 en 3.

[3] Uitspraak van Prof. Dr. H.B.M. van de Wiel

11.2 Maatschappelijke en medische ethiek

Ethiek speelt om twee redenen een belangrijke rol bij medisch handelen. Op de eerste plaats omdat medisch handelen, meer dan de meeste andere vormen van dienstverlening, vaak ingrijpende gevolgen heeft voor de betrokkene, in casu de patiënt. Op de tweede plaats omdat aan het medisch handelen vrijwel altijd keuzes ten grondslag liggen en ethiek de argumenten levert waarop, en op welke wijze, keuzes dienen te worden gemaakt. En "wat en hoe" in de geneeskunde is in die zin nimmer vrijblijvend en staat dan ook sinds de "oprichting" van de geneeskunde ter discussie in woord en geschrift (zie o.a. Hippocrates[75]).

Binnen de algemene ethiek onderscheidt men twee hoofdvormen: **beschrijvende** en **normatieve** ethiek.
Beschrijvende ethiek beperkt zich tot het weergeven van wat de waarden en normen op een bepaald moment bij een bepaalde populatie zijn. Normatieve ethiek gaat een stapje verder en beschrijft hoe de waarden en normen dienen te zijn en geeft daarmee richtlijnen voor de praktijk.

Dit huidige onderzoek is gericht op het komen tot richtlijnen voor de praktijk en staat derhalve in een normatief-ethisch kader, maar het beschrijven van vigerende normen kan daarbij zeker behulpzaam zijn. Binnen de normatieve ethiek kan men vervolgens opnieuw twee stromingen onderscheiden: de **ontologische** en de **deontologische** ethiek. Voor beschrijving hiervan toegepast op de geneeskunde wordt verwezen naar Ethiek in Praktijk[55] en Beleid en Ethiek[6].
Waar de **ontologische** ethiek uitgaat van een onaantastbare, vaststaande norm, bijvoorbeeld abortus en euthanasie zijn verboden omdat God, de Bijbel of de Koran het verbieden en derhalve is verdere onderbouwing niet noodzakelijk, waarmee het zich vooral richt op de handelingsgevolgen, zo beschrijft de **deontologische** ethiek vooral de argumentatie die aan de handelingsrichtlijnen ten grondslag liggen. Abortus en euthanasie kunnen onder welomschreven omstandigheden, al of niet als ultimum refugium, worden toegepast omdat anders de schade voor de betrokkene nog groter is.

Hoewel beide vormen van ethiek nog steeds terug te vinden zijn binnen de medische ethiek, is deze met name de laatste decennia sterk opgeschoven richting deontologie. Met het toenemen van de invloed van een wetenschappelijke en vaak daaraan gekoppelde afname van religieus orthodoxe grondhouding, is de geneeskunde steeds meer van deontologische aard geworden. De basis van de wetenschappelijke attitude is immers dat een gebeurtenis pas betekenis heeft/krijgt in een bepaalde context en dat in principe alles ter discussie staat. Toegepast op medisch handelen impliceert dat volgens Ten Have[70] dat: "de (medische) beslissing nooit alleen een aandoening of afwijking betreft, maar altijd de persoon van de patiënt. Niet het pathologisch proces staat centraal, maar het biografisch verhaal".
Ook de verschuiving in het ministerieel standpunt inzake hoogtechnologisch draagmoederschap, van een absoluut verbod naar een gedoogbeleid onder bepaalde omstandigheden, is een voorbeeld van een verschuiving van een ontologisch naar een deontologisch standpunt, dat wij als onderzoekers uiteraard hebben gevolgd.
Samenvattend neemt de onderzoeksgroep ethisch gezien een normatief deontologisch standpunt in teneinde te kunnen komen tot een inhoudelijke en procedurele argumentatie inzake het wel of niet toepassen van hoogtechnologisch draagmoederschap.

11.3 Selectie en hiërarchische ordening van ethische criteria

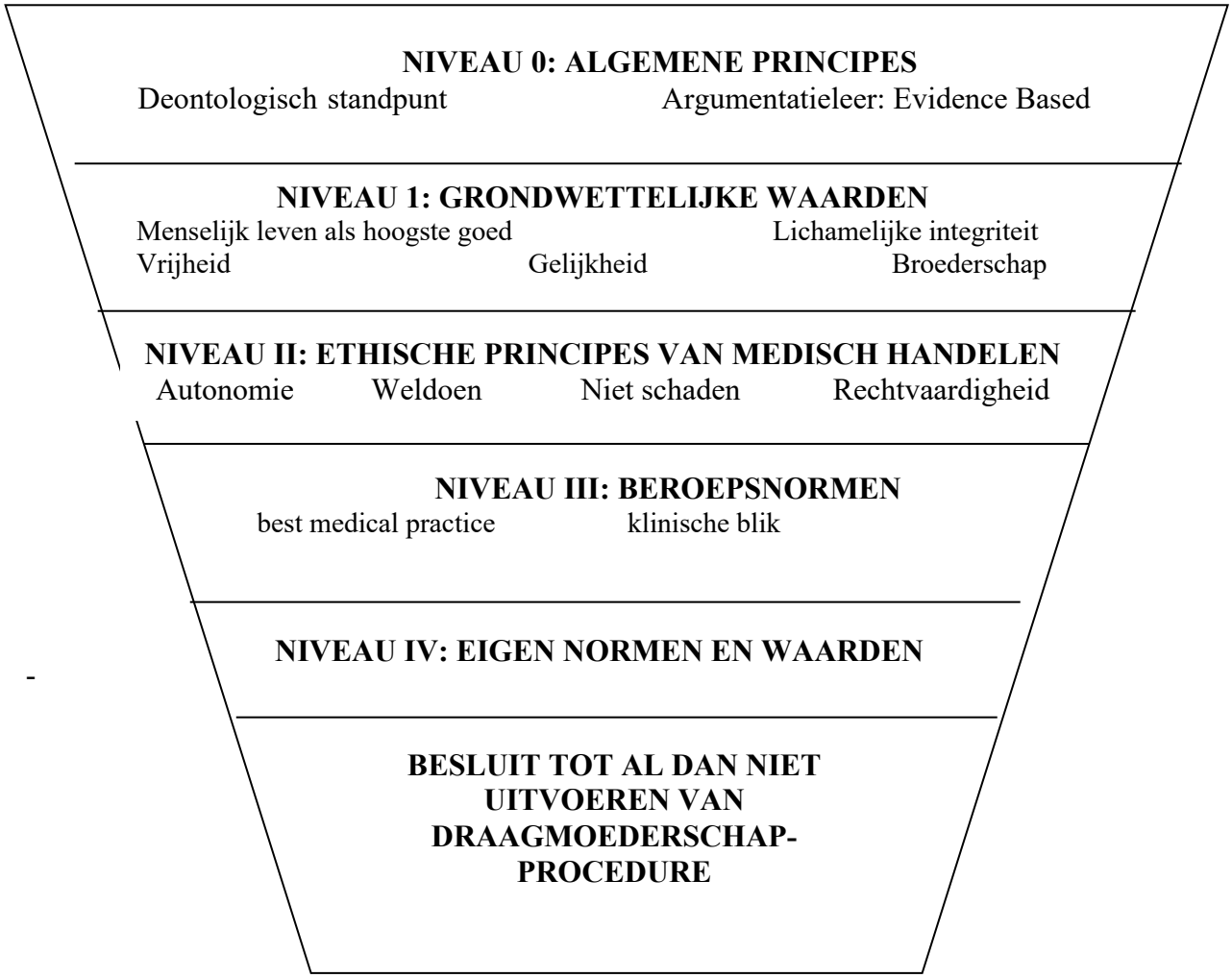
Als eerste stap zullen wij de principes benoemen, waarlangs wij als onderzoeksgroep besluiten hebben genomen om te komen tot moreel juist medisch handelen. Wij hanteren de volgende ordening in niveaus:

- Niveau 1: algemene maatschappelijk ethische principes, zoals vastgelegd in wetten die op iedere burger van Nederland van toepassing zijn
- Niveau 2: meer specifieke medisch–ethische principes, zoals vastgelegd in wetten die specifiek op medici van toepassing zijn
- Niveau 3: nog specifiekere medisch-ethische principes, gekoppeld aan het lidmaatschap van de specifiek betrokken beroepsgroep (in casu gynaecologen, voortplantingsgeneeskundigen) omtrent de uitoefening van het vak
- Niveau 4: individuele medisch-ethische principes omtrent de persoonlijke uitoefening van het vak.

Het betreft hier een hiërarchische ordening die als leidraad fungeert voor het al dan niet verrichten van een bepaalde medische handeling, hier toegepast op hoogtechnologisch draagmoederschap.
Uit de hiërarchische opbouw vloeit voort dat een onwenselijkheid op hoger gelegen niveau, bijvoorbeeld een wettelijk verbod, een wenselijkheid op een lager niveau, bijvoorbeeld iets gunnen aan een patiënt, overtreft. Zoals gezegd, grondwettelijke normen gaan boven individuele normen. Iedere dokter moet zich aan de wet houden. Binnen een bepaald niveau kunnen uiteraard wel tegenstellingen of spanningsvelden bestaan. Zo kan het recht op vrijheid interfereren met het leven als hoogste goed, zoals blijkt uit de discussies rond abortus en euthanasie. In die zin is binnen Nederland tegenwoordig sprake van menselijk leven als “hoogste goed” tussen aanhalingstekens. In tegenstelling tot eerdere tijden of ander culturen, zijn er immers omstandigheden denkbaar die maken dat er keuzes gemaakt worden die ten koste gaan van het leven. Hiermee wordt ook duidelijk dat er voorafgaand aan de niveau indeling reeds enkele ethische keuzes zijn gemaakt. We noemen dit keuzes op niveau 0. In de paragraaf over maatschappelijke en medische ethiek is betoogd dat de eerste keuze waarmee men zich geconfronteerd ziet inzake hoogtechnologisch draagmoederschap de keuze tussen een ontologisch of deontologisch standpunt is. We hebben gezien de doelstelling van dit onderzoek gekozen voor een deontologische benadering, zoals in de tweede paragraaf beargumenteerd, en wat hier niet opnieuw ter discussie zal worden gesteld. Hetzelfde geldt voor de keuze voor een wijze van argumentatie, waarbij empirisch vastgestelde feiten prevaleren boven meningen (evidence based).

Hiermee is overigens expliciet niet gezegd dat dus voor het verzamelen van feitenmateriaal alles geoorloofd is. Als handeling staat het verzamelen van feiten onderaan de hiërarchie en om hiervoor toestemming te hebben, moet de trechter geheel worden doorlopen. Echter eenmaal beschikbaar hebben feiten in principe een hogere waarden dan meningen. Dit alles grafisch samenvattend leidt tot de volgende trechterfiguur.

Ethisch Hiërarchisch model voor draagmoederschap



-

Figuur 11.1:
Het ethisch hiërarchisch model voor draagmoederschap geeft de argumentatie op ethische gronden aan die leidt tot het al dan niet uitvoeren van een draagmoederschapprocedure. Binnen het model geldt dat elk van de niveaus de principes meeneemt van het bovenliggende niveau.

11.4 Nadere selectie van centrale waarden ten behoeve van dit onderzoek

Hieronder volgt steeds per niveau een korte toelichting op de wijze waarop in dit onderzoek de gehanteerde waarde aan bod komen.

Toelichting niveau I:
Net als voor de waarden op niveau 0 geldt voor waarden op niveau I dat we deze in het kader van dit proefschrift niet ter discussie zullen stellen. Het betreft bekende grondwettelijke waarden als vrijheid en gelijkheid, die voor iedere Nederlandse burger een verworven goed zijn. Alleen Broederschap verdient hier een nadere toelichting. In dit kader vatten we de derde waarde uit de Franse Revolutie – trias op als de basis voor zowel humanitaire als professioneel-medische hulpverlening. Meer concrete uitwerking van dit principe komt expliciet aan de orde bij Weldoen op niveau 2.

Hetzelfde geldt voor de vraag of voortplantingsgeneeskunde recht doet aan het Gelijkheidsprincipe (gelijke toegang tot middelen). In dit onderzoek hanteren we (enigszins arbitrair) de definitie van infertiliteit als ziekte door de WHO (World Health Organization), waarmee we deze vraag onder het op niveau 2 genoemde Rechtvaardigheidsprincipe scharen; het gaat dan dus niet om de vraag òf voortplantingsgeneeskunde ten koste mag gaan van onderwijs of defensie, maar hoe deze vorm van medisch handelen zich verhoudt tot andere vormen van medisch handelen en daarmee ter beoordeling van de betreffende arts komt.

Toelichting niveau II:
In het algemeen liggen de volgende vier ethische principes ten grondslag aan moreel juist medisch handelen[55]:

- Het principe van respect voor **autonomie**; dit principe is afgeleid van de niveau I waarde *Vrijheid*
- Het principe van **niet schaden**, ook wel verwoord als "primum non nocere", is gebaseerd op de niveau I waarde *Menselijk leven als hoogste waarde*
- Het principe van **rechtvaardigheid**; dit principe verwijst naar de niveau I waarde *Gelijkheid*
- Het principe van **weldoen**; een van de meest richtinggevende ethische principes in onze samenleving is verwoord in de uitspraak: "wat gij niet wil dat u geschiedt, doe dat ook een ander niet". Aan dit principe is een complementaire waarde gekoppeld met de al overkoepelende naam: *broederschap*. In wat minder prozaïsche termen gaat het hier om sociale solidariteit, behulpzaamheid, barmhartigheid en mededogen, wat het waardefundament voor de hele hulpverlening vormt. Van alle onder niveau 2 genoemde waarden vormt Weldoen inmiddels het meest leidende principe als er slechts sprake is van één betrokkene, in casu één patiënt, zoals in de hele discussie rond Quality of Life tot uiting komt.

Deze vier principes vormen de kern van de medische ethiek en als zodanig ook het hart van dit onderzoek.

Hoewel in veel gevallen deze vier criteria elkaar versterken (autonomie en de bijbehorende keuzevrijheid zijn doorgaans "weldadig" en voorkomen juist schade), kan ook sprake zijn van een tegenstelling binnen deze vier uitgangspunten. In geval van een psychiatrische patiënt die zichzelf of zijn omgeving iets aan wil doen, botst het autonomie-principe met het weldoen en al helemaal met het "niet schaden" principe. De kans op tegenstellingen neemt echter fors toe als sprake is van verschillende partijen die geheel of ten dele verschillende belangen hebben. In geval van hoogtechnologisch draagmoederschap wordt de autonomie van de wensouders niet alleen begrensd door de autonomie van de arts en diens achterliggende beroepsgroep, maar ook door die van de draagouders, de rechter die eventueel het kind moet toewijzen via de adoptieprocedure etcetera. Het is juist op dit niveau dat de belangen van alle betrokkenen door de specifieke situatie het meest zorgvuldig moeten worden afgewogen. Immers, op dit niveau ligt de argumentatie waarop het uiteindelijk medisch handelen gestoeld wordt. Dit niveau staat dan ook centraal in dit onderzoek en wordt met name ook empirisch uitgewerkt met betrekking tot de subpopulaties als wens- en draagouders. Deze uitwerking vindt plaats binnen het raamwerk van een specifieke deelmatrix (zie onder), die op zijn beurt weer onderdeel vormt van de overkoepelende totaalmatrix bestaande uit Criteria versus Subpopulaties, zoals beschreven in de inleiding van dit hoofdstuk Ethiek.
Schematisch weergegeven leidt dit tot figuur 11.2

	NIVEAU II Ethische principes			
	Autonomie	Weldoen	Niet schaden	Rechtvaardigheid
Wensouders	1,2,3,4,5,6	1,2,3,4,5,6,7,8,13,14	1,2,3,4,5,6,14	1,2,4,5,6,7
Draagouders	1,2,3,4,5,6	6,7,8,9,10,11,12,13,14	1,4,5,6,7,14	1,2,4,5,7
Kinderen wens- en draagouders	4,5	14	8	
Toekomstig kind	4,5	14	2,9,10,11,12,13,14	
Beroepsgroep	1,2,3	7,14	6,14	1,2,3,4,5,7
Maatschappij	1,2,3,4,5,6	7,14	2,5,6,11,14	1,2,3,4,5,6,7

Figuur 11.2 Relatie tussen ethische principes en betrokkenen". De cijfers verwijzen naar de items waarin de argumenten voor en tegen worden beschreven via de analytische ethiek

Toelichting niveau III en IV:

Hoewel niveau II het hart van het onderzoek omvat omdat daarin de kerncriteria voor de belangrijkste groepen betrokkenen aan de orde komen, zijn er nog twee andere niveau's in de praktijk van groot belang, zoals verwoord in richtlijnen van de specifieke beroepsgroep (niveau III) en persoonlijke intuïtie of moreel oordeel (niveau IV).

Niveau III is van belang omdat lang niet alle klinische situaties zich lenen voor formele analyses. Vaak is niet bekend wat de gevolgen van bepaalde (deel)handelingen zullen zijn of ontbreekt de tijd om een formele analyse compleet te maken. In die gevallen moet de clinicus zich laten leiden door normen en waarden zoals worden verstaan onder termen als "best medical practice" en de "klinische blik". Best medical practice is gebaseerd op ervaring, hetzij van de dokter in kwestie, hetzij verzameld en overgedragen door zijn opleiders. De klinische blik is een concept dat zich grotendeels aan analytische toetsing onttrekt en overeenkomt met begrippen als timmermansoog, de blik van de meester etc. Hoewel moeilijk uit te leggen, laat staan door leken te begrijpen, speelt het in de praktijkvoering een onmisbare rol. Hoewel argumenten op dit niveau nooit tot "willekeur" mogen leiden, ook niet inzake hoogtechnologisch draagmoederschap, zal het "fingerspitzengevoel" er wel toe kunnen bijdragen dat een verzoek nogmaals wordt geëvalueerd en eventueel in groter verband (klankbordgroep) wordt besproken alvorens tot de procedure over te gaan.

Hetzelfde kan men zeggen van argumenten op niveau IV. Ging het op niveau III nog vooral om, weliswaar moeilijk te verwoorden, maar duidelijk vaktechnische overwegingen, op niveau IV gaat het doorgaans om argumenten op persoonlijk moreel niveau. Hoewel in principe iedere gynaecoloog op basis van argumenten van niveau 1 t/m III een abortus zou kunnen uitvoeren, betekent dit nog niet dat ook iedere gynaecoloog dit in de praktijk doet. Persoonlijke waarden en normen spelen een belangrijke rol in de praktijk, maar zijn in het kader van dit onderzoek van minder belang. Een en ander komt dan ook tot uiting in

bijvoorbeeld de Richtlijn 18 van de NVOG, waarin de volgende alinea is opgenomen: “gezien de bijzondere aard van de behandeling, de morele implicaties ervan en de belangen van de betrokkenen en het toekomstig kind, staat het het behandelteam te allen tijde vrij om om hen moverende redenen niet in te gaan op een verzoek tot draagmoederschap”.

Tussentijdse conclusie
Samenvattend kunnen we stellen dat bij hoogtechnologisch draagmoederschap vooral argumenten op niveau II (medisch-ethische kerncriteria als autonomie, weldoen, niet schaden en rechtvaardigheid) de doorslag zouden moeten geven, althans als het om regelgeving gaat. Of de individuele behandelaar ook daadwerkelijk zelf op basis van de regelgeving, die het hem/haar mogelijk maakt, tot behandeling overgaat, is behalve van algemeen medisch ethische criteria afhankelijk van eventuele voorschriften/richtlijnen vanuit de beroepsgroep en uiteraard zijn/haar eigen technische inschatting en morele normen.

Methode
Teneinde de argumentatie voor en tegen zo helder mogelijk vorm te geven, is gekozen om de voors en tegens weer te geven met behulp van de zogenaamde tweekolommentechniek (Wouda[145]) .Na eerst de argumentatie voor en tegen hoogtechnologisch draagmoederschap te hebben bezien vanuit de medisch ethische criteria, komen daarna de voors en tegens rond hoogtechnologisch draagmoederschap aan de orde gezien vanuit het perspectief vanuit de relevante subpopulaties. Op basis van de uitkomsten van het empirische deel van het onderzoek worden, waar mogelijk, vervolgens deze hypothetische argumenten getoetst en becommentarieerd. Op deze wijze ontstaat een complex hiërarchisch geordend raamwerk, waarbinnen de argumenten (voors en tegens) inzake hoogtechnologisch draagmoederschap als onderdelen behorend bij verschillende criteria zichtbaar worden, inclusief de daarbinnen bestaande spanningsvelden.

Resultaten
Literatuuronderzoek wees uit dat vrijwel alle door ons geïdentificeerde cellen binnen de matrix nog leeg waren, althans voorzover het empirisch onderbouwde argumenten betrof. Meningen zijn er legio en hoewel wij het primaat leggen bij feiten zijn ook de meningen dusdanig van belang dat we ze in de kolommen zullen weergeven. Op basis van dit onderzoek kon nadere invulling op met name empirische basis plaatsvinden, waardoor de afweging van feiten en meningen een andere zou kunnen zijn dan aanvankelijk (dat wil zeggen voor het onderzoek) het geval was.

Om deze ontwikkeling in argumentatie vorm te geven, maken we gebruik van de volgende drietrapsprocedure:

- Korte beschouwende inleiding op het betreffende criterium, waarin we trachten de morele ervaring met betrekking tot dit specifieke criterium uit te leggen, zoekend naar betekenis en achtergronden, ook in cultureel-filosofisch opzicht. Hiervoor wordt ook wel de term **hermeneutische ethiek** gehanteerd
- In twee kolommen worden de voors en tegens, zoals bekend vóór het onderzoek en doorgaans gebaseerd op meningen weergegeven
- Daarna worden al de argumenten voor en tegen afgewogen, met name in het licht van de in dit onderzoek verkregen empirische gegevens. Deze meer praktijk georiënteerde benadering wordt wel aangeduid als **analytische** ethiek

- We besluiten iedere criteriumdiscussie met een conclusie die specifiek betrekking heeft op dat criterium en waarin vooral de voorwaarden aan de orde komen die noodzakelijk zijn om tot een goede balans te komen tussen de voors en tegens.

Alle conclusies samen vormen op hun beurt weer de basis voor de overkoepelende discussie. Op deze wijze ontstaat als het ware een soort “ethische kaart” van waarden, argumenten en voorwaarden om zorgvuldig medisch-ethisch handelen mogelijk te maken.

De “ethische kaart” leidt tot argumentatie in 10 invalshoeken. Eerst worden de gezichtspunten belicht vanuit de ethiek:

- Autonomie
- Weldoen
- Niet schaden, non nocere
- Rechtvaardigheid

Daarna wordt de ethiek bekeken vanuit de invalshoek van de betrokkenen:

- De wensouders
- De draagouders
- De kinderen van de wensouders, indien aanwezig en de draagouders
- De toekomstige wenskinderen
- De beroepsgroep
- De maatschappij

Niveau II, criterium 1: Respect voor autonomie
Inleidende beschouwing

Hoewel de staat zich wel enigszins bemoeit met de voortplanting van haar burgers, is zij daarin zeer terughoudend. In principe staat het iedereen vrij al of niet kinderen op de wereld te zetten; de bemoeienis van de staat begint pas als het kind is geboren (aangifte, zorgplicht etc.). Voor onvruchtbare paren die wel kinderen willen en voor wie hoogtechnologisch draagmoederschap de laatste methode is, geldt dit niet. Zij zijn voor vervulling van hun kinderwens aangewezen op een rij van derden: medische hulpverleners, draagmoeder (en –vader), juristen en adoptie-ambtenaren. In het kader van dit hoofdstuk beperken we ons tot de medische hulpverlening. Zodra zij zich daadwerkelijk wenden tot die medische hulpverlening vervalt de autonome positie als burger (op niveau 1) voor wens- en draagouders en worden ze allen patiënt op niveau 2 in ons systeem. Men ziet in dat geval 'vrijwillig' af van de centrale waarden op niveau 1, waardoor de centrale waarden op niveau 2 leidraad worden voor het verdere handelen en steeds een 'voorzittersrol' ontstaat bij de verantwoordelijke hulpverlener.

Alle direct betrokkenen (wensouders en draagouders) kunnen zich derhalve ook niet meer beroepen op hun recht als burger: "Ik vraag, u doet wat ik zeg" of zoals doorgaans vanuit standpunt van de arts geformuleerd: "u vraagt, wij draaien".
Wel kan men streven naar 'zo optimaal mogelijk behoud van rechten op niveau 1. In de argumentatie (voor dan wel tegen) wordt dan ook veelvuldig verwezen naar niveau 1. Echter, met het installeren van de arts tot voorzitter, ontstaat bij hem/haar de plicht tot 'respect van autonomie' voor alle betrokkenen en de zorg om dit respect met in achtneming van de andere ethische principes (ook van niveau 2) toe te passen. Aangezien er diverse betrokkenen zijn (inclusief op de achtergrond ook de beroepsgroep en maatschappij), is dit geen gemakkelijke taak, die hoge eisen stelt in termen van tijd, energie en communicatieve vaardigheden omdat alleen dan respect voor autonomie van allen kan worden gewaarborgd met in achtneming van de andere principes.

Voor: respect voor autonomie	**Tegen: respect voor autonomie**
1. Handhaven van oorspronkelijke burgerrecht (Vrijheid van niveau 1) en daarmee voorkomen van discriminatie op grond van gezondheid/ziekte (Gelijkheid op niveau 1)	1. Gezien de professionele autonomie van de medische hulpverleners kan geen sprake zijn van Vrijheid zoals bedoeld onder niveau 1bij wens- en draagouders. 1. De autonomie van wensouders kan ten koste gaan van die van de draagouders en visa versa, bijvoorbeeld door 'mentale dwang' of 'emotionele chantage' en derhalve is regulatie (en daarmee beperking autonomie wens- en draagouders) door arts noodzakelijk. 1. Volledige autonomie bij wens- en draagouders maakt commercieel draagouderschap mogelijk, wat op dit moment als absoluut onaanvaardbaar exces wordt gezien.
2. Vrije keuze van voortplantingstechniek maakt het voor andere vrouwen, los van ingangscriteria (bijvoorbeeld vrouwen die na enkele IVF pogingen zelf niet zwanger zijn geworden), ook mogelijk deze techniek te gebruiken. Hoogtechnologisch draagmoederschap kan desgewenst in plaats van andere meer gangbare methoden komen (Expanding possibilities).	2. Opkomst van wat nu sociaal gezien wordt als excessen, zoals mannequin die geen eigen kind wil dragen i.v.m. schade aan uiterlijk etc.
3. Concordantie/versterking van andere principes op niveau 2 (worden als zodanig onder de desbetreffende kopjes in de hier onderstaande tabellen besproken)	3. Contradictie of spanningsveld met andere ethische principes op niveau 2 (worden als zodanig onder de desbetreffende kopjes in de hier onderstaande tabellen besproken)

Niveau II: Respect voor Autonomie: standpunt na gegevensverwerking in onderzoek

De meest belangrijke veranderingen van argumenten op ethische niveaus spelen zich in dit onderzoek af op niveau 1 en 2. Immers, het betreft hier deels mensen die zichzelf niet als patiënt ervaren, normaal gesproken ook als volwaardig lid van de maatschappij functioneren (niveau 1), maar die nu als 'patiënt' op niveau 2 worden behandeld. Hoewel de wens- en draagouders de procedures ten behoeve van dit onderzoek zonder morren aanvaarden, bleek uit de interviews dat velen een grote emotionele weerstand voelden tegen het feit dat de gehele procedure zo 'dwingend' werd opgelegd. Een aantal malen was zelfs sprake van 'morele verontwaardiging'; men had immers zelf de zaken zo geregeld dat de kinderwens kon worden vervuld en dat de hulpverlening alleen wat praktische hand- en spandiensten hoefde te verlenen. Waarom dan al dat betuttel? Deels was hier sprake van een ongelukkige samenloop van omstandigheden; juist zeer autonome echtparen meldden zich en juist in dit proeftraject moest nog van alles zeer voorzichtig worden uitgeprobeerd**.** Deels echter brengt de definitie van infertiliteit als ziekte (en daarmee toegang tot medische middelen) onvermijdelijk met zich mee dat men van qua vrijheid van niveau 1 afdaalt naar niveau 2 met alle gevolgen van dien. Uit ons onderzoek bleek overigens dat dit uiteindelijk voor geen van de participerende viertallen dit autonomieverlies reden was om de procedure stop te zetten. Vooral de wensouders waren in dat opzicht natuurlijk vaak ook doorgewinterde patiënten dwz mensen die om gezondheidsredenen gewend zijn zich in hun lot te schikken.

Ook werd door vrijwel iedereen de onwenselijkheid van commercieel draagmoederschap onderschreven. Hetzelfde geldt voor het hanteren van medische in- en exclusiecriteria voor hoogtechnologisch draagmoederschap. Dit betekent dat de beperking in autonomie ten gevolge of ten behoeve van hoogtechnologisch draagmoederschap, ondanks de emotionele bezwaren die dit oproept in het algemeen werd geaccepteerd en als redelijk werd ervaren. Hoogtechnologisch draagmoederschap werd duidelijk niet gezien als een simpel en gelijkwaardig alternatief voor het vervullen van kinderwens als IVF, KID etc.
Waar men echter meer moeite mee had, was feit dat de moeder van de wensmoeder niet als draagmoeder mocht optreden in verband met de medische eis dat de draagmoeder niet ouder mocht zijn dan 45 jaar. Psychologisch gezien zou de moeder als geen ander draagmoeder kunnen zijn en in die zin valt het te overwegen om, bij uitblijven van medische complicaties, de leeftijdsgrens te verleggen zodat ook moeders draagmoeder kunnen worden.

Niveau II: Autonomie, vrijheid van keuze: beschrijving van enkele situaties uit interviews, die de afhankelijkheid die gevoeld wordt onderstrepen

- Een viertal meldde zich in 1994 in een kliniek, die mee wilde doen maar dat nog niet mocht. Doorverwezen via ons onderzoek daarna naar een Academisch Ziekenhuis in 1997, waar de wensmoeder bekend was door haar medische voorgeschiedenis. De gynaecologische divisie was akkoord, maar de procedure werd op het laatste moment teruggefloten door de ethische commissie. Daarna verwezen naar Voorburg, waar de IVF pogingen zijn gedaan in 1998. De werkkring van de draagvader brengt uitzending naar het buitenland met zich mee. Er is geen gelegenheid meer geweest drie IVF pogingen af te ronden en na één poging moest worden gestopt, geen zwangerschap.
- In Academisch Ziekenhuis een embryoplaatsing gehad en bij tweede poging follikelaspiratie, doch voor de plaatsing enkele dagen later is de procedure door mandaat van de Raad van Bestuur afgelast Geen embryo's ingevroren. Daarna in ons onderzoek gekomen, doch toen bleek wensmoeder inmiddels postmenopauze praecox te hebben.
- Onbedoeld tussen wal en schip vallen bij medische behandelaars is gerapporteerd bij casus 26 in het medische hoofdstuk.
- Uitspraak van een wensvader: "*Ik wil ook niet teveel verwachting hebben, zo direct komt er weer een andere regering en die zegt: we stoppen ermee, het gaat niet meer door*."

Niveau II: criterium 2: Weldoen

De bedoeling van hoogtechnologisch draagmoederschap is dat het bijdraagt aan het welzijn van de aanvragende wensouders. In het bovenstaande is al geschreven dat deze visie te beperkt is: ook de omgeving van de wensouders (de draagouders, de reeds aanwezige kinderen) maar ook de maatschappij en de behandelaars mogen niet geschaad worden in hun welzijn. Pas dan kan ingegaan worden op een verzoek tot hoogtechnologisch draagmoederschap.

1. Een honderd procent genetisch eigen kind	
2. Vervulling kinderwens	2. Niet vervullen van het verwachtingspatroon: 45% uit ons onderzoek blijft kinderloos door niet lukken van IVF procedures.
3. Rechtvaardiging van aangedaan leed in verleden (kanker, geboren worden zonder baarmoeder etc.)	3. Een bijna niet af te lossen dankbaarheidsgevoel ligt naar de draagouders, waar pas een jaar na de geboorte weer een evenwicht in wordt gevonden
4. Nieuw levensperspectief	
5. Autonomie hebben	5. Instappen in rijdende trein, geen weg meer terug 5. Te sterke afhankelijkheid van hulpverleners
6. Zonder uitzondering blij zijn met de geboden kans, of het nu wel of niet gelukt is om een kind te krijgen omdat je een nieuwe kans krijgt in het leven	6. Een enorme verantwoordelijkheid naar de draagouders toe: gaat alles wel goed?
7. Tevreden zijn met het contract dat tussen de wens- en draagouders is ingevuld. Hierdoor werd de kans op verrassingen beperkt	7. Er moet een zeer goede band zijn tussen de wensouders onderling en tussen de wens- en draagouders
8. Eind goed, al goed.	8. Veel zwaarder dan verwacht of van te voren ingeschat 8. Zouden anderen in vergelijkbare situaties erop wijzen dat het traject erg zwaar is
9. Idee iets terug te kunnen doen voor zusje of vriendin die zware tijd heeft gehad (kanker, geboren zonder baarmoeder etc.)	9. Bij faciliteren van draagmoederschap zal de druk van familieleden en wensouders om zich beschikbaar te moeten stellen voor deze procedure op de draagmoeder toenemen (“aanbodplicht”)
10. Kunnen bewerkstelligen dat je zusje of vriendin niet kinderloos zal blijven	10. Niet vervullen van het verwachtingspatroon: 45% uit ons onderzoek blijft kinderloos door niet lukken van IVF procedures. 10. Schuldgevoel als het niet lukt om zwanger te worden 10. Schuldgevoel als draagmoeder wil stoppen na 1 of 2 IVF pogingen omdat het te zwaar blijkt, of omdat er inmiddels een spontane abortus of extra-uteriene graviditeit heeft plaatsgevonden 10 Optreden van meerlingzwangerschap 10. Psychische problemen na bevalling
11. Iets daadwerkelijks kunnen doen aan het feit dat je als draagouders vindt dat een kind in dat gezin enorm op zijn plaats zou zijn	11. Enorm verantwoordelijkheidsgevoel naar wensouders toe

12. Blij zijn dat je iets hebt kunnen betekenen voor de ander, of het nu wel of niet gelukt is	12. Teleurgesteld zijn als de procedure niet lukt.
13. Mensen beschermen tegen zichzelf als ze geen inzicht in de te verwachten risico's hebben op medisch of psychologisch gebied	13. Betutteling, voorbijgaan aan de autonomie van de wens- en draagouders.
14. Door goede medische en psychologische intake ervoor zorgen dat de wens- en draagouders zo weinig mogelijk risico lopen op (psycho)pathologie.	14. Indien de draagmoeder zich op grond van feiten uit de intake terugtrekt, kan dit forse (familie)problemen ten gevolge hebben

Niveau II: Weldoen. Standpunt na gegevensverwerking onderzoek

Uit de meeste interviews komt naar voren dat er geen sprake is van een eenmalige keuze, maar een langdurig proces dat zoveel stappen kent dat er sprake is van een cumulatieve investering. Vooral hierdoor ontstaat het idee dat men niet veel anders kan dan doorgaan. Herhaaldelijk wordt aangegeven dat het op een aantal momenten in het proces helemaal niet de bedoeling was dat men zover zou gaan, maar eenmaal in de rijdende trein kan men niet meer stoppen. Medisch gezien wel, maar vanuit het oogpunt van wens- en draagouders in psychologische zin niet.

Nadeel is dat er weer een mogelijkheid wordt geboden om iets te doen en dat het moment van bezinning, om te komen tot afsluiting van vermogen tot kinderen krijgen en daarmee het starten van een verwerkingsproces, tegengehouden wordt.

De eerste vraag die iemand stelt wanneer het woord draagmoederschap valt is of dat wel mogelijk is dat voor een ander te doen en of het kind wel afgestaan kan worden. In ons onderzoek bleken geen van de negen bevallen draagouders daarmee problemen te hebben gehad. Na evaluatie bleken hele andere punten de zwaarte van de procedure te bepalen:

Het grootste probleem lijkt dat van schuld en dankbaarheid te zijn. Wensouders die een kind hebben gekregen zeggen nooit genoeg te kunnen doen om hun dankbaarheid te tonen. Draagouders vinden soms dat er teveel dankbaarheid is, anderen te weinig, terwijl het bij de betrokken wensouders anders wordt beleefd. Dankbaarheid is geen eenheid die in een maat is uit te drukken, het is zoals met zoveel emotionele zaken: er is geen leidraad, geen handleiding voor juist handelen. De meesten zeggen wel dat dit evenwicht in de loop van de maanden weer komt en de verhouding tussen wens- en draagouders weer normaler wordt. Ze worden van het voetstuk afgehaald, het aureooltje vervaagt ietsje en wat overblijft is het diepe, intense gevoel dat iemand iets voor je gedaan heeft wat niet in woorden of daden uit te drukken is, maar men weet er dan weer mee om te gaan.

Bij twee viertallen in ons onderzoek hebben de draagmoeders zich te elfder ure teruggetrokken, na de psychologische interviews en voor de embryo-transfers. In hoeverre hier het uiterste moment van "nog kunnen terugtrekken" heeft meegespeeld of dat de psychologische interviews uiteindelijk het proces van overdenking in werking hebben gezet, is moeilijk na te gaan. In ieder geval is het voor beiden beter geweest om dit besluit te nemen voordat er een zwangerschap optrad.
Voor beide viertallen heeft dit wel tot forse familieruzies geleid en hebben de wens- en draagouders geen contact meer met elkaar. Het voordeel van de psychologische procedure vooraf en de tijdsspanne die daarmee gepaard gaat, is dat er geen zwangerschap tot stand is gebracht. Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald, uit oogpunt van een toekomstig kind bekeken.

In ons onderzoek zijn er geen problemen met het geloof geweest, doch wensouders die daar wel problemen mee hebben zullen zich ook niet aanmelden.

Niveau II: Weldoen, uitspraken uit interviews:

"Daarentegen hebben al onze vrienden kinderen en dan voel je je heel erg de laatste uit de race, die maar rondjes blijft rennen en nooit aan de finish komt. Je wil dus dolgraag alles proberen wat mogelijk is."

Vrijwel iedereen zegt: "*ik wil later niet het gevoel hebben het niet geprobeerd te hebben, dan krijg je misschien later spijt"* (de rijdende trein…).

"*dankbaarheid kun je nog inlossen, maar schuld is dat schrijnende gevoel van nooit genoeg terug te kunnen doen*."

Niveau II: Niet schaden: primum non nocere – beschouwing

Het adagium "primum non nocere"[4] lijkt eenvoudig, maar levert veel problemen op. In een multidisciplinaire onderzoeksgroep van medici, psychologen en juristen blijkt dat er verschillende invalshoeken zijn. Als een arts afstudeert legt hij/zij de eed van Hippocrates[75] af en belooft daarmee zijn/haar leven in dienst te stellen van de gezondheid van de medemens en diens omgeving. Een psycholoog zal rekening houden met menselijke aspecten en wensen, daarbij een nauwkeurige afweging makend voor elk van de personen op zich en daarna een keuze makend waarbij aan zoveel mogelijk personen recht wordt gedaan. Ethici zullen op wetenschappelijk redelijke argumenten een afweging maken tussen voor- en tegenstandpunten en daarop een beschouwelijke afweging maken. Het eindtraject voor (hoogtechnologisch) draagmoederschap is echter degene die de intake doet en degene die de daadwerkelijke IVF procedure uitvoert. Zij hebben een verantwoordelijkheid als beroepsgroep èn als individu die de eindverantwoordelijkheid heeft om de procedure ook daadwerkelijk uit te voeren. Een multidisciplinaire samenwerking op dit gebied, zoals in dit onderzoek tot stand gekomen is, lijkt onontbeerlijk om de maatschappelijke veranderingen te toetsen. Een vervolgtraject van deze multidisciplinaire groep is obligaat om juist ook het primum non nocere te kunnen waarborgen voor de daadwerkelijke uitvoerders van draagmoederschap. Hierbij wordt niet primair gedacht aan casuïstiek, omdat het probleem zich mogelijk alleen verplaatst van de ene naar de andere wetenschappelijke groep, maar vooral aan multidisciplinair regulier overleg waarin zorgvuldige meningsvorming, wetenschappelijk en maatschappelijk onderbouwd, als toetssteen kan dienen.

Voor het toekomstige kind zal primum non nocere het minst gelden: het is een zeer bewust gepland en gewenst kind. Bovendien is een embryo in juridische zin geen rechtspersoon en heeft derhalve zelf geen recht van spreken.

Voor de wensouders levert de toegevoegde groep "levensbedreigend ziek indien zwanger" problemen op bij dit adagium. Wat als de hormoondosering nodig voor IVF, voor deze vrouwen risico oplevert?
Deze indicatie bleek al snel in twee groepen uiteen te vallen:
Een groep van wensmoeders met een overigens goede gezondheid, die levensbedreigend ziek zouden worden indien zwanger. Te denken valt hierbij aan vrouwen met een verminderde nierfunctie op basis van diabetes of SLE, die echter niet progressief slecht is. Een zwangerschap zou de nierbelasting echter zo doen toenemen, dat iemand voor dialyse c.q. niertransplantatie in aanmerking zou kunnen komen. Deze groep leverde geen ethische problemen op.
De tweede groep bestond uit vrouwen, verwezen vanuit de derdelijnscentra, die zelf ziek zijn of een slechte prognose hebben, en eveneens levensbedreigend ziek zouden worden indien zwanger. Is het ethisch verantwoord dat je nog een risicofactor toevoegt aan het draagmoederschap, gesuperponeerd op alle in dit hoofdstuk beschreven dilemma's?
Wat te doen met een wensmoeder die een progressieve ziekte heeft, en waarvan het mogelijk te voorspellen is dat de levensverwachting korter zal zijn dan van gezonde moeders? Of dat de levensverwachting niet alleen korter is, maar ook de kwaliteit van leven van de wensmoeder ernstig afneemt in de komende jaren? Wat als een zieke wensmoeder zo extreem belast wordt bij het opvoeden van een kind dat haar eigen ziekte daardoor verergert? Is dit een andere situatie dan wanneer zij zelf dit kind had gekregen?
Argument vóór is natuurlijk altijd dat je je hier ook niet mee bemoeit als deze mensen zelf zwanger worden.

Maar in dit geval, als patiënten doorverwezen zijn omdat ze juist niet zelf zwanger mogen worden, rijst de vraag of het ethisch verantwoord is om via kunstmatige weg een zwangerschap te creëren, en daarmee risico's te nemen voor de levens van wensouders, draagouders en het toekomstig kind. Bovendien wordt een kind gecreëerd in een gezin dat daarvoor later mogelijk (huishoudelijke) hulp en extra voorzieningen nodig zal hebben om dit kind groot te brengen. Ook deze situatie komt natuurlijk voor bij zieke vrouwen die zelf wel kinderen mogen krijgen.

De twaalf bevallen of zwangere draagmoeders hadden 25 eigen kinderen (resp. 18 – 16 – 14 – 12 – 11 – 11 - 10 - 10 – 9 – 9 - 9 – 8 – 8 – 7 – 7 – 6 – 6 - 6 – 5 – 5 - 4 – 4 – 3- 2 – 2 jaar oud) voor zij de wenskinderen kregen. In de interviews werd zowel voor- als na de procedure gevraagd in hoeverre deze kinderen betrokken waren bij de procedure en of er problemen optraden.

[4] In principe geen schade toebrengen

Niet schaden: primum non nocere: Voor	Niet schaden, primum non nocere: Tegen
1. mensen beschermen tegen zichzelf als ze geen inzicht in de te verwachten risico's hebben op medisch of psychologisch gebied	1. Betutteling, beperken van autonomie
2. preconceptionele adviezen zijn bij vrouwen met risicozwangerschappen of levensbedreigende ziekten voorhanden en hebben consequenties.	2. Betutteling, want men bemoeit zich ook niet met vrouwen die zelf een eigen kind baren en zich niet melden voor preconceptioneel advies 2. Mogelijk toch kiezen een zwangerschap te creëren waarvan beroepsmatig voorzien kan worden dat er gezondheidsschade op medisch of psychologisch gebied in de toekomst te verwachten is. In Nederland wordt een punt gemaakt van kinderen die mogelijk een ouder verliezen als die ouder een moeder is, maar nauwelijks als die ouder de vader is. Sperma wordt bewaard en geïnsemineerd als de moeder dat wil, met name als de vader kanker heeft gepaard met een slechte prognose. Er zijn zelfs gevallen bekend van inseminaties als de vader reeds overleden is en de moeder het kind alleen zal moeten grootbrengen. Of je het daar wel of niet mee eens bent, het gebeurt wel.
3. Uit het onderzoek blijkt dat alle wensouders het een ander in vergelijkbare situaties zouden aanraden	
4. Afstand doen van het kind na de geboorte heeft bij geen van onze draagouders een probleem opgeleverd	
5. Met geloof wordt geschipperd, mensen vinden daarin hun weg.	5. Sommige geloofsovertuigingen staan niet achter draagmoederschap.
6. Beperken van risico's op meerlingzwangerschap door niet meer dan twee embryo's te plaatsen en tegelijkertijd de mogelijkheid bieden op een reële zwangerschapskans.	6. Optreden van meerlingzwangerschappen met alle obstetrische en psychologische risico's van dien bij terugplaatsing van twee embryo's. 6. Embryoreductie
7. Goede procesbewaking van indicaties tot draagmoederschap, waardoor draagmoeder zich gesteund voelt om eventueel nee te kunnen zeggen ondanks druk van familie of wensmoeder.	
8. Aanleren van sociaal wenselijk gedrag aan de reeds aanwezige kinderen van de wens- en draagouders: leren dat het belangrijk is iets voor een ander over te hebben	8. Jaloezie van de reeds aanwezige kinderen van de draagmoeder 8. Reeds aanwezige kinderen van de draagmoeder die zich schamen voor zwangerschap van hun moeder 8. Tekort komen van aandacht bij de reeds aanwezige kinderen van de draagmoeder 8. Juridische scheefgroei tussen gedoogbeleid Ministerie van VWS en Justitie: bij overlijden van wensouders in eerste jaar komen de kinderen aan de draagouders toe en zullen zij erfrechtelijk meedelen met de reeds aanwezige kinderen van de draagouders.
9. Terecht komen in een gezin waarin je zeer welkom bent	9. Te gewenste kinderen krijgen een hoog verwachtingspatroon van hun ouders en mogelijk zelfs van de tante en oom die draagouders waren.

10. Ouders die in ieder geval hebben bewezen veel voor het wenskind over te hebben 11. Weten wie je ouders zijn, zowel in genetisch, biologisch als juridisch opzicht omdat zowel wens- als draagouders bekend zijn. Vermijden van identiteitscrisis zoals die vaak voorkomt bij adoptie of KID kinderen in de puberteit. 12. Een oom en tante in de buurt hebben die extra oog voor je zal hebben en waar je met problemen ook naar toe kunt gaan. 13. Als wenskind juist niet het gevoel te hebben dat je er alleen voor staat in de wereld, integendeel. 14. Voorkomen van obscure praktijken in medisch, juridisch en commercieel opzicht, omdat er nu iets niet gereguleerd is wat technisch allang mogelijk is en waarvoor geen goed vervolgtraject is vastgelegd.	10. Door de te volgen procedure is het vrijwel zeker dat het wenskind enig kind zal blijven 11. Nog niet bekend of draagmoederschapkinderen gestigmatiseerd zullen worden in de toekomst 11. Tot adoptie een feit is heeft het wenskind niet de achternaam van de genetische ouders. Met name als het naar school of crèche gaat, levert dit onnodige stigmatisering op. 11. Bij overlijden van de wensouders in het eerste jaar is het kind automatisch het kind van de draagouders. Dit kan een niet gewenste situatie opleveren, doordat wensouders eigenlijk een ander voogdijpaar hadden willen hebben. Ook in erfrechtelijk opzicht loopt het kind risico: het zal niet van zijn eigen genetische ouders kunnen erven, maar dit zal via testamenten en betaling van successierechten moeten worden geregeld. 11. Bij niet goed uitgevoerde zorgvuldigheidsprocedure kan het zijn dat het kind niet geadopteerd kan worden door de wensouders, bijvoorbeeld bij het hebben van een strafblad dat dergelijke zwaarwegend belastende feiten bevat dat adoptie nooit tot de mogelijkheden zal behoren. Er is dan een kind geboren, dat nooit door zijn genetische ouders zal kunnen worden geadopteerd. 11. Hetzelfde is het geval indien de wensouders niet getrouwd zijn en bij adoptie nog geen drie jaar samenwonen. Tot die tijd kan het kind niet geadopteerd worden.

Niveau II: Niet schaden, primum non nocere, standpunt na gegevensverwerking

Voor de wensouders
Leek voor het onderzoek het kind en de problemen rondom het kind (afstaan) de grootste factor te zijn die schade zou kunnen geven of oplopen, na het onderzoek bleek dat een onbelangrijke factor te zijn.
Schade bleek er te kunnen bestaan voor de groep vrouwen, levensbedreigend ziek en de indicatiestelling van sommige wensouders, waardoor ironisch genoeg met name de beroepsgroep in de problemen zou kunnen komen.

De indicatie levensbedreigend ziek, indien zwanger, en met name de subgroep van vrouwen die een progressieve ziekte hebben, zal nog uitgewerkt moeten worden. In de loop van het onderzoek bleek ondersteuning door middel van een second opinion team en regulier multidisciplinair overleg met artsen, psychologen, juristen en ethici onontbeerlijk. Aanbeveling uit dit onderzoek is dan ook dat dergelijke teams geformeerd dienen te worden. Om het probleem wel in de juiste proporties te blijven bezien, moet men zich realiseren dat we praten over een handjevol vrouwen per jaar in Nederland, die op dergelijke indicatie een kind zouden willen krijgen.
Deze groep zal groter worden als ook de half- en laagtechnologische aanvragen erbij betrokken worden.

Voor de reeds aanwezige kinderen van de draagouders
De reeds aanwezige kinderen van de draagouders hebben goed gereageerd op de zwangerschap. De grootste problemen zaten aanvankelijk in de pubergroep (10-12 jaar), waarbij de voornaamste reden was dat kinderen het gênant vonden dat hun moeder opnieuw zwanger werd. Op de geboorte werd zonder uitzondering positief gereageerd, evenals op het afstaan.
Belangrijk is wel dat de kinderen volledig ingelicht worden zodra de IVF procedure succesvol blijkt te zijn, zodat ze op een rustige en natuurlijke wijze mee kunnen groeien in het proces. De ouderen reageerden positief en voor de jongere kinderen was een uitleg dat er een kindje groeide in de buik van mamma voor tante voldoende om dit als natuurlijk te accepteren.
Als gezegd wordt dat de buik van tante “x”, die zij natuurlijk goed kennen, ziek is en dat haar kindje bij mamma groeit, blijken kinderen daar de volledige logica van in te zien. Bij een na-onderzoek naar de geboren kinderen over enige jaren, zal eveneens aandacht moeten worden besteed aan de kinderen van de draagouders. Bij onze na interviews 2 maanden tot 2 jaar na de geboorte van het wenskind blijken de aanwezige kinderen geen problemen te hebben.

Voor het toekomstige wenskind
Het is belangrijk uit oogpunt van het toekomstig kind, dat een kind dat zo gewenst en gepland is, vrijwel direct na de geboorte geadopteerd kan worden om naamsverwarring en erfrechtproblemen te vermijden. Hiertoe zou de procedure al in gang moeten worden gezet tijdens de zwangerschap, zodat het kind aangegeven kan worden als een wettelijk eigen kind. Mater semper certa est wordt daarmee in dit specifieke geval verlaten. In Engeland kan de rechter bepalen dat het kind bij de geboorte als wettig kind kan worden behandeld van een echtpaar indien genetisch verwant hiermee. Bij halftechnologisch draagmoederschap zal dit anders liggen, omdat de draagouders voor 50% (bij eiceldonatie) of 100% (bij afstaan aan een familielid van een eigen kind) de genetische ouders zijn. Bedenktijd in overdracht lijkt hier reëler, hoewel ook die periode bekort zou kunnen worden naar bijvoorbeeld enkele maanden. Op die manier doe je recht aan de draagmoeder, die de eerste weken een hormonale disbalans zal hebben na de geboorte en aan het wenskind, dat bovengenoemde risico’s loopt. Als de draagouders persisteren in hun wens tot afgifte van het kind, kan de adoptieprocedure worden voltooid.

Uit het onderzoek zijn nog geen gegevens bekend van de geboren kinderen, omdat de oudste pas twee jaar is. Wel wil de onderzoeksgroep graag een vervolgonderzoek doen na enkele jaren. Wat er nu verwacht wordt is geëxtrapoleerd uit de groep van IVF kinderen, waar grotendeels dezelfde problematiek aanwezig is.
De spaarzame casuïstische artikelen in de lekenpers over draagouderkinderen (vaak halftechnologisch) uit het verleden in Nederland bieden geen reden tot zorg op dit gebied.

Niveau II: Niet schaden, uitspraken van wensouders:

"Vijftig jaar geleden waren we veel beter af geweest, want dan zei de dokter: het lukt niet. 10% krijgt geen kinderen en u bent er een van. Het wordt er niet gemakkelijker op nu. Je bent blij met de technische mogelijkheden, maar als het niet lukt is het een molensteen. Altijd is er weer iets nieuws, nieuwe hoop, nieuwe tegenslag, terug naar de gevangenis, u ontvangt geen twintigduizend gulden….

"*Onze Lieve Heer zal het wel goedvinden, los van de kerk. Ik kan Onze Lieve Heer daarmee wel aan, ik kan me niet voorstellen dat hij het niet goed zou vinden.*" En een ander vertelde dat de oude pastor het niet goed zou vinden en dat ze daarom wel naar de nieuwe pastor zou gaan.

***"wij hebben ons** 8-jarig dochtertje een spreekbeurt over draagmoederschap op school laten geven in onze aanwezigheid, zodat de onderwijzeres en kinderen op de hoogte waren. Dit bleek een goede oplossing te zijn in het voorlichtingstraject."*

Niveau II: criterium 4: Rechtvaardigheid – beschouwing

Diverse vormen van voortplantingsgeneeskunde worden vandaag de dag toegepast. Vanuit het rechtsgelijkheidprincipe zijn een aantal argumenten voor en tegen de introductie van hoogtechnologisch draagmoederschap te geven. Was in het verleden iemand kinderloos, dan was dat – al naar gelang zijn of haar visie op het leven – de wil van God, een speling van de natuur of je karma. Een inmiddels achterhaald standpunt, want opwerken van semen, intra cytoplasmatische sperma injecties (ICSI), tubachirurgie, intra uteriene inseminaties (IUI), in vitro fertilisatie (IVF), hersteloperaties na sterilisaties…alles heeft inmiddels zijn weg gevonden om de kinderwens te vervullen. Als dit alles niet lukt is er kunstmatige donorinseminatie, eiceldonatie of adoptie.
Is er sprake van mannelijke infertiliteit, dan wordt soms een vriend of, in groter verband gesproken "de melkboer" ingeschakeld, met of zonder medeweten van de daarna op de verloskamer staande wettelijke vader.
Bij vrouwelijke onvruchtbaarheid is in veel landen draagmoederschap al een mogelijkheid (USA).
In Suriname is het heel gebruikelijk om een kind te krijgen voor een kinderloos zusje. Dat wordt openlijk gedaan en weggegeven aan dat gezin. Geen haan die ernaar kraait, een maatschappelijk geaccepteerd verschijnsel.

In Nederland was draagmoederschap echter verboden. Hierdoor zijn duistere praktijken ontstaan zoals draagmoederschap met valse aangifte in geboorteregisters
Een nog ernstiger praktijk is commercieel draagmoederschap, dat zowel wens- als draagmoeder niet alleen financieel, maar erger nog, ook emotioneel grote schade kan berokkenen.

Rechtvaardigheid Voor	Rechtvaardigheid Tegen
1. Opheffen/preventie discriminatie. Toelaten van buitenlanders als wens- of draagmoeders op basis van antidiscriminatiewet.	1. Het probleem niet meer te kunnen selecteren bij taalbarrière, cultuurverschillen etc. Draagmoederschap vraagt om een perfect teamwerk en dat is onmogelijk te doen met iemand die je niet verstaat of begrijpt. Het niet kunnen inschatten van vrije keuze van draagouders door ontbreken direct contact tussen behandelaar en betrokkene, ondanks aanwezigheid van tolk
2. Toelaten van Nederlanders die in het buitenland wonen op basis van antidiscriminatiewet	2. Discrepantie tussen regelgeving Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie met betrekking tot adoptieprocedure. Meestal niet kunnen uitvoeren van de adoptiewetgeving, omdat er geen overeenkomst is met dat betreffende land. Alleen haalbaar indien voor aanvang procedure door juristen overzien kan worden wat de implicaties zijn m.b.t. adoptie en erfrecht
3. Gelijkstelling met andere, reeds uitgevoerde, kunstmatige technieken zoals in de beschouwing beschreven	3. Het idee kan ontstaan dat mensen "recht op het krijgen van een kind" hebben 3. "Hek van de dam": begin wildgroei van allerlei vormen van kunstmatige voortplanting bij ontbreken of achterlopen van goede regulering
4. Als we ons bij gewone zwangerschappen niet afvragen of paren een kind mogen krijgen, dan mag dat bij fertiliteitbevorderende ingrepen ook niet gebeuren.	4. De complexe materie en de risico's voor alle betrokkenen, die veel groter zijn dan bij een gewone zwangerschap
5. Instrument tot het maken van wettelijke regelingen, duidelijkheid, eerlijkheid en tot protocollering	5. Bij ontbreken van regelgeving ontstaat willekeur

6. Iedereen moet kunnen adopteren	6. Bij adoptie zijn er omschreven regels waarom paren geen kind zouden mogen krijgen, ter bescherming van het kind dat al getraumatiseerd kan zijn door de reden waarom kind ter adoptie is aangeboden. Dit argument geldt echter niet bij draagmoederschap.
7. Iedereen moet in aanmerking kunnen komen voor hoogtechnologisch draagmoederschap	7. Faciliteren commercieel draagmoederschap

Niveau II: Rechtvaardigheid: standpunt na gegevensverwerking onderzoek

Uit het onderzoek is gebleken dat een dusdanig emotioneel zwaar beladen traject alleen maar voltooid kan worden als alle schakels goed op elkaar aansluiten: medisch, psychologisch, juridisch en het adoptietraject.

Het argument van de Raad voor de Kinderbescherming bij adoptie, dat er redenen zijn om plaatsing van een kind tegen te houden is niet houdbaar bij hoogtechnologisch draagmoederschap. Een kind, genetisch identiek aan de wensouders, wordt zeer bewust "gemaakt" voor het andere paar, de opzet hiertoe is aanwezig alvorens de zwangerschap tot stand komt. Het kind heeft geen traumatisch verleden, er zou in het kader van rechtsgelijkheid geen andere weg gevolgd moeten worden dan die bij paren waar een "gewone" zwangerschap tot stand komt.

Hetzelfde argument geldt bij halftechnologisch draagmoederschap, doch het gevaar ligt op de loer dat er bij ontbreken van elke controle vooraf al een zwangerschap tot stand is gebracht door bijvoorbeeld insemineren van semen van de wensvader bij de draagmoeder. Het kind is dan genetisch half identiek aan de wensouders, en half aan de draagouders. Het juridische traject wordt daardoor bemoeilijkt, en bij problemen zou de adoptieprocedure (terecht) moeilijkheden kunnen opleveren. Het is niet in het belang van het kind dat de adoptie niet zou kunnen plaatsvinden, want het is initieel bedoeld in het gezin van de wensouders terecht te komen. Ironisch genoeg zal juist in gevallen waar adoptie voorziene problemen zal opleveren in de huidige juridische setting valse aangifte vaak worden gebruikt door deze groep. Deze situatie is zeker niet in het belang van het kind. Gepleit zal moeten worden dat ook de groep half- en laagtechnologisch draagmoederschap langs een intakecentrum zal gaan, niet voor de medische, maar om de juridische procedure te bewaken. Over deze groep is echter geen expertise in ons onderzoek verkregen en een vervolgonderzoek is hier geïndiceerd.

Mochten er bij screening vooraf in medisch of psychologisch opzicht dusdanige zwaarwegende argumenten aan het licht komen, dat er twijfel zou kunnen bestaan aan het goed terecht komen van het kind, dan dient het behandelteam zich goed te realiseren of deze situatie anders is dan bij het aangaan van een eigen zwangerschap. Indien zich in die situatie terecht zorgen worden gemaakt, staat men meestal voor een voldongen feit bij een reeds opgetreden zwangerschap en kan men niets anders doen dan een vertrouwensarts inschakelen, eventueel via de kinderarts.
In het geval van draagmoederschap is deze situatie vooraf te overzien, en kunnen meerdere gesprekken met de wens- en draagouders worden gevoerd om te zien of de paren alle consequenties wel goed overzien.
In ons onderzoek is gebleken dat alle wensouders waarbij het team twijfel had aan de draagkracht-draaglast-verhouding van de wensparen, zich na het voeren van enkele gesprekken zelf hebben teruggetrokken.
In extreme situaties zoals misbruik in de zin van verslaving, alcohol, bewezen verwaarlozing van vorige kinderen (casus die zich in ons onderzoek niet hebben voorgedaan) is het als arts mogelijk je te beroepen op de Eed van Hippocrates en een behandeling te weigeren indien je van te voren kunt inzien dat dit schade voor het kind zal opleveren. In de Richtlijn[107] is vastgelegd dat er gezien de bijzondere aard van de behandeling, de morele implicaties ervan en de belangen van de betrokkenen en het toekomstige kind, het te allen tijde vrij staat aan het behandelteam om om hen moverende redenen niet in te gaan op een verzoek tot draagmoederschap.

Het levert wel een morele verplichting op een second opinion bureau c.q. ethische klankbordgroep te institutionaliseren, waar afgewezenen terecht kunnen bij persisterende kinderwens.

In ons onderzoek is ervoor gekozen geen mensen op te nemen van buitenlandse origine, omdat er niet voldaan kan worden aan de zorgvuldigheid van toetsing van argumenten door wens- en draagouders en er (nog) geen oplossing kon worden gevonden voor de adoptieprocedure.

Andere invalshoeken “Ethische kaart”:

De vorige kaders hebben de argumenten belicht van de gezichtspunten uit de ethiek:

- Autonomie
- Weldoen
- Niet schaden, non nocere
- Rechtvaardigheid

In het vervolg van dit hoofdstuk wordt de ethiek bekeken vanuit de invalshoek van de betrokkenen:

- De wensouders
- De draagouders
- De kinderen van de wensouders, indien aanwezig en de draagouders
- De toekomstige wenskinderen
- De beroepsgroep
- De maatschappij

Implicaties voor wensouders, beschouwing

De eerste vraag die iemand stelt wanneer het woord draagmoederschap valt is of dat wel mogelijk is dat voor een ander te doen en of het kind wel afgestaan kan worden. In ons onderzoek bleken na evaluatie hele andere punten de zwaarte van de procedure te bepalen.

Implicaties voor wensouders: Voor	**Implicaties voor wensouders: Tegen**
1. De ethiek (deontologie) beschermt de omgeving van de wensmoeder, die een kind wenst zonder daarbij goed aan de consequenties voor de andere partijen te denken.	1. De ethiek (deontologie) gaat voorbij aan de autonomie van de wensmoeder
2. Draagmoederschap behelst een complexe situatie waarin medische, psychologische, ethische en juridische aspecten betrokken zijn, gepaard gaande met een flinke dosis emoties van de betrokkenen. Door het zoveel mogelijk in maat en getal vast te leggen kom je tot objectievere maatstaven.	2. Draagmoederschap behelst een complexe situatie waarin medische, psychologische, ethische en juridische aspecten betrokken zijn, gepaard gaande met een flinke dosis emoties van de betrokkenen. Niet alles is in maat en getal vast te leggen. Doorrationaliseren tot je de oplossing hebt biedt ironisch genoeg niet in alle gevallen de oplossing bij hoogtechnologisch draagmoederschap!
3. Als iets volgens het geen bezwaar principe wordt toegestaan, kan de wens tot draagmoederschap snel worden geregeld.	3. Het leidt sneller tot excessen en oncontroleerbare handelingen
4. Totale vrijheid van keuze voor wens- en draagouders	4. Gezien de complexiteit van draagmoederschap kan autonomie leiden tot oncontroleerbare processen als voorbij gegaan wordt aan de medisch, ethische, psychologisch en juridisch aspecten.
5. Totale vrijheid van keuze van draagouders door de wensouders	5. Kan de autonomie van de draagouders aantasten, indien het besluit niet op geheel vrije wil wordt genomen door sterke druk van de wensouders
6. Er is geen monopoliepositie vanuit de beroepsgroep.	6. De wens- en draagouders kunnen de gevolgen van draagmoederschap onvoldoende overzien gezien de complexiteit van het proces.
7. Als patiënt de verantwoordelijkheid mogen nemen van de gevolgen van een behandeling, ook als die verslechtering van lichamelijke of psychische constitutie met zich meebrengt in de toekomst	7. Het leven van het toekomstig kind kan worden aangetast indien de moeder ernstig ziek wordt of overlijdt ten gevolge van het draagmoederschap. Dit geldt ook voor alle overige betrokkenen rondom de wensmoeder.
8. Volledige vrijheid in keuze van draagmoeder.	8. Kan schade in gezondheid opleveren aan draagmoeder bij niet goede selectie. Bij voorbijgaan aan psychologische criteria kunnen de wensouders schade oplopen doordat een draagmoeder het wenskind niet wil afstaan na de geboorte. 8. Volledige vrijheid in keuze werkt commercieel draagmoederschap in de hand.
9. Volledige vrijheid in keuze van een wensmoeder om een kind te krijgen los van ingangscriteria.	9. Opkomst van excessen: mannequin die geen eigen kind wil dragen wensmoeder die geen bekkeninstabiliteit meer wil hebben, maar haar zus wel aan dat gevaar wil blootstellen

9. Bijvoorbeeld vrouwen die na enkele IVF pogingen zelf niet zwanger zijn geworden	9. sterke vergroting van de vraag naar draagouders met de daarbij behorende medische en psychologische risico's ten behoeve van wensouders die zelf nog zwanger zouden kunnen worden 9. gebrek aan middelen (geld, mankracht) om dit te realiseren.
10. Een honderd procent genetisch eigen kind	
11. Vervulling kinderwens	11. Niet vervullen van het verwachtingspatroon: 45% uit ons onderzoek blijft kinderloos door niet lukken van IVF procedures
12. Rechtvaardiging van aangedaan leed in verleden (kanker, geboren worden zonder baarmoeder etc.)	12. Een bijna niet af te lossen dankbaarheidsgevoel ligt naar de draagouders, waar pas een jaar na de geboorte weer een evenwicht in wordt gevonden.
13. Nieuw levensperspectief	
14. Autonomie hebben	14. Instappen in rijdende trein, geen weg meer terug 14. Te sterke afhankelijkheid van hulpverleners
15. Zonder uitzondering blij met geboden kans, of het nu wel of niet gelukt is om een kind te krijgen	15. Een enorme verantwoordelijkheid naar de draagouders toe: gaat alles wel goed?
16. Uit het onderzoek blijkt dat alle wensouders het een ander in vergelijkbare situaties zouden aanraden	16. Veel zwaarder dan verwacht of van te voren ingeschat
17. Tevreden zijn met het contract dat tussen de wens- en draagouders is ingevuld. Hierdoor is de kans op verrassingen beperkt	17. Er moet een zeer goede band zijn tussen de wensouders onderling en tussen de wens- en draagouders
18. Eind goed, al goed.	18. Zouden anderen in vergelijkbare situaties erop wijzen dat het traject erg zwaar is
19. Mensen beschermen tegen zichzelf als ze geen inzicht in de te verwachten risico's hebben op medisch of psychologisch gebied	19. Betutteling, voorbijgaan aan de autonomie van de wens- en draagouders.
20. Door goede medische en psychologische intake ervoor zorgen dat de wens- en draagouders zo weinig mogelijk risico lopen op (psycho)pathologie.	20. Indien de draagmoeder zich op grond van feiten uit de intake terugtrekt, kan dit forse (familie)problemen ten gevolge hebben
21. Preconceptionele adviezen zijn bij vrouwen met risicozwangerschappen of levensbedreigende ziekten voorhanden en hebben consequenties.	21. Betutteling, want men bemoeit zich ook niet met vrouwen die zelf een eigen kind baren en zich niet melden voor preconceptioneel advies 21. Mogelijk toch kiezen een zwangerschap te creëren waarvan beroepsmatig voorzien kan worden dat er gezondheidsschade op medisch of psychologisch gebied in de toekomst te verwachten is. In Nederland wordt een punt gemaakt van kinderen die mogelijk een ouder verliezen als die ouder een moeder is, maar nauwelijks als die ouder de vader is. Sperma wordt bewaard en geïnsemineerd als de moeder dat wil, met name

	als de vader kanker heeft gepaard met een slechte prognose. Er zijn zelfs gevallen bekend van inseminaties als de vader reeds overleden is en de moeder het kind alleen zal moeten grootbrengen. Of je het daar wel of niet mee eens bent, het gebeurt wel.
22. Afstand doen van het kind na de geboorte heeft bij geen van onze draagouders een probleem opgeleverd	
23. Met geloof wordt geschipperd, mensen vinden daarin hun weg	23. Sommige geloofsovertuigingen staan niet achter draagmoederschap.
24. Beperken van risico's op meerlingzwangerschap door niet meer dan twee embryo's te plaatsen en tegelijkertijd de mogelijkheid bieden op een reële zwangerschapskans	24. Optreden van meerlingzwangerschappen met alle obstetrische en psychologische risico's van dien bij terugplaatsing van twee embryo's. 24. Embryoreductie
25. Opheffen/preventie discriminatie. Toelaten van buitenlanders als wens- of draagmoeders op basis van antidiscriminatiewet	25. Het probleem niet meer te kunnen selecteren bij taalbarrière, cultuurverschillen etc. Draagmoederschap vraagt om een perfect teamwerk en dat is onmogelijk te doen met iemand die je niet verstaat of begrijpt. Het niet kunnen inschatten van vrije keuze van draagouders door ontbreken direct contact tussen behandelaar en betrokkene, ondanks aanwezigheid van tolk
26. Toelaten van Nederlanders die in het buitenland wonen op basis van antidiscriminatiewet	26. Discrepantie tussen regelgeving Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie met betrekking tot adoptieprocedure. Meestal niet kunnen uitvoeren van de adoptiewetgeving, omdat er geen overeenkomst is met dat betreffende land. Alleen haalbaar indien voor aanvang procedure door juristen overzien kan worden wat de implicaties zijn m.b.t. adoptie en erfrecht
27. Instrument tot het maken van wettelijke regelingen, duidelijkheid, eerlijkheid en tot protocollering	27. Bij ontbreken van regelgeving ontstaat willekeur
28. Iedereen moet kunnen adopteren	28. Bij adoptie zijn er omschreven regels waarom paren geen kind zouden mogen krijgen, ter bescherming van het kind dat al getraumatiseerd kan zijn door de reden waarom kind ter adoptie is aangeboden. Dit argument geldt echter niet bij draagmoederschap.
29. Iedereen moet in aanmerking kunnen komen voor hoogtechnologisch draagmoederschap	29. Faciliteren commercieel draagmoederschap
30. Als we ons bij gewone zwangerschappen niet afvragen of paren een kind mogen krijgen, dan mag dat bij fertiliteitbevorderende ingrepen ook niet gebeuren.	30. De complexe materie en de risico's voor alle betrokkenen, die veel groter zijn dan bij een gewone zwangerschap.

Implicaties voor wensouders: standpunt na gegevensverwerking onderzoek

Uit de meeste interviews komt naar voren dat er geen sprake is van een eenmalige keuze, maar een langdurig proces dat zoveel stappen kent dat er sprake is van een cumulatieve investering. Vooral hierdoor ontstaat het idee dat men niet veel anders kan dan doorgaan. Herhaaldelijk wordt aangegeven dat het op een aantal momenten in het proces helemaal niet de bedoeling was dat men zover zou gaan, maar eenmaal in de rijdende trein kan men niet meer stoppen. Medisch gezien wel, maar vanuit het oogpunt van wens- en draagouders is er geen omkeerbaar proces meer.
Nadeel is dat er weer een mogelijkheid wordt geboden om iets te doen en dat het moment van bezinning, om te komen tot afsluiting van vermogen tot kinderen krijgen en daarmee het starten van een verwerkingsproces, tegengehouden wordt.

Eind goed, al goed. Na verloop van tijd verwateren de problemen en de zwaarte daarvan en geniet men alleen maar van het kind. Interviews na een jaar zijn positief, ook bij degenen die geen kind hebben gekregen.

Het grootste probleem lijkt dat van schuld en dankbaarheid te zijn. Wensouders die een kind hebben gekregen zeggen nooit genoeg te kunnen doen om hun dankbaarheid te tonen. Draagouders vinden soms dat er te veel dankbaarheid is, anderen te weinig, terwijl het bij de betrokken wensouders anders wordt beleefd. Dankbaarheid is geen eenheid die in een maat is uit te drukken, het is zoals met zoveel emotionele zaken: er is geen leidraad, geen handleiding voor juist handelen. De meesten zeggen wel dat dit evenwicht in de loop van de maanden weer komt en de verhouding tussen wens- en draagouders weer normaler wordt. Ze worden van het voetstuk afgehaald, het aureooltje vervaagt iets en wat overblijft is het diepe, intense gevoel dat iemand iets voor je gedaan heeft wat niet in woorden of daden uit te drukken is, maar men weet er dan weer mee om te gaan.

Bij twee viertallen in ons onderzoek hebben de draagmoeders zich te elfder ure teruggetrokken, na de psychologische interviews en voor de embryo transfers. In hoeverre hier het uiterste moment van "nog kunnen terugtrekken" heeft meegespeeld of dat de psychologische interviews uiteindelijk het proces van overdenking in werking hebben gezet, is moeilijk na te gaan. In ieder geval is het voor beide partijen beter geweest om dit besluit te nemen voordat er een zwangerschap optrad
Voor beide viertallen heeft dit wel tot forse familieruzies geleid en hebben de wens- en draagouders geen contact meer met elkaar. Het voordeel van de psychologische procedure vooraf en de tijdsspanne die daarmee gepaard gaat, is dat er geen zwangerschap tot stand is gebracht. Beter ten halve gekeerd dan ten hele gedwaald, uit oogpunt van een toekomstig kind bekeken.

Enkele viertallen vonden het idee van het mogelijk mislukken van een adoptieprocedure zo'n grote druk opleveren, dat ze gekozen hebben voor het doen van een valse aangifte. Bij de na – evaluatie lang na de geboorte van het kind, vertelden zij alle vier dat niet het afstaan, niet de zwangerschap, niet het traject na de geboorte, maar juist de juridische onzekerheid het zwaarst voor hen had gewogen.

Implicaties voor wensouders: uitspraken uit interviews:

"Vijftig jaar geleden waren we veel beter af geweest, want dan zei de dokter: het lukt niet. 10% krijgt geen kinderen en u bent er een van. Het wordt er niet gemakkelijker op nu. Je bent blij met de technische mogelijkheden, maar als het niet lukt is het een molensteen. Altijd is er weer iets nieuws, nieuwe hoop, nieuwe tegenslag, terug naar de gevangenis, u ontvangt geen twintigduizend gulden…. Daarentegen hebben al onze vrienden kinderen en dan voel je je heel erg de laatste uit de race, die maar rondjes blijft rennen en nooit aan de finish komt. Je wil dus dolgraag alles proberen wat mogelijk is."

Vrijwel iedereen zegt: *ik wil later niet het gevoel hebben het niet geprobeerd te hebben, dan krijg je misschien later spijt* (de rijdende trein…).

"*dankbaarheid kun je nog inlossen, maar schuld is dat schrijnende gevoel van nooit genoeg terug te kunnen doen*."

"*Onze Lieve Heer zal het wel goedvinden, los van de kerk. Ik kan Onze Lieve Heer daarmee wel aan, ik kan me niet voorstellen dat hij het niet goed zou vinden.*" En een ander vertelde dat de oude pastoor er op tegen was, maar de nieuwe niet en dan zou ze daarheen gaan.

Implicaties voor draagouders, beschouwing

Voor de start van het onderzoek werd gedacht dat het niet kunnen afstaan van het kind een van de grootste problemen zou zijn. Dat leek zeker gevoed door allerlei berichten in de lekenpers. Ook werd gevreesd voor lichamelijke en psychische problemen tijdens de IVF procedure en zwangerschap. Andere zaken bleken zwaarwegender

Implicaties voor draagouders: Voor	**Implicaties voor draagouders: Tegen**
1. Draagmoederschap behelst een complexe situatie waarin medische, psychologische, ethische en juridische aspecten betrokken zijn, gepaard gaande met een flinke dosis emoties van de betrokkenen. Door het zoveel mogelijk in maat en getal vast te leggen kom je tot objectievere maatstaven.	1. Draagmoederschap behelst een complexe situatie waarin medische, psychologische, ethische en juridische aspecten betrokken zijn, gepaard gaande met een flinke dosis emoties van de betrokkenen. Niet alles is in maat en getal vast te leggen. Doorrationaliseren tot je de oplossing hebt biedt ironisch genoeg niet in alle gevallen de oplossing bij hoogtechnologisch draagmoederschap!
1. Totale vrijheid van keuze voor wens- en draagouders	2. Gezien de complexiteit van draagmoederschap kan autonomie leiden tot oncontroleerbare processen als voorbij gegaan wordt aan de medisch, ethische, psychologisch en juridisch aspecten.
3. Totale vrijheid van keuze van draagouders door de wensouders	3. Kan de autonomie van de draagouders aantasten, indien het besluit niet op geheel vrije wil wordt genomen door sterke druk van de wensouders
4. Er is geen monopoliepositie vanuit de beroepsgroep.	4. De wens- en draagouders kunnen de gevolgen van draagmoederschap onvoldoende overzien gezien de complexiteit van het proces.
5. Als patiënt de verantwoordelijkheid mogen nemen van de gevolgen van een behandeling, ook als die verslechtering van lichamelijke of psychische constitutie met zich meebrengt in de toekomst	5. Het leven van het toekomstig kind kan worden aangetast indien de moeder ernstig ziek wordt of overlijdt ten gevolge van het draagmoederschap. Dit geldt ook voor alle overige betrokkenen rondom de wensmoeder.
6. Volledige vrijheid in keuze van draagmoeder.	6. Kan schade in gezondheid opleveren aan draagmoeder bij niet goede selectie. Bij voorbijgaan aan psychologische criteria kunnen de wensouders schade oplopen doordat een draagmoeder het wenskind niet wil afstaan na de geboorte. 6. Volledige vrijheid in keuze werkt commercieel draagmoederschap in de hand.
7. Moeder van wensmoeder die draagmoeder voor haar kind wil zijn, zou dit moeten kunnen. Niemand weet zo goed als een moeder welke risico's zij voor haar kind over wil hebben.	7. Te veel druk van familie op de moeder om dit te doen geen vrije keuze 7. Op dit moment het leeftijdscriterium van de NVOG
8. Volledige vrijheid in keuze van een wensmoeder om een kind te krijgen los van ingangscriteria bijvoorbeeld vrouwen die na enkele IVF pogingen zelf niet zwanger zijn geworden	8. Opkomst van excessen: 8. Sterke vergroting van de vraag naar draagouders met de daarbij behorende medische en psychologische risico's ten behoeve van wensouders die zelf nog zwanger zouden kunnen worden 8. Gebrek aan middelen (geld, mankracht) om dit te realiseren.

9. Zonder uitzondering blij zijn met de geboden kans, of het nu wel of niet gelukt is om een kind te krijgen omdat je een nieuwe kans krijgt in het leven	9. Een enorme verantwoordelijkheid naar de draagouders toe: gaat alles wel goed?
10. Tevreden zijn met het contract dat tussen de wens- en draagouders is ingevuld. Hierdoor werd de kans op verrassingen beperkt	10. Er moet een zeer goede band zijn tussen de wensouders onderling en tussen de wens- en draagouders
11. Eind goed, al goed. Na verloop van tijd verwateren de problemen en de zwaarte daarvan en geniet men alleen maar van het kind. Of van het familielid of vriendin die een kind heeft gekregen. Interviews na een jaar zijn positief.	11. Veel zwaarder dan verwacht of van te voren ingeschat 11. Zouden anderen in vergelijkbare situaties erop wijzen dat het traject erg zwaar is
12. Idee iets terug te kunnen doen voor zusje of vriendin die zware tijd heeft gehad (kanker, geboren zonder baarmoeder etc.)	12. Bij faciliteren van draagmoederschap zal de druk van familieleden en wensouders op de draagmoeder om zich beschikbaar te moeten stellen voor deze procedure toenemen (“aanbodplicht”)
13. Kunnen bewerkstelligen dat je zusje of vriendin niet kinderloos zal blijven	13. Niet vervullen van het verwachtingspatroon: 50% uit ons onderzoek blijft kinderloos door niet lukken van IVF procedures. 13. Schuldgevoel als het niet lukt om zwanger te worden 13. Schuldgevoel als draagmoeder wil stoppen na 1 of 2 IVF pogingen omdat het te zwaar blijkt, of omdat er inmiddels een spontane abortus of extra-uteriene graviditeit heeft plaatsgevonden 13 Optreden van meerlingzwangerschap 13. Psychische problemen na bevalling
14. Iets daadwerkelijks kunnen doen aan het feit dat je als draagouders vindt dat een kind in dat gezin enorm op zijn plaats zou zijn	14. Enorm verantwoordelijkheidsgevoel naar wensouders toe
15. Blij zijn dat je iets hebt kunnen betekenen voor de ander, of het nu wel of niet gelukt is	15. Teleurgesteld zijn als de procedure niet lukt.
16. Mensen beschermen tegen zichzelf als ze geen inzicht in de te verwachten risico’s hebben op medisch of psychologisch gebied	16. Betutteling, voorbijgaan aan de autonomie van de wens- en draagouders.
17. Door goede medische en psychologische intake ervoor zorgen dat de wens- en draagouders zo weinig mogelijk risico lopen op (psycho)pathologie.	17. Indien de draagmoeder zich op grond van feiten uit de intake terugtrekt, kan dit forse (familie)problemen ten gevolge hebben
18. Mensen beschermen tegen zichzelf als ze geen inzicht in de te verwachten risico’s hebben op medisch of psychologisch gebied	18. Betutteling, beperken van autonomie
19. Afstand doen van het kind na de geboorte heeft bij geen van onze draagouders een probleem opgeleverd	

20. Met geloof wordt geschipperd, mensen vinden daarin hun weg.	20. Sommige geloofsovertuigingen staan niet achter draagmoederschap.
21. Beperken van risico's op meerlingzwangerschap door niet meer dan twee embryo's te plaatsen en tegelijkertijd de mogelijkheid bieden op een reële zwangerschapskans.	21. Optreden van meerlingzwangerschappen met alle obstetrische en psychologische risico's van dien bij terugplaatsing van twee embryo's. 21. Psychologische schade door eventuele embryoreductie
22. Goede procesbewaking van indicaties tot draagmoederschap, waardoor draagmoeder zich gesteund voelt om eventueel nee te kunnen zeggen ondanks druk van familie of wensmoeder.	
23. Voorkomen van obscure praktijken in medisch, juridisch en commercieel opzicht, omdat er nu iets niet gereguleerd is wat technisch allang mogelijk is en waarvoor geen goed vervolgtraject is vastgelegd.	
24. Opheffen/preventie discriminatie. Toelaten van buitenlanders als wens- of draagmoeders op basis van antidiscriminatiewet.	24. Het probleem niet meer te kunnen selecteren bij taalbarrière, cultuurverschillen etc. Draagmoederschap vraagt om een perfect teamwerk en dat is onmogelijk te doen met iemand die je niet verstaat of begrijpt. Het niet kunnen inschatten van vrije keuze van draagouders door ontbreken direct contact tussen behandelaar en betrokkene, ondanks aanwezigheid van tolk
25 Toelaten van Nederlanders die in het buitenland wonen op basis van antidiscriminatiewet	25. Discrepantie tussen regelgeving Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie met betrekking tot adoptieprocedure. Meestal niet kunnen uitvoeren van de adoptiewetgeving, omdat er geen overeenkomst is met dat betreffende land. Alleen haalbaar indien voor aanvang procedure door juristen overzien kan worden wat de implicaties zijn m.b.t. adoptie en erfrecht
26 Als we ons bij gewone zwangerschappen niet afvragen of paren een kind mogen krijgen, dan mag dat bij fertiliteitbevorderende ingrepen ook niet gebeuren.	26. De complexe materie en de risico's voor alle betrokkenen, die veel groter zijn dan bij een gewone zwangerschap
27. Instrument tot het maken van wettelijke regelingen, duidelijkheid, eerlijkheid en tot protocollering	27. Bij ontbreken van regelgeving ontstaat willekeur
28. Iedereen moet in aanmerking kunnen komen voor hoogtechnologisch draagmoederschap	28. Faciliteren commercieel draagmoederschap

Implicaties voor draagouders: standpunt na gegevensverwerking onderzoek

In ons onderzoek heeft het afstaan van het kind geen enkele keer tot problemen geleid, sterker nog, geen van de draagouders heeft hieraan gedacht tijdens de zwangerschap of bevalling. In alle gevallen zijn ze ervan overtuigd geweest het kind voor hun (schoon)zusje of vriendin te dragen en allen verklaren dat dit stuk van de procedure hen niet zwaar gevallen is. Bij velen was er zelfs een gevoel van opluchting dit voor de wensouders te kunnen doen en het tot een goed einde te hebben gebracht. Een aantal verklaarde spontaan zelfs blij te zijn het kind niet zelf te moeten houden, omdat ze dat ook niet zouden willen.

Indien de procedure niet resulteert in de geboorte van een kind, blijken de draagmoeders daarmee vaak meer problemen te hebben dan de wensmoeders. De wensouders vinden dat ze tenminste alles hebben geprobeerd wat mogelijk was en zijn soms blij dat de procedure met alle spanning en jarenlang wachten eindelijk voorbij is. De draagouders, en met name de draagmoeders hebben vaak een groter rouwproces vanwege het gevoel gefaald te hebben. Ze hebben niet kunnen geven, terwijl ze wel bereid waren een groot offer te brengen.

Het beste aanbod lijkt het vrije aanbod van draagouders aan de wensouders te zijn. Er wordt dus niet gevraagd, maar aangeboden.
De autonomie van de draagmoeder dient streng te worden bewaakt. De druk van de ziektegeschiedenis van het zusje of vriendin kan zo groot zijn, dat de draagmoeder zich uit te ver doorgevoerd medeleven ter beschikking stelt, omdat ze eigenlijk vindt dat ze geen nee kan zeggen. Ook de druk van familieleden kan zeer groot zijn: er kan een idee in de familie worden geopperd, zonder dat de draagmoeder zelf daarvoor klaar is. Sommige dominante wensouders blijken (schoon)zusjes onder druk te kunnen zetten in hun niets ontziende wens tot progenituur. Draagmoeders moeten tegen zichzelf beschermd worden indien ze een belaste algemene of obstetrische anamnese hebben. Het onderzoeksteam moet dan de verantwoordelijkheid nemen om een draagmoederschapprocedure te weigeren.

Een vrouw diende een verzoek tot draagmoederschap in via een goede vriendin, omdat zij bij haar eigen zwangerschap ernstige bekkeninstabiliteit had verkregen. Het leek ons niet ethisch de draagmoeder aan een risico bloot te stellen, dat de wensmoeder zelf niet meer wilde lopen, zodat dit verzoek werd afgewezen. Hetzelfde geldt voor een theoretische aanmelding van een fotomodel of mannequin, die wel zwanger mag, maar niet wil worden.

Indien de draagmoeder tevoren probleemloze zwangerschappen en bevallingen had, is de kans klein dat er problemen optreden tijdens de zwangerschap en de geboorte van het wenskind. In ons onderzoek zijn er geen complicaties geweest. Uiteraard is dat geen garantie voor de toekomst en is een goede regeling in de vorm van verzekeringen en financiële afspraken geïndiceerd en af te spreken via de contracten die in hoofdstuk 14 en 15 vermeld staan.

Geen van allen vond valse aangifte de voorkeur verdienen, maar men voelde zich ertoe gedwongen door de Nederlandse structuur

Implicaties voor draagouders, uitspraak uit interview:

"*Ik vind denken over een abortus in emotioneel en ethisch opzicht vele malen moeilijker dan denken over draagmoederschap"*

Een wensmoeder: "*ik ga op zoek naar een buik*" en "*ons kind mag een poosje in haar kamertje wonen…."*

Draagmoeders:
"*Ik ben nu een mobiele couveuse. Goed eten, er goed voor zorgen, maar het is niet van mij."*
"*Ze moeten mij even lenen…., ze hebben mij even nodig*."
"*Ik wilde een baarmoederverwijdering in verband met hevige menstruaties, tenzij mijn zusje nog "een hotelletje" zocht*."
"als je het heel zwart/wit ziet ben je een instrument, meer niet… als draagmoeder."

Implicaties voor reeds aanwezige kinderen van wensouders, indien aanwezig en de draagouders, beschouwing

De twaalf bevallen of zwangere draagmoeders hadden 25 eigen kinderen (resp. 18 – 16 – 14 – 12 – 11 – 11 - 10 - 10 – 9 – 9 - 9 – 8 – 8 – 7 – 7 – 6 – 6 - 6 – 5 – 5 - 4 – 4 – 3- 2 – 2 jaar oud) op het moment dat zij de wenskinderen kregen.

Reeds aanwezige kinderen: Voor	**Reeds aanwezige kinderen: Tegen**
1. Draagmoederschap behelst een complexe situatie waarin medische, psychologische, ethische en juridische aspecten betrokken zijn, gepaard gaande met een flinke dosis emoties van de betrokkenen. Door het zoveel mogelijk in maat en getal vast te leggen kom je tot objectievere maatstaven.	1. Draagmoederschap behelst een complexe situatie waarin medische, psychologische, ethische en juridische aspecten betrokken zijn, gepaard gaande met een flinke dosis emoties van de betrokkenen. Niet alles is in maat en getal vast te leggen. Doorrationaliseren tot je de oplossing hebt biedt ironisch genoeg niet in alle gevallen de oplossing bij hoogtechnologisch draagmoederschap!
2. Als patiënt de verantwoordelijkheid mogen nemen van de gevolgen van een behandeling, ook als die verslechtering van lichamelijke of psychische constitutie met zich meebrengt in de toekomst	2. Het leven van het toekomstig kind kan worden aangetast indien de moeder ernstig ziek wordt of overlijdt ten gevolge van het draagmoederschap. Dit geldt ook voor alle overige betrokkenen rondom de wensmoeder.
3. Volledige vrijheid in keuze van draagmoeder.	3. Kan schade in gezondheid opleveren aan draagmoeder bij niet goede selectie. Bij voorbijgaan aan psychologische criteria kunnen de wensouders schade oplopen doordat een draagmoeder het wenskind niet wil afstaan na de geboorte. 3. Volledige vrijheid in keuze werkt commercieel draagmoederschap in de hand.
4. Door goede medische en psychologische intake ervoor zorgen dat de wens- en draagouders zo weinig mogelijk risico lopen op (psycho)pathologie.	4. Indien de draagmoeder zich op grond van feiten uit de intake terugtrekt, kan dit forse (familie)problemen ten gevolge hebben.
5. Aanleren van sociaal wenselijk gedrag aan de reeds aanwezige kinderen van de wens- en draagouders: leren dat het belangrijk is iets voor een ander over te hebben	5. Jaloezie van de reeds aanwezige kinderen van de draagmoeder 5. Reeds aanwezige kinderen van de draagmoeder die zich schamen voor zwangerschap van hun moeder 5. Tekort komen van aandacht bij de reeds aanwezige kinderen van de draagmoeder 5. Juridische scheefgroei tussen gedoogbeleid Ministerie van VWS en Justitie: bij overlijden van wensouders in eerste jaar komen de kinderen aan de draagouders toe en zullen zij erfrechtelijk meedelen met de reeds aanwezige kinderen van de draagouders.

Implicaties voor reeds aanwezige kinderen van wens- en draagouders; standpunt na gegevensverwerking

De reeds aanwezige kinderen van de draagouders hebben goed gereageerd op de zwangerschap. De grootste problemen zaten aanvankelijk in de pubergroep (10-12 jaar), waarbij de voornaamste reden was dat kinderen het gênant vonden dat hun moeder opnieuw zwanger werd. Op de geboorte werd zonder uitzondering positief gereageerd, evenals op het afstaan.
Belangrijk is wel dat de kinderen volledig ingelicht worden zodra de IVF procedure succesvol blijkt te zijn, zodat ze op een rustige en natuurlijke wijze mee kunnen groeien in het proces. De ouderen reageerden positief en voor de jongere kinderen was een uitleg dat er een kindje groeide in de buik van mamma voor tante voldoende om dit als natuurlijk te accepteren. Als gezegd wordt dat de buik van tante "x", die zij natuurlijk goed kennen, ziek is en dat haar kindje bij mamma groeit, blijken kinderen daar de volledige logica van in te zien. Bij een na-onderzoek naar de geboren kinderen over enige jaren, zal eveneens aandacht moeten worden besteed aan de kinderen van de draagouders. Bij onze na interviews 2 maanden tot 2 jaar na de geboorte van het wenskind blijken de aanwezige kinderen geen problemen te hebben.

Implicaties voor reeds aanwezige kinderen van wens- en draagouders; uitspraak in interviews: *"wij hebben ons 8-jarig dochtertje een spreekbeurt over draagmoederschap op school laten geven in onze aanwezigheid, zodat de onderwijzeres en kinderen op de hoogte waren. Dit bleek een goede oplossing te zijn in het voorlichtingstraject."*

Implicaties voor toekomstig kind, beschouwing

In juridische zin is een embryo geen rechtspersoon en heeft derhalve zelf geen recht van spreken.

Implicaties voor toekomstig kind Voor	Implicaties voor toekomstig kind Tegen
1. Als patiënt de verantwoordelijkheid mogen nemen van de gevolgen van een behandeling, ook als die verslechtering van lichamelijke of psychische constitutie met zich meebrengt in de toekomst.	1. Het leven van het toekomstig kind kan worden aangetast indien de moeder ernstig ziek wordt of overlijdt ten gevolge van het draagmoederschap. Dit geldt ook voor alle overige betrokkenen rondom de wensmoeder.
2. Volledige vrijheid in keuze van de draagmoeder	2 Kan schade in gezondheid opleveren aan draagmoeder bij niet goede selectie. Bij voorbijgaan aan psychologische criteria kunnen de wensouders schade oplopen doordat een draagmoeder het wenskind niet wil afstaan na de geboorte. 2. Volledige vrijheid in keuze werkt commercieel draagmoederschap in de hand.
3. Door goede medische en psychologische intake ervoor zorgen dat de wens- en draagouders zo weinig mogelijk risico lopen op (psycho)pathologie.	3. Indien de draagmoeder zich op grond van feiten uit de intake terugtrekt, kan dit forse (familie)problemen ten gevolge hebben
4. preconceptionele adviezen zijn bij vrouwen met risicozwangerschappen of levensbedreigende ziekten voorhanden en hebben consequenties.	4. Betutteling, want men bemoeit zich ook niet met vrouwen die zelf een eigen kind baren en zich niet melden voor preconceptioneel advies 4. Mogelijk toch kiezen een zwangerschap te creëren waarvan beroepsmatig voorzien kan worden dat er gezondheidsschade op medisch of psychologisch gebied in de toekomst te verwachten is. In Nederland wordt een punt gemaakt van kinderen die mogelijk een ouder verliezen als die

	ouder een moeder is, maar nauwelijks als die ouder de vader is. Sperma wordt bewaard en geïnsemineerd als de moeder dat wil, met name als de vader kanker heeft gepaard met een slechte prognose. Er zijn zelfs gevallen bekend van inseminaties als de vader reeds overleden is en de moeder het kind alleen zal moeten grootbrengen. Of je het daar wel of niet mee eens bent, het gebeurt wel.
5. Terecht komen in een gezin waarin je zeer welkom bent	5. Te gewenste kinderen: hoog verwachtingspatroon van ouders en mogelijk zelfs van de tante en oom die draagouders waren.
6. Ouders die in ieder geval al hebben bewezen veel voor je over te hebben	6. Door de te volgen procedure is het vrijwel zeker dat het kind enig kind zal blijven
7. Weten wie je ouders zijn, zowel in genetisch, biologisch als juridisch opzicht omdat zowel wens- als draagouders bekend zijn. Vermijden van identiteitscrisis zoals die vaak voorkomt bij adoptie of KID kinderen in de puberteit.	7. Nog niet bekend of draagmoederschapkinderen gestigmatiseerd zullen worden in de toekomst 7. Tot adoptie een feit is heeft het kind niet de achternaam van de genetische ouders. Met name als het naar school of crèche gaat, levert dit onnodige stigmatisering op. 7. Bij overlijden van de wensouders in het eerste jaar is het kind automatisch het kind van de draagouders. Dit kan een niet gewenste situatie opleveren, doordat wensouders eigenlijk een ander voogdijpaar hadden willen hebben. Ook in erfrechtelijk opzicht loopt het kind risico: het zal niet van zijn eigen genetische ouders kunnen erven, maar dit zal via testamenten en betaling van successierechten moeten worden geregeld. 7. Bij niet goed uitgevoerde zorgvuldigheids-procedure kan het zijn dat het kind niet geadopteerd kan worden door de wensouders, bijvoorbeeld bij het hebben van een strafblad dat dergelijke zwaarwegend belastende feiten bevat dat adoptie nooit tot de mogelijkheden zal behoren. Er is dan een kind geboren, dat nooit door zijn genetische ouders zal kunnen worden geadopteerd. 7. Hetzelfde is het geval indien de wensouders niet getrouwd zijn en bij adoptie nog geen drie jaar samenwonen. Tot die tijd kan het kind niet geadopteerd worden.
8. Een oom en tante in de buurt hebben die extra oog voor je zal hebben en waar je met problemen ook naar toe kunt gaan.	
9. Juist niet het gevoel hebben dat je er alleen voor staat in de wereld, integendeel	
10. Voorkomen van obscure praktijken in medisch, juridisch en commercieel opzicht, omdat er nu iets niet gereguleerd is wat technisch allang mogelijk is en waarvoor geen goed vervolgtraject is vastgelegd.	

Implicaties voor toekomstig kind, standpunt na gegevensverwerking

Het is belangrijk uit oogpunt van het toekomstig kind, dat een kind dat zo gewenst en gepland is, vrijwel direct na de geboorte geadopteerd kan worden om naamsverwarring en erfrechtproblemen te vermijden. Hiertoe zou de procedure al in gang moeten worden gezet tijdens de zwangerschap, zodat het kind aangegeven kan worden als een wettelijk eigen kind. Mater semper certa est wordt daarmee in dit specifieke geval verlaten. In Engeland kan de rechter bepalen dat het kind bij de geboorte als wettig kind kan worden behandeld van een echtpaar indien genetisch verwant hiermee.

Bij halftechnologisch draagmoederschap zal dit anders liggen, omdat de draagouders voor 50% (bij eiceldonatie) of 100% (bij afstaan aan een familielid van een eigen kind) de genetische ouders zijn. Bedenktijd in overdracht lijkt hier reëler, hoewel ook die periode bekort zou kunnen worden naar bijvoorbeeld enkele maanden. Op die manier doe je recht aan de draagmoeder, die de eerste weken een hormonale disbalans zal hebben na de geboorte en aan het wenskind, dat bovengenoemde risico's loopt. Als de draagouders persisteren in hun wens tot afgifte van het kind, kan de adoptieprocedure worden voltooid.

Uit ons onderzoek zijn nog geen gegevens bekend, waaruit implicaties voor het toekomstige kind zijn af te lezen, omdat de oudste pas twee jaar is. Wel wil de onderzoeksgroep graag een vervolgonderzoek doen na enkele jaren. Wat er nu verwacht wordt is geëxtrapoleerd uit de groep van IVF kinderen, waar grotendeels dezelfde problematiek aanwezig is.
De spaarzame casuïstische artikelen in de lekenpers over draagouderkinderen (vaak halftechnologisch) uit het verleden in Nederland bieden geen reden tot zorg op dit gebied.

Implicaties voor de beroepsgroep, beschouwing

De belangrijkste objectieve implicaties voor de beroepsgroep zijn aan bod gekomen bij de kopjes Rechtsgelijkheid, Primum non nocere en Vrijheid.
Er zijn echter ook subjectieve implicaties, die voor iedere behandelaar anders kunnen liggen. Wie voelt zich echt capabel om zelfstandig te beslissen wie er nu wel of niet een kind mag hebben (bijvoorbeeld bij de indicatie levensbedreigend ziek), wie kan altijd de druk van buitenaf van niet goed ingelichte, maar wel mondige patiënten weerstaan zonder brokken? Wie zit er te wachten op extra problemen in deze woelige tijden waarbij dokters in toenemende mate worden aangeklaagd en er een toename van rechtszaken is? Wie waagt zich dan aan een zo precair onderwerp als draagmoederschap? Welke dokter zit te wachten op een patiënte die een ernstig CVA heeft gehad, tegen advies door blijft roken, daarmede geen eigen verantwoordelijkheid op zich nemend, daarmee haar prognose ernstig in gevaar brengt en toch een kind op de wereld wil (laten) zetten? Wie heeft er tijd om dit allemaal tot een goed einde te brengen in de toenemende uitholling van de gezondheidszorg? Dit is de reden waarom de ethische commissies tot nu toe geen fiat hebben gegeven in hun ziekenhuizen. De rechtsgelijkheid impliceert echter dat draagmoederschap op goede gronden niet geweigerd mag worden. Het ministerie heeft een gedoogbeleid ingesteld.

Beroepsgroep Voor:	**Beroepsgroep Tegen:**
1. Levert een flexibele denkwijze op met verschillende invalshoeken	1. Risico van te veel invalshoeken, waardoor geen beslissing wordt genomen tot oplossing van een probleem.
2. Doet recht aan de huidige tijdsgeest, aan de huidige normen en waarden en sociale acceptatie	2. Kan leiden tot een totaal tegengestelde mening op een ander tijdsmoment, terwijl er aan het probleem zelf niets verandert.
3. Het voorkomt ongefundeerde meningsvorming op basis van casuïstiek (bijvoorbeeld in medische bladen en in de media).	3. Indien evidence based het enige uitgangspunt is, zou men voorbij gaan aan het deontologische principe dat bij draagmoederschap zo belangrijk is.
4. Draagmoederschap behelst een complexe situatie waarin medische, psychologische, ethische en juridische aspecten betrokken zijn, gepaard gaande met een flinke dosis emoties van de betrokkenen. Door het zoveel mogelijk in maat en getal vast te leggen kom je tot objectievere maatstaven.	4. Draagmoederschap behelst een complexe situatie waarin medische, psychologische, ethische en juridische aspecten betrokken zijn, gepaard gaande met een flinke dosis emoties van de betrokkenen. Niet alles is in maat en getal vast te leggen. Doorrationaliseren tot je de oplossing hebt biedt ironisch genoeg niet in alle gevallen de oplossing bij hoogtechnologisch draagmoederschap!
5. Totale vrijheid van keuze voor wens- en draagouders	5. Gezien de complexiteit van draagmoederschap kan autonomie leiden tot oncontroleerbare processen als voorbij gegaan wordt aan de medisch, ethische, psychologisch en juridisch aspecten.
6. Totale vrijheid van keuze van draagmoeders door de wensouders	6. Kan de autonomie van de draagouders aantasten, indien het besluit niet op geheel vrije wil wordt genomen door sterke druk van de wensouders
7. Er is geen monopoliepositie vanuit de beroepsgroep	7. De wens- en draagouders kunnen de gevolgen van draagmoederschap onvoldoende overzien gezien de complexiteit van het proces.
8. Tevreden zijn met het contract dat tussen de wens- en draagouders is ingevuld. Hierdoor werd de kans op verrassingen beperkt	8. Er moet een zeer goede band zijn tussen de wensouders onderling en tussen de wens- en draagouders om dit te bereiken.

9. Beperken van risico's op meerlingzwangerschap door niet meer dan twee embryo's te plaatsen en tegelijkertijd de mogelijkheid te bieden op een reële zwangerschapskans.	9. Optreden van meerlingzwangerschappen met alle obstetrische en psychologische risico's van dien bij terugplaatsing van twee embryo's 9. Embryoreductie
10. Voorkomen van obscure praktijken in medisch, juridisch en commercieel opzicht, omdat er nu iets gereguleerd is wat technisch allang mogelijk is en waarvoor hiervoor geen goed vervolgtraject was vastgelegd.	
11. Opheffen/preventie discriminatie. Toelaten van buitenlanders als wens- of draagmoeders op basis van antidiscriminatiewet.	11. Het probleem niet meer te kunnen selecteren bij taalbarrière, cultuurverschillen etc. Draagmoederschap vraagt om een perfect teamwerk en dat is onmogelijk te doen met iemand die je niet verstaat of begrijpt. Het niet kunnen inschatten van vrije keuze van draagouders door ontbreken direct contact tussen behandelaar en betrokkene, ondanks aanwezigheid van tolk
12. Toelaten van Nederlanders die in het buitenland wonen op basis van antidiscriminatiewet	12. Discrepantie tussen regelgeving Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie met betrekking tot adoptieprocedure. Meestal niet kunnen uitvoeren van de adoptiewetgeving, omdat er geen overeenkomst is met dat betreffende land. Alleen haalbaar indien voor aanvang procedure door juristen overzien kan worden wat de implicaties zijn m.b.t. adoptie en erfrecht
13. Gelijkstelling met andere, reeds uitgevoerde, kunstmatige technieken zoals in de beschouwing beschreven	13. Het idee kan ontstaan dat mensen "recht op het krijgen van een kind" hebben 13. "Hek van de dam": begin wildgroei van allerlei vormen van kunstmatige voortplanting bij ontbreken of achterlopen van goede regulering
14. Als we ons bij gewone zwangerschappen niet afvragen of paren een kind mogen krijgen, dan mag dat bij fertiliteitbevorderende ingrepen ook niet gebeuren.	14. De complexe materie en de risico's voor alle betrokkenen, die veel groter zijn dan bij een gewone zwangerschap
15. Door goede medische en psychologische intake ervoor zorgen dat de wens- en draagouders zo weinig mogelijk risico lopen op (psycho)pathologie	15. Indien de draagmoeder zich op grond van feiten uit de intake terugtrekt, kan dit forse (familie) problemen ten gevolge hebben
16. Instrument tot het maken van wettelijke regelingen, duidelijkheid, eerlijkheid en tot protocollering	16. Bij ontbreken van regelgeving ontstaat willekeur
17. Iedereen moet in aanmerking kunnen komen voor hoogtechnologisch draagmoederschap	17. Faciliteren commercieel draagmoederschap

18. Expertise vergroten op medisch ethisch gebied zoals er als gynaecoloog vrijwel dagelijks vraagstukken zijn over leven, dood en medisch-ethisch handelen. Draagmoederschap voegt daar beslist een nieuwe dimensie aan toe (nieuwe wegen, nieuwe uitdagingen)	18. Negatieve effecten van nieuwe dimensie als draagmoederschap: toename van druk patiënten, vergroten ethische dilemma's, verliezen van autonomie als behandelaar om procedure wel of niet uit te moeten/willen voeren, kortom verlies van autonomie van de behandelaar 18. Zich staande moeten houden zonder zich continue te moeten verantwoorden tegen "mondige" patiënten bij veranderende maatschappelijke opvattingen als wens tot commercieel draagmoederschap zoals dat soms in het buitenland het geval is 18. Toename van rechtszaken, zich vogelvrij voelen 18. Door uitholling van gezondheidszorg, geen adequate financiering
19. Zich sterk willen maken voor een relatief kleine groep vrouwen die individueel nooit de weg zullen kunnen vinden, die voor grote groepen wensouders, bijvoorbeeld via IVF wel toegang is.	19. Toename van werkdruk door wachtlijsten, waardoor extra tijd die voor deze vorm van voortplanting gevonden moet worden, zonder structurele oplossing in het gedrang komt

Beroepsgroep: standpunt na gegevensverwerking onderzoek

Een intakecentrum als start voor regulering via psychologen en juristen is de oplossing. Bij moeilijke casuïstiek ligt de oplossing niet in een beargumenteerde doorverwijzing door een derdelijnskliniek, hoewel deze verwijzing zeker niet mag ontbreken. Een dergelijke handelwijze zal alleen maar een verschuiving van het probleem naar een ander niveau betekenen. Voor milde klachten is het instellen van een klachtenbureau en/of second opinionbureau voldoende. Bij zwaardere problematiek zal een klankbordgroep, met name bestaande uit ethici die de weg kunnen wijzen aan medici en psychologen de oplossing kunnen bieden. Dit heeft geen belangrijke kostenverzwaring ten gevolg aangezien we slechts over een aantal van deze situaties per jaar praten. Het laatste woord heeft echter de behandelaar, omdat bij overwegende ethische bezwaren er niet geëist kan worden dat de behandeling ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd, hoewel hij met zwaarwegende argumenten zal moeten komen indien de klankbordgroep een positief advies geeft. Een uitwijk naar Engeland of de USA is dan het enige wat de potentiële wensmoeder nog rest.

Implicaties voor de maatschappij, beschouwing

Een kenmerk van een levendige maatschappij is beweging. Veranderende normen en waarden en een kritisch bediscussiëren van ethische vraagstukken horen daarbij[57,134,139]. De weg verruimen voor fertiliteitbevorderende behandelingen is hier een uitvloeisel van. Dit heeft zeker financiële, maatschappelijke en juridische consequenties.

Tot 1997 was draagmoederschap in al zijn vormen verboden. Sinds het vanaf dat moment onder gelimiteerde voorwaarden is toegestaan, loopt de wetgeving achter bij de medische mogelijkheden. Dit werkte het doen van valsheid in geschrifte door het doen van valse aangiftes in de hand. De wet werd gepasseerd, de regelgeving sloot niet aan op de techniek.

Maatschappij Voor:	Maatschappij Tegen:
1. Levert een flexibele denkwijze op met verschillende invalshoeken	1. Risico van te veel invalshoeken, waardoor geen beslissing wordt genomen tot oplossing van een probleem.
2. Doet recht aan de huidige tijdsgeest, aan de huidige normen en waarden en sociale acceptatie	2. Kan leiden tot een totaal tegengestelde mening op een ander tijdsmoment, terwijl er aan het probleem zelf niets verandert.
3. Het voorkomt ongefundeerde meningsvorming op basis van casuïstiek (bijvoorbeeld in medische bladen en in de media).	3. Indien evidence based het enige uitgangspunt is, zou men voorbij gaan aan het deontologische principe dat bij draagmoederschap zo belangrijk is.
4. Draagmoederschap behelst een complexe situatie waarin medische, psychologische, ethische en juridische aspecten betrokken zijn, gepaard gaande met een flinke dosis emoties van de betrokkenen. Door het zoveel mogelijk in maat en getal vast te leggen kom je tot objectievere maatstaven.	4. Draagmoederschap behelst een complexe situatie waarin medische, psychologische, ethische en juridische aspecten betrokken zijn, gepaard gaande met een flinke dosis emoties van de betrokkenen. Niet alles is in maat en getal vast te leggen. Doorrationaliseren tot je de oplossing hebt biedt ironisch genoeg niet in alle gevallen de oplossing bij hoogtechnologisch draagmoederschap!
5. Bij het argument “geen bezwaar, dus toegestaan” zou het mogelijk moeten zijn bepaalde zaken of wensen snel te regelen	5. Het leidt sneller tot excessen en oncontroleerbare handelingen
6. Totale vrijheid van keuze voor wens- en draagouders	6. Gezien de complexiteit van draagmoederschap kan autonomie leiden tot oncontroleerbare processen als voorbij gegaan wordt aan de medisch, ethische, psychologisch en juridisch aspecten.
7. Totale vrijheid van keuze van draagmoeders door de wensouders	7. Kan de autonomie van de draagouders aantasten, indien het besluit niet op geheel vrije wil wordt genomen door sterke druk van de wensouders
8. Er is geen monopoliepositie vanuit de beroepsgroep	8. De wens- en draagouders kunnen de gevolgen van draagmoederschap onvoldoende overzien gezien de complexiteit van het proces.
9. Als patiënt de verantwoordelijkheid mogen nemen van de gevolgen van een behandeling, ook als die verslechtering van lichamelijke of psychische constitutie met zich meebrengt in de toekomst	9. Het leven van het toekomstig kind kan worden aangetast indien de moeder ernstig ziek wordt of overlijdt ten gevolge van het draagmoederschap. Dit geldt ook voor alle overige betrokkenen rondom de wensmoeder.

10. Volledige vrijheid in keuze van draagmoeder.	10. Kan schade in gezondheid opleveren aan draagmoeder bij niet goede selectie. Bij voorbijgaan aan psychologische criteria kunnen de wensouders schade oplopen doordat een draagmoeder het wenskind niet wil afstaan na de geboorte. 10. Volledige vrijheid in keuze werkt commercieel draagmoederschap in de hand.
11. Volledige vrijheid in keuze van een wensmoeder om een kind te krijgen los van ingangscriteria bijvoorbeeld vrouwen die na enkele IVF pogingen zelf niet zwanger zijn geworden	11. Opkomst van excessen: mannequin die geen eigen kind wil dragen 11. Sterke vergroting van de vraag naar draagouders met de daarbij behorende medische en psychologische risico's ten behoeve van wensouders die zelf nog zwanger zouden kunnen worden 11. Gebrek aan middelen (geld, mankracht) om dit te realiseren.
12. Tevreden zijn met het contract dat tussen de wens- en draagouders is ingevuld. Hierdoor werd de kans op verrassingen beperkt	12. Er moet een zeer goede band zijn tussen de wensouders onderling en tussen de wens- en draagouders om dit te bereiken.
13. Door goede medische en psychologische intake ervoor zorgen dat de wens- en draagouders zo weinig mogelijk risico lopen op (psycho)pathologie	13. Indien de draagmoeder zich op grond van feiten uit de intake terugtrekt, kan dit forse (familie) problemen ten gevolge hebben
14. preconceptionele adviezen zijn bij vrouwen met risicozwangerschappen of levensbedreigende ziekten voorhanden en hebben consequenties.	14. Betutteling, want men bemoeit zich ook niet met vrouwen die zelf een eigen kind baren en zich niet melden voor preconceptioneel advies 14. Mogelijk toch kiezen een zwangerschap te creëren waarvan beroepsmatig voorzien kan worden dat er gezondheidsschade op medisch of psychologisch gebied in de toekomst te verwachten is. In Nederland wordt een punt gemaakt van kinderen die mogelijk een ouder verliezen als die ouder een moeder is, maar nauwelijks als die ouder de vader is. Sperma wordt bewaard en geïnsemineerd als de moeder dat wil, met name als de vader kanker heeft gepaard met een slechte prognose. Er zijn zelfs gevallen bekend van inseminaties als de vader reeds overleden is en de moeder het kind alleen zal moeten grootbrengen. Of je het daar wel of niet mee eens bent, het gebeurt wel.
15. Met geloof wordt geschipperd, mensen vinden daarin hun weg	15. Sommige geloofsovertuigingen staan niet achter draagmoederschap
16. Beperken van risico's op meerlingzwangerschap door niet meer dan twee embryo's te plaatsen en tegelijkertijd de mogelijkheid te bieden op een reële zwangerschapskans.	16. Optreden van meerlingzwangerschappen met alle obstetrische en psychologische risico's van dien bij terugplaatsing van twee embryo's 16. Embryoreductie
17. Weten wie je ouders zijn, zowel in genetisch, biologisch als juridisch opzicht omdat zowel wens- als draagouders bekend zijn. Vermijden van identiteitscrisis zoals die vaak voorkomt bij adoptie of KID kinderen in de puberteit.	17. Nog niet bekend of draagmoederschapkinderen gestigmatiseerd zullen worden in de toekomst 17. Tot adoptie een feit is heeft het wenskind niet de achternaam van de genetische ouders. Met name als het naar school of crèche gaat, levert dit onnodige stigmatisering op.

	17. Bij overlijden van de wensouders in het eerste jaar is het kind automatisch het kind van de draagouders. Dit kan een niet gewenste situatie opleveren, doordat wensouders eigenlijk een ander voogdijpaar hadden willen hebben. Ook in erfrechtelijk opzicht loopt het kind risico: het zal niet van zijn eigen genetische ouders kunnen erven, maar dit zal via testamenten en betaling van successierechten moeten worden geregeld. 17. Bij niet goed uitgevoerde zorgvuldigheidsprocedure kan het zijn dat het kind niet geadopteerd kan worden door de wensouders, bijvoorbeeld bij het hebben van een strafblad dat dergelijke zwaarwegend belastende feiten bevat dat adoptie nooit tot de mogelijkheden zal behoren. Er is dan een kind geboren, dat nooit door zijn genetische ouders zal kunnen worden geadopteerd. 17. Hetzelfde is het geval indien de wensouders niet getrouwd zijn en bij adoptie nog geen drie jaar samenwonen. Tot die tijd kan het kind niet geadopteerd worden.
18. Opheffen/preventie discriminatie. Toelaten van buitenlanders als wens- of draagmoeders op basis van anti-discriminatiewet.	18. Het probleem niet meer te kunnen selecteren bij taalbarrière, cultuurverschillen etc. Draagmoederschap vraagt om een perfect teamwerk en dat is onmogelijk te doen met iemand die je niet verstaat of begrijpt. Het niet kunnen inschatten van vrije keuze van draagouders door ontbreken direct contact tussen behandelaar en betrokkene, ondanks aanwezigheid van tolk
19. Toelaten van Nederlanders die in het buitenland wonen op basis van antidiscriminatiewet	19. Discrepantie tussen regelgeving Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie met betrekking tot adoptieprocedure. Meestal niet kunnen uitvoeren van de adoptiewetgeving, omdat er geen overeenkomst is met dat betreffende land. Alleen haalbaar indien voor aanvang procedure door juristen overzien kan worden wat de implicaties zijn m.b.t. adoptie en erfrecht
20.Gelijkstelling met andere, reeds uitgevoerde, kunstmatige technieken zoals in de beschouwing beschreven	20. Het idee kan ontstaan dat mensen “recht op het krijgen van een kind” hebben 20. “Hek van de dam”: begin wildgroei van allerlei vormen van kunstmatige voortplanting bij ontbreken of achterlopen van goede regulering
21. Als we ons bij gewone zwangerschappen niet afvragen of paren een kind mogen krijgen, dan mag dat bij fertiliteitbevorderende ingrepen ook niet gebeuren.	21. De complexe materie en de risico’s voor alle betrokkenen, die veel groter zijn dan bij een gewone zwangerschap
22. Instrument tot het maken van wettelijke regelingen, duidelijkheid, eerlijkheid en tot protocollering	22. Bij ontbreken van regelgeving ontstaat willekeur

23. Iedereen moet kunnen adopteren	23. Bij adoptie zijn er omschreven regels waarom paren geen kind zouden mogen krijgen, ter bescherming van het kind dat al getraumatiseerd kan zijn door de reden waarom het kind ter adoptie is aangeboden. Dit argument geldt echter niet bij draagmoederschap.
24. Iedereen moet in aanmerking kunnen komen voor hoogtechnologisch draagmoederschap	24. Faciliteren commercieel draagmoederschap
25. Voorkomen van obscure praktijken in medisch, juridisch en commercieel opzicht, omdat er nu iets niet gereguleerd is wat technisch allang mogelijk is en waarvoor een goed vervolgtraject is vastgelegd.	
26.Expertise vergroten op medisch ethisch gebied zoals er als gynaecoloog vrijwel dagelijks vraagstukken zijn over leven, dood en medisch-ethisch handelen. Draagmoederschap voegt daar beslist een nieuwe dimensie aan toe (nieuwe wegen, nieuwe uitdagingen)	26. Negatieve effecten van nieuwe dimensie als draagmoederschap: toename van druk patiënten, vergroten ethische dilemma's, verliezen van autonomie als behandelaar om procedure wel of niet uit te moeten/willen voeren, kortom verlies van autonomie van de behandelaar 26. Zich als beroepsgroep staande moeten houden tegen "mondige" patiënten bij veranderende maatschappelijke opvattingen als wens tot commercieel draagmoederschap zoals dat soms in het buitenland het geval is 26. Toename van rechtszaken, zich vogelvrij voelen 26. Door uitholling van gezondheidszorg, geen adequate financiering 26.Toename van werkdruk door wachtlijsten, waardoor extra tijd die voor deze vorm van voortplanting gevonden moet worden, zonder structurele oplossing in het gedrang komt

11. Maatschappij: standpunt na gegevensverwerking onderzoek

Het protocolleren van hoogtechnologisch draagmoederschap heeft een versoepeling van de adoptieprocedure bewerkstelligd. Mits voldaan aan alle voorwaarden is deze procedure in de loop van het onderzoek van vier naar één jaar teruggebracht.

In ons onderzoek hebben we gesproken met vele wensouders. Een deel van de ouders dat niet in het onderzoek is geïncludeerd, heeft later op andere manieren toch hun kinderwens vervuld. Soms ging dit door halfgenetisch draagmoederschap via inseminatie van het semen van de wensvader bij de draagmoeder. In deze gevallen hebben de wensvaders later aangifte gedaan van de geboorte van hun kind, een procedure die niet moeilijk is in Nederland. Deze toevoeging zou niet moeten leiden tot het moeilijker maken van deze regeling, maar tot het versoepelen van de regeling voor draagmoederschap.

In het voorgaande zijn de ethische argumenten besproken van niveau 0, I (algemene principes) en II (ethische principes van medisch handelen) uit figuur 11.1, het **Ethisch Hiërarchisch Model voor draagmoederschap**

Het laatste niveau alvorens besloten wordt een draagmoederschapprocedure al dan niet uit te voeren, bestaat uit niveau III en IV: de best medical practice/de klinische blik van de geneeskunde en de eigen normen en waarden van de behandelaar.

Niveau IV: Eigen normen en waarden, beschouwing

De belangrijkste objectieve implicaties voor de beroepsgroep zijn aan bod gekomen bij de kopjes Rechtsgelijkheid, Primum non nocere en Vrijheid.
Er zijn echter ook subjectieve implicaties, die voor iedere behandelaar anders kunnen liggen. Wie voelt zich echt capabel om zelfstandig te beslissen wie er nu wel of niet een kind mag hebben (bijvoorbeeld bij de indicatie levensbedreigend ziek), wie kan altijd de druk van buitenaf van niet goed ingelichte, maar wel mondige patiënten weerstaan zonder brokken? Wie zit er te wachten op extra problemen in deze woelige tijden waarbij dokters in toenemende mate worden aangeklaagd en er een toename van rechtszaken is? Wie waagt zich dan aan een zo precair onderwerp als draagmoederschap? Welke dokter zit te wachten op een patiënte die een ernstig CVA heeft gehad, tegen advies door blijft roken, daarmede geen eigen verantwoordelijkheid op zich nemend, daarmee haar prognose ernstig in gevaar brengt en toch een kind op de wereld wil (laten) zetten? Wie heeft er tijd om dit allemaal tot een goed einde te brengen in de toenemende uitholling van de gezondheidszorg? Dit is een van de redenen waarom de ethische commissies tot nu toe geen fiat hebben gegeven in hun ziekenhuizen. De rechtsgelijkheid impliceert echter dat draagmoederschap op goede gronden niet geweigerd mag worden. Het ministerie heeft een gedoogbeleid ingesteld.

Eigen normen en waarden, Voor:	Eigen normen en waarden, Tegen:
1. Expertise vergroten op medisch ethisch gebied zoals er als gynaecoloog vrijwel dagelijks vraagstukken zijn over leven, dood en medisch-ethisch handelen. Draagmoederschap voegt daar beslist een nieuwe dimensie aan toe (nieuwe wegen, nieuwe uitdagingen)	1. Negatieve effecten van nieuwe dimensie als draagmoederschap: toename van druk patiënten, vergroten ethische dilemma's, verliezen van autonomie als behandelaar om procedure wel of niet uit te moeten/willen voeren, kortom verlies van autonomie van de behandelaar
2. Het terecht vinden dat een groep vrouwen die al jong zwaar getroffen is door gynaecologische problemen, geholpen wordt door in ieder geval aan hun kinderwens tegemoet te komen	2. Zich staande moeten houden zonder zich continue te moeten verantwoorden tegen "mondige" patiënten bij veranderende maatschappelijke opvattingen als wens tot commercieel draagmoederschap zoals dat soms in het buitenland het geval is
3. Zich sterk willen maken voor een relatief kleine groep vrouwen die individueel nooit de weg zullen kunnen vinden, die voor grote groepen wensouders, bijvoorbeeld via IVF wel toegang is.	3. Toename van rechtszaken, zich vogelvrij voelen 4. Door uitholling van gezondheidszorg, geen adequate financiering 5. Toename van werkdruk door wachtlijsten, waardoor extra tijd die voor deze vorm van voortplanting gevonden moet worden, zonder structurele oplossing in het gedrang komt

Niveau V: Eigen normen en waarden: standpunt na gegevensverwerking onderzoek

Een intakecentrum als start voor regulering via psychologen en juristen is de oplossing. Bij moeilijke casuïstiek ligt de oplossing niet in een beargumenteerde doorverwijzing door een derdelijnskliniek, hoewel deze verwijzing zeker niet mag ontbreken. Een dergelijke handelwijze zal alleen maar een verschuiving van het probleem naar een ander niveau betekenen. Voor milde klachten is het instellen van een klachtenbureau en/of second opinionbureau voldoende. Bij zwaardere problematiek zal een klankbordgroep, met name bestaande uit ethici die de weg kunnen wijzen aan medici en psychologen de oplossing kunnen bieden. Dit heeft geen belangrijke kostenverzwaring ten gevolg aangezien we slechts over een aantal van deze situaties per jaar praten. Het laatste woord heeft echter de behandelaar, omdat bij overwegende ethische bezwaren er niet geëist kan worden dat de behandeling ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd. Een uitwijk naar Engeland of de USA is dan het enige wat de potentiële wensmoeder nog rest.

11.5 Conclusie

Een besluit kan worden genomen op rationele gronden. Normaal gesproken verheldert de dokter een probleem, bedenkt mogelijke oplossingen, beoordeelt opties, biedt de beste oplossingen aan en zorgt daarna voor evaluatie. Bij een nieuwe techniek als draagmoederschap spelen ook emotionele argumenten en psychologische mechanismen mee, die van te voren niet geheel in te schatten waren.

Voor patiënten kan aanbod in ratio zeer geschikt lijken, doch door emoties kan een beslissing toch verkeerd uitpakken. Het blijkt dat er een beperkte opnamecapaciteit is van informatie onder invloed van emoties. Dit is hetzelfde mechanisme bij bijvoorbeeld 'slecht nieuws'-gesprekken bij oncologiepatiënten. Het is mensen eigen om selectief waar te nemen, datgene te horen wat je graag wilt horen. Hierdoor is er een beperkte afwegingscapaciteit voor de betrokkene, wat leidt tot besluitvorming op wenselijke gronden, daarbij voorbijgaand aan de ratio.

Gevolg kan een cognitieve dissonantie zijn. Om toch vast te kunnen houden aan het ideaal, zullen normen en waarden moeten verschuiven. Het proces kan dan alleen nog maar lopen op een manier die lijkt op een rijdende trein: het gaat allemaal heel snel, er wordt te weinig teruggegrepen op informatie, men durft niet meer te stoppen. Op korte termijn is er opluchting dat het allemaal loopt, op lange termijn kan er gevoel van spijt ontstaan omdat je achteraf te weinig grip op de zaak hebt kunnen houden. Het gevoel blijft niet in de pas lopen met het verstand, dit wreekt zich.

Hoe verklein je de kans op deze cognitieve dissonantie? Bijvoorbeeld door het geven van optimale informatie, zodat iemand voor het proces begint alle argumenten kan overzien. Deze optimale argumentatie moet objectief de voor's en tegen's van het proces beschrijven en toelichten. Daarna kunnen in persoonlijke gesprekken emoties, die bewust achtergehouden zijn, toch loskomen. Getracht moet worden zoveel mogelijk de argumenten af te wegen, emoties te benoemen en te kanaliseren, zodat een optimaal besluitvormingsproces in werking kan worden gezet. De factor tijd speelt hier een belangrijke rol. Hierna moet psychopathologie worden getoetst, op grond waarvan bekeken moet worden of draaglast en draagkracht in verhouding zijn. Zo niet, dan moet aanvullende counseling plaatsvinden (zie hoofdstuk Psychologie). Als de trein eenmaal rijdt, blijken nog genoeg onverwachte emoties en psychologische invloeden naar boven te komen, die het proces compliceren.

Deze benaderingswijze houdt in dat er een (on)bepaalde tijd nodig is om het besluit optimaal te kunnen nemen. Overhaast handelen doet zeker geen recht aan het mechanisme, dat moeilijke besluitvorming nu eenmaal met zich meebrengt. Dat impliceert dat er zeer bewust een wachtperiode dient te worden ingebouwd. Dit lijkt voor de kandidaten misschien op een vertraging, maar deze opzet zal wel degelijk meewerken aan een betere kanalisering van emoties. Dit is te realiseren door het intakegesprek in twee of drie fasen te laten verlopen, zodat tijd voor bezinning ontstaat. Daarna vindt het psychologisch onderzoek plaats. Vervolgens kan de daadwerkelijke IVF verwijzing plaatsvinden. Een en ander impliceert dat leeftijd geen reden mag zijn van deze procedure af te wijken. Natuurlijk is het zo dat een wachtlijst gepasseerd zou moeten kunnen worden als iemand dicht bij de maximale leeftijdsgrens zit, maar de bezinningsperioden tussen de intakegesprekken blijven voorwaarde. Dit kan inhouden dat iemand uit de behandeling moet vallen vanwege de leeftijd!

Concluderend dient de ethiek in een zo gecompliceerde situatie als draagmoederschap een prominente plaats te hebben vanwege de consequenties die draagmoederschap heeft voor de patiënten, zijn/haar omgeving, de behandelaars en de continue veranderende denkbeelden in een maatschappij.

12. Conclusies

Inleiding

In de vorige hoofdstukken is de ontstaansgeschiedenis beschreven van het proces naar de hoogtechnologische draagmoederschapprocedure met de resultaten van het prospectieve onderzoek op medisch, psychologisch, ethisch en juridisch gebied.

Achtereenvolgens zullen we in dit hoofdstuk de belangrijkste uitkomsten bespreken die uit dit prospectieve onderzoek zijn gekomen.
Deze uitkomsten zullen antwoord moeten geven op de onderzoeksvraag zoals gesteld in de Inleiding: "**Mag ongewenste kinderloosheid wel of niet behandeld mag worden met behulp van hoogtechnologisch (IVF)/draagmoederschap?"**

Afsluitend zullen we deze conclusies omzetten in aanbevelingen voor de toekomst. Op basis daarvan treft u in de volgende hoofdstukken een checklist, stroomdiagram en contracten tussen wens- en draagouders en tussen wens/draagouders en behandelaars. Deze documenten zijn door ons gemaakt op basis van de uitkomsten uit het prospectieve onderzoek en wij hopen dat zij als leidraad kunnen dienen voor de toekomst

Situatie in Nederland tot start onderzoek

Tot op heden zijn er geen op prospectief onderzoek gebaseerde artikelen gepubliceerd over de daadwerkelijke resultaten van hoogtechnologisch draagmoederschap in Nederland. Wel zijn er diverse krantenartikelen verschenen [57, 69, 105,106,122, 139], wat casuïstische mededelingen en eenmaal een analyse van morele argumenten in Medisch Contact (Verweij[134]).
In "Zwanger voor een ander" is het persoonlijke verhaal van een draagmoeder te lezen (Osté[111]). Ook patiëntenverenigingen (Olijf, Freya[27,30,32,35,39,,41,43,63,146]) lieten steeds meer van zich horen. Pas daarna kwam zowel patiëntenvoorlichting (Braat, Freya[12,146]) als collegiale voorlichting (Dermout, Wiel van der, Jansen, Bleker, Heintz, Dammers [25,29,31,33,34,37,40,42,44,45,46]) via de beroepsgroep tot stand. In het onlangs verschenen boek Voorlichting over voorlichting (Vervest, Kleiverda[133,38]), een gids over voorlichting voor hulpverleners in de verloskunde en gynaecologie is een hoofdstuk over draagmoederschap opgenomen.
Ons prospectief onderzoek doet verslag van 91 wensouderparen en betreft psychologisch en medisch onderzoek bij 28 wens- en draagouderparen afgezet in een ethisch en juridisch kader.

12.1 Conclusies medisch gebied (zie hoofdstuk 3-1 en 8)

Uitkomsten zwangerschappen en bevallingen

De problemen op medisch gebied zijn in ons onderzoek bij 56 IVF- en cryoprocedures en over 14 zwangerschappen beperkt gebleken. Er werden 9 kinderen geboren, waaronder geen meerlingen (eenmaal een spontane reductie van een aanvankelijk bij een echo van 8 weken

waargenomen gemelligraviditeit, die bij de echo van 12 weken een eenlinggraviditeit liet zien). Twee vrouwen zijn zwanger ten tijde van het verschijnen van het proefschrift, de a terme data zijn november en december 2001. Eén hiervan is een gemelligraviditeit. Twee zwangerschappen eindigden in een spontane abortus (14%). Dit percentage is normaal voor de Nederlandse populatie. Er trad één extra uteriene graviditeit (7%) op, waarvoor een laparoscopische tubotomie nodig was. Een vrouw is nog onder behandeling, met de laatste IVF poging ten tijde van het ter perse gaan van het proefschrift.
De kans op het krijgen van een kind is 50% per draagmoeder, de kans op het krijgen van een zwangerschap is 64%. Per behandeling is de kans op een doorgaande zwangerschap 20%.
De belangrijkste, doch op gewone zwangerschapcijfers te verwachten complicaties, waren het optreden van twee missed abortions en een extra uteriene graviditeit. Dit houdt niet in dat de zorgen die er vooraf geweest zijn over bijvoorbeeld verhoogd optreden van pregnancy induced hypertension, HELLP syndromen of bloedgroepenincompatibiliteit niet reëel zijn geweest. Mogelijk is onze onderzoeksgroep te klein om de te verwachten problemen tegen te komen. In de Amerikaanse literatuur, waar meer gegevens zijn over (commercieel) draagmoederschap, worden eigenlijk alleen complicaties besproken die te maken hebben met meerlingzwangerschappen, zoals pre- en dysmaturititeit, hetgeen vaker voorkomt bij IVF zwangerschappen.
Een andere reden kan zijn dat wij een goede screening hebben gedaan bij de intake van wens- en draagmoeder, waarbij we stelden dat met name de draagmoeder een blanco medische en psychologische anamnese moest hebben om haar niet onnodig aan extra risico's bloot te stellen.

Technische problemen met verplaatste ovaria en voorstel aan oncologen
Andere problemen in medische zin waren er wel voor de onderzoeksgroep. Het ophangen van ovaria in de bovenbuik bij met name oncologische operaties, kan een groot probleem zijn voor de bereikbaarheid van ovaria bij IVF puncties. Daarnaast impliceert deze verplaatsing dat het altijd nodig is een abdominale punctie te verrichten om follikels te kunnen aspireren. In de praktijk is gebleken dat niet altijd alle IVF klinieken hier ervaring in hebben. Wij stellen voor de ovaria niet meer in de bovenbuik op te hangen bij kankerpatiënten die in de fertiele leeftijd zijn (bij de huidige eisen < 40 jaar oud zijn) en nog geen voltooid gezin hebben. Uiteraard geldt deze aanbeveling uitsluitend voor patiënten die niet nabestraald hoeven te worden of bij wie de kans op nabestraling gering is. We denken dan aan patiënten met een cervixtumor < 2 cm en het afwezig zijn van vaso-invasie bij de biopten. Indien nabestraling onverhoopt tòch nog nodig zou blijken te zijn, kunnen de twee ovaria na de eerste operatie alsnog laparoscopisch in de bovenbuik bevestigd worden, om zo het risico van een vervroegde menopauze te verminderen. Deze afweging van een fertiliteitbevorderende handeling versus een eventuele extra operatieve ingreep dient voor de operatie met de patiënte besproken te worden.

Bij jonge vrouwen met een endometriumcarcinoom, en een laag risico op een recidief of metastasering, is het wenselijk zo mogelijk tenminste één ovarium te sparen. Aan oncologen

de taak om dusdanige operatieve technieken te ontwikkelen dat de fertiliteit gespaard wordt zonder dat de prognose geschaad wordt.

Synchronisatie, stimulatieschema's en abdominale puncties

De technische problemen die optreden bij hoogtechnologisch draagmoederschap worden voornamelijk ondervonden met synchronisatie van de cyclus van wens- en draagmoeder, met het stimuleren van minder goed werkende ovaria en met het localiseren c.q. aanprikken van naar de bovenbuik verplaatste ovaria. Dit maakt een draagmoederschapprocedure veel moeilijker dan een gewone IVF procedure. Er is extra kennis en ervaring nodig met stimulatieschema's, omdat de procedure anders onnodig lange tijd in beslag neemt. Het abdominaal aspireren van follikels is een zaak voor een gynaecoloog en kan niet aan een IVF arts worden overgelaten.

Hoewel het om praktische reden (geografie en verkorting van wachttijd) soms zeer handig was dat enkele procedures onder de paraplu van ons onderzoek in een andere kliniek werden uitgevoerd, bleek dat dit zeer problematisch was. De kennis met betrekking tot stimulatieschema's, synchronisatie en (abdominale) follikelaspiraties was veel minder dan in het door ons geadviseerde centrum en vrijwel alle paren die elders begonnen aan de procedure eindigden alsnog in Voorburg.

Deze argumenten ondersteunen ons voorstel om deze procedure in de toekomst te centraliseren in 3 tot 4 gespecialiseerde klinieken in Nederland. Dit aantal klinieken zal waarschijnlijk zonder wachtlijstvorming het aanbod kunnen verwerken en de lasten van de arbeidsintensieve behandeling van een wens/draagouderpaar kan op deze wijze worden gedeeld en de expertise kan zo worden opgebouwd.

Plaats van zwangerschap en partus

De zwangerschappen in ons onderzoek zijn goed verlopen. Tot nu toe hebben we gekozen voor begeleiding in de tweede lijn om alle medische complicaties in kaart te kunnen brengen. Gezien het feit dat we tot nu toe 11 doorgaande zwangerschappen hebben mogen begeleiden (10 in de tweede en één op uitdrukkelijk verzoek in de eerste lijn), waarbij geen onoverkomelijke medische problemen zijn opgetreden, lijkt het nog te vroeg om deze mogelijkheid tot inventarisatie te verlaten.

Wij adviseren voor begeleiding in de tweede lijn met een medische indicatie voor zwangerschap en partus. Alleen op zeer uitdrukkelijk verzoek van een draagmoeder kan hiervan worden afgeweken mits de huisarts of verloskundige aan de protocollaire begeleiding wil meewerken.

De bevallingen zijn probleemloos verlopen. Dit zal mede te maken hebben gehad met de screening van de draagmoeders vooraf, die allemaal een niet te belaste obstetrische anamnese mochten hebben.

Voorstel tot optrekken van leeftijdsgrens voor moeders die draagmoeder voor hun dochter willen zijn.

De NVOG heeft als leeftijdsgrens voor de draagmoeder 44 jaar gesteld, om haar niet aan onnodige obstetrische risico's bloot te stellen. In ons onderzoek kwamen er echter opvallend veel verzoeken van moeders die voor hun dochter een kind wilden dragen. Zolang de moeder nog niet postmenopausaal is, zelf goede zwangerschappen en bevallingen heeft gehad en in goede gezondheid is, vinden wij dat dit een mogelijkheid zou moeten kunnen zijn. Niemand zal zo goed weten wat ze voor haar kind over heeft als een moeder. In psychologisch opzicht zal juist dezelfde begeleidende behandelgroep erop moeten toezien dat de moeder dit uit vrije wil heeft voorgesteld en dat er niet een soort natuurlijke druk op moeders komt dit voor hun kinderen te moeten doen. Bovendien zullen de complicaties die op grond van de hogere leeftijd optreden, nauwkeurig moeten worden geregistreerd omdat er niet veel gegevens bekend zijn van zwangerschappen/bevallingen in de leeftijdscategorie van 45 jaar tot postmenopausale leeftijd. Na een bepaalde follow-up zou dit criterium geëvalueerd moeten worden.

Aanbevelingen

Er zijn een aantal "technische" aanbevelingen uitgekristalliseerd die u kunt terug vinden in in de hoofdstukken 13 t/m 16 opgestelde checklist, stroomdiagram en contracten.

12.2 Conclusies psychologisch gebied (zie hoofdstuk 7 en 9)

Tweeledige pathologie

De groep vrouwen die aan het onderzoek meedoen hebben allen dubbele pathologie: de reden waarom ze zelf geen kinderen kunnen krijgen (oncologie, congenitale afwijking, verworven uterusextirpatie of levensbedreigend ziek indien zwanger) èn ze leiden onder het feit dat ze daardoor infertiel zijn.

Draagmoederschap is voor deze groep de enige manier om een kind te kunnen krijgen (ultimum remedium).

Afstaan van het kind

De meest gestelde vraag als draagmoederschap naar voren komt is of het kind wel afgestaan kan/zal worden. In ons onderzoek was dit volstrekt niet aan de orde. Bij goede screening en oprechte motivatie blijkt dit geen rol te spelen. Het zou een aantal draagmoeders zelf sterk teleurstellen als ze het kind niet af zouden kunnen geven (niet accepteren van gift of life, het ontbreken van de bekroning op het werk). Waarschijnlijk is dit het meest opvallende verschil met commercieel draagmoederschap, waar de motivatie voor het krijgen van een kind geld, en niet het willen geven van een groot geschenk aan iemand die je zeer na staat.

Afkomst draagmoeders

In ons onderzoek was 71% van de draagouders een (schoon)zusje van de wensmoeder, en in 25% was het een goede vriendin. Slechts eenmaal betrof het een relatieve "buitenstaander", die echter op volstrekt ideële gronden zich als draagmoeder beschikbaar stelde. Toch is bij de

na interviews duidelijk dat deze relatie als anders wordt beleefd door de wens- en draagouders na afloop van de (helaas niet gelukte) procedure. Het contact is zeer oppervlakkig en vrijwel meteen verwaterd, terwijl alle andere stellen een zeer sterke band hebben opgebouwd. Uitzondering zijn de twee gevallen waar de draagmoeder zich heeft teruggetrokken vlak voor de IVF procedures, hetgeen begrijpelijkerwijs een gevoelige psychische snaar heeft geraakt bij de wensouders.

Opleiding

De wensouders zijn relatief hoog opgeleid (67% van de wensmoeders en 71% van de wensvaders heeft HAVO of een hogere opleiding, 49% van de draagmoeders en 64% van de draagvaders heeft HAVO of een hogere opleiding) gemiddeld iets lager, doch nog steeds veel hoger dan het gemiddelde van de Nederlandse bevolking.
24% van de kandidaten werkt in de gezondheidszorg.

Karaktereigenschappen

Bias in het onderzoek kan zijn dat de kandidaten een lange wachttijd achter de rug hebben. De supergemotiveerden blijven over. Dit wordt recht getrokken door de laatst bijgekomen kandidaten, die vrij snel aan de procedure konden beginnen en in karakteristieken niet schelen van de stellen die al lang wachten. Waarschijnlijk zijn toekomstige wens- en draagouders, die echt willen doorzetten al een geselecteerde groep op grond van hun karaktereigenschappen. Heb je die eigenschappen niet, dan zul je waarschijnlijk al eerder afhaken.

Respons

De respons in ons onderzoek was hoog. De voorinterviews en invullen van de vragenlijsten zijn door allen ingevuld, omdat dit een ingangseis was om de procedure te mogen starten. De na interviews en invullen van de vragenlijsten leverde een respons op van 86 – 89%, afhankelijk van de categorie wens- of draagouders.

Onderzoeksvragen bij vragenlijsten

De vragenlijsten van de Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst (NPV), de Somatische Klachtenlijst SCL90 en de huwelijks/relatielijst (MMQ) werden in drie dimensies uitgevoerd:

1. vaststellen in welke verhouding de score van de wensmoeders, wensvaders, draagmoeders en draagvader stond ten opzichte van de Nederlandse normpopulatie (hoofdstuk 7)
2. vaststellen of de draagmoederschapprocedure een positieve of negatieve invloed op diezelfde categorie had gehad en hoe de cijfers zich na de procedure verhouden tot de normgroep (hoofdstuk 9)
3. Er werd gekeken of er verschil was tussen de wens- en draagouders die wel of geen kind kregen (hoofdstuk 9)

Uitkomsten vragenlijsten

- **NPV**
  Samenvattend kunnen we met betrekking tot de persoonlijkheidskenmerken concluderen dat de invloed van hoogtechnologisch draagmoederschap, ongeacht de uitkomst, relatief gering is. Voor zover zich veranderingen voordoen zijn die eerder positief dan negatief te noemen en betreffen ze sociale (in)adequatie, dominantie en zelfwaardering.
- **SCL-90**
  Samenvattend kunnen we met betrekking tot de psychische en somatische klachten concluderen dat de invloed van hoogtechnologisch draagmoederschap, ongeacht de uitkomst, ook op klachten relatief gering is. Voor zover zich veranderingen voordoen zijn die eerder positief dan negatief te noemen.
- **MMQ**
  Samenvattend kunnen we met betrekking tot relationeel functioneren concluderen dat de invloed van hoogtechnologisch draagmoederschap, ongeacht de uitkomst, ook op relatiesatisfactie relatief gering is. Voor zover zich veranderingen voordoen zijn die eerder positief dan negatief te noemen.

De belangrijkste conclusies van dit psychosociale deel van het onderzoek zijn:

- hoogtechnologisch draagmoederschap als behandeling heeft een relatief geringe impact op alle betrokkenen, maar voor zover er sprake is van een enig effect, is dat een positief effect
- de uitkomst, wel of geen kind, heeft een geringe impact op alle betrokkenen, maar voor zover er sprake is van een enig effect, is dat een positief effect

De groep wensmoeders, wensvaders, draagmoeders en draagvaders bleek zeer hoog te scoren op alle items van alle drie de vragenlijsten. Het betreft hier dus een groep mensen die geestelijk (veel) gezonder is dan de norm van de Nederlandse bevolking.

Het uitvoeren van de procedure bracht hier niet veel verandering in. Degenen die een kind kregen waren, hetgeen te verwachten was, nog positiever over hun leven. Degenen die de procedure hadden gedaan zonder daardoor een kind te krijgen, scoorden wel iets lager dan voor de procedure, maar staken nog steeds gunstig af bij de normpopulatie.

Intake

De intake is een zeer belangrijk onderdeel van het proces, doch tevens het meest controversiële. Goede screening brengt problemen aan de oppervlakte, in ons onderzoek reduceerde het aantal wensouders van 91 naar 28. Dit geschiedde zowel door psychologische als medische problemen. In overleg met de wens- of draagouders worden deze punten geëxploreerd en geëxpliceerd. Indien de betrokkenen inzien dat zij ofwel at risk

zijn, ofwel op niet geheel doordachte gronden hun besluit genomen hebben, dan kan deze intake een goede mogelijkheid zijn om “zonder gezichtsverlies” terug te komen op gemaakte toezeggingen. Bijvoorbeeld als er tijdens het gesprek wordt vermoed dat er grote druk vanuit de wensouders op familieleden is om als draagouders te functioneren of als blijkt dat wensouders het besluit wel heel lichtvaardig hebben genomen en denken “even een kind te gaan krijgen op een weliswaar wat aparte manier”, maar blijk geven er geen idee van te hebben wat daar allemaal bij komt kijken.
Moeilijker is het indien er psychopathologie wordt vermoed, maar dit niet aan de betrokkenen duidelijk te maken is. Wij bemoeien ons ook niet met de psychische constitutie van aanstaande ouders op het zwangerenspreekuur of op de verloskamers. Pas als er aantoonbare zwaarwegende problemen zijn, wordt hulp ingeschakeld en advies gevraagd van bijvoorbeeld de Raad voor de Kinderbescherming of een vertrouwensarts. Het moeten hebben van een blanco antecedentenonderzoek voor de toekomstige adoptie is in ieder geval een handig hulpmiddel om een toekomstig kind in dit opzicht te beschermen.

Ethiek van de behandelaar
De bemoeienis van de dokter is niet alleen van zuiver psychologische aard, maar ook de medisch ethische en morele principes zoals in hoofdstuk 11 Ethiek zijn beschreven, spelen hierbij een rol. Bij vrouwen die spontaan zwanger worden is een actief medisch handelen van een dokter niet aan de orde.

De dokter zal in deze gevallen dus nooit voor het morele dilemma komen te staan dat zijn handelen mogelijk één van de vier ethische basisprincipes niet respecteert. Bij fertiliteitbehandelingen, ook draagmoederschap, is dit essentieel anders.

Taak psycholoog
De belangrijkste taak van de psycholoog lijkt duidelijk maken van het proces dat tijdens de draagmoederschapprocedure optreedt en de mensen daar begeleiding in aan te bieden. Bij vermoede psychopathologie of ongunstig uitgevallen draagkracht – draaglast verhouding kan structurele periodieke begeleiding worden geadviseerd. Het blijkt dat meer dan de helft aangeeft geen enkele behoefte aan structurele psychologische hulp te hebben, maar voor degenen die het wel hadden gewenst, was de weg het te vinden moeilijk. Hiervoor zal aandacht moeten worden besteed door het expertise- en intakecentrum. In de checklist voor de gynaecoloog (hoofdstuk 13) worden nu ook vaste punten opgenomen om in ieder geval te vragen naar de wenselijkheid van psychologische begeleiding en mensen ieder geval duidelijk te maken waarnaar ze zich kunnen wenden indien ze hiertoe toch behoefte krijgen.

Verloop medische versus psychologische besluitvorming bij hoogtechnologisch draagmoederschap
Uit ons onderzoek wordt heel duidelijk dat de besluitvorming in medische zin heel anders verloopt dan in psychologische zin.

Is er medische traject, stap voor stap (tot de embryotransfer een feit is), een mogelijkheid om de procedure stop te zetten door technische handelingen te onderbreken, in psychologische zin is dit vrijwel onmogelijk gebleken.
Vrijwel iedereen beschrijft het proces als instappen op een rijdende trein. Je wilt graag mee en doet alle moeite om in die trein te komen, zonder daarbij al te rationeel in te gaan op de feiten. Als de trein eenmaal rijdt, kom je er niet meer vanaf. Het eindstation wordt bereikt, of je dat eigenlijk nog wil of niet.
De meeste wens- en draagouders zeggen dat ze het een ander in vergelijkbare omstandigheden wel zouden aanraden, maar dat je ontzettend goed moet weten waar je aan begint. De onderzoekers zijn er na evaluatie van de psychologische gegevens inmiddels achter dat men dat per definitie dus niet weet!
Het besluitvormingsproces kent zoveel stappen dat er sprake is van een cumulatieve investering. De echte beslissing wordt echter door de wensouders vooral aan het begin genomen en de rest wordt ingepast. Vooral hierdoor ontstaat het idee dat met niet veel anders kan dan doorgaan. Een wensvader geeft herhaaldelijk aan dat het op een aantal momenten in het gehele infertiliteitproces helemaal niet de bedoeling was dat men zover zou gaan, maar eenmaal bezig was er geen weg terug. Dit proces wordt niet vanuit medisch handelen gevoed, maar is blijkbaar een mechanisme dat mensen voor zichzelf nodig hebben om een dergelijk moeilijk en langdurig traject in te kunnen gaan en vol te kunnen houden.

Het gaat om iets zo existentieels dat er geen weg terug is als het besluit eenmaal gevallen is. Dit houdt in dat je mensen tegen zichzelf moet beschermen. Probleem daarbij is dat men in Nederland erg tolerant is en men eigenlijk vindt dat je je niet met anderen, en al helemaal niet met hun mening, moet bemoeien.
Het voorstel van het onderzoeksteam is daarom ook om voldoende tijd in te bouwen om zo weloverwogen mogelijk het proces in te stappen. Het intakegesprek, dat ten tijde van het onderzoek een eenmalig bezoek met zich meebracht alvorens de psychologische intake te doen, moet worden “uitgerekt”. In de nieuwe checklist/stroomdiagram staan drie onlosmakelijk van elkaar verbonden intakegesprekken, waarin telkens een deel van de medische behandeling of afspraken wordt doorgenomen. Pas daarna volgt het psychologische deel en daarna de daadwerkelijke IVF behandeling, waarna de ervaring leert dat er geen weg meer terug is. Wij hopen hiermee te bereiken dat er meer tijd voor bezinning komt en meer gelegenheid voor echte twijfelaars, om al dan niet gesteund of gestuurd door de onderzoeksgroep, zonder al te grote problemen terug te kunnen komen op hun genomen besluit.
Uit de na interviews komt nog duidelijk het advies tot het inbouwen van nog enkele evaluatiemomenten, bijvoorbeeld na het mislukken van een IVF procedure. Dit zou echter de belasting in reistijd nog sterk vergroten, wat een andere klacht van vele wens- en draagouders is. Een alternatief zou het instellen van een wekelijks telefonisch spreekuur zijn.

Pioniers

De eerste viertallen uit ons onderzoek waren echte pioniers: wij hadden een prospectief onderzoeksvoorstel met daarin veel witte vakjes. Behoudens de vooraf opgestelde onderzoeksvragen bleek ook de vraag: “waar zitten de hiaten en hoe zijn die op te lossen”, heel belangrijk. De kandidaten waren hiervan op de hoogte en zijn ingelicht dat het een pilotstudie betrof over de wenselijkheid later wel of niet met hoogtechnologisch draagmoederschap door te gaan.

De eersten moesten het dus stellen met mondelinge voorlichting en een traject dat dankzij hen werd “uitgevonden” door het continue aan te passen. Duidelijk was gesteld dat er geen structurele psychosociale hulpverlening aangeboden kon worden in dit stadium. Bij problemen zouden er wel oplossingen worden gezocht. Pas later maakten we de eerste blauwdruk van de flowchart, die steeds groter werd. Nog later begonnen we met een contract tussen wens- en draagouders, oplopend van de eersten die een contract van 11 punten kregen tot de opgestelde contracten in hoofdstuk 15 en 16, waarbij men moet denken over maar liefst 92 items. Desondanks zijn er na afloop een aantal die het gebrek aan begeleiding hebben gemist, een argument temeer om de uitbreiding van intakegesprekken, zoals in de vorige alinea vermeld, gestalte te geven. Kortom, ontwikkeling en aanpassing van voorlichtingsmateriaal is ook hier onontbeerlijk gebleken.

Afwijken van geëigende kanalen

Opvallend was dat wens- of draagouders die zaken buiten de vastgelegde onderzoekskanalen wilden regelen, later meer at risk bleken te zijn voor ontevredenheid met de procedure dan stellen, die de geëigende weg volgden. Gedacht kan hierbij worden aan niet met zijn vieren verschijnen voor het intake gesprek, of frequent wijzigen van afspraken met de psycholoog, of draagmoeders die een ander hormoonschema wilden dan gebruikelijk is bij de IVF behandelingen. Dit is in tegenspraak met het gevoel van autonomie, dat waardevol lijkt voor een patiënt. Hoe meer men echter van de geëigende kanalen afwijkt, des te meer risico men loopt geheel tussen wal en schip te vallen.

Hoewel het om praktische reden (geografie en verkorting van wachttijd) soms zeer handig was dat enkele procedures onder de paraplu van ons onderzoek in een andere kliniek werden uitgevoerd, bleek dat dit zeer problematisch was. In de alinea Medische conclusies zijn de problemen op medisch gebied al beschreven, maar daarbij bleek in alle gevallen dat de begeleiding van ons onderzoeksteam verminderde omdat wij niet bekend waren met de gang van zaken in dat betreffende ziekenhuis. Bovendien bleek het moeilijker het contact te onderhouden. Ook deze bevinding pleit voor het instellen van een vast expertise- en intakecentrum met 3 of 4 vaste IVF klinieken, waarmee afspraken kunnen worden gemaakt. Indien wens- of draagouders niet alle vier op de afspraken verschenen of door zelf wijzigen van afspraken gescheiden op de afspraak kwamen, dan weer bij de ene onderzoeker, dan bij de andere (psychologische intake) en op eigen initiatief afspraken maakten, bleek de betrokkenheid van het onderzoeksteam af te nemen en raakten mensen soms wat op een zijspoor. Dit is alleen te voorkomen door wens- en draagouders geen uitzonderingspositie

toe te staan, doch ieder de reguliere kanalen te laten doorlopen. Dat een en ander wel weer leidt tot meer bureaucratisering is een ongewenst bijverschijnsel.

Wensgeneeskunde

Het omgekeerde van bureaucratie, hetgeen vervelend is voor de patiënt, is de eis tot wensgeneeskunde, die vervelend kan zijn voor de behandelaars. Een van de zaken die hierbij meespeelt is dat uit de psychologische verwerking van de enquêtes blijkt dat de wensouders uit ons onderzoek intelligenter, doch ook dominanter zijn dan het gemiddelde van de bevolking. Ze behoren tot een hogere sociale klasse dan het gemiddelde. Sommige kandidaten weten heel goed waar Abraham de mosterd haalt. Shopping en afbellen en naar andere ziekenhuizen gaan, als daar mogelijk de wachtlijst kan worden gepasseerd en weer terugkomen als de weg daar toch afgesloten is door bijvoorbeeld de ethische commissie. De na-interviews toezeggen, maar deze afspraak uiteindelijk niet nakomen. Ondanks duidelijke instructies niet de weg volgen van intake, psychologische screening en IVF procedure, maar na de intake zelf "nietsvermoedend" een afspraak voor de IVF maken en daarmee inlopend op de wachtlijst van kandidaten die eerder aan de beurt zouden zijn.

Afhankelijkheid, schuldgevoel

De psychologische belasting van de wachttijd tot de zwangerschap een feit is lijkt erg op de problemen die bij "gewone" IVF procedures plaats vinden. Er is een afhankelijkheid van schema's, ovulaties, doktoren. De spanning stijgt bij elke IVF poging. Een wensmoeder vertelde dat zij als ziekenverzorgende zichzelf zou prikken: "*maar dan bleef ik mikken en moed verzamelen en nog eens met alcohol deppen, tot mijn man het dan maar overnam en prikte…".*

Bij draagmoederschap komt dan nog het probleem van synchronisatie van cyclus van wens- en draagmoeder erbij, met soms een cancellen van de procedure als de synchronisatie te ver uit de pas loopt.

Het kanaliseren van schuldgevoelens en afhankelijkheidgevoelens en niet kunnen omgaan met dankbaarheid bleken de grootste problemen in de relatie tussen wens- en draagouders. Schuldgevoel ten opzichte van de draagmoeder, waar de belasting toeneemt met de tijdsduur. Schuldgevoel ten opzichte van de wensmoeder, omdat niet meteen gegeven kan worden wat men aanbiedt.

Als de zwangerschap eenmaal een feit is, loopt het allemaal wel. In deze periode spelen de reciproke schuldgevoelens natuurlijk nog steeds een grote rol. Het behandelteam moet hierop wijzen, doch er zijn geen methoden om deze spanning weg te nemen. Hooguit kan bespreekbaar maken van het probleem meer opluchting geven. De spanning blijft.

De bevalling is meestal het meest opluchtende moment. De bevalling is daar, het kind wordt overgedragen. In onze gevallen ging de bevalling steeds vlekkeloos. De wensmoeders die tot het moment van geboorte uiterst gespannen zijn (zal nu eindelijk mijn kindje geboren worden maar vooral: zal de draagmoeder tot en met de bevalling gezond blijven, zal er niets

met haar gebeuren?), komen als door een toverstaf aangeraakt tot ontspanning. De draagmoeder, die haar geschenk kan geven en van de belasting af is, is eveneens opgelucht. Het is een emotioneel, prachtig moment voor de vier betrokkenen, doch ook voor de begeleidende dokter.
Er is in ons onderzoek niet eenmaal ook maar een schijn van twijfel geweest over het afstaan van het kind.
Sterker nog: we denken dat de draagmoeders er grote moeite mee zouden hebben gehad als ze het kindje hadden moeten houden. Hun mogelijkheid van "gift of life" aan hun zusje of vriendin zou daarmee afgenomen worden.

Postpartum is het zwaarder voor de draagmoeder. Hoewel er opluchting is dat alles goed gegaan is, is er natuurlijk wel een periode van leegte, gecompliceerd door snel dalende hormoonspiegels met de daarbij behorende stemmingswisselingen. Het blijkt belangrijk dat er vooraf goede afspraken zijn gemaakt over de wijze en frequentie van doorbrengen van tijd samen in de kraamperiode. Deze manier moet zo zijn dat zowel wens- als draagouders zich daar goed bij voelen. De draagouders moeten daadwerkelijk zien dat hun vooraf gestelde idee dat het kind daar goed op zijn plaats zou zijn bewaarheid wordt en de wensouders moeten voldoende gelegenheid hebben een band met hun kind op te bouwen in alle privacy.
Ook hier ligt een taak om dit traject van te voren door te nemen.

Reeds aanwezige kinderen
De reeds aanwezige kinderen in ons onderzoek hebben niet geleden onder de procedure. Zonder uitzondering waren alle draagmoeders positief over de manier waarop hun eigen kinderen op de komst van het wenskind (voor hun tante) hebben gereageerd. Het moeilijkst was het voor de zwangerschap tot stand was gekomen voor pubers van draagouders, die het maar een gek idee vonden dat hun moeder opnieuw zwanger zou worden. Dat gevoel speelt vaker bij pubers wiens eigen moeder op latere leeftijd nogmaals zwanger wordt en heeft dus geen specifieke betrekking op deze situatie. Alle draagmoederkinderen hebben de zwangerschap en geboorte van het kind zonder problemen verwerkt en hebben, zoals te verwachten bij geboren kinderen van tantes, een goede band met de baby.

Lotgenotencontact
Wat sterk gemist werd door velen was het lotgenotencontact. Dit probleem is al vroeg onderkend, maar bleek niet oplosbaar. Aangezien er in het begin rondom draagmoederschap nog een waas van geheimzinnigheid hing, zolang de onderzoeksgegevens niet bekend waren, durfde niemand goed zijn nek uit te steken. Een enkeling vond het geen probleem en deed ook mee aan opiniërende televisieprogramma's, doch de meesten waren huiverig voor de consequenties, al was het alleen maar in de privé sfeer van werk en kennissen. Het contact werd wel erg gemist. Nu de resultaten bekend zijn en er meer openheid kan ontstaan rondom de hoogtechnologische draagmoederschapprocedure, kan lotgenotencontact worden gestimuleerd.

12.3 Conclusies juridisch gebied (zie hoofdstuk 10)

Gedoogbeleid

De wetgeving heeft geen gelijke pas gehouden met de ontwikkelingen van het draagmoederschap. Een ieder heeft zich te houden aan het Burgerlijk Wetboek en het Wetboek van Strafrecht. Op juridisch gebied is grote vooruitgang geboekt, doordat de mogelijkheid tot adopteren van het wenskind verkort is van enkele jaren tot een jaar. Toch blijft het een vreemde zaak dat het Ministerie van VWS een vorm van voortplanting toestaat, door vanaf 1997 een gedoogbeleid voor ideëel draagmoederschap bekend te maken, maar dat de Wetgeving zich daar niet bij aanpast.

Waar artsen verder mee te maken hebben is de toegenomen regulering in de gezondheidszorg middels de WGBO - de Wet Geneeskundige Behandelings overeenkomst en de BIG - beroepen individuele gezondheidszorg. Er is een toenemende tendens tot het maken van richtlijnen en protocollering. De Richtlijn nummer 18 van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie over draagmoederschap is hiervan een voorbeeld.

Commercieel draagmoederschap

In Nederland is commercieel draagmoederschap op straffe van hechtenis bij de Wet verboden, zowel voor de wens- en draagouders, als voor degene die bemiddelt in deze praktijken. In enkele Europese landen is commercieel draagmoederschap niet verboden, doch wordt het nergens gestimuleerd. In de USA daarentegen lijkt het een geaccepteerde manier van voortplanting. Bemiddelingsbureaus zijn hierbij betrokken voor het vinden van een draagmoeder. Regelmatig wordt in de media melding gemaakt van wantoestanden rondom commercieel draagmoederschap, waarbij met name het niet af willen staan van het kind en het niet willen terugbetalen van de fors opgelopen vergoeding, de boventoon voeren. Dit levert drama's op voor zowel de wens- en draagouders en de wenskinderen. In Nieuw Zeeland is een casus bekend van wensouders die een evenredige vermindering van de overeengekomen prijs wilden na een vroegtijdige geboorte. In de USA zijn met enige regelmaat TV programma's die een oordeel vormen over partijen die een kind aan de hoogste bieder willen afstaan, daarbij eerder gemaakte afspraken met wensouders verbrekend.

Via Internet vonden wij bij de Texas Surrogacy Solutions Inc. de volgende advertentie, die onze afkeuring over commercieel draagmoederschap alleen maar versterkt:

> *"Professional African American couple in midwest seeking married African American mom willing to be a traditional surrogate. A boy is wanted to carry the family name (important in their family) so sex selection would be involved. The special surrogate they seek must be a bright, loving and happily married mom. If you're that special someone, please visit Parenting Partners for more information."*

en….

"Kim is so pretty…with hazel eyes and light brown hair. Kim does not plan her own household, but wants to be a gestational surrogate for a special couple. If you're looking for someone attractive and reliable, this surrogate may be for you! Please visit Parenting Partners for more information."

Een voordeel van commercieel draagmoederschap kan zijn dat er een groter potentieel aan draagouders komt, hetgeen een oplossing kan zijn voor wensouders die geen (schoon)zusje of goede vriendin hebben die draagmoeder wil of kan zijn. Dit lijken echter de enige voordelen die er zijn.
Als nadelen worden aangehaald:

- Wildgroei in aanbod draagmoeders vanwege commerciële motieven
- Als wensouders veel geld hebben moeten betalen, zullen ze eerder een "gezond" kind verlangen (waar voor je geld….)
- Niet te overziene emotionele problematiek voor met name draagmoeders, die aanbod overwegend op financiële gronden hebben gedaan
- Niet te overziene problematiek voor de wensouders, als het kind niet afgestaan wordt
- Niet te overziene problematiek voor het toekomstig kind bij foutlopen van de procedure
- Ontstaan van allerlei bemiddelingsbureaus gebaseerd op financieel gewin

De onderzoeksgroep heeft een mening over commercieel draagmoederschap door spiegeling aan de geldende ethische en juridische normen en waarden in Nederland. Een en ander is niet in onderzoeksverband onderzocht, omdat commercieel draagmoederschap verboden is en niet in ons onderzoek betrokken is. Voorlopig hoeven we in Nederland nog niet bang te zijn voor geweldige verschuivingen, omdat met het toestaan van ideëel draagmoederschap juist het commercieel draagmoederschap nog duidelijker wordt afgewezen. Een wetsverandering op dit gebied zal niet snel plaatsvinden. Voorlopig lijkt er dus een goede terreinafbakening.
Na afweging van alle ethische, juridische en psychologische argumenten is de onderzoeksgroep unaniem van mening dat commercieel draagmoederschap terecht wordt afgewezen en dat er momenteel géén plaats voor commercieel draagmoederschap in Nederland is.
Ook de stichting Freya[146], patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek stelt in het VWS Bulletin over de embryowet: "dat een kind, ook een nog te verwekken kind, nooit handelswaar mag zijn".

Advies tot wetsverandering voor ideëel <u>hoog</u>technologisch draagmoederschap
Op grond van de huidige gegevens uit ons onderzoek lijkt het zinvol het gedoogbeleid dat er nu is voor ideëel draagmoederschap om te zetten in een definitieve wetsverandering. Hiervoor zijn twee opties:

- Minst ingrijpend in wetsverandering, maar wel in gedachtengang is het loslaten van het "mater semper certa est" principe. In het geval van hoogtechnologisch

draagmoederschap is het zinvol de wensmoeder als DE moeder te bestempelen. Adoptie is dan niet meer nodig, de wet hoeft niet veranderd te worden

- Indien men de vrouw van de draagouders (van wie noch de eicel, noch de zaadcellen zijn) toch onlogischer wijs als moeder blijft beschouwen, zou het in ieder geval zo moeten zijn dat adoptie al in werking kan worden gesteld zodra de IVF procedure tot een gunstig resultaat heeft geleid. Er zijn dan nog ruim zes maanden om een zorgvuldige administratieve procedure te verrichten, leidend tot feitelijke adoptie op het moment van geboorte van het wenskind. Dit heeft als pluspunt dat er recht gedaan wordt aan de intenties van zowel wens- als draagouders.

Juridische complicaties bij huidige gedoogbeleid

- Er is jurisprudentie, doch er is geen garantie dat de adoptie ook na een jaar zal plaatsvinden. Iedere keer levert dat onnoemelijke spanning op voor de wens- en draagouders.
- De wenskinderen, bewust gepland, komen met een verkeerde achternaam ter wereld. Het genetisch eigen kind van de wensouders krijgt immers de achternaam van de draagouders.
- Bij overlijden van wensouders in het eerste levensjaar van het wenskind komt het kind aan de draagouders toe en zal het erfrechtelijk mee moeten delen met de reeds aanwezige kinderen van de draagouders, hetgeen voor deze kinderen een ongewenst gevolg kan zijn.
- Bij overlijden van de wensouders in het eerste levensjaar worden de draagouders automatisch de ouders, omdat het kind uit de draagmoeder geboren is. Het is echter niet ondenkbaar dat zowel de wens- als draagouders dit een zeer ongewenste situatie vinden.
- De draagouders hebben niet voor dit kind gekozen, maar het gekregen ten behoeve van de wensouders en de wensouders hebben soms een andere voogd in gedachten, mocht hen iets overkomen. In ons onderzoek zijn er evenveel draagouders die voogd over het wenskind worden, als juist geen voogd (onder het gezegde: ik doe dit voor jullie, maar ik wil zelf echt geen kind meer).

Advies tot wetsverandering voor ideëel <u>half</u>technologisch draagmoederschap

Wil men obscure praktijken in Nederland vermijden, dan zou het aan te bevelen zijn halftechnologisch draagmoederschap op ideële gronden eveneens via het expertise- en intakecentrum te laten lopen. Bij halftechnologisch draagmoederschap is de eicel afkomstig van de draagmoeder en is er dus weldegelijk genetische verwantschap, zodat de mater in dit geval de draagmoeder is en blijft.

- Voor de groep wensouders die via halftechnologisch draagmoederschap een kind willen krijgen moet de mogelijkheid blijven bestaan voor de draagmoeder om een bedenktijd te hebben na de geboorte van het wenskind.
  Tenslotte is zij niet alleen de biologische maar ook de genetische moeder. In dit geval zou een normale adoptieprocedure wel zinvol zijn.

Ironisch genoeg is de procedure momenteel gemakkelijker zonder wetgeving omdat valse geboorteaangifte weliswaar strafbaar, maar wel gemakkelijk te regelen is. Dit pleit voor snel instellen van wetgeving om de adoptieprocedure te faciliteren zodat deze wantoestand niet nodig is.
Goede voorlichting (dit proefschrift, protocollen, stroomdiagrammen, contracten, IVF procedures) zal excessen doen verminderen. Om hierbij geen overhaaste fouten te maken is een officiële registratie via een intakecentrum gewenst, waardoor vooraf structureel overleg plaatsvindt met vaste advocaten en de Raad voor de Kinderbescherming.
Voor het starten van de procedure is dan ook het antecedentenonderzoek te verrichten, waarbij gecontroleerd kan worden of adoptie wel plaats kan vinden na de geboorte van het wenskind. Op deze manier zou het mogelijk moeten zijn om zo snel mogelijk na de bevalling het kind te kunnen adopteren, als het proces tijdens de zwangerschap in werking is gezet.
Gezien de hieronder beschreven problemen bij de wachttijd zou het zinvol zijn bij een zeer gepland halftechnologisch draagmoederschapprocedure deze wachttijd in te korten tot bijvoorbeeld een half jaar.

Een voordeel voor de beroepsgroep (in dit geval bestaande uit artsen, maar ook rechters en medewerkers van de Raad voor de Kinderbescherming) is dat juist door de regulering en het bekend zijn van alle gegevens en de relatie tussen wens- en draagouders, de juridische afhandeling nu goed mogelijk wordt. Het zou niet meer nodig moeten zijn dat valse aangifte overwogen wordt. Voorwaarde is wel dat er een beperkte tijd overheen gaat en zekerheid wordt gegeven tot adoptie, mits aan alle ingangseisen voldaan wordt.

12.4 Conclusies ethisch gebied (zie hoofdstuk 11)

Draagmoederschap in het algemeen en hoogtechnologisch draagmoederschap in het bijzonder valt onder medisch handelen, hetgeen betekent dat er voor een goede morele afweging vier groepen onderscheiden moeten worden: het viertal, de behandelaars (artsen en psychologen), het toekomstig kind en de samenleving. De positie van ieder van deze vier groepen dient beschouwd te worden vanuit de vier morele beginselen: het principe van respect van autonomie, het principe van weldoen, het schadenbeginsel (non nocere) en het principe van rechtvaardigheid. Het is onjuist om één van deze principes zondermeer te laten prevaleren of om in deze het belang van één van deze vier groepen zwaarder in te schatten. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat draagmoederschap gepraktiseerd kan worden met inachtneming en respect voor de morele beginselen die ten grondslag liggen aan het medisch handelen. Voor de individuele patiënt hoeft dit echter niet te betekenen dat er een fundamenteel recht bestaat op het uitvoeren van deze procedure. Het is goed denkbaar dat het belang van andere actoren in deze, evenzeer gebaseerd op deze morele principes, kan leiden tot een afwijzing van de procedure.

Hoofdstuk 11 geeft een uitgebreide beschouwing van de onderzoeksgroep over de ethische normen en waarden rondom hoogtechnologisch draagmoederschap en tevens de motivatie waarom de onderzoeksgroep denkt dat er wel plaats is voor ideëel draagmoederschap, maar geen plaats voor commercieel draagmoederschap is in Nederland.

Het hoofdstuk Ethiek is de basis waarop wij onze medische, psychologische en juridische besluiten hebben genomen en de reden waarom de aanbevelingen als de checklist, het stroomdiagram en de contracten op deze wijze zijn vastgelegd.

Het ethisch hiërarchisch model waarlangs wij alle argumenten hebben getoetst, is te vinden in figuur 11.1 in het hoofdstuk Ethiek

12.5 Algemene conclusie

Onderzoeksvraag
De onderzoeksvraag in het onderzoek was of ongewenste kinderloosheid wel of niet behandeld mag worden met behulp van hoogtechnologisch (IVF) draagmoederschap.
Als preambule werd aangenomen dat het mogelijk moest zijn op grond van het rechtsgelijkheidprincipe, dat als de ene vorm van kunstmatige voortplanting toegestaan wordt, de andere niet a-priori moet worden afgewezen zonder goede argumenten.
Via dit prospectief opgezette onderzoek hebben we getracht een uitspraak te doen gebaseerd op wetenschappelijke en emotioneel onderbouwde argumenten.

Beantwoording onderzoeksvraag
De eindconclusie van het onderzoek is dat hoogtechnologisch draagmoederschap een vorm van voortplanting is die niet verworpen kan worden, mits aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Die voorwaarden stellen wij voor als uitgangspunten voor de toekomst. Ze bestaan uit instellen van een vast expertise- en intakecentrum, vaste psychologen voor psychodiagnostisch onderzoek en mogelijkheid tot psychologische begeleiding, het instellen van 3-4 IVF klinieken voor uitvoering van deze gespecialiseerde IVF procedure, vaste juristen en vaste contacten met de Raad voor de Kinderbescherming.

Financiële consequenties
De financiële consequenties zijn tot nu toe voor het grootste gedeelte opgebracht door het onderzoeksteam. Het intakewerk en de psychologische interviews zijn op kosten van de onderzoekers uitgevoerd. Als we uitgaan van de benaming van draagmoederschap als “de eerste logeerpartij”, vinden de onderzoekers dat de logeerpartij nu wel lang genoeg heeft geduurd. Een goede gast geeft plezier bij het komen en bij het gaan.

Hoogtechnologisch draagmoederschap kan alleen maar doorgang vinden als er een all-in tarief wordt vastgesteld voor een hoogtechnologisch draagmoederschapprocedure, waarin vergoedingen zijn opgenomen voor:

- Expertise- en intakecentrum voor checken inclusiecriteria, drie intakegesprekken, eerste medische handelingen, telefonisch spreekuur of evaluatiegesprekken en administratieve verwerking, ook naar de verwijzers en verdere behandelaars toe (coördinatiefunctie)
- Psychologen voor het verrichten van psychodiagnostisch onderzoek naar draagkracht, vrijwilligheid en psychopathologie ter ondersteuning van de selectie voor in- en exclusie bij draagmoederschapbehandelingen
- IVF behandelingen met een toeslag bij noodzaak tot abdominale puncties
- Juristen voor regeling rondom adoptie
- Psychologen indien (na)zorg nodig blijkt te zijn
- Ethici voor second opinion centrum

Gezien de beperkte groep die in aanmerking komt en het stelsel in Nederland, lijkt een tarief vanuit de zorgverzekeraars voor de eerste drie items, die onder de noemers medische behandeling vallen, het meest op zijn plaats. Het vragen van een eigen bijdrage zoals bij adoptie is dubieus, omdat anders dan bij adoptie de wensouders niet zeker zijn van het krijgen van een kind. Een prognose gebaseerd op de huidige gegevens uit ons onderzoek laat zien dat bijna de helft van de wensouders kinderloos zal blijven na de IVF procedure.
De structurele psychologische zorg zal in het pakket moeten worden opgenomen. De juridische procedure zal voor rekening van de wensouders kunnen komen naar analogie bij een adoptieprocedure en de psychologische hulp bij eventuele psychopathologie, al dan niet gedekt door hun eigen verzekering. Een second opinion bij ethici zal ten laste van de wensouders kunnen komen.

Bereidheid tot toewijzen van meerdere IVF centra voor draagmoederschap-procedure
Bovendien zullen drie Academische ziekenhuizen worden aangezocht die willen participeren in de uitvoering van de IVF procedures, naast het al bestaande centrum in Voorburg. Gezien de geografische positie en gezien de bereidwilligheid die er altijd onder gynaecologen van die ziekenhuizen heeft bestaan, ondanks afkeuring van ethische commissies of Raad van Bestuur, lijken drie van de Academische Ziekenhuizen in Groningen, Amsterdam, Utrecht en Leiden het meest voor de hand liggend. Op basis van de uitkomsten van dit proefschrift zal de al aanwezige bereidwilligheid van de academische gynaecologen vertaald moeten worden naar een herbezinning tot goedkeuring van het besluit van de Ethische commissies c.q. Raden van Bestuur van de academische ziekenhuizen.

Wachtlijst

In afwachting van een structurele financiering gaan de nieuwe aanvragen, op dit moment 12, voorlopig even in de ijskast (een symbolische uitdrukking met betrekking tot de cryo-embryo's uit ons onderzoek). Ethisch lijkt het echter niet verantwoord deze wensouders nog langer te laten wachten.

Los van de financiering afkomstig van VWS of de overkoepelende zorgverzekeraars is er een aanvraag voor een nieuw onderzoeksvoorstel ingediend, om, indien er een tarief voor draagmoederschap wordt ingesteld waardoor wij wat draagmoederschap betreft verder kunnen gaan, daarnaast een verlengd onderzoek te kunnen uitvoeren naar de medische, psychologische, juridische, maar vooral ethische aspecten op een steeds groter wordende onderzoeksgroep.

12.6 Aanbevelingen voor de toekomst

De bovenstaande conclusies zijn uitgewerkt (Wijmen, van [150)] in de volgende hoofdstukken van het proefschrift: de checklist (hoofdstuk 13), het stroomdiagram (hoofdstuk 14), de contracten (hoofdstuk 15 en 16) en in de bijlagen: advies voor Ministerie van VWS en advies voor herziening NVOG richtlijn.

13. Aanbevelingen: Checklist intake gynaecoloog in chronologische volgorde

Telefonische afspraak bij intake centrum

- ❑ Regelen 1e afspraak en vragen om:
  - o Naam en ziekenhuis verwijzer
  - o Semenanalyse via huisarts
  - o HIV testen wens- en draagouders
  - o Meenemen van kopieën van medische gegevens wens- en draagouders voor zover in bezit
  - o Kopieën van rijbewijs of paspoort laten meenemen ten behoeve van latere juridische procedure

Eerste consult intakecentrum

- ❑ Checken inclusiecriteria wens- en draagmoeder
- ❑ Checken uitslagen semenanalyse en HIV testen
- ❑ Uitleg geven over potentieel risico van HIV besmetting of andere overdraagbare aandoening na afnemen van testen
- ❑ Toestemmingsformulier tot opvragen medische gegevens wensmoeder laten tekenen
- ❑ Toestemmingsformulier tot opvragen medische gegevens draagmoeder laten tekenen
- ❑ Uitleg geven over de toekomstige procedure
  - o Wijzen op antecedentenonderzoek bij adoptieprocedure
  - o Wijzen op problemen rondom adoptie van Nederlanders die in het buitenland wonen, afspraak laten maken bij vaste advocaten (en via hen de Raad voor de Kinderbescherming) alvorens verder te gaan met procedure
  - o Wijzen op problemen rondom adoptie van mensen die niet de Nederlandse nationaliteit bezitten, afspraak laten maken bij vaste advocaten (en via hen de Raad voor de
  - o Kinderbescherming) alvorens verder te gaan met procedure
  - o Bij taalbarrière wijzen op problemen met medische en psychologische intake, tolk laten regelen door wensouders, tolkenkosten voor hun rekening.
- ❑ Meegeven van stroomdiagram
- ❑ Meegeven van contract tussen wens- en draagouders
- ❑ Meegeven van contract tussen behandelaars en wens/draagouders
- ❑ Meegeven van recepten voor foliumzuur voor wens- en draagmoeder
- ❑ Afnemen cytologie
- ❑ Afnemen cervixkweken
- ❑ Indien chromosomaal onderzoek van wensouders geïndiceerd is, dit inzetten
- ❑ Regelen goede anticonceptie in wachttijd voor draagmoederschapprocedure van draagouders
- ❑ Maken van afspraak 2e consult zes weken later

Tweede consult intakecentrum:

- ❑ Doorspreken medische gegevens wens- en draagmoeder
- ❑ Doornemen contract behandelaars en wens/draagouders: indien niet geheel doorgesproken nieuwe afspraak maken

- Bij levensbedreigend ziek indien zwanger bij verwijzer navragen of hormonale stimulatie wel toegestaan is en onder welke aanvullende voorwaarden
- Afspraak maken voor psychologische intake zes weken later
- Afspraak maken voor 3e consult tien weken later (vier weken na psychologisch interview)
- Checken of er behoefte aan lotgenotencontact is

Afspraak psycholoog
- Afnemen interviews met wens- en draagouders
- Bij risicofactoren eventueel tweede gesprek regelen
- Bij risicofactoren psychologische begeleiding regelen als structurele hulp

Derde consult intakecentrum:
- Verzekeringen geregeld?
- Testament geregeld?
- Is er behoefte aan psychologische begeleiding of hulp van maatschappelijk werk?
- Melden dat hulp altijd ingeroepen kan worden via huisarts of melding maken bij intake gynaecoloog die begeleiding in de buurt van betrokkene zal zoeken
- Tijden doorgeven van telefonisch spreekuur intakecentrum en van psycholoog
- Afspraken maken waar de IVF behandeling zal plaatsvinden
- Afspraken maken waar een eventuele zwangerschapsbegeleiding zal plaatsvinden
- Afnemen Hb, BSE, leuco's, Rubella, lues, Hepatitis B
- Indien abdominale punctie nodig is wijzen op narcose en verwijzen naar daartoe gespecialiseerd IVF centrum
- Regelen van afspraak in IVF centrum met begeleidende brief
- Afspreken dat wensouders het intakecentrum maandelijks per e-mail kort op de hoogte houden van de voortgang tijdens de verdere procedure

IVF centrum
- Meegeven voorlichtingsinformatie IVF behandelingen
- Uitzoeken of hormonale stimulatie toegestaan is
- Doorspreken stimulatie schema
- Indien aanwezig in centrum maatschappelijk werk of psychologische begeleiding aanbieden indien gewenst
- Meegeven van telefoonnummers voor informatie, m.n. over medicatie, ook in weekenden
- Verklaring tekenen over bewaartermijn cryo-embryo's
- Toestemmingsformulier laten tekenen dat informatie van IVF centrum naar intake gynaecoloog mag worden gestuurd.

Zwangerschap
- Chorionbiopt, NT meting, tripletest of amnionpunctie geïndiceerd of gewenst?
- Contact met advocaten Mr. H.J.M. van Arkel, SMS advocaten te Arnhem of Mr. M.M. Schoots, Boekel de Nerée te Amsterdam in 12e zwangerschapsweek
- Contact met Raad voor de Kinderbescherming (hoofdkantoor Mr. J. Polders/Mr. M. Klarenberg) in 12e week via de advocaten
- Aandringen op bevalling in tweede lijn (medische indicatie voor zwangerschap en bevalling)

- Toestemmingsformulier laten tekenen dat informatie over zwangerschap en bevalling naar intake gynaecoloog mag worden gestuurd
- Meegeven lactatieprotocol en eventuele medicatie hiervoor
- Aan behandelaar vragen om regelmatige echo's ter versteviging van het moedergevoel, als compensatie van niet voelen van leven door wensmoeder

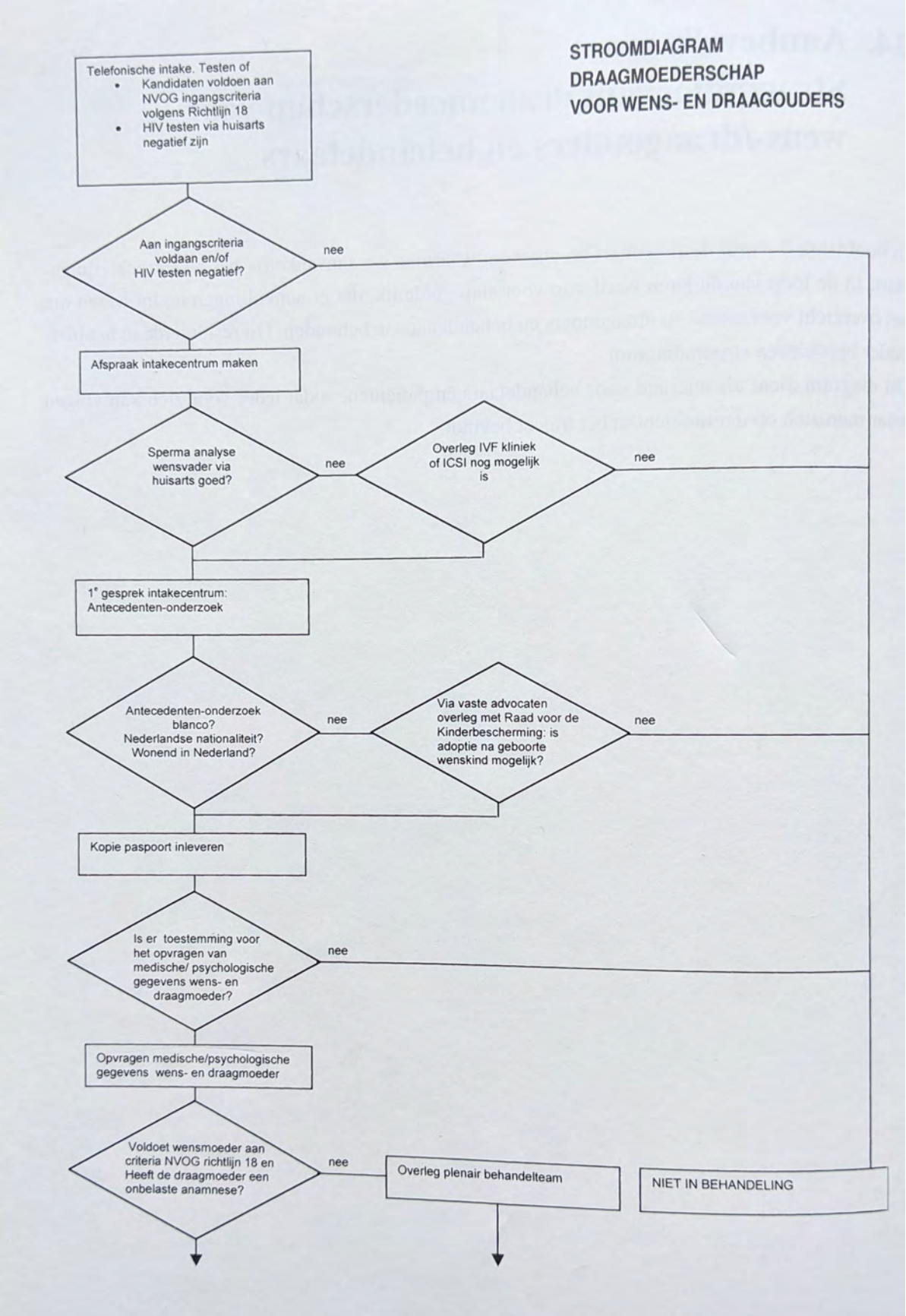
Adoptieprocedure
- Contact met vaste advocaten en via de advocaten met het hoofdkantoor van de Raad voor de Kinderbescherming vanaf de 12e zwangerschapsweek met
- Begeleidende brief van draagmoederschapteam van de advocaten

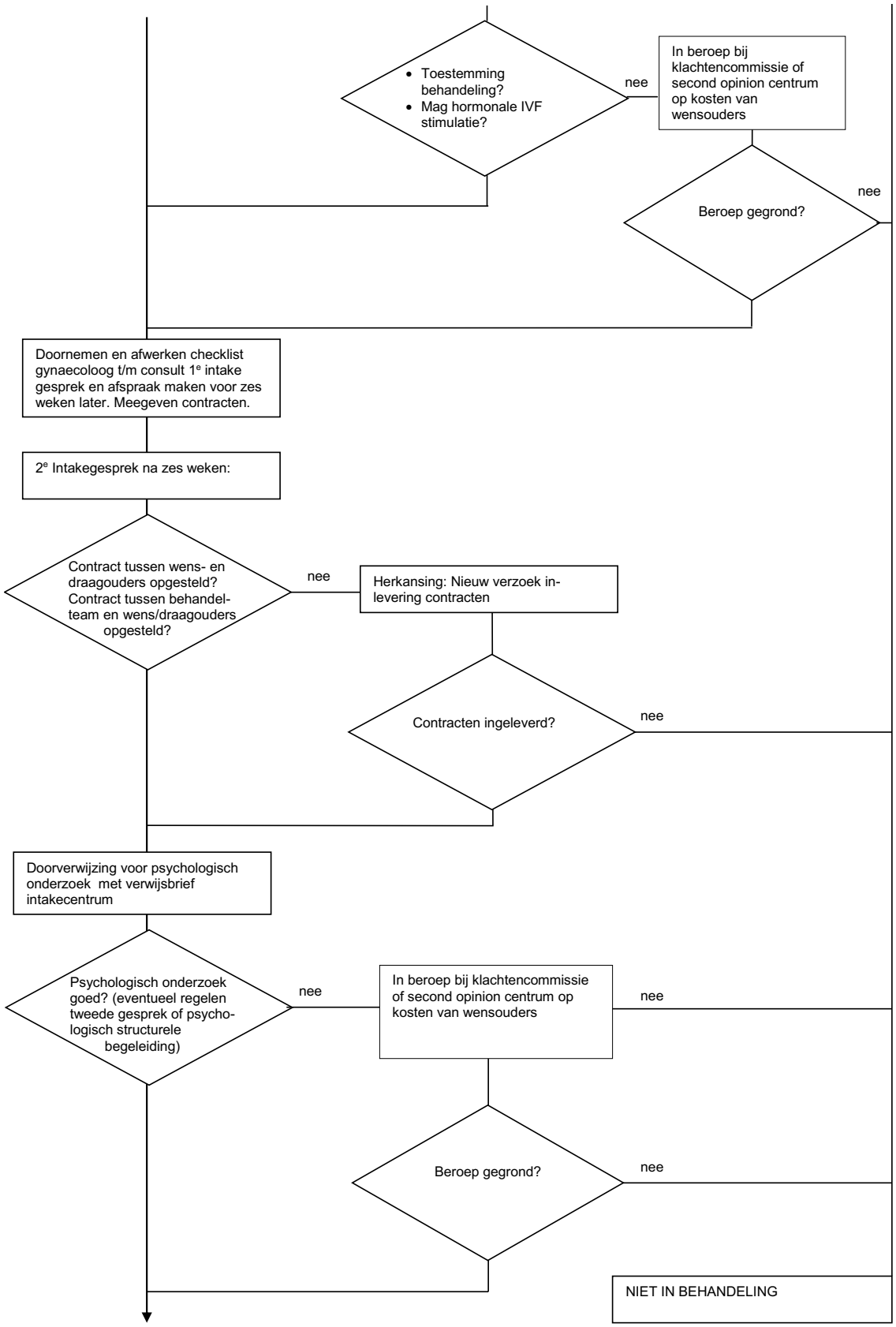
Bevalling
- Ziekenhuis op de hoogte stellen via draagmoeder dat alle vier de betrokkenen op de verloskamer zullen zijn bij in partu komen
- Overdracht van baby direct na de bevalling aan wensmoeder
- Regelen van extra kraambed, zodat zowel wens- als draagmoeder kraamhulp hebben
- Letten op anti-D draagmoeder, indien geïndiceerd
- Lactatieremming medicatie voor draagmoeder, indien zij dit wenst

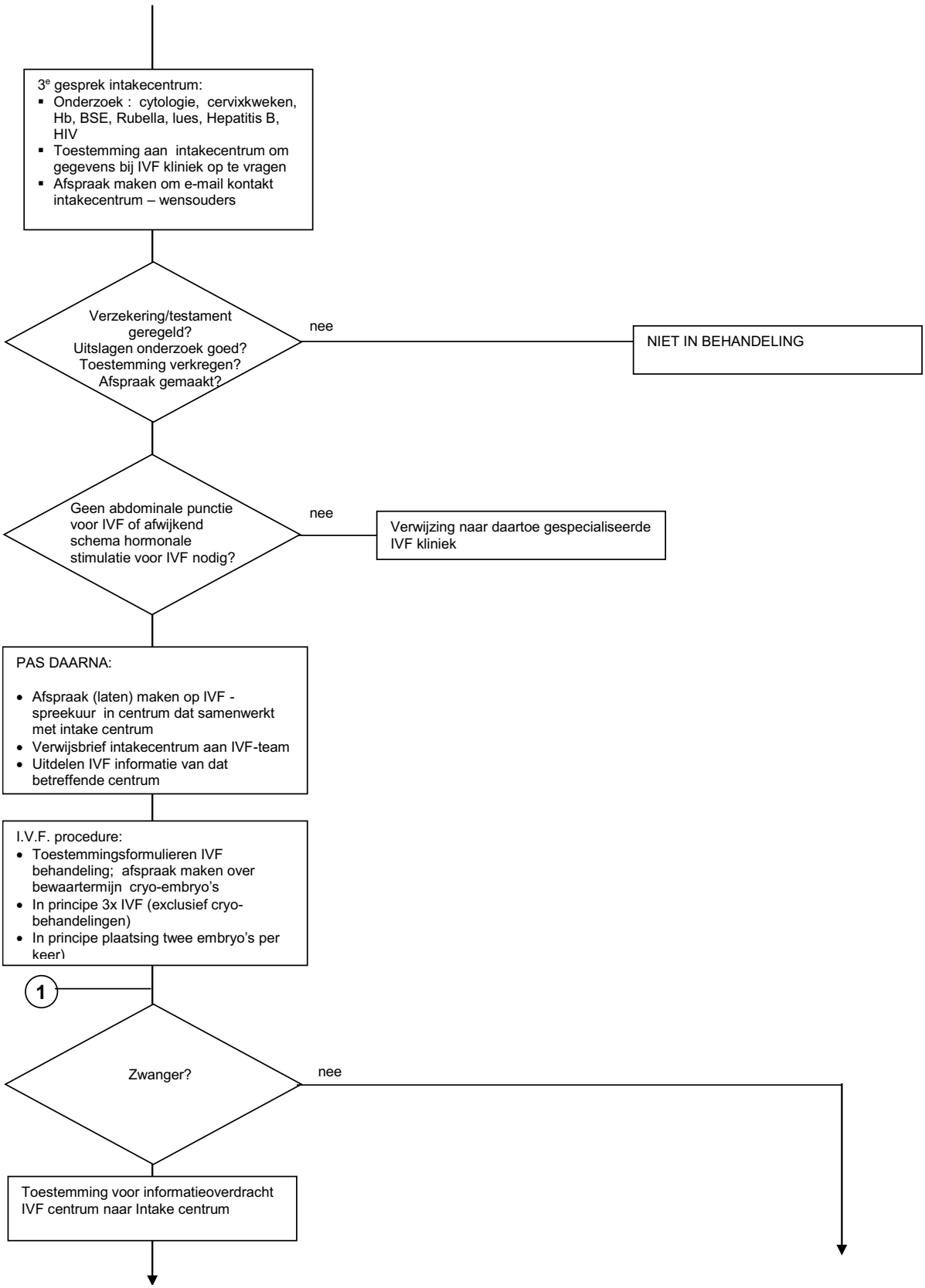
Nazorg
- Melden van bevalling aan advocaten voor vervolg juridische procedure
- Wensouders geboortekaartje laten sturen aan intakecentrum, psycholoog en IVF centrum
- Vragen om in principe akkoord voor na onderzoek jaren later van wenskinderen

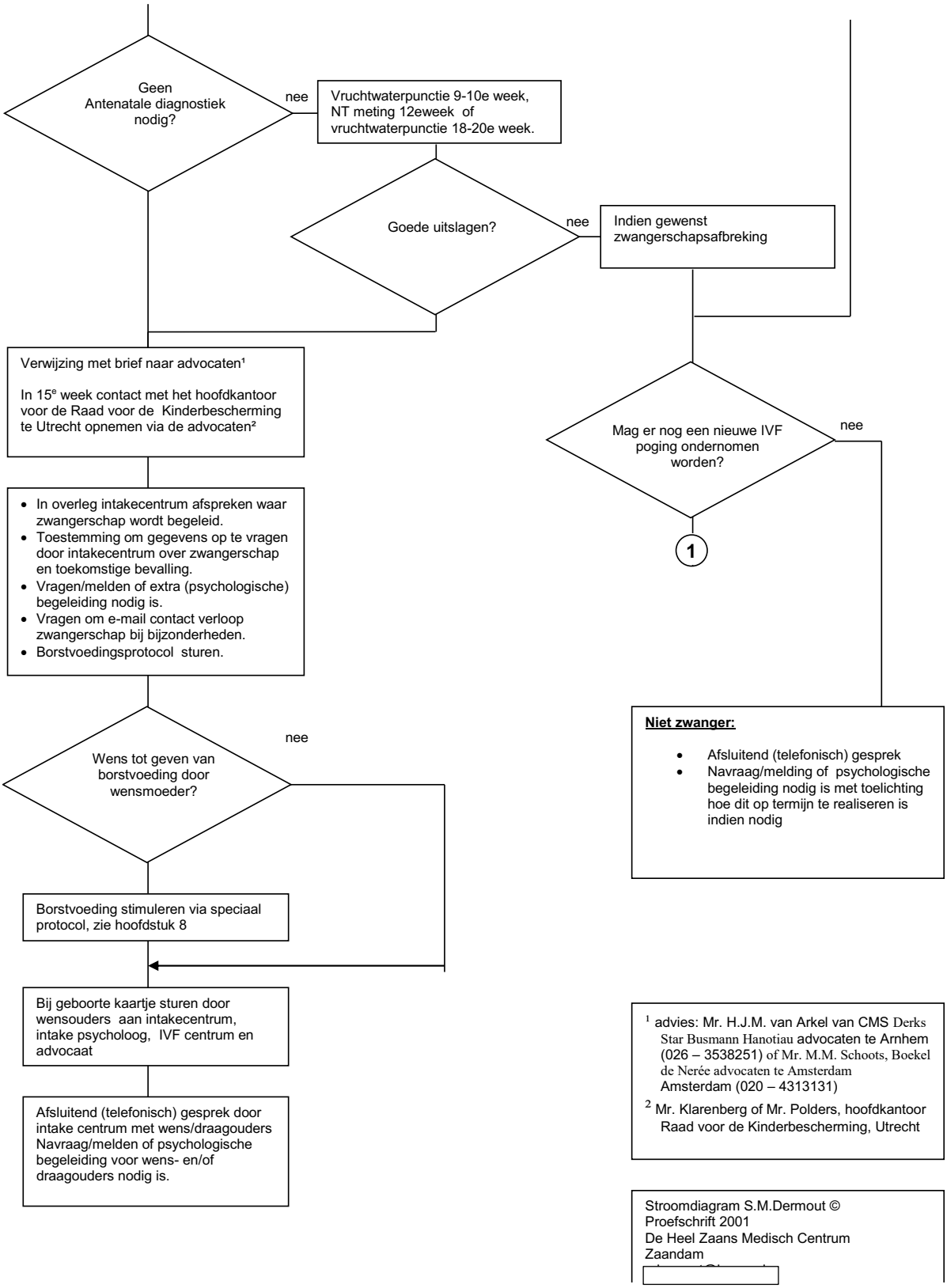
14. Aanbevelingen:
Stroomdiagram draagmoederschap voor wens-/draagouders en behandelaars

In hoofdstuk 4 wordt de flowchart beschreven, waarmee we aanvankelijk het onderzoek zijn gestart. In de loop van de jaren werd stap voor stap duidelijk, dat er aanvullingen nodig waren om het overzicht voor wens- en draagouders en behandelaars te behouden. Dit resulteerde in het hieronder beschreven stroomdiagram.
Dit diagram dient als leidraad voor behandelaars èn patiënten, zodat ieder voor zich kan volgen waar men zich op dat moment in het traject bevindt.


STROOMDIAGRAM
DRAAGMOEDERSCHAP
VOOR WENS- EN DRAAGOUDERS
Telefonische intake. Testen of
Kandidaten voldoen aan NVOG ingangscriteria volgens Richtlijn 18
HIV testen via huisarts negatief zijn
Aan ingangscriteria voldaan en/of HIV testen negatief?
nee
Afspraak intakecentrum maken
Sperma analyse wensvader via huisarts goed?
nee
Overleg IVF kliniek of ICSI nog mogelijk is
nee
1e gesprek intakecentrum: Antecedenten-onderzoek
Antecedenten-onderzoek blanco? Nederlandse nationaliteit? Wonend in Nederland?
nee
Via vaste advocaten overleg met Raad voor de Kinderbescherming: is adoptie na geboorte wenskind mogelijk?
nee
Kopie paspoort inleveren
Is er toestemming voor het opvragen van medische/ psychologische gegevens wens- en draagmoeder?
nee
Opvragen medische/psychologische gegevens wens- en draagmoeder
Voldoet wensmoeder aan criteria NVOG richtlijn 18 en Heeft de draagmoeder een onbelaste anamnese?
nee
Overleg plenair behandelteam
NIET IN BEHANDELING


• Toestemming behandeling?
• Mag hormonale IVF stimulatie?
nee
In beroep bij klachtencommissie of second opinion centrum op kosten van wensouders
Beroep gegrond?
nee
Doornemen en afwerken checklist gynaecoloog t/m consult 1e intake gesprek en afspraak maken voor zes weken later. Meegeven contracten.
2e Intakegesprek na zes weken:
Contract tussen wens- en draagouders opgesteld? Contract tussen behandel-team en wens/draagouders opgesteld?
nee
Herkansing: Nieuw verzoek in-levering contracten
Contracten ingeleverd?
nee
Doorverwijzing voor psychologisch onderzoek met verwijsbrief intakecentrum
Psychologisch onderzoek goed? (eventueel regelen tweede gesprek of psycho-logisch structurele begeleiding)
nee
In beroep bij klachtencommissie of second opinion centrum op kosten van wensouders
nee
Beroep gegrond?
nee
NIET IN BEHANDELING


3e gesprek intakecentrum:
Onderzoek : cytologie, cervixkweken, Hb, BSE, Rubella, lues, Hepatitis B, HIV
Toestemming aan intakecentrum om gegevens bij IVF kliniek op te vragen
Afspraak maken om e-mail kontakt intakecentrum – wensouders
Verzekering/testament geregeld?
Uitslagen onderzoek goed?
Toestemming verkregen?
Afspraak gemaakt?
nee
NIET IN BEHANDELING
Geen abdominale punctie voor IVF of afwijkend schema hormonale stimulatie voor IVF nodig?
nee
Verwijzing naar daartoe gespecialiseerde IVF kliniek
PAS DAARNA:
Afspraak (laten) maken op IVF - spreekuur in centrum dat samenwerkt met intake centrum
Verwijsbrief intakecentrum aan IVF-team
Uitdelen IVF informatie van dat betreffende centrum
I.V.F. procedure:
Toestemmingsformulieren IVF behandeling; afspraak maken over bewaartermijn cryo-embryo's
In principe 3x IVF (exclusief cryo-behandelingen)
In principe plaatsing twee embryo's per keer)
1
Zwanger?
nee
Toestemming voor informatieoverdracht IVF centrum naar Intake centrum



[1] advies: Mr. H.J.M. van Arkel van CMS Derks Star Busmann Hanotiau advocaten te Arnhem (026 – 3538251) of Mr. M.M. Schoots, Boekel de Nerée advocaten te Amsterdam Amsterdam (020 – 4313131)

[2] Mr. Klarenberg of Mr. Polders, hoofdkantoor Raad voor de Kinderbescherming, Utrecht

Stroomdiagram S.M.Dermout ©
Proefschrift 2001
De Heel Zaans Medisch Centrum
Zaandam

15. Aanbevelingen:
Contract tussen wens- en draagouders

De ondergetekenden:

- . . . . . (Naam)
  geboren op . . . . . te . . . . . .
  hierna te noemen: **de wensmoeder,**

  en

- . . . . . (Naam)
  geboren op . . . . . te . . . . . .
  hierna te noemen: **wensvader,**

beiden hierna te noemen**: de wensouders,**

en

- . . . . . (Naam)
  geboren op . . . . . te . . . . . .
  hierna te noemen: **de draagmoeder,**

  en (indien van toepassing)

- . . . . . (Naam)
  geboren op . . . . . te . . . . . .
  hierna te noemen: **de draagvader:**

beiden hierna te noemen**: de draagouders,**

partijen overwegen (preambule):

- De draagmoeder is bereid, met instemming van alle partijen, een hoogtechnologisch draagmoederschap/IVF procedure te ondergaan en bij een daaruit ontstane zwangerschap het kind te dragen voor de wensouders. Haar eventuele partner stemt daarmee in. De uitdrukkelijke bedoeling van alle partijen is dat het kind (verder daaronder ook te begrijpen een eventuele meerling), dat daaruit mocht ontstaan direct na de geboorte door de wensouders als zijnde hun kind zal worden verzorgd en opgevoed en in de toekomst door hen zal worden geadopteerd. Partijen handelen uit hoofde van ideële motieven en niet om enig materieel voordeel te behalen. Het is hen bekend dat het meewerken aan of bemiddelen in commercieel draagmoederschap in Nederland bij de Wet verboden is.

- Zowel wens- als draagouders beseffen dat dit contract een zwaarwegend karakter heeft voor beide ouderparen. Alle partijen realiseren zich dat bindende afspraken omtrent zwangerschap (en afbreking daarvan), afstand en opneming van het kind, erkenning, voogdij, adoptie en erfrecht niet gemaakt kunnen worden zolang de wet zegt dat de moeder degene is die het kind baart, totdat via adoptie het moeder- of ouderschap wordt verkregen door de wensmoeder/ouders. Over de andere punten uit het contract kunnen bindende afspraken worden gemaakt.
- Het kind, door de draagmoeder gedragen, zal worden verkregen via hoogtechnologisch draagmoederschap/IVF en is derhalve in genetisch opzicht volledig het eigen kind van de wensouders.

Partijen zijn het volgende overeengekomen:

Basisvoorwaarden

1. De wensouders zullen het kind onvoorwaardelijk als het hunne opnemen, verzorgen en opvoeden. Ook in geval het kind een meerling blijkt te zijn, dan wel geestelijk of lichamelijk niet geheel volwaardig. Hierbij gelden niet alleen genetische afwijkingen die doorgegeven zijn door de wensouders zelf, maar ook afwijkingen die ontstaan zijn door problemen in de zwangerschap of bevalling.
2. In geval van een meerling zullen alle kinderen worden afgestaan door de draagouders.
3. In het zeldzame geval dat de wensmoeder nog een baarmoeder heeft en zelf onverwacht zwanger wordt tijdens de procedure, zullen de wensouders het kind accepteren.
4. De draagouders hebben de beslissende en laatste stem indien leven of gezondheid van de draagmoeder tijdens de zwangerschap of bevalling in geding komt. Indien de draagmoeder niet bij machte is haar mening te geven, zal de beslissing genomen worden door de draagvader, uiteraard in overleg met de behandelend gynaecoloog.
5. De wensouders hebben de beslissende en laatste stem indien leven of gezondheid van het nog ongeboren kind in geding is.
6. Indien er een situatie ontstaat waarbij zowel draagmoeder als kind in gevaar zijn, prevaleert leven of gezondheid van de draagmoeder.
7. Indien door de in onderling overleg afgesproken vruchtwaterpunctie blijkt dat de foetus genetisch afwijkend is en de wensouders willen het kind niet houden, maar de draagmoeder weigert tegen afspraak in een zwangerschapsafbreking, dan houden de draagouders het kind en zal het niet aan de wensouders worden overgedragen

Voorwaarden voor aanvang procedure

8. Wens- en draagouders zijn zich bewust van het potentiële risico op een HIV (aids) of andere sexueel overdraagbare ziekte. Na bloedtesten met een goede uitslag onthouden wens- en draagouders zich van activiteiten waardoor zij alsnog risico lopen op een infectie.

9. De draagmoeder neemt in overleg met de gynaecoloog dusdanige voorzorgen en zal zich dusdanig gedragen dat er niet aan getwijfeld behoeft te worden dat een tot stand gekomen zwangerschap het gevolg is van de IVF-behandeling. Bij gerechtvaardigde twijfel kunnen de wensouders een vaderschapstest eisen.
10. Voor de zwangerschap dienen er afspraken te worden gemaakt over prenatale diagnostiek. Indien de wensmoeder, van wie de eicellen afkomstig zijn, ouder is dan 36 jaar, is vruchtwaterpunctie, vlokkentest, tripletest of NT meting geïndiceerd. Er moet overleg zijn geweest of de wens- en/of draagmoeder psychisch in staat is een medische abortus te ondergaan, indien er een afwijking wordt gevonden. Indien de wens- en/of draagmoeder hier principieel op tegen zijn, moet dit schriftelijk vastgelegd worden.

Voorwaarden tijdens IVF procedure en zwangerschap

11. Het aantal IVF pogingen zal in principe drie zijn. De draagmoeder is in principe bereid dit driemaal te ondergaan. Wens- en draagouders hebben nagedacht over de mogelijkheid van miskramen na IVF pogingen. Er zijn afspraken gemaakt over het te volgen beleid na een ernstige miskraam of vroeggeboorte. De draagmoeder heeft te allen tijde het recht om af te zien van verdere pogingen.
12. Tussen de wens- en draagouders zijn afspraken gemaakt over (het staken van) roken, alcohol, drugs en/of andere middelen die de foetus kunnen schaden. Voor het overige zullen de draagmoeder en haar partner de instructies opvolgen van de betrokken IVF kliniek en de voorgeschreven procedure naleven. Partijen zullen hun medewerking verlenen aan alle vereiste testen.
13. De wensouders verplichten zich om te helpen als het huishouden van de draagouders door zwangerschap, bevalling of miskraam ontregeld raakt. Dit kan geschieden door persoonlijke hulp of door inhuren van personeel.
14. De wensmoeder zal de draagmoeder zoveel mogelijk begeleiden bij de IVF procedures en zwangerschapscontroles.
15. De wensouders nemen in de 12e week van de zwangerschap via een daartoe terzake kundige jurist[5] het initiatief tot het in gang zetten van waarborgen voor het toekomstige wenskind. Hierbij moet worden gedacht aan het opmaken van een testament, wie de voogdij krijgt in de tijd tot de adoptie een feit is bij onverhoopt overlijden van beide wensouders en het starten van de adoptieprocedure. De draagouders zeggen hun onvoorwaardelijke medewerking toe aan deze procedure.
16. De wensouders zullen via de jurist bij de Raad van de Kinderbescherming toestemming vragen om het kind in hun gezin te mogen opnemen door ontheffing van het ouderlijk gezag van de draagmoeder/draagouders. Partijen verstaan dat indien geen toestemming wordt verkregen en het kind toch wordt opgenomen de wensouders strafbaar zijn.
17. De wensouders zijn bereid het gezag over het kind (testamentair of door de rechter opgedragen) te aanvaarden. Zij zullen via de jurist zodra het wettelijk mogelijk is een adoptieverzoek voor het kind indienen.

[5] Mr. H.J.M. van Arkel, CMS Derks Star Busmann Hanotiau advocaten te Arnhem of Mr. M.M. Schoots, Boekel de Nerée advocaten te Amsterdam

18. Tot de adoptieprocedure is voltooid zijn de wensouders pleegouders van het kind.
19. De draagmoeder zal op adequate wijze zorgdragen voor het inlichten van haar werkgever betreffende de toekomstige zwangerschap.

Voorwaarden tijdens en vlak na de geboorte

20. Zowel de wens- als draagouders zijn aanwezig bij de geboorte. Na de geboorte zal het kind direct aan de wensouders worden overhandigd.
21. De plaats waar de geboorte plaatsvindt is ter keuze van de draagmoeder. Er wordt geadviseerd de geboorte, gezien de nog niet bekende medische risico's bij draagmoederschap, onder medische begeleiding plaats te laten vinden, waarbij de draagmoeder zelf een behandelend gynaecoloog voorstelt. Hierover kan zij advies vragen aan het intake-team.
22. De draagouders zullen het kind de voornamen geven, die hen op schrift door de wensouders zullen worden opgegeven. De draagouders zullen, eventueel in aanwezigheid van (een van de) wensouders, conform aangifte doen bij de Burgerlijke Stand. Direct na de geboorte zullen de draagouders het kind blijvend aan de wensouders overhandigen ter verdere verzorging en opvoeding.
23. Er worden voor de geboorte afspraken gemaakt over de aanwezigheid van draagouders tijdens de kraamperiode.
24. Wens- en draagouders hebben afspraken gemaakt over de openheid naar de buitenwereld. Er zijn direct na het ontstaan van een zwangerschap afspraken gemaakt over het al dan niet inlichten van familie, omgeving, kinderen van draag- en eventueel van de wensouders. Er dient ook in psychologische zin extra aandacht te zijn voor de opvang van de reeds aanwezige kinderen van de wens en/of draagouders.
25. Er zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop het kind later ingelicht zal worden over de juiste toedracht rondom zijn/haar geboorte
26. Over de wijze en frequentie van contact van de draagouders na de geboorte van het kind, zijn zodanige afspraken gemaakt dat zowel de wens- als draagouders zich daar gelukkig bij voelen.

Kosten en verzekeringen

27. Alle kosten die de draagouders maken in verband met het draagmoederschap zoals IVF behandelingen (zulks onafhankelijk van het resultaat), zwangerschap, bevalling, kraamhulp, reiskosten, afsluiten van verzekeringen, medische en/of psychologische consulten, zwangerschapsbenodigdheden zoals kleding en aangepast voedsel zijn onvoorwaardelijk voor rekening van de wensouders, voorzover deze niet door een (sociale) verzekering zijn gedekt en voorzover bijzondere omstandigheden zich hiertegen niet verzetten. De draagmoeder/draagouders zullen ervoor zorgdragen dat zij verzekerd zijn voor ziektekosten. Voor het aangaan van de procedure wordt door de wens- en draagouders hiervoor een bedrag begroot dat als richtlijn zal dienen en dat schriftelijk vastgelegd dient te worden in deze overeenkomst. Richtlijn voor de niet medische en/of

psychologische kosten is 2000 euro exclusief de vergoeding aan de draagouders voor de afgesloten verzekeringen.

28. De wensouders dragen vanaf het moment dat het kind aan hen bij de geboorte is overgedragen de algehele financiële verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding van het kind en zullen de draagouders tegen iedere aanspraak terzake vrijwaren.
29. De draagouders dragen zorg voor het sluiten van een aantal verzekeringen, waarbij de wensouders hiervoor alle kosten voor hun rekening dienen te nemen. Deze verzekeringen dienen te worden afgesloten nadat het onderzoeksteam toestemming heeft gegeven tot het aangaan van de IVF procedures, doch voordat de zwangerschap via de IVF methode tot stand wordt gebracht. Gedacht moet worden aan:
    - Overlijdensrisicoverzekering op het leven van de draagmoeder ten gunste van de draagvader met als verzekerd kapitaal 350.000 euro met een looptijd die begint bij de eerste IVF poging tot drie maanden na het einde van de zwangerschap. Dit bedrag dient om huishoudelijke hulp te verkrijgen waarmee de draagvader zijn gezin draaiende kan houden bij onverhoopt wegvallen van zijn echtgenote door complicaties van zwangerschap of bevalling.
    - Overlijdensrisicoverzekering op het leven van de wensmoeder en een op het leven van de wensvader ten gunste van de draagouders met als verzekerd kapitaal van elk 150.000 euro met een looptijd die begint bij het ontstaan van de zwangerschap totdat de adoptie een feit is. Dit bedrag dient voor het onderhoud en opvoeding indien de wensouders onverhoopt komen te overlijden voordat de daadwerkelijke adoptie een feit is en het dan wettelijke kind in het gezin van de draagouders zal moeten blijven.
    - Invaliditeitsverzekering en/of arbeidsongeschiktheidsverzekering indien van toepassing, voor de draagmoeder voor de gevolgen voortvloeiende uit de zwangerschap of bevalling in het kader van deze overeenkomst.
    - Eventuele gezinsverzekering, waarbij er huishoudelijke hulp voor langere tijd kan worden bekostigd, indien de draagmoeder na de bevalling of zwangerschap niet in staat is haar eigen gezin te verzorgen
    - Er dient nagegaan te worden of de ziektekostenverzekering van de draagmoeder de medische kosten van haar zwangerschap dekt.
    - Ten behoeve van het/de uit de onderhavige overeenkomst geboren kind(eren) wordt een ziektekostenverzekering gesloten door de wensouders.
    - De wensouders betalen de extra kraambedcontroles van huisarts of verloskundige, omdat zowel de wens- als draagmoeder kraambedbegeleiding nodig hebben en de zwangerschapsverzekering er slechts een dekt.
30. Mogelijke schade aan de zijde van de draagouders, welke voortvloeit uit de onderhavige zwangerschap en/of bevalling komt voor rekening van de wensouders, voor zover deze niet gedekt wordt door de afgesloten verzekeringen.
31. Indien de baby onverhoopt voor of tijdens de geboorte zal overlijden bepalen de wensouders de wijze van begraven en nemen ze de kosten daarvan voor hun rekening.
32. Indien de draagmoeder tijdens de zwangerschap nog geen 36 jaar is, dient een vruchtwaterpunctie vergoed te worden door de wensouders, omdat de verzekering bij iemand jonger dan 36 jaar deze niet zal vergoeden, tenzij er in de familie of bij voorgaande zwangerschappen genetische afwijkingen gevonden zijn.

Juridische aspecten

33. Zodra de zwangerschap bij de draagmoeder is vastgesteld, is het aan te raden dat de wensouders zorgdragen voor een aanvullend testament, waarin het wenskind als erfgenaam wordt benoemd. Indien de wensouders reeds kinderen hebben dient hierover vooraf te worden overlegd met de jurist. Het maken en de inhoud van een testament zijn in beginsel volledig vrij en kan zodoende niet rechtens worden afgedwongen.
34. Bij overlijden van de wensouders dienen er in hetzelfde testament bepalingen te worden opgenomen wie de voogdij op zich neemt van het wenskind. Sommige draagouders verklaren dit graag op zich nemen, andere draagmoeders zeggen juist dat ze het kind wel willen dragen, maar juist omdat ze een voltooid gezin hebben, bij onverhoopt overlijden van de wensouders, geen voogdij willen hebben. In de tijd dat de wensouders als pleegouders het kind opvoeden zijn de draagouders nog de wettelijke ouders en zullen het kind krijgen bij overlijden van de wensouders. Wel kunnen de wensouders in hetzelfde testament opnemen dat zij ook in de periode voor de adoptie, waarin zij het kind als pleegkind hadden, een ander als voogd willen aanwijzen en de wens uitspreken dat het kind in dat gezin zal worden opgenomen. Met dit testament kan dat gezin de contacten met de Raad voor de Kinderbescherming openen voor een hernieuwde adoptieprocedure, die dan geheel via de wegen van de Raad voor de Kinderbescherming zal lopen.
35. Een eventuele echtscheidingsprocedure van wens- of draagouders is niet van invloed op de verplichtingen en gevolgen voor beide partijen, voortvloeiend uit deze overeenkomst.

Gevolgen niet uitvoering

36. Ingeval onderhavige overeenkomst mocht worden ontbonden zijn ter zake alle relevante artikelen in het Burgerlijk Wetboek[17] van toepassing. Buitengerechtelijke ontbinding vindt plaats onder opgave van redenen middels een aangetekende brief aan de wederpartij onder gelijktijdige toezending van een afschrift van deze brief aan het intakecentrum.
37. Bij een voorkomende situatie als in artikel 7 vermeld, vervallen artikelen 27 en 28.
38. Bij niet nakoming van artikel 1 van deze overeenkomst door de wensouders en volledige nakoming van deze overeenkomst door de draagouders, blijven artikelen 27 en 28 onverminderd gelden.

Mediation

39. Wanneer een geschil, verband houdende met (een tekortkoming) in de uitvoering van deze overeenkomst niet door middel van overleg tussen partijen kan worden geregeld, zullen partijen, alvorens zich tot de bevoegde rechter te wenden, zich inspannen het geschil op te lossen door middel van mediation conform het reglement van de Stichting Nederlands Mediation Instituut[101,148], zoals dat luidt op de datum van de ondertekening van deze overeenkomst. Deze bepaling laat de bevoegdheid van partijen tot het nemen van conservatoire[6] maatregelen onverlet.

[6] beslaglegging

40. Indien het onmogelijk gebleken is een geschil als bedoeld in bovenvermeld artikel op te lossen met behulp van mediation, zal het geschil worden beslecht door de bevoegde rechter.

Handtekening wensmoeder **Handtekening draagmoeder**

Handtekening wensvader **Handtekening draagvader**

Contract[7] opgesteld op (datum)……. te (plaats) ……..

[7] voorbeeldcontract opgesteld door S.M.Dermout, gynaecoloog, mei 2001
(met dank aan Mr.H.J.M.van Arkel, Mr. Chr. Molenaar en Mr. M.M. Schoots voor hun waardevolle adviezen)

16. Aanbevelingen:
Contract tussen behandelteam en wens-/draagouders

De ondergetekenden:

- . . . . . (Naam)
  geboren op . . . . . te . . . . . .
  hierna te noemen: **de wensmoeder,**
  en
- . . . . . (Naam)
  geboren op . . . . . te . . . . . .
  hierna te noemen: **wensvader,**

beiden hierna te noemen**: de wensouders,**

en

- . . . . . (Naam)
  geboren op . . . . . te . . . . . .
  hierna te noemen: **de draagmoeder,**
  en (indien van toepassing)
- . . . . . (Naam)
  geboren op . . . . . te . . . . . .
  hierna te noemen: **de draagvader:**

beiden hierna te noemen**: de draagouders,**

en

- . . . . . (Naam)
  . . . . . (Ziekenhuis)
  hierna te noemen: **de intake - gynaecoloog,**
  en
- . . . . . (Naam)
  . . . . . (Ziekenhuis)
  hierna te noemen: **het IVF team**

beiden hierna te noemen**: de behandelaars,**

verklaren het volgende te zijn overeengekomen:

Uitgangspunten:

1. Na langdurige en zorgvuldige overweging hebben wensouders en draagouders besloten dat het door hoogtechnologisch draagmoederschap/IVF verkregen en in genetisch opzicht volledig "eigen kind" van de wensouders zal worden gedragen door de draagmoeder, en dat zij dit kind direct na de geboorte zal afstaan aan de wensouders.
2. De wens- en draagouders voldoen aan de ingangscriteria zoals opgesteld door de gynaecologenvereniging NVOG in hun Richtlijn[107] Draagmoederschap nr. 18, die met regelmaat door de beroepsvereniging zal worden gereviseerd. Deze richtlijn vermeldt leeftijden, indicaties waarop draagmoederschap kan plaatsvinden en de basiseisen die aan de draagmoeder worden gesteld. Het behandelteam is gemachtigd alle medische informatie op te vragen over wens- en draagouders, waarover zij denken te moeten beschikken om gefundeerde toestemming te kunnen geven tot het al dan niet uitvoeren van hoogtechnologisch draagmoederschap.
3. Gezien de bijzondere aard van de behandeling, de morele implicaties ervan en de belangen van de betrokkenen en het toekomstige kind, staat het het behandelteam te allen tijde vrij om om hen moverende redenen niet in te gaan op een verzoek tot draagmoederschap. Er geldt voor hoogtechnologisch draagmoederschap geen behandelplicht, zoals bij ziekte.
4. Het behandelteam verplicht zich zoveel mogelijk informatie ter beschikking te stellen waarop wens- en draagouders een gedegen afweging kunnen maken of zij met de procedure verder willen gaan. Hiertoe stelt de intake-gynaecoloog een stroomdiagram, een contract tussen wens- en draagouders, een contract tussen behandelaars en wens/draagouders en een lactatieprotocol ter beschikking. Van het IVF centrum zullen zij vervolgens het gebruikelijke voorlichtingsmateriaal ontvangen. Tevens zal een verklaring worden opgesteld waarin vermeld wordt wat er met eventueel overgebleven cryo-embryo's zal geschieden en hoe lang de bewaartermijn zal zijn.
5. De wensouders verklaren beiden geen strafblad te bezitten dat belastende informatie bevat, waardoor de toekomstige adoptieprocedure bemoeilijkt wordt of zelfs geen doorgang zal kunnen vinden. Indien er een strafblad aanwezig is, is het nodig voor aanvang van de intake contact op te nemen met de juristen die zich met draagmoederschap bezig houden[8], om te beoordelen of de strafbare feiten later aanleiding zullen geven tot problemen. Deze juridische zaken dienen te worden uitgezocht alvorens de psychologische intake kan starten. Eventueel kan contact worden opgenomen met de Raad voor de Kinderbescherming in verband met de adoptiereglementen.
6. Ter bescherming van het toekomstige kind zal, ook bij tijdsdruk in verband met leeftijden van wens- of draagmoeder, niet voorbij worden gegaan aan de zorgvuldigheid van de procedure. Het op de valreep bespoedigen van procedures en daarmee mogelijke afname in zorgvuldigheid in juridische, ethische of psychologische zin kan hierdoor niet worden gerechtvaardigd.

[8] Mr. H.J.M. van Arkel, CMS Derks Star Busmann Hanotiau advocaten te Arnhem of Mr. M.M. Schoots, advocaten Boekel de Nerée te Amsterdam

7. Een psychologisch onderzoek na het intakegesprek maakt deel uit van de procedure voor hoogtechnologisch draagmoederschap. Indien een van de wens- of draagouders hieraan niet wil meewerken, kan geen procedure worden gestart.
8. Wens- en draagouders verklaren alle vier de Nederlandse nationaliteit te hebben. Indien dit niet het geval is dient er voor de procedure overleg met juristen en de Raad van de Kinderbescherming te zijn of een adoptieprocedure na de geboorte van het kind wel tot de mogelijkheden kan behoren. Zolang dit niet uitgezocht is en het behandelteam daarvan geen officieel bewijs heeft gekregen, zal in belang van het toekomstige kind geen behandeling worden gestart.
9. Indien adoptie wel mogelijk zal zijn, maar de wens- en of draagouders de Nederlandse taal niet beheersen, zal de psychologische en medische procedure onmogelijk of bemoeilijkt worden. Alle kosten van vertaling of tolkenhulp en de berekening van extra tijd voor vertolking zal voor rekening van de wensouders komen. Indien er een volstrekte taalbarrière blijkt heeft het onderzoeksteam het recht niet op de procedure in te gaan.
10. Nederlandse wens- en of draagouders die in het buitenland wonen, kunnen eveneens geconfronteerd worden met problemen op juridisch gebied. Vooraf juridisch overleg is noodzakelijk en een verklaring voor het onderzoeksteam dat adoptie mogelijk is dient te worden overlegd. Extra kosten die gemaakt worden voor verblijf in Nederland dienen te worden betaald door de wensouders. Hoewel het behandelteam er in redelijkheid zoveel mogelijk aan zal doen bepaalde procedures te combineren, kan niet op grond van het feit in het buitenland te wonen, voorbij worden gegaan aan de zorgvuldigheid van de procedures op juridisch, medisch, ethisch en psychologisch gebied.

Basisvoorwaarden

11. Zowel wens- als draagouders beseffen dat dit contract een zwaarwegend karakter heeft en bindend is voor beide ouderparen. Alle partijen zijn zich er echter van bewust dat er geen juridische mogelijkheden zijn om naleving van het contract af te dwingen, indien een van beide partijen zich niet aan het contract houdt. Degene die het kind baart (de draagmoeder) is voor de wet de moeder, totdat via adoptie het moeder- of ouderschap wordt verkregen door de wensmoeder/ouders.

    De draagmoeder en haar eventuele partner verklaren dat zij het kind zullen dragen om uitsluitend ideële redenen, en niet om enig materieel voordeel te behalen. Het is hen bekend dat het meewerken aan of bemiddelen in commercieel draagmoederschap in Nederland bij de wet verboden is.

12. De wens- en draagouders verklaren dat zij het contract tussen wens- en draagouders hebben ingevuld en ondertekend en overleggen een kopie van dit contract voor het medisch dossier. Het behandelteam neemt hierdoor geen verantwoordelijkheid voor de inhoud van het contract tussen wens- en draagouders, maar beschouwt dit document als

een teken van zorgvuldigheid waaruit blijkt dat alle partijen hebben nagedacht over voorkomende zaken. Bij eventuele geschillen achteraf zal bijstand gezocht moeten worden bij een juridisch adviseur door de wens- of draagouders.

13. De wensouders accepteren het kind zonder enig voorbehoud, ook als het gehandicapt mocht zijn. Hierbij gelden niet alleen genetische afwijkingen die doorgegeven zijn door de wensouders zelf, maar ook afwijkingen die ontstaan zijn door problemen in de zwangerschap of bevalling.
14. In geval van een meerling zullen alle kinderen worden afgestaan aan de wensouders.
15. De draagouders hebben de beslissende en laatste stem indien leven of gezondheid van de draagmoeder tijdens de zwangerschap of bevalling in geding komt. Indien de draagmoeder niet bij machte is haar mening te geven, zal de beslissing genomen worden door de draagvader, uiteraard in overleg met de behandelend gynaecoloog.
16. De wensouders hebben de beslissende en laatste stem indien leven of gezondheid van het nog ongeboren kind in geding is.
17. Indien er een situatie ontstaat waarbij zowel draagmoeder als kind in gevaar zijn, prevaleert leven of gezondheid van de draagmoeder.
18. Indien door de in onderling overleg afgesproken vruchtwaterpunctie blijkt dat de foetus genetisch afwijkend is en de wensouders willen het kind niet houden, maar de draagmoeder weigert tegen afspraak in een zwangerschapsafbreking, dan houden de draagouders het kind en zal het niet aan de wensouders worden overgedragen
19. De wens- en draagouders beseffen ten volle dat er aan het doen van IVF procedures, hormoonstimulatie, punctie en plaatsing risico's zitten die in de gewone IVF literatuur zijn beschreven. Het behandelteam kan indien er geen contra-indicaties zijn gebleken uit gegeven inlichtingen, geen verantwoordelijkheid nemen voor lichamelijke of psychische schade die er door de gewenste procedure optreedt, indien uiterste zorgvuldigheid is betracht.
20. Hetzelfde geldt voor het doormaken van zwangerschap en bevalling. Het feit dat de draagmoeder bij haar eigen zwangerschappen "bewezen" heeft geen problemen te hebben gehad is geen garantie voor een probleemloze zwangerschap en bevalling van een draagkind.

Voorwaarden voor aanvang procedure

21. De wensvader is bereid voordat de gehele procedure start een semenanalyse te laten verrichten. Bij een matige semenkwaliteit kan een gecombineerde ICSI/IVF procedure worden overwogen. Bij een slechte kwaliteit moet mogelijk van draagmoederschap worden afgezien.
22. Wens- en draagouders zijn bereid voordat de gehele procedure start HIV testen te ondergaan. Bij een positieve test van een van de vier betrokkenen zal afgezien worden van de procedure tot draagmoederschap.

23. De wens- en draagouders zijn bereid tot het laten verrichten van de in Nederland gebruikelijke vooronderzoeken bij een zwangerschap zoals HIV- (aids), Rubella- (Rode Hond), Lues- (syfilis) en Hepatitis B (geelzucht) testen in het bloed en de wens- en draagmoeder tot het laten verrichten van een uitstrijkje, indien geïndiceerd, en baarmoederhalskweken op gonorroe, chlamydia en banale bacteriën.
24. Wens- en draagouders zijn zich bewust van het potentiële risico op een HIV (aids) of andere infectie door de lange incubatieperiode van deze ziekten. Zowel wens- als draagouders zijn zich ervan bewust dat er "verse eicellen en zaad" van de wensouders worden gebruikt. Ook na goede testuitslagen kunnen zich alsnog infecties openbaren, wat besmetting van de draagmoeder tot gevolg kan hebben. Dit is niet te voorkomen door het medisch team. Na bloedtesten met een goede uitslag onthouden wens- en draagouders zich van activiteiten waardoor zij alsnog risico lopen op een infectie.
25. De wens- en de draagmoeder starten tijdig met de inname van foliumzuur 0,5 mg op advies van hun behandelend gynaecoloog.
26. De draagmoeder neemt in overleg met de gynaecoloog dusdanige voorzorgen dat zij tijdens de behandelingsperiode niet zwanger kan worden van haar eigen partner. Bij grote en gerechtvaardigde twijfels kunnen de wensouders een vaderschapstest eisen.
27. Voor de zwangerschap dienen er afspraken te worden gemaakt over prenatale diagnostiek:
    - Indien de wensmoeder, van wie de eicellen afkomstig zijn, ouder is dan 36 jaar, is vruchtwaterpunctie, vlokkentest, tripletest of NT meting geïndiceerd.
    - Zijn de wens- en/of draagmoeder psychisch in staat een medische abortus te ondergaan, indien er een afwijking wordt gevonden of zijn wens- en/of draagmoeder hier principieel op tegen?
28. Er zal niet zelfstandig publiciteit worden gezocht anders dan in overleg met het behandelingsteam.

Voorwaarden tijdens IVF procedure en zwangerschap

29. De periode waarbinnen een zwangerschap tot stand zal worden gebracht is maximaal binnen een half jaar nadat het behandelingsteam heeft verklaard dat partijen aan alle voorwaarden voldoen en (in volgorde van de wachtlijst) aan de beurt zijn, tenzij zowel de wens- als draagouders verklaren uitstel te wensen.
30. Het aantal IVF pogingen in het onderzoek zal in principe drie zijn. De draagmoeder is in principe bereid dit driemaal te ondergaan. Wens- en draagouders hebben nagedacht over de mogelijkheid van miskramen na IVF pogingen. Er zijn afspraken gemaakt over het te volgen beleid na een ernstige miskraam of vroeggeboorte. De draagmoeder heeft te allen tijde het recht om af te zien van verdere pogingen.
31. Het aantal embryo's dat wordt geplaatst zal in principe twee zijn. In overleg kan hiervan worden afgeweken.

32. Tussen de wens- en draagouders zijn afspraken gemaakt over (het staken van) roken, alcohol en/of andere middelen die de foetus kunnen schaden.
33. Indien er vragen zijn over de hormonale stimulatie dient contact opgenomen te worden met de betreffende IVF kliniek, aangezien iedere kliniek zijn eigen schema's en uitvoeringen kent.
34. De wensmoeder zal de draagmoeder zoveel mogelijk begeleiden bij de IVF procedures en zwangerschapscontroles. Tijdens de geboorte zijn zowel de wens- als draagouders aanwezig in de verloskamer; het kind zal direct na de geboorte worden overhandigd aan de wensouders (zie ook artikel 1).
    De wensouders nemen in de 12e week van de zwangerschap het initiatief tot het in gang zetten van de adoptieprocedure via een daartoe terzake kundige jurist.[9] De draagouders zeggen hun onvoorwaardelijke medewerking toe aan deze procedure. De Raad van de Kinderbescherming zal door de wensouders via de juristen worden ingelicht en om medewerking worden verzocht om tot indiening van een verzoek tot ontheffing van het ouderlijk gezag van de draagouders over te gaan. Tot de adoptieprocedure is voltooid zijn de wensouders pleegouders van het kind.

Voorwaarden tijdens en vlak na de geboorte

35. Indien een gehandicapt kindje wordt geboren, zal dit te allen tijde door de wensouders worden geaccepteerd.
36. De plaats waar de geboorte plaatsvindt is ter keuze van de draagmoeder. De geboorte dient echter, gezien de mogelijk nog niet allemaal bekende medische risico's bij draagmoederschap, onder medische begeleiding plaats te vinden, waarbij de draagmoeder zelf een behandelend gynaecoloog mag voorstellen. Hierover kan zij advies vragen aan het intaketeam.
37. Na de geboorte kan gevraagd worden om een lactatieremmend middel om de borstvoeding te onderdrukken. Dit moet in goed overleg met de behandelend gynaecoloog of verloskundige die de bevalling begeleidt; het behandelteam kan hiervoor op afstand geen zorg dragen.
38. Indien de draagmoeder een Rhesus negatieve bloedgroep heeft, dient navelstrengbloed afgenomen te worden. Bij positieve Rhesusfactor van de baby dient binnen 48 uur na de geboorte een ampul anti-D te worden toegediend. Indien zij zelf nog zwanger wordt in de toekomst zal dit het risico op rhesusimmunisatie verminderen, zodat haar eigen zwangerschap daardoor geen gevaar loopt. Deze handeling behoort eveneens in goed overleg met de behandelend gynaecoloog of verloskundige te geschieden, omdat het behandelteam hiervoor op afstand geen zorg kan dragen.

[9] Mr. H.J.M. van Arkel, CMS Derks Star Busmann Hanotiau advocaten te Arnhem of Mr. M.M. Schoots, advocaten Boekel de Nerée te Amsterdam

39. Er worden voor de geboorte afspraken gemaakt over de aanwezigheid van draagouders tijdens de kraamperiode.
40. Er zijn afspraken gemaakt in overleg met de jurist over de wijze van aangifte en de persoon die de aangifte doet. De voornamen van een kind dienen te worden gekozen door de wensouders. Indien draagouders het kind aangeven, dienen zij deze keuze te respecteren.
41. Wens- en draagouders hebben afspraken gemaakt over de openheid naar de buitenwereld. Er dient ook in psychologische zin extra aandacht te zijn voor de opvang van de reeds aanwezige kinderen van de wens en/of draagouders.
42. Er zijn afspraken gemaakt over de wijze waarop het kind later ingelicht zal worden over de juiste toedracht rondom zijn/haar geboorte.
43. Als een wenskind geboren is, dient men de intake-gynaecoloog, de -psycholoog en de betreffende IVF kliniek daarvan (via een geboortekaartje of e-mail) op de hoogte te stellen.
44. De wens- en draagouders geven de betreffende IVF kliniek toestemming gegevens over de behandelingen aan zowel hun huisarts als aan de intake-gynaecoloog te verschaffen.
45. De wens- en draagouders geven de betreffende gynaecoloog of verloskundige toestemming gegevens over de zwangerschap en de geboorte ter beschikking te stellen aan de intake-gynaecoloog.

Kosten en verzekeringen

46. Alle kosten die de draagouders maken in verband met het draagmoederschap zijn voor rekening van de wensouders. Indien de IVF procedure niet vergoed wordt door de ziektekostenverzekering is deze voor rekening van de wensouders.
47. De draagouders dragen zorg voor het sluiten van een aantal verzekeringen, waarbij de wensouders hiervoor alle kosten voor hun rekening dienen te nemen. Deze verzekeringen dienen te worden afgesloten nadat het onderzoeksteam toestemming heeft gegeven tot het aangaan van de IVF procedures, doch voordat de zwangerschap via de IVF methode tot stand wordt gebracht. Gedacht moet worden aan:
    - Overlijdensrisicoverzekering op het leven van de draagmoeder ten gunste van de draagvader met als verzekerd kapitaal 350.000 euro met een looptijd die begint bij de eerste IVF poging tot drie maanden na het einde van de zwangerschap. Dit bedrag dient om huishoudelijke hulp te verkrijgen waarmee de draagvader zijn gezin draaiende kan houden bij onverhoopt wegvallen van zijn echtgenote door complicaties van zwangerschap of bevalling.
    - Overlijdensrisicoverzekering op het leven van de wensmoeder en een op het leven van de wensvader ten gunste van de draagouders met als verzekerd kapitaal van elk 150.000 euro met een looptijd die begint bij het ontstaan van de zwangerschap totdat de adoptie een feit is. Dit bedrag dient voor het onderhoud en opvoeding indien de wensouders onverhoopt komen te overlijden voordat de daadwerkelijke adoptie een feit is en het dan wettelijke kind in het gezin van de draagouders zal moeten blijven.

- Invaliditeitsverzekering en/of arbeidsongeschiktheidsverzekering indien van toepassing, voor de draagmoeder voor de gevolgen voortvloeiende uit de zwangerschap of bevalling in het kader van deze overeenkomst.
- Eventuele gezinsverzekering, waarbij er huishoudelijke hulp voor langere tijd kan worden bekostigd, indien de draagmoeder na de bevalling of zwangerschap niet in staat is haar eigen gezin te verzorgen
- Er dient nagegaan te worden of de ziektekostenverzekering van de draagmoeder de medische kosten van haar zwangerschap dekt.
- Ten behoeve van het/de uit de onderhavige overeenkomst geboren kind(eren) wordt een ziektekostenverzekering gesloten door de wensouders.
- De wensouders betalen de extra kraambedcontroles van huisarts of verloskundige, omdat zowel de wens- als draagmoeder kraambedbegeleiding nodig hebben en de zwangerschapsverzekering er slechts een dekt.

48. Mogelijke schade aan de zijde van de draagouders, welke voortvloeit uit de onderhavige zwangerschap en/of bevalling komt voor rekening van de wensouders, voor zover deze niet gedekt wordt door de afgesloten verzekeringen.
49. Indien de baby onverhoopt voor of tijdens de geboorte zal overlijden dan bepalen de wensouders de wijze van begraven en nemen zij de kosten daarvan voor hun rekening.
50. Indien de draagmoeder tijdens de zwangerschap nog geen 36 jaar is, dient een vruchtwaterpunctie vergoed te worden door de wensouders, tenzij er in de familie of bij voorgaande zwangerschappen genetische afwijkingen gevonden zijn, waardoor de verzekering zal vergoeden.
51. Er is geen standaard psychologische begeleiding bij de procedure inbegrepen. Indien gewenst kan een beroep worden gedaan op de afdeling maatschappelijk werk van het verwijzende ziekenhuis of van de kliniek waar de IVF procedure wordt uitgevoerd. Indien psychologische hulp gewenst is, die niet via het bovenstaande kan worden gevonden, kan contact worden opgenomen met de intake-gynaecoloog, die via de huisarts of andere kanalen zal trachten psychologische hulp in te schakelen in de buurt van de betrokkene. De kosten zullen voor rekening komen van de wensouders, indien niet vergoed door de verzekering.

Juridische aspecten

52. Zodra de zwangerschap bij de draagmoeder is vastgesteld, dragen de wensouders zorg voor een aanvullend testament, waarin het wenskind als erfgenaam wordt benoemd.
53. Bij overlijden van de wensouders dienen er in hetzelfde testament afspraken te worden gemaakt wie de voogdij op zich neemt van het wenskind. Sommige draagouders verklaren dit graag op zich nemen, andere draagmoeders zeggen juist dat ze het kind wel willen dragen, maar dat ze een voltooid gezin hebben en bij onverhoopt overlijden van de

wensouders geen voogdij willen hebben. Deze situatie gaat pas in nadat de adoptie plaats heeft gevonden. In de tijd dat de wensouders als pleegouders het kind opvoeden zijn de draagouders nog de wettelijke ouders en zullen zij het kind krijgen bij overlijden van de wensouders. Wel kunnen de wensouders in hetzelfde testament opnemen dat zij ook in de periode voor de adoptie, waarin zij het kind als pleegkind hadden, een ander als voogd willen aanwijzen en de wens uitspreken dat het kind in dat gezin zal worden opgenomen. Met dit testament kan dat gezin dan de contacten met de Raad voor de Kinderbescherming openen voor een hernieuwde adoptieprocedure, die dan geheel via de wegen van de Raad voor de Kinderbescherming zal lopen.

54. Een eventuele echtscheidingsprocedure van wens- of draagouders is niet van invloed op de verplichtingen en gevolgen voor beide partijen, voortvloeiend uit deze overeenkomst.

Rechten en plichten van behandelteam en wens-/draagouders

55. Het behandelteam verplicht zich tot een zorgvuldige uitvoering van de psychologische en ethische afweging om tot een hoogtechnologische draagmoederschapprocedure over te kunnen gaan en biedt daarna de in Nederland gebruikelijke medische zorg.
56. De wens- en draagouders verplichten zich tot het geven van juiste inlichtingen, waarop het contract tussen behandelteam en wens/draagouders en het contract tussen wens- en draagouders is gebaseerd. Bij onjuiste informatie achteraf is het behandelteam te allen tijde gerechtigd de procedure stop te zetten en geen hoogtechnologisch draagmoederschap uit te voeren.
57. De wens- en draagouders zijn in principe bereid om ooit aan een vervolgonderzoek mee te doen naar het wel en wee van de geboren kinderen, indien dit vanuit het behandelteam wordt geïnitieerd. Uiteraard zal officiële toestemming hiervoor nogmaals voor het onderzoek worden gevraagd.
58. Ingeval de overeenkomst tussen wens- en draagouders mocht worden onderbonden zijn ter zake alle relevante artikelen in het Burgerlijk Wetboek[17] van toepassing. Buitengerechtelijke ontbinding vindt plaats onder opgave van redenen middels een aangetekende brief aan de wederpartij onder gelijktijdige toezending van een afschrift van deze brief aan het intakecentrum.
59. Bij geschillen kan een second opinion worden aangevraagd bij een commissie bestaande uit gynaecologische en psychologische hoogleraren die bekend zijn met hoogtechnologisch draagmoederschap en in principe zal worden samengesteld uit de promotoren en beoordelingscommissie van het proefschrift “hoogtechnologisch draagmoederschap”. Deze second opinion kan worden aangevraagd via de intake – gynaecoloog of via de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie, de NVOG, gevestigd te Utrecht. De kosten van deze second opinion dienen te worden gedragen door de wensouders, ervan uitgaande dat het behandelteam in alle zorgvuldigheid en

redelijkheid een eerste afweging heeft gemaakt. Op juridisch gebied kan contact worden gezocht met de juristen die zich met hoogtechnologisch draagmoederschap bezig houden en vermeld zijn als voetnoot bij artikel 5 in dit contract. De kosten voortvloeiend uit juridische bijstand dienen te worden vergoed door de wensouders.

Handtekening wensmoeder **Handtekening draagmoeder**

Handtekening wensvader **Handtekening draagvader**

Handtekening intake gynaecoloog

Contract[10] opgesteld op (datum)……. te (plaats) ……..

[10] voorbeeldcontract opgesteld door S.M.Dermout, gynaecoloog, d.d. mei 2001
(met dank aan Mr.H.J.M.van Arkel en Mr. M.M. Schoots voor hun waardevolle adviezen)

Literatuur

1. Arindell WA, Boelens W, Lambert H. On the psychometric properties of the Maudsley Marital Questionnaire (MMQ): Evaluation of self-ratings in distressed and "normal" volunteer couples based on the Dutch version. Personality and Individual Differences, 1980;4:293-306
2. Arindell WA, Emmelkamp PMG, Bast S. The Maudsley Marital Questionnaire (MMQ): a further step towards its validation. Personality and Individual Differences, 1983;4:457-464.
3. Arrindell WA, Ettema H. Dimensionele structuur, betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse bewerking van de Symptom Checklist (SCL-90): gegevens gebaseerd op een fobische en een "normale" populatie. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie. 1981;36:77-108
4. Baker R, Bellis M. DNA onderzoek vaderschap in Liverpool (1989/1992). Uit: Sex & the Evolution of Human Nature. The Red Queen, Matt Ridley 1993;218.
5. Beaufort ID de, Van het lijf houden, Ethische rede uitgesproken op de 86e Dies Natalis van de Erasmus universiteit te Rotterdam, Tijdschrift voor Seksuologie, 2000, 24:187-202
6. Beleid en Ethiek. Brom FWA, Bergh BJ van den, Huibers AK. Uitgave in samenwerking met het Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht, Van Gorcum, Assen. 1993
7. Ben-Chetrit A, Ben-Chetrit E. Systemic lupus erythematosus induced by ovulation induction treatment. Arthritis Rheum. 1994; 37:1614-7
8. Ben-Rafael Z, Bar-Hava I, Levy T, Orvieto R. Simplifying ovulation induction for surrogacy in women with Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. Hum Reprod 1998;6:1470-1
9. Beski S, Gorgy A, Venkat G, Craft IL, Edmonds K. Gestational surrogacy: a feasible option for patients with Rokitansky syndrome. Hum Reprod 2000;11:2326-8
10. Boele-Woelki K, Oderkerk M. (On)geoorloofdheid van het draagmoederschap in rechtsvergelijkend perspectief – serie Europees Personen- en familierecht. Inter-sentia Uitgevers Antwerpen-Groningen, 1999
11. Bos G. Psychological problems in survivors of gynaecologic cancers; a psycho-therapeutic approach. Dissertatie Universiteit van Leiden, 1987
12. Braat D, Kleijne G. Als een ander zwanger voor je wil zijn; uit: Zwanger via een omweg, Lifetime Kosmos-Z&K Uitgevers, Utrecht/Antwerpen, 1998
13. Brinsden PR, Appleton TC, Murray E, Hussein M, Akagbosu F, Marcus SF. Treatment by in vitro fertilisation with surrogacy: experience of one British centre. BMJ 2000 Apr 1;320(7239):924-8
14. Broekhuijsen-Molenaar AML. Civielrechtelijke aspekten van kunstmatige inseminatie en draagmoederschap, Uitg. Kluwer – Deventer, dissertatie Rijksuniversiteit Leiden, 1991
15. Broekhuijsen-Molenaar AML. Geoorloofdheid van draagmoederschap naar Nederlands (wenselijk) recht. (On)geoorloofdheid van het draagmoederschap in rechtsvergelijkend perspectief, Redactie Boele-Woelki en Oderkerk, Uitgeverij Intersentia Antwerpen-Groningen, 1999;33-43
16. Brown LM. Infertility through history. http://www.babyzone.com/preconception/infertility/infertilityhistory.asp
17. Burgerlijk Wetboek, BW, Nederland
18. Butterfield H. The Whig Interpretation of History, 1931
19. Bijbel, Oude testament, Genesis 30;1-13, Genesis 30;22-24, Genesis 16;1-5, I Koningen 3;16-28, vertaling Nederlandsch Bijbelgenootschap, 1951
20. Corson SL, Kelly M, Braveman AM, English ME. Gestational carrier pregnancy. Fertil Steril 1998;4:670-4
21. Cruys J. Documentaire draagmoederschap TV uitzending RVU. 1999
22. Dehue T. De regels van het vak. Uitgeverij Ten Brink, Meppel, 1990

23. Denzin NK. The research act in sociology. London: Butterworth, 1970
24. Denzin NK. Sociological methods. New York: McGraw-Hill, 1978
25. Dermout SM. IVF draagmoederschap c.q. eiceldonatie na het krijgen van gynaecologische kanker. Voordracht afdeling obstetrie en gynaecologie Academisch Medisch Centrum, Amsterdam, 1993
26. Dermout SM. Ontwikkeling Tijdbalk: beloop na gynaecologische kanker. Tijdschrift OLIJF, 1994(2)3-7
27. Dermout SM, Cruys J. Vinger aan de Pols, TV uitzending draagmoederschap, AVRO, 1995.
28. Dermout SM. Stenen des aanstoots, radioprogramma draagmoederschap , 1996
29. Dermout SM. Voordracht draagmoederschap afdeling obstetrie en gynaecologie Academisch Ziekenhuis Utrecht, 1996
30. Dermout SM, Lagendijk E. Netwerk, TV uitzending draagmoederschap, 1997
31. Dermout SM. Surrogacy in the Netherlands, voordracht Gynaecongres 1998
32. Dermout SM, Hofman M. Tros Aktua Medisch, TV uitzending draagmoederschap, 12 februari 1998.
33. Dermout SM, Wiel HBM vd, Jansen CAM, Heintz APM, Dammers F. Transities: veranderende perspectieven voor jonge vrouwen na het doormaken van gynaecologische kanker. Voordracht en artikel syllabus congres Integraal Kanker Centrum Amsterdam 1998.
34. Dermout SM, Wiel HBM vd, Jansen CAM, Heintz APM. Stand van zaken van hoogtechnologisch draagmoederschap in Nederland, abstract Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie, 1998
35. Dermout SM, Wiel HBM vd. Hoogtechnologisch draagmoederschap. Freya Magazine, 1999.
36. Dermout SM. Wiel HBM vd. Hoogtechnologisch draagmoederschap. Nieuwsblad OLIJF, 1999.
37. Dermout SM. Draagmoederschap in Nederland, voordracht over de juridische aspecten, De Heel Zaans Medisch Centrum, Zaandam, 2000.
38. Dermout SM. Voorlichting over draagmoederschap. Hoofdstuk uit Voorlichting over voorlichting, een gids over voorlichting voor hulpverleners in de verloskunde en gynaecologie, Vervest HAM, Kleiverda G namens de Commissie patiënten- voorlichting N.V.O.G., Van der Wees Uitgeverij, Utrecht, 2000.
39. Dermout SM. Verlies van de mogelijkheid zelf kinderen te krijgen, voordracht op landelijke patiëntendag stichting OLIJF, 2000
40. Dermout SM, Wiel HBM van der. Point of no return? Voordracht Vd Wiel, WPOG symposium Fertiliteit en Ethiek, een kind tot (w)elke prijs? Academisch Ziekenhuis Groningen, 2000
41. Dermout SM. Wiel HBM vd. Hoogtechnologisch draagmoederschap. Nieuwsblad OLIJF, april 2000.
42. Dermout SM. Stand van zaken hoogtechnologisch draagmoederschap, voordracht Fertiliteit Club Noord-Holland, Broek in Waterland, 2000
43. Dermout SM, Verlies van vruchtbaarheid. Tijdschrift OLIJF, januari 2001
44. Dermout SM, Bleker OP, Heintz APM, Jansen CAM, Wiel HMB vd, Hoogtechnologisch draagmoederschap in Nederland, Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie, 2001;september, in print
45. Dermout SM. Hoogtechnologisch draagmoederschap in Nederland. Voordracht SORT congres, Amsterdam, 2001
46. Dermout SM, Bleker OP, Heintz APM, Jansen CAM, Wiel HMB vd. Hoogtechnologisch draagmoederschap in Nederland. Tijdschrift AsSORTiment, ISSN 1568-2994,jaargang 10;1: juni 2001

47. Dermout SM, Stroomdiagram hoogtechnologisch draagmoederschap, dit proefschrift, hoofdstuk 14, 2001
48. Dermout SM, Arkel HJM, Schoots MM, Contract tussen wens- en draagouders, dit proefschrift, hoofdstuk 14, 2001
49. Dermout SM, Arkel HJM, Schoots MM, Contract behandelteam en wens/draagouders, dit proefschrift, hoofdstuk 15, 2001
50. Derogatis LR. SCL-90: administration, scoring and procedures manual-I for the R(evised) version. Johns Hopkins University School of Medicine, Clinical Psychometrics Research Unit, Baltimore. 1977
51. Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validity. Journal of Clinical Psychology. 1977;33:981-989
52. Dirken JD, Haagsma EB, Loon AJ van, Heringa MP. Zwangerschappen na levertransplantaties in Groningen: gunstig beloop voor moeder en kind. Ned. Tijdschrift Geneeskunde, 1999;143(32):1658-1662
53. Eed van Hippocrates, Oath and Law of Hippocrates, Harvard Classics Volume 38, copyright Collier PF and son, 1910.
54. English V, Sommerville A, Brinsden PR. Surrogacy. Ethical dilemmas in assisted reproduction. Studies in profertility series, The Parthenon Publishing Group, London, volume 7; 31-40
55. Ethiek in Praktijk. Willigenburg T van, Beld A van den, Heeger FR, Verweij MF. Uitgave in samenwerking met het Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht. Van Gorcum, Assen, 1993.
56. Europees Verdrag Rechten van de Mens
57. Evers R. Draagmoederschap vergt een diepgaand debat. Algemeen Dagblad 11 maart 1997
58. Exalto N. Mechanisms of early pregnancy failure. ESHRE pre-congress course, Bologna 2000 en Fertiliteit Club Noord-Holland, Broek in Waterland, maart 2001
59. Faris REL. Chicago Sociology 1920-1932. San Francisco: Chandler Company, 1967
60. FJR. Jurisprudentie draagmoederschap; erkenning; Tijdschrift voor familie- en jeugdrecht, 2001:3:91
61. Fineman S. White collar unemployment. Chichester: Wiley, 1983.
62. Fox H. Histological classification of tissue from spontaneous abortions: a valueless exercise? Histopathol 1993;22:599-600
63. Freya patiëntenvereniging. Folder Draagmoederschap, brochure nr. 11, 2000
64. Frucht S. Ersatzmutterschaft im US-amerikanischen und deutschen Recht, diss. 1996, pag. 9
65. Fuchsberg JD. Genetic mother versus surrogate mother: which mother does the law recognize? A comparison of Jewish, American and England's law. Law Centre New York, USA. Http://law.touro.edu/publications/internationallawRev/vo16/part8.html.
66. Geraedts JPM. Cytogenetic aspects of early pregnancy failure. Human Reprod 1999;14:50-51
67. Gezondheidsraad. Planningsbesluit In Vitro Fertilisatie, 1997, hoofdstuk 12
68. Goldfarb JM, Austin C, Peskin B, Lisbona H, Desai N, de Mola JR. Fifteen years experience with an in vitro fertilization surrogate gestational pregnancy programme. Hum Reprod 2000;5:1075-8
69. Haagse Courant. Strenge voorwaarden aan draagmoeders, 12 maart 1997
70. Have HAMJ ten. Medische praktijk als uitgangspunt van ethische reflectie, in: Beleid en ethiek, redactie Brom FWA, Bergh BJ van den en Huibers AK, Uitgeverij van Gorcum, Assen. 1993:212-225
71. Heida A. De Engelse wet betreffende draagmoederregelingen (Surrogacy Arrangements Act 1985), NJB, 1987, 12-14

72. Hermans HJM. Waardegebieden en hun ontwikkeling. –theorie en methode van zelfconfrontatie. Amsterdam: Zwets & Zeitlinger, 1974.
73. Heyink JW. Levertransplantatie: psychosociale aspecten. Proefschrift Rijksuniversiteit Groningen, 1992.
74. Heyink JW, Tijmstra T. De functie van kwalitatief onderzoek. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 1991;46 :123-130
75. Hippocrates, Oath and Law of Hippocrates, Harvard Classics Volume 38, copyright Collier PF and son, 1910.
76. Jansen CAM, Tucker KE, van Os HC, Heydra EY, Dermout SM. The use of GnRH antagonists for ovarian hyperstimulation in uterine surrogacy. Hum. Reprod. Suppl., 2000;15:133-4.
77. Jones S. The analysis of depth interviews. In: R Walker (Ed.). Applied qualitative research. Aldershot: Gower, 1985.
78. Jurisprudentie, Draagmoederschap; erkenning; nr. 18, Rb. Almelo 24 oktober 2000 36645 FA RK 2000-110, FJR, Tijdschrift voor familie- en jeugdrecht, 2001;3:91
79. Jurisprudentie, draagmoederschap advies Hoge Raad 29-6-1984, NJ 1984, 767
80. Jurisprudentie, draagmoederschap Hof Amsterdam 19-2-1998, NJ Kort 1998, 32
81. Jurisprudentie, draagmoederschap Haagse Hof, NJ kort 1998, 865
82. Kalkman-Bogerd LE. Ontheffing en draagmoederschap. FJR Tijdschrift voor familie- en jeugdrecht, 1998;9:198-202
83. Kalkman-Bogerd LE. Ontheffing en draagmoederschap. FJR Tijdschrift voor familie- en jeugdrecht, 1998;10:196-200
84. Kerlinger FN. Foundations of behavioural research. London: Holt, Rinekant & Winston, 1970.
85. Kirk J, Miller ML. Reliability and validity in qualitative research. Beverly Hills: Sage, 1986.
86. Koudstaal J, Dop PA van, Hogerzeil HV, Kremer JAM, Naaktgeboren N, Os HC van, Tiemessen CHJ, Visser GHA. Beloop en uitkomst van 2956 zwangerschappen na in-vitrofertilisatie in Nederland. Ned Tijdschr Geneeskd 1999;143(47)2375-2380
87. Koudstaal J. Course and outcome of Dutch IVF pregnancies. Dissertatie Universiteit van Utrecht, 1999
88. Lawrence RA. Breastfeeding: a guide for the medical profession, 4th edition, Mosby Publising, St. Louis, 1994;17:558-559
89. Luteijn F, Starren J, Dijk H van. Handleiding bij de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst (NPV). Swets en Zeitlinger BV, Amsterdam. 1975
90. Macnaughton M. Ethical issues in surrogate motherhood. Human Reproduction 1997;12:93-94
91. McLachlan HV. Defending commercial surrogate motherhood against Van Niekerk and Van Zyl. Glasgow University. J Med Ethics 1997;23:344-348
92. Medisch Contact. Reimplantatie ovariumcortex. Med Contact 2001;17:665
93. Mens J. De Kleine Waarheid. Uitgeverij Kosmos Amsterdam/Antwerpen. 1970, pag. 594
94. Miles MB. Qualitative data as an attractive nuisance : the problem of analysis. Administrative Science Quarterly 1979;24:590-601.
95. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. Beverly Hills: Sage, 1984.
96. Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, brief Staatssecretaris 5 maart 1997, kamerstukken 25000 XVI, nr. 54
97. Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. IVF en draagmoederschap. Circulaire 97-006. VWS, 12 mei 1997
98. M.M.Q. questionnaire, Maudsley Marital Questionnaire, zie Arindell WA.
99. Moltmaker JK, Hoeven-Oud JMT. Het afstammingsrecht in Nederland. Preadvies voor de vergelijkende studie van het recht van België en Nederland, 1989, 1497-1498

100. Moltmaker JK. Juridische gevolgen van moderne voortplantingstechnieken. Uit: Met recht naar 2000, Raio congresboek, redactie Doelder H de, Tomesen WBM, Wijk AH van, Uitg. Koninklijke Vermande, Lelystad, 1990;137
101. Nederlands Mediation Instituut. www.nmi-mediation.nl.
102. Niekerk A van, Zyl A van. The ethics of surrogacy: woman's reproductive labour. Zuid Afrika. J Med Ethics 1995;21:345-349
103. Nooy A. Meten en wegen. In: L Brunt (Ed.) Anders bekeken. Meppel: Boom, 1977
104. NPV, Stichting Werkgroep Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst. Swets & Zeitlinger, Swets Test Services, Lisse. 1974.
105. NRC Handelsblad. Tweede kamer stemt in met IVF voor draagmoeder, 12 maart 1997
106. NRC Handelsblad, Borst akkoord met IVF voor draagmoeders, 18 februari 1977
107. N.V.O.G. Richtlijn nr. 18 Hoogtechnologisch draagmoederschap. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 1999
108. OLIJF Tijdschrift, uitreiking Betty Bos Olijf Prijs aan Peter Heintz, 1990(2):22-25
109. OLIJF Tijdschrift, uitreiking Betty Bos Olijf Prijs aan Harry van der Wiel, 1992(2):6-11
110. OLIJF Tijdschrift, Netwerk van vrouwen met gynaecologische kanker. Draagmoederschap: 1991(1):7-10;1997(1):4-6; 1998(4) 5-6; 1999(3): 6-9; 2000(2): 17-19; 2001(1): 13-17
111. Osté M. Zwanger voor een ander. Een persoonlijk verhaal van een vrouw die een kind kreeg voor haar zus. BZZtôH, Den Haag, 1991
112. Oude testament, Bijbel, Genesis, vertaling Nederlandsch Bijbelgenootschap, 1951
113. Parkinson J, Tran C, Tan T, Nelson J, Batzofin J, Serafini P. Perinatal outcome after in-vitro fertilization-surrogacy. Hum Reprod 1999 Mar;14(3):671-6
114. Pellicer A, Rubio C, Vidal F, Minguez Y, Gimenez C, Egozcue J, Remohi J and Simon C. In Vitro Fertilization plus preimplantation genetic diagnosis in patients with recurrent miscarriage : an analysis of chromosome abnormalities in human preimplantation embryos. Fertil Steril 1999;71:1033-1039
115. Petrozzo JC. Congenital absence of the uterus and vagina is not commonly transmitted as a dominant genetic trait: outcomes of surrogate pregnancies. Fertil Steril. 1997 Feb;67(2):387-9
116. Planningsbesluit IVF, gezondheidsraad; commissie herziening planningsbesluit IVF, advies aan Minister van Volksgezondheid, 1997, publicatienummer 1997/03
117. Pope C, Campbell R. Review Qualitative research in obstetrics and gynaecology, British Journal of Obstetrics and Gynaecology, March 2001;Vol. 108:233-237
118. Report of the Review Team, Surrogacy: Review for Health Ministers of Current Arrangements for Payments and Regulation, Cmnd. 4068, Londen, 1998
119. Ridley M. The Red Queen, sex & evolution of human nature, uitgeverij Penguin books, 1993
120. Riordan J, Auerbach KG. Breastfeeding and human lactation, 2nd edition, Jones and Bartlett Publishers, 1998
121. Roeien met lucifers. Confrontaties met gynaecologische kanker. Uitgave Stichting OLIJF, 1992.
122. Rotterdams Nieuwsblad. Hooguit tien eiceldonaties per jaar voor draagmoeders. 19 februari 1997
123. Ruiter J de. Draagmoederschap. Uit: Preadviezen van De Ruiter J, Sutorius EPhR, Manipuleren met leven. Handelingen Nederlandse Juristen Vereniging, 1993-I;123:76-101
124. Sanderman R. Life events, mediating variables and psychological distress: a longitudinal study. Doctoral dissertation. Rijksuniversiteit Groningen, 1988
125. SCL-90, Derogatis LR. 1975. Nederlandse vertaling en aanpassing Arrindell WA, Etterna JHM. Swets Test Services, Lisse. 1986.
126. Schepel J. Liber Amicorum, Een dubbel acht, ongestuurd. Uitg. Kluwer Deventer, 1998

127. Schoots MM. Draagmoederschapcontracten in de praktijk. In: Een dubbel acht, ongestuurd, Liber Amicorum Mr. J. Schepel, Uitg. Kluwer Deventer, 1998
128. Sherif CW. Bias in psychology. In: JA Sherman, ET Beck (Eds.). The prism of sex: essays in the sociology of knowledge. Madison: University of Wisconsin Press, 1979
129. Silverman D. Qualitative methodology and sociology. Aldershot: Gower, 1985
130. Sousa PLR, Barros FC, Pinheiro GNM et al: Reestablishment of lactation with metoclopramide, J Trop Pediatr Environ Child Health 21:214, 1975.
131. Sutorius EphR, Kersten HLJM, Het gezag van draagmoeders, NJB Nederlands Juristenblad: weekblad behorende bij de Nederlandsche jurisprudentie. 1997; 1116-1120
132. Verdrag inzake de Rechten van het Kind, IVRK, Trb 1990, 170.
133. Vervest HAM, Kleiverda G. Voorlichting over draagmoederschap. Hoofdstuk uit Voorlichting over voorlichting, een gids over voorlichting voor hulpverleners in de verloskunde en gynaecologie, Commissie patiëntenvoorlichting NVOG, Van der Wees Uitgeverij, Utrecht, 2000.
134. Verweij MF, Van Delden JJM. De dokter en de draagmoeder: een analyse van morele argumenten inzake IVF/draagmoederschap. Med Contact 1997;52:1550-2
135. Vranken JBM. Contractualisering en draagmoederschap. De Redactie Privaat, 1751-1761
136. Waagmeester D. Lactatieprotocol ten behoeve van wensmoeders, 1999
137. Warnock Commission, a Question of Life: the Warnock Report on Human Fertilisation and Embryology, Cmnd. 9314, Oxford, H.M.S.O., 1985
138. Wechsler B, Le Thi Huong D, Vauthier-Brouzes D, Lefebre G, Gompel A, Piette J.C. Hormone stimulation and replacement therapy in women with rheumatic disease. Scand J Rheumatol 1998; 27 Suppl 107:53-9
139. Wert G de. Gezondheidsraad: geef het draagmoederschap meer ruimte. De Stem, 21 maart 1997
140. Westergaard LG, Laursen SB and Andersen CY. Increased risk of early pregnancy loss by profound suppression of luteinizing hormone during ovarian stimulation in normogonadotrophic women undergoing assisted reproduction. Human Reprod 2000;15:1003-1008
141. Wetboek van Strafrecht, Sr., Nederland
142. Weijenborg PT, Kuile MM ter. The effect of a group programme on women with the Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome. British Journal of Obstetrics and Gynecology 2000;107(3):365-8
143. Weijmar Schultz WCM, Wiel HBM van de. Sexual functioning after gynaecological cancer treatment. Dissertatie Universiteit van Groningen, 1991
144. World Health Organization, Relactation, review of experience and recommendations for practice, W.H.O. Geneva, 1998
145. Wouda J, Wiel HBM van de, Vliet K van. Medische Communicatie. Uitg. Lemma, 1996;301
146. www.freya.nl; Website patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek, draagmoederschap, 2001
147. www.ivf.nl; Jansen CAM, Website Reinier de Graafgroep locatie Voorburg, draagmoederschap, 2001
148. www.nmi-mediation.nl, Nederlands Mediation Instituut
149. www.surrogacy.com/legals/map.html; Website overzicht draagmoederschapregelingen in de U.S.A. , 2001
150. Wijmen FCB van, Richtlijnen voor verantwoorde zorg. Preadvies over de betekenis van standaardisering voor patiënt, professional en patiëntenzorg. Vereniging voor Gezondheidsrecht, 2000.

Samenvatting ‘De eerste logeerpartij - Hoogtechnologisch Draagmoederschap in Nederland’

In het PERSOONLIJK VOORWOORD en in hoofdstuk 1 INLEIDING wordt de reden beschreven waarom hoogtechnologisch draagmoederschap onze belangstelling had en waarom dit onderwerp geleid heeft tot een proefschrift. Vervolgens wordt de wat bijzondere weg beschreven die in de afgelopen twaalf jaar is gevolgd.

Hoofdstuk 2 HISTORIE beschrijft het proces door de eeuwen heen van de maatregelen tegen kinderloosheid, leidend tot het huidige draagmoederschap. Dit alles wordt tegen een toen geldend ethisch, maatschappelijk en cultureel kader uitgezet, vergezeld van enkele historische beschrijvingen van laagtechnologisch draagmoederschap. Ethisch-maatschappelijke verschuivingen en nieuwe medische technologie leidde in 1978 tot de geboorte van de eerste reageerbuisbaby. Pas vanaf dat moment kwam ook hoogtechnologisch draagmoederschap binnen bereik, waarbij met de eicellen van de wensmoeder en de zaadcellen van de wensvader via een petrischaaltje een embryo werd gekweekt, dat later bij de draagmoeder kon worden geïmplanteerd. In Nederland werd in 1997 het totale verbod op bemiddelen of ondergaan van draagmoederschap veranderd in een gedoogbeleid waarbij draagmoederschap op ideële basis werd toegestaan.

In Hoofdstuk 3 METHODEN EN MATERIAAL worden de wetenschappelijke achtergronden toegelicht. Na de definiëring van hoog- en halftechnologisch draagmoederschap wordt ingegaan op de inclusiecriteria, die zijn gehanteerd bij de start van het onderzoek en de aanvullingen die in de loop van de tijd zijn toegevoegd.
Uitleg wordt gegeven over de medisch gebruikte methoden als het aantal te plaatsen embryo’s en het aantal toegestane IVF pogingen. Problemen op medisch gebied worden beschreven. Vervolgens worden de psychologische gebruikte methoden toegelicht, met name de keuze voor zowel de open interviews als de gevalideerde vragenlijsten NPV–Nederlandse Persoonlijkheids Vragenlijst, SCL-90 – Klachtenlijst en de MMQ – huwelijk/relatielijst.
In een descriptieve alinea worden de voor- en nadelen uitgelegd van open interviews en wat de functie van kwalitatief onderzoek is.
Vervolgens worden de 91 wensouders die in de loop van de jaren contact opnamen gerubriceerd.

Hoofdstuk 4 laat de FLOWCHART zien, die ooit in het begin van het onderzoek werd gebruikt als leidraad. Deze bleek niet voldoende te zijn om de gehele gang van zaken tijdens het traject in beeld te brengen. Na het onderzoek is het vervangen door het STROOMDIAGRAM uit Hoofdstuk 14.

Hoofdstuk 5 ONTWIKKELING CONTRACT TUSSEN WENS- EN DRAAGOUDERS. Behalve de ontwikkeling van een nieuw stroomdiagram bleek ook een juridische kader nodig voor de afspraken die gemaakt moeten worden tussen wens- en draagouders en behandelaars. Dit leidde tot de ontwikkeling van een eerste voorlopige versie van een contract. Na het onderzoek is deze voorlopige versie vervangen door twee uitgebreide contracten tussen wens- en draagouders en een tussen wens/draagouders en behandelaars. Deze contracten staan in Hoofdstuk 15 en 16.

Hoofdstuk 6 REDENEN VAN NIET INCLUDEREN NA AANMELDING. De 91 bovengenoemde wensouders kwamen niet allemaal in aanmerking om aan het onderzoek mee te doen. Om uiteenlopende redenen, zowel van de kant van de wens- of draagouders als van de kant van de behandelaars, vielen wensouders af. Per casus wordt de reden beschreven.

Hoofdstuk 7 gaat over de PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN, DEEL I: EIGENSCHAPPEN EN SOMATISCH (WEL)BEVINDEN VAN DE WENS- EN DRAAGOUDERS**.**
Eerst wordt de impact van infertiliteit toegelicht. Daarna wordt aandacht besteed aan de selectiecriteria op psychologisch gebied bij het begin van het onderzoek. Vervolgens worden de uitkomsten van de gevalideerde vragenlijsten vermeld, evenals de karakteristieken van de open interviews van de 28 geïncludeerde wens/draagouders. Deze gegevens geven inzicht in de karaktereigenschappen en het somatisch welbevinden van de kandidaten. Op deze manier wordt getracht te inventariseren wat voor soort mensen zich aanmelden voor deze complexe voortplantingsprocedure. Gevonden pathologie en problemen voor de patiënten, maar ook voor de behandelaars worden genoemd. Het is opmerkelijk dat zowel de wens- als draagouders op vrijwel alle punten van de Nederlandse Persoonlijkheidslijst NPV als de Somatische klachtenlijst SCL-90 beter scoorden dan de normpopulatie van de gemiddelde bevolking.

Hoofdstuk 8 toont alle MEDISCHE GEGEVENS. Deze zijn beschreven per wensmoeder, met gegevens over haar ziektegeschiedenis, de reeds aanwezige kinderen van de draagmoeder, de IVF- of cryobehandelingen en de uitkomst van de zwangerschapswens.
Geïncludeerd zijn 28 viertallen, waarvan met 22 viertallen daadwerkelijk met de IVF procedure is gestart. Er zijn inmiddels 9 gezonde baby's geboren, 3 draagmoeders zijn doorgaand zwanger (waarvan één van een tweeling) en een draagmoeder is bezig met de laatste IVF-behandeling ten tijde van het ter perse gaan van dit proefschrift. Twee zwangerschappen eindigden in een *missed abortion* en er trad een extra uteriene graviditeit op.
Vervolgens worden alle IVF- en cryobehandelingen samengevat en becommentarieerd**,** vergezeld van illustratieve grafieken en beschrijving van opgetreden medische complicaties en problemen. De gegevens over het al dan niet geven van borstvoeding worden vermeld en het hoofdstuk sluit af met een lactatieprotocol.

Hoofdstuk 9 PSYCHOLOGISCHE ASPECTEN, DEEL II bevat de metingen van de psychologische interviews en vragenlijsten voor en na de behandeling. De karakteristieken van de open interviews worden gerubriceerd. Op deze manier wordt getracht een inschatting te maken van de belasting die de draagmoederschapprocedure met zich meebrengt. Problemen worden beschreven. Ook hier blijkt dat de scores zelfs na het doormaken van een niet gelukte draagmoederschapprocedure gunstig afsteken bij de normpopulatie.

Hoofdstuk 10 JURIDISCH DEEL. In het verloop van de twaalf jaren is er veel verandering geboekt op juridisch gebied. Aanvankelijk was draagmoederschap bij de Wet verboden op straffe van hechtenis. Bij de verandering van het IVF planningsbesluit in 1997 is door het Ministerie van VWS een gedoogbeleid ingesteld voor niet-commercieel, dus ideëel, draagmoederschap. Zowel de veranderingen in het juridisch beleid als het bespoedigen van de

adoptieprocedure worden beschreven. De verkregen jurisprudentie door casus uit ons onderzoek wordt in het hoofdstuk toegelicht.

Hoofdstuk 11 ETHIEK. Bij infertiliteitbehandelingen als (hoog) technologisch draagmoederschap spelen ethische vraagstellingen een belangrijke rol. Was het in eerste instantie zo dat hier niet direct de nadruk op werd gelegd gezien de veelheid aan nieuwe medische, psychologische en juridische gegevens, gaandeweg het onderzoek bleek dat wij hier steeds meer mee te maken kregen. De ethische vraagstellingen werden steeds interessanter en hebben zelfs geleid tot een aanvraag voor een vervolgonderzoek. Via een hiërarchische structuur worden alle basiselementen van de ethiek uitgewerkt (autonomie, weldoen - *in dubio: abstine!* -, niet-schaden en rechtvaardigheid) voor elk van de betrokken categorieën apart: wensouders, draagouders, reeds aanwezige kinderen van de wens- en draagouders, het toekomstige wenskind, de behandelaars, de maatschappij.

Hoofdstuk 12 CONCLUSIES geven een overzicht van de uitkomsten op medisch, psychologisch, ethisch en juridisch gebied. Uit de na-interviews kwamen zowel bij wens- als draagouders geen overwegende nadelige gevolgen naar voren. Ook het overdragen van de negen geboren kinderen aan de wensouders is naar aller tevredenheid verlopen. Er zijn geen medische complicaties opgetreden. De eindconclusie van het onderzoek luidt dan ook dat er geen enkele reden is om hoogtechnologisch draagmoederschap niet toe te staan. Als gevolg hiervan dient de wet te worden aangepast. De adoptieprocedure dient al in een zo vroeg mogelijk stadium (liefst nog in de zwangerschap) gestart te worden.

Hoofdstuk 13 t/m 16 bevatten AANBEVELINGEN die uit de conclusies zijn gekomen. Uit een onderzoek met zoveel maatschappelijke en ethische consequenties dienen richtlijnen te komen die het proces in de toekomst verduidelijken en versoepelen. Hiertoe zijn in de volgende hoofdstukken instrumenten gegeven. Een van de meest belangrijke bevindingen uit ons onderzoek is dat de goede screening bij het intakegesprek en de psychologische interviews onontbeerlijk is. Ons advies is dit via een vast landelijk intakecentrum te coördineren, om zodoende gegevens uit een toch kleine populatie centraal te kunnen verzamelen. Via het vaste intakecentrum, vaste psychologen, vaste IVF klinieken en vaste juristen kan jaarlijks getoetst worden of de intakecriteria aangepast dienen te worden. Het draagmoederschaptraject kan zo door deskundigen regelmatig worden geëvalueerd.

Hoofdstuk 13 geeft een CHECKLIST die door behandelaars kan worden gebruikt in de dagelijkse praktijkvoering.

Hoofdstuk 14 geeft een herziene versie van de flowchart uit hoofdstuk 4 en wordt nu STROOMDIAGRAM genoemd. Deze kan worden gebruikt voor behandelaars en wens- en draagouders.

De aanbevelingen worden afgesloten met Hoofdstuk 15, het nieuwe CONTRACT TUSSEN WENS- EN DRAAGOUDERS, en hoofdstuk 16, CONTRACT TUSSEN BEHANDELTEAM EN WENS/DRAAGOUDERS. Het eerste contract in 1998 telde 22 aandachtspunten, de beide nieuwe contracten tellen inmiddels 99 aandachtspunten, die nu bovendien ook zijn becommentarieerd door bij dit onderzoek betrokken juristen.

Het proefschrift wordt afgesloten met ZES BIJLAGEN, waaronder een advies aan het **Ministerie van VWS** en adviezen voor een **nieuwe Richtlijn nr. 18** voor de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.

Summary
"The first sleepover": High-tech surrogacy in the Netherlands

In the **Personal Preface** and in **Chapter 1** we discuss the reasons why high-tech IVF surrogacy caught our attention and how it came to become the subject of this thesis. We go on to describe the somewhat unusual route that has lead up to this study over the last twelve years.

Chapter 2, '**History**', describes the measures that have been taken to combat childlessness over the centuries and that have led up to the present state of surrogate motherhood. This is set against the background of the ethical, social and cultural framework of the times and accompanied by descriptions of low-tech surrogacy throughout history. Socio-ethical changes and new medical technology led to the birth of the first test-tube baby in 1978. From that moment on high-tech surrogacy came within reach: the egg cells of the prospective mother were brought together with the sperm cells of the prospective father in a petri dish in the laboratory to create an embryo that could be implanted into a surrogate mother at a later time. In the Netherlands in 1997, the total ban on organising or undertaking surrogate motherhood was lifted and a more tolerant policy permitting surrogacy based on ideological grounds was introduced.

In Chapter 3, **Methods and Materials**, the scientific background is explained. After defining high-tech and semi-high-tech surrogacy the inclusion criteria that were used at the beginning of the research are discussed, as are the additions that were made over the succeeding years. Medical techniques such as the number of embryos to be implanted and the number of IVF procedures allowed are covered. Medical problems are also described.
Psychological methodology is explained; in particular the reasons for the choice of open interviews as well as validated questionnaires such as the Dutch Personality Questionnaire (NPV), the Complaint Questionnaire (SCL-90), and the Matrimony and Relationship Questionnaire (MMQ). A descriptive paragraph explains the advantages and disadvantages of open interviews and the function of qualitative research/investigation. The 91 couples that contacted us over the years are classified.

In Chapter 4 we show the **Flowchart** that was used as a guideline at the start of the research. This proved insufficient for the task of illustrating the entire procedure during its development. It was subsequently replaced by the flow chart shown in Chapter 14.

Chapter 5 '**Development of a contract between the prospective parents and the surrogate parents**'. Not only was the development of a new flow chart necessary but also the development of a legal framework to support the agreements made between the prospective and surrogate parents and their treating professionals. This led to the development of an initial, provisional contract. Following the study, this provisional version was replaced by two more detailed contracts between the prospective and the surrogate parents and between prospective and surrogate parents and physicians. These contracts can be found in Chapters 15 and 16.

Chapter 6 '**Reasons for non-inclusion'** The 91 prospective parent couples were not all eligible to be included in the research. For various reasons, both from the perspective of the prospective and surrogate parents and from the medical professionals, they dropped out of the programme. Each case is described individually.

Chapter 7 is entitled '**Psychological results, part I: characteristics and somatic well being of prospective and surrogate parents'**. First the impact of infertility is discussed. We then go on to look at the initial psychological questions and selection criteria. The outcomes of the validated questionnaires and the characteristics of the open interviews undergone by the 28 couples included in the study are reported. This data provided an insight into the characteristics and somatic well being of the candidates. In this way we tried to make an inventory of what type of person is willing to go through this complicated reproductive procedure. Pathology and problems that were encountered not only in the patients but also in their treating physicians are also reported here. It is noteworthy that all the potential and surrogate parents scored better on the NPV, the SCL-90 as well as the MMQ than did the reference population.

Chapter 8 '**Medical Data'** gives data per prospective mother. Information about her medical history, the children the surrogate mother already has, the IVF or cryotreatment and the outcome of the wish for a child. Twenty-eight foursomes (surrogate and prospective couples) of which 22 actually started on the IVF procedure. To date nine healthy babies have been born, three surrogate mothers are pregnant (one of them with twins) and one surrogate mother is having IVF treatment at the time of this thesis going to press. Two pregnancies ended in missed abortion and there was one case of extrauterine gravidity.
All IVF and cryo treatments are summarised and commented upon. They are accompanied by graphics and descriptions of the medical complications and problems that were encountered. Data on the giving of breastfeeding are reported and the chapter closes with a lactation protocol.

Chapter 9 is entitled '**Psychological results part II'** and contains the measurements obtained from the psychological interviews and questionnaires taken both before and after treatment. The characteristics of the open interviews are classified. In this we tried to make an estimation of the stress that accompanies the IVF surrogacy procedure. Problems are described. Here too, it appears that the scores compare favourably with those of the reference/control population, even if the IVF procedure was not successful.

Chapter 10 discusses the **Legal Implications**. During the 12-year course of this study many legal changes have taken place. Initially, surrogacy was forbidden by law on threat of imprisonment. The decision to change the law relating to IVF in 1997 allowed the Ministry of Health to establish a policy of allowing non-commercial, therefore ideological, IVF surrogacy. The changes in the law and the acceleration of the adoption procedure are discussed here. The change brought about in the laws of precedent through cases from our study is explained in this chapter.

Chapter 11 is entitled **'Ethics'**. Ethical questions play a very important role in infertility treatments such as IVF and surrogacy. Initially, ethics took second place to new medical, psychological and legal developments but later on in the study it came more to the foreground. The ethical questions that we encountered became increasingly interesting and even gave rise to a request for more detailed continuing research. Using a hierarchical structure, all the basic ethical elements are examined - autonomy, philanthropy (in dubio - abstine), do no harm and justice - for each of the individual categories involved in the procedure (prospective parents,

surrogate parents, existing children of the surrogate and potential parents, the prospective baby, the treating professionals and society).

Chapter 12 '**Conclusions**' gives an overview of the outcomes in the fields of medicine, psychology, ethics and law. The postinterviews showed that neither the surrogate parents nor the prospective parents had experienced major negative or harmful consequences. The procedure of handing over of the babies went to everyone's satisfaction. No medical problems were encountered. The final conclusion of this research is that there is no reason whatsoever that high-tech surrogate motherhood should not be permitted to continue. The law should be adjusted accordingly and the adoption procedure should be begun at a very early stage, preferably during pregnancy.

Chapters 13 to 16 contain '**Recommendations**' that have been drawn from the conclusions. Research with so many social and ethical consequences should deliver guidelines that will clarify and liberalize this process in the future. To this end the following chapters provide the instruments to do this. One of the most important findings of our research is that good screening at the intake and psychological interviews is essential. Our advice is to coordinate these procedures by setting up a national intake centre making it possible to centralize data from what is after all, a very small population. Through a permanent intake centre with a permanent staff of psychologists, specialist IVF clinics and specialised lawyers it will be possible to ascertain if intake criteria need to be changed. In this way, the whole surrogate motherhood procedure can be regularly and expertly evaluated.

Chapter 13 gives a **checklist** that can be used by practitioners in daily practice.

Chapter 14 gives a **revised version of the Flowchart** seen in Chapter 4. This can be used by both potential and surrogate parents and by professionals.

The recommendations are concluded by the new contracts between potential and surrogate parents in Chapter 15 and between the treating **professionals and potential/surrogate parents** in Chapter 16. In 1998, the first contract included 22 points of importance. Both of the new contracts now have 99, which have been commented on by lawyers involved in the study.

The thesis is rounded off with **six supplements** including a recommendation from the **Ministry of Health** and recommendations for a **new Guideline (no 18)** for the Netherlands Society of Obstetrics and Gynaecology.

Conclusions

Preface

In the previous chapters the history of the process leading to high-tech IVF surrogacy is described including the results of the prospective study in the fields of medicine, psychology, ethics and law. Subsequently we will discuss the most important results that came out of this prospective study. These results should give answer to the inquiry-question as being put in the preface: 'Should or shouldn't undesired childlessness be treated with the aid of high-tech (IVF) surrogacy?' At the end of this chapter these conclusions will be used as recommendations for the future. On that basis you will find in the next chapter a checklist, a flowchart and contracts between the prospective parents and the surrogate parents and also between the prospective/surrogate parents and the treating professionals. These documents are made by us on the basis of the results of the prospective study and we hope that they can be used as a guideline in the future.

Situation in The Netherlands prior to the start of this research

Up till now there are no articles published on prospective study about the results of high-tech IVF surrogacy in The Netherlands. There are some newspaper articles [57, 69, 105, 106, 122, 139], some case reports and once an analysis of moral arguments in Medisch Contact (Verweij [134]) **.**

In 'Zwanger voor een ander' *('Pregnant for someone else')* you can read the personal story of a surrogate mother (Osté [111]). Also patient groups (Olijf, Freya [27, 30, 32, 35, 39, 41, 43, 63, 146]) let themselves be heard. Only after that the information for patients (Braat, Freya [12, 146]) as well as for gynaecologists (Dermout, Wiel van de, Jansen, Bleker, Heintz, Dammers [25, 29, 31, 33, 34, 37, 40, 42, 44, 45, 46]) came about via the professionals. In the recent published book 'Voorlichting over voorlichting' *('Information about information')* (Vervest, Kleiverda [133, 38]) for those who are working in obstetrics and gynaecology a chapter about surrogacy is included. Our prospective study gives evidence of 91 pairs of prospective parents and concerns psychological and medical study of 28 prospective and surrogate parents set into an ethical and judicial frame.

Conclusions medical field (chapter 3-1 and 8)

Results of pregnancies and deliveries

The problems in the medical field in our research of 56 IVF- and cryotreatments and 14 pregnancies proved to be minor. 9 Children have been born, no twins (there was one spontaneous reduction of a twin pregnancy: at 8 weeks the echo showed two heart rates, but at 12 weeks the echo showed just one foetus). Two women are pregnant at the time this thesis will be published, the term dates are November and December 2001. One of them is pregnant with twins. Two gravidities ended in a spontaneous abortion (14%); this percentage is normal for the Dutch population. There was one case of extra uterine gravidity (7%), laparoscopic tubotomy was necessary. One woman is still in treatment, the last IVF-try is at the time this thesis is going to press.

The chance of having a baby is 50% per surrogate mother, the chance of becoming pregnant is 64%. Per treatment the chance of a continuing pregnancy is 20%. The most important fact (although based on expected complications in normal gravidity rates) were the two missed abortions and the one extra uterine gravidity. This doesn't mean that worries about for instance pregnancy induced hypertension, HELLP syndrome or blood type incompatibility weren't

there. Probably our research group is too small to encounter the expected problems. In American literature, in which there are more facts about (commercial) surrogacy, actually only the complications were with multiple pregnancies, like pre- and dysmaturity which occurs more often in IVF-gravidities.
Another reason can be that we did a thorough screening at the intake of prospective and surrogate mothers. We demanded that especially the surrogate mother needed to have a blank medical and psychological record so she wouldn't unnecessarily be at risk.

Technical problems with replaced ovaries and suggestion to oncologists

There were other problems in the medical sense for the research group. The placing of the ovaries in the upper belly, especially in oncological operations, can give serious problems for the accessibility of ovaries at IVF-punctures. This replacing implicates that it is always necessary to do an abdominal puncture to get to the follicles. It turned out that not all IVF clinics are experienced in doing this. We suggest that ovaries will not be placed in the upper belly of cancer patients who are in the fertile age (our norm < 40 years of age) and who do not have a completed family. Of course this recommendation only goes for patients who don't need radiation or when the chance of radiation is very small. We are thinking of patients with a tumour of the cervix < 2 centimetres and the absence of vaso-invasion at the biopsies. If radiation eventually is necessary the ovaries still can be placed in the upper belly by means of laparoscopy to lessen the risk of early menopause. This decision of a fertility improving action versus maybe an extra operation has to be discussed with the patient before the operation.
For young women with a endometrium carcinoma and a low risk of reoccurrence or metastasis it is preferable to spare at least one ovary if possible. A task for oncologists to invent operative techniques that spare the fertility without hurting the prognosis.

Synchronization, stimulation charts and abdominal punctures

Technical problems that occur in high-tech surrogacy especially show up at synchronization of the cycles of prospective and surrogate mother, in stimulating less good functioning ovaries and with localizing c.q. doing a puncture of the ovaries that are replaced to the upper belly. This makes high-tech surrogacy much more difficult than a normal IVF procedure. Extra knowledge and experience with stimulation-programs are necessary, because otherwise the procedure takes too much time. The abdominal aspiration of follicles is a case for a gynaecologist and can't be done by a IVF doctor.
Although for practical reasons (geography and less waiting time) it sometimes was very handy that under the umbrella of our research some of the procedures could be done in another clinic, it proved later to be very problematic. The knowledge concerning stimulation programs, synchronization and (abdominal) follicle aspiration turned out to be much less than in the medical centre we advised. Almost all pairs who started the procedure somewhere else finally ended up in Voorburg. These arguments underline our suggestion to centralize this procedure in the future in 3 or 4 specialized clinics in The Netherlands. This number of clinics probably will be able to help all prospective/surrogate parents without a waiting list. The burden of the intensive treatment of prospective/ surrogate parents can be shared in this way and expertise can be built up.

Pregnancy and partus
The pregnancies in our research all went well. Up till now we have chosen for treatment by a gynaecologist to be able to chart all medical complications. Because of the fact that we up till now treated 11 continuing pregnancies (10 by a gynaecologist and 1 on pressing request by a midwife) and didn't encounter major medical problems, it seems too early to leave this possibility of inventory.
We advise treatment by a gynaecologist for women and we give a medical indication for pregnancy and delivery. When a surrogate mother absolutely wishes for treatment by a midwife this is possible, but only when the family doctor or midwife follows our protocol.

The pregnancies went without any problems. This also has to do with the thorough screening beforehand of the surrogate mothers, who all should have an untroubled obstetric record.

Suggestion for stretching the age barrier for mothers who want to be a surrogate mother for their daughter

The Dutch Society for Obstetrics and Gynaecology has put the age barrier for surrogate mothers at 44 years of age, so they will not be at unnecessary obstetric risks. However, during our research a significant number of mothers wanted to be surrogate mother for their daughter. As long as the mother is not menopausal, didn't have problems with her pregnancies and deliveries and is in good health, we think that there must be a possibility to do so. No one else but a mother will take more risk for her own child. In a psychological way the same group of treating professionals will have to see to it that the mother wants to do this of her own free will and that there will be no kind of 'natural' pressure on mothers to do this for their children. Besides that complications that will occur because of higher ages will have to be registered very carefully because not much is known about pregnancies and deliveries in the age category of 45 till postmenopausal age. After a certain follow-up this criteria should be evaluated.

Suggestions
You will find some 'technical' suggestions in the chapters 13 through 16: checklist, flowchart and contracts.

Conclusions psychological field (chapter 7 and 9)

Double pathology
The group of women we worked with in this research all have double pathology: firstly they can't bear children (oncology, congenital disorder, hysterectomy or life threatening illness if pregnant) and secondly they are suffering because of the fact that they are infertile because of this pathology. For this group high-tech surrogacy is the only way to get a child (ultimum remedium).

Handing over the child
The frequently asked question when surrogacy is being spoken of is if the child will or can be handed over. In our research this absolutely wasn't an issue. With thorough screening and real motivation this doesn't seem to play a role. Some of the surrogate mothers would even be very disappointed if they couldn't hand over the child (not accepting the gift of life, no crown on the job). This is probably the most significant difference compared to commercial surrogacy, where the motivation of having a child is money and not the wish to give a great gift to someone who is very close to you.

Background surrogate mothers
In our research 71% of the surrogate parents
was a sister (in law) of the prospective mother and in 25% it was a very good friend. Only once it was an 'outsider' who wanted to act as surrogate mother on an absolutely idealistic basis. However the outcome of the post-interviews shows that this relationship is experienced differently by the prospective and surrogate parents after the (alas not successful) procedure. The contacts were rather superficial and almost gone right after the procedure, while all other couples maintained a very strong relationship. Exceptions are the two cases in which the surrogate mothers backed out just before the IVF-procedures. Understandably this was very upsetting for the prospective parents.

Education
The prospective parents are relatively highly educated (67% of the prospective mothers and 71% of the prospective fathers have a high school or higher education). 49% of the surrogate mothers and 64% of the surrogate fathers have a high school or higher education. This is a little less than average, but still higher than the average Dutch population. 24% of the candidates work in the medical sector.

Characteristics
Bias in this research can be that the candidates had to wait a long time before their treatment started. Only the super motivated candidates stayed. This is corrected by the candidates who came last and who could start the procedure rather fast and didn't differ in characteristics from the couples who had to wait much longer. It seems that future prospective and surrogate parents who really want to get on with the procedure are a selected group already on the basis of their characteristics. If you don't have those you probably will give up before.

Response
The response in our research was high. Everybody did the interviews before treatment and filled out the questionnaires, because that was a demand for starting the procedure. On the post-interviews and the filling out of the questionnaires afterwards the response was 86-89%, depending on the category of prospective or surrogate parents.

Inquiry questions of the questionnaires
The questionnaires of the Dutch Personality Questionnaire (NPV), the Somatic Complaints list (SCL90) and the matrimony/relationship list (MMQ) were done in three dimensions:

1. Defining in which scale the score of prospective mothers, prospective fathers, surrogate mothers and surrogate fathers was in comparison to the Dutch norm population (chapter 7)

2. Defining if the high-tech IVF surrogacy procedure had had a positive or a negative influence on the same category and how the outcomes after the procedure are in comparison with the norm group (chapter 9)
3. Find out if there is a difference between prospective and surrogate parents who did or did not have a child (chapter 9)

Results of questionnaires

- **NPV**
  Concluding we can say that concerning the characteristics the influence of high-tech surrogacy, whatever the outcome, is relatively limited. If changes occur it mostly is more positive than negative and they concern the social (in)adequacy, dominancy and self esteem.
- **SCL-90**
  Concluding we can say that concerning the psychological and somatic complaints the influence of high-tech surrogacy, whatever the outcome, also is relatively limited. If changes occur they are rather positive than negative.
- **MMQ**
  Concluding we can say that concerning the functioning of relationships the influence of high-tech surrogacy, whatever the outcome, also is relatively limited. If changes occur they are rather positive than negative.

The main conclusions of the psycho-social part of this research are:

- High-tech surrogacy as treatment has relatively limited impact on the couples concerned, but as far as there is any effect it is a positive effect.
- The results (with or without child) has a slight effect on all people concerned, but as far as there is any effect it is a positive effect.

The group prospective mothers, prospective fathers, surrogate mothers and surrogate fathers turned out to score very high on all items of the three questionnaires. So it concerns a group of people who is mentally (much) healthier than the norm of the Dutch population.
Performing the procedure didn't change much. The ones who got a child were, understandably, even more positive about their lives. The ones who went through the procedure without getting a child, scored a little lower than before starting the procedure, but still scored higher than the norm population.

Intake

The intake is a very important part of the process, but also the most controversial. Thorough screening brings up problems, in our research the number of prospective parents reduced from 91 to 28. This was due to psychological as well as medical problems. Together with the prospective and surrogate parents these items were explored and explicated. When people concerned realise they are at risk or that they didn't come to a well thought out decision, this intake can be a good possibility to back out on their made promises without 'losing face'. For instance when during the interview suspicions arose about too much pressure by prospective parents on family to function as surrogate parents, or when prospective parents made a light-hearted decision and are thinking that they are 'just getting a child although in a somewhat strange way' but don't realise what is involved.
It's more difficult when there are signs of psychopathy and it is not possible to make this clear to the people concerned. We also don't bother with the psychological constitution of expecting

parents in regular cases. Only when there are very serious problems the aid of the Child Protection Services will be required. The demand that prospective parents be in the possession of a blank antecedent inquiry to be able to adopt the child is a handy aid in this case to protect a future child.

Ethics of the treating professional

The involvement of the doctor is not only on pure psychological grounds, but also the medical ethical and moral principles as written in chapter 11 Ethics, are playing a role. For women who become pregnant spontaneously active medical action of a doctor is not required. In those cases a doctor will never encounter with the moral dilemma that his actions might not respect one of the four basic principles. With fertility treatment, also with high-tech surrogacy, there is an essential difference.

Task of the psychologist

The most important task of a psychologist seems to be to make clear the process that is followed during the high-tech surrogacy procedure and to offer the people concerned guidance. When psychopathology is suspected or when there is a bad comparison between what you can have and what you cannot have, structural periodical guidance can be advised. More than half of the people concerned say they don't have any need for structural psychological help, but for the ones who had wanted it, it was hard to find the way. The expertise and intake centre has to pay attention to this. In the checklist for the gynaecologist (chapter 13) there will be standard points included about the desirability to have psychological guidance and to make it clear where people can go if they feel the need.

Medical decisions versus psychological decisions in high-tech surrogacy

Our research shows clearly that medical decisions differ very much from psychological decisions. In the medical route (step by step till embryo transfer is a fact) there are possibilities to stop the procedure by stopping the technical activities; in the psychological field this seems to be practically impossible. Almost everyone describes the process as stepping on a fast train. You want to go on it and are prepared to do all kind of things to get on, without rationally really getting into the facts. You're on the train whether you like it or not until the final station is reached. Most prospective and surrogate parents say that they will advise others in the same circumstances to start the procedure, but that they have to know very, very well what they are doing. The researchers know now, after evaluation of the psychological data, that you per definition don't know what you are beginning! The process of making the decisions has so many aspects that one can speak of a cumulative investment. The real decision is being made by the prospective parents in the beginning and everything else will be fitted in. Especially because of that the idea rises that you can't do much else except go on. A prospective father said repeatedly that during the whole infertility process it wasn't his intention at all to go that far, but once in it there is no backing out. This process is not being fed by the medical treatment but seems to be a mechanism that people need to get on with this difficult and enduring route and to stay with it.

It is about something so existential that there is no way back once you take the decision. This means that you have to protect people against themselves. The problem is that people are very tolerant in The Netherlands and that you shouldn't be bothersome, especially not with the opinions of other people. That's why the research team suggests to build in enough time to be able to start the process as informed as possible. During this research there was only one intake interview before starting the psychological intake. This should be prolonged. In the new

checklist and flowchart there are three intake interviews which are connected to each other and in which every time a part of the medical treatment or arrangements are being reviewed. Only after that follows the psychological part and subsequently the IVF-treatment. Experience shows that after that there is no way back.
In this way we hope to build in more time for reflection and more opportunity for real doubters, either helped or directed by the research group, to go back on a decision already made.
From the post-interviews it became clear that it is also necessary to build in a couple of moments for evaluation, for instance after an unsuccessful IVF-treatment. This would however increase the burden of the time people have to travel, as was another complaint of many prospective and surrogate parents. An alternative would be to set up a weekly telephone consulting hour.

Pioneers
The first foursomes in our research were real pioneers. The research group had a prospective research suggestion with a lot of white spots. Besides the beforehand made up questions, also the question 'where are the hiatus and how can we fill them in' was very important. The candidates knew this and also knew this was a pilot study about the desirability to go on or not with high-tech surrogacy.
The first candidates thus had to do with oral information and a route that had to be 'discovered' by them by means of constant adaptation. It was clearly explained that no structural psycho-social help could be offered in this stadium. Of course if problems should arise we would search for solutions. Only later on we started with a first blueprint of the flowchart, that became longer and longer. Still later we developed a contract between prospective and surrogate parents; these contracts went up from 11 to 92 articles (see chapters 15 and 16). Nevertheless there are a few people who afterwards said to have missed adequate guidance, which is one more argument to prolong the intake interviews, as written in the previous section. In short, development and adaptation of informative material has proved to be absolutely necessary.

Bypassing the prescribed routes
It is imperative that prospective and surrogate parents who wanted to pass by the prescribed route, later seemed to be more at risk in the field of being discontent with the procedure than couples who did follow the prescribed routes. With bypassing is meant for instance having the intake interview not as a foursome or frequently changing appointments with the psychologist, or surrogate mothers who wanted to follow an different hormone schedule than usual in IVF treatments. It is going against the feeling of autonomy which seems to be very important for a patient. But the more one bypasses the prescribed routes, the more risk there is to fall between the cracks.
Although for practical reasons (geography and less waiting time) it sometimes was very handy that under the umbrella of our research, some of the procedures could be done in another clinic, it proved to be very problematic.

In the section Medical Conclusions the problems in the medical field are written down, but it turned out that in all cases the guidance by our research team lessened because we were not familiar with the way things were going in that particular hospital. It also turned out that it was more difficult to stay in contact. This experience also calls for a specific expertise and intake centre with 3 or 4 specific IVF clinics, with which arrangements can be made.

If not all four prospective or surrogate parents showed up on appointments, or they came separately, than to this than to that researcher because they changed the appointments themselves, or kept making appointments on their own initiative, the concern of the research team seemed to lessen and prospective and surrogate parents sometimes were sidetracked. You can only prevent this by not permitting exceptions, but have people use the described routes. However, the fact that this leads to more bureaucracy is an undesirable complication.

The opposite of bureaucracy which is a nuisance for the patient, is the demanding patient, which can be a nuisance for the treating professionals. One of the things that plays a role is that the outcome of the psychological questionnaires showed that prospective parents in our research are more intelligent, but also more dominant than the average population. They belong to a higher social class than the average. Some candidates know very well where to go to get what they want. They are shopping around, change appointments, go to other hospitals to bypass waiting lists, and then come back again when for instance the ethical commission of that hospital doesn't allow high-tech surrogacy, or they don't keep their promise to do the post-interviews. Some do not follow the described route of intake, psychological screening and IVF-procedure, but 'very innocently' make an appointment right after the intake for IVF-treatment bypassing other candidates on the waiting list.

Dependency, feelings of guilt

The psychological burden of the waiting time till pregnancy is a fact, is felt in about the same way as in regular IVF-procedures. People are dependent of flowcharts, ovulations, doctors. The tension rises with every IVF-procedure. A prospective mother tells about the time she had to give herself an injection: *I kept trying to get courage and kept using alcohol to sanitize till my husband took over and did the job…'*

With high-tech surrogacy there is also the problem of synchronization of the cycles of prospective mother and surrogate mother, with sometimes cancelling the procedure because the synchronization process doesn't work out well.

Channelling of feelings of guilt, the feelings of being dependent and not being able to cope with feelings of gratitude, turned out to be the biggest problem in the relation between prospective and surrogate parents. Feelings of guilt to the surrogate mother because of the fact that with time the burden becomes higher, feelings of guilt to the prospective mother because one cannot give right away what is offered.

When the pregnancy becomes a reality, everything goes rather well. In this period of time of course reciprocal feelings still play a role. The research team has to point this out, but there are no methods to take away the tension. Speaking about the problem can bring relief but the tension stays.

The delivery often is the most relieving moment. The delivery is there, the child is handed over. In our research the deliveries all went without any problems. The prospective mothers who till the moment of birth are very, very tense (will my child finally been born, but most of all: will the surrogate mother stay healthy all those months and also during the delivery, will nothing happen to her) become relaxed as if they are touched by magic. The surrogate mother who finally can give her 'present' and doesn't have to bear the burden anymore also is very relieved. It is an emotional, wonderful moment for all four concerned, but also for the treating doctor. In our research there never was a moment of doubt about handing over the child.

More strongly put: we think that the surrogate mothers would not have wanted to keep the child. The possibility of 'gift of life' to their sister (in law) or friend would have been taken away from them.

Postpartum it is more of a burden for the surrogate mother. Although there is the feeling of relief that everything went well, there is also a feeling of emptiness, complicated by the drop of the hormone level and the mood swings that go with it. It appears to be important to make arrangements about the way and frequency of being together in the days following the birth. Both prospective and surrogate parents should have a good feeling about this arrangement. The surrogate parents need to see that their idea that the child is in its right place with the prospective parents comes true and the prospective parents need enough opportunity to build up a relationship with their child in privacy. Here too there is a task to give information before the delivery occurs.

Children that are already there

In our research it turned out that the children already there did not suffer because of the procedure. Without exception all surrogate mothers were positive about the way in which their own children reacted to the fact that a child would be carried for their aunt. The most difficult part before the pregnancy were the children of the surrogate parents who were in the age of puberty. They thought it a crazy idea that their mothers became pregnant again. This is also felt by preadolescents whose mothers become pregnant of their own child in a later age, so it is not specific for the surrogacy situation. All children of surrogacy mothers have accepted the pregnancy and the birth of the child without problems and have, as to be expected, a good relationship with the child of their uncle and aunt.

Contact with support group

Many of the prospective and surrogate parents strongly missed the contact with support groups. This problem is recognized in an early stage already, but there didn't seem to be a solution. Because in the beginning there was a kind of secrecy about high-tech surrogacy and because the outcome of research data wasn't known yet, not many really dared to talk about it in public. Only a few people concerned didn't think it a problem and participated in television programs about surrogacy, but most of them were afraid of the consequences at work or in the circle of acquaintances. They missed the contacts strongly. Now results are known and more publicity can be given to high-tech surrogacy procedures, contact with support groups can be stimulated.

Conclusions in the field of law (chapter 10)

Tolerance policy

Everyone has to abide by the law, but the law did not keep up with the developments of high-tech surrogacy. There has been great improvement in the legal field because the time it takes to adopt the child by the prospective parents has been shortened from years to one year. Still it is strange that the Ministry of Health tolerates a form of reproduction by making known this tolerance policy concerning not-commercial high-tech surrogacy in 1997, but that the law has not been adjusted.

Another thing doctors have to deal with is the increasing regulations in healthcare like WGBO and BIG. There is an increasing tendency to produce guidelines and protocols. Guideline 18 of the Dutch Society of Obstetrics and Gynaecology about high-tech surrogacy is an example of this.

Commercial high-tech surrogacy

In The Netherlands commercial surrogacy is prohibited. It is considered a criminal offence for prospective and surrogate parents and also for the ones who mediate in this business. In some European countries commercial surrogacy is not forbidden, but nowhere it is stimulated. In the USA however is seems to be an accepted way of reproduction. There are mediation bureaus which search for surrogacy mothers for their clients. Regularly there is news in the media about disastrous complications concerning surrogacy, and especially not handing over the child and not paying back the sometimes huge amounts of money involved are the topics. This creates dramas for the prospective and surrogate parents as well as for the children. A case is known in New Zealand of prospective parents who wanted a partial refund of the arranged price after a premature birth. In the USA there are television programs in which opinions are formed about parties who want to hand over a child to the highest bidder and in doing so are violating already made arrangements with the original prospective parents.
Via Internet we found the following advertisement at Texas Surrogacy Solutions Inc. which only strengthens our disapproval of commercial surrogacy:

> ***'Professional African American couple in midwest seeking married African American mom willing to be a traditional surrogate. A boy is wanted to carry the family name (important in their family) so sex selection would be involved. The special surrogate they seek must be a bright, loving and happy married mom. If you're that special someone, please visit Parenting Partners for more information.'***

and …

> ***Kim is so pretty… with hazel eyes and light brown hair. Kim does not plan her own household, but wants to be a gestational surrogate for a special couple. If you're looking for someone attractive and reliable, this surrogate may be for you! Please visit Parenting Partners for more information.'***

An advantage of commercial surrogacy can be that there will be a higher potential of surrogate parents, which can be a solution for prospective parents who don't have a sister (in law) or good friend who can or wants to be a surrogate mother. However, those seem to be the only advantages.

Disadvantages can be:

- Uncontrolled growth of surrogate mothers because of commercial motives
- When prospective parents are willing to pay much money for a child, they will demand that the child must be healthy (value for money…)
- Not foreseeable emotional problems especially for the surrogate mothers, who only offered to be a surrogate mother on financial grounds
- Not foreseeable problems for the prospective parents if the child is not handed over
- Not foreseeable problems for the future child when the procedure doesn't go right
- All kinds of mediation organizations based on financial gain

The research group has an opinion about commercial surrogacy by comparing it to valid ethical and juridical norms and values in The Netherlands. We didn't research this in this study, because commercial surrogacy is forbidden and not included in our research. In The Netherlands for some time we don't have to be afraid of gigantic changes because by allowing ideological surrogacy, commercial surrogacy is even more clearly disproved of. A change in law in this field will not occur soon. So for the time being this subject seems to be contained a good framework..
After going through all ethical, judicial and psychological arguments the research group is unanimously of the opinion that not allowing commercial surrogacy is necessary and that in the coming years there will be no place for it in The Netherlands. Also Freya [16], patient organization for infertility problems, says in the Ministry of Health Bulletin about the embryo law: '…that a child, even as yet not conceived, never can be merchandise'.

Advice for a law change concerning ideological high-tech surrogacy
On the basis of the data from our research it seems to be useful to change the now used policy of tolerance into a definitive change of law. There are two options:

- A minor change to the law, but a big one in the way of thinking, is letting go of the 'mater semper certa est' principle. In the case of high-tech surrogacy it is useful to mark the prospective mother as THE mother. Adoption will not be needed anymore, the law doesn't need to be changed.
- If one insists that the surrogate mother (of whom neither the egg cell nor the sperm cells are hers) still illogically speaking is the mother, there should be a possibility to start the procedure to adopt the child at the moment that the IVF-procedure turns out to be successful. Still six more months are left then to have everything properly administrated, which leads to the factual adoption at the moment of birth of the child. An added advantage is that one is doing right to the intentions of both prospective and surrogate parents.

Legal implications in present tolerance policy

- Precedents exists, but there is no guaranty that adoption will occur after one year. Every time this means great stress for both prospective and surrogate parents.
- The children, fully planned, will be born with the wrong family name. The genetic own child of the prospective parents will have the family name of the surrogate parents.
- If prospective parents die in the first year of the child, the child will be the child of the surrogate parents and it is, with the children already there, also heir to the surrogate parents. This can be an undesired outcome for the existing children.
- If prospective parents die in the first year of the child, the surrogate parents automatically will be the legal parents because the child is delivered by the surrogate mother. However, it is not unthinkable that both prospective and surrogate parents find this a undesirable situation
- Surrogate parents didn't make the choice to have this child for their own, but had it for the prospective parents. Prospective parents might have another guardian in mind when something should happen to them. In our research there are as many surrogate parents who want to be guardian of the child as who don't want this (saying: I do this for you, but I don't want another child of my own).

Advice for legal change in ideological low technological surrogacy

If one wants to prevent obscure practices in The Netherlands, it is recommended that low technological surrogacy on ideological grounds also takes the route via the expertise and intake centre. In low technological surrogacy the egg cell is from the surrogate mother, so there is a genetic connection and the 'mater' in this case is en stays the surrogate mother. For the group of prospective parents who want to have a child via low technological surrogacy there must be a possibility for the surrogate mother to have waiting time after the birth of the child. After all, she is not only the biological mother, but also the genetical mother. In this case a regular adoption procedure would be useful. Ironically speaking, without laws concerning the procedure at this time is easier because falsified registration certainly isn't allowed, but it is not difficult to do it. This asks for rapid setting up of laws to facilitate the adoption procedure and to prevent illegal situations. Good information (this thesis, protocols, flowcharts, contracts and IVF-procedures) will diminish excesses. If you want to avoid complications by acting too hastily, official registration via an intake centre is desirable; in this case structural discussion will take place beforehand with standard lawyers and the Child Protection Board.

Before starting the procedure the antecedent research has to be done, so one knows if adoption is an option after the birth of the child. In this way it should be possible to adopt the child as soon as possible after birth if the process is set into motion during the pregnancy. Looking at the problems already mentioned it should be useful to shorten the waiting time till for instance half a year in cases of well planned low technological procedures.

An advantage to the treating professionals (in this case doctors, but also judges and the Child Protection Board) is that because of the rules and the knowledge of all data and relationships between prospective and surrogate parents, legal handling should not give problems anymore. False registration is not necessary anymore then. The demand is that it takes a short time and that there is certainty about the adoption when all criterions are met.

Conclusions ethical field (chapter 11)

Surrogacy in general and high-tech surrogacy in special is concerned as medical treatment. This means that to be able to make right moral judgements four groups need to be distinguished: the foursome, the treating professionals (doctors and psychologists), the future child and society. The position of either of this four groups has to be seen from the four moral starting points: the principle of respect and autonomy, the principle of doing good, the principal of doing no harm (non nocere) and the principal of justice. It is not right to give preference to one of these principles in general or to let one of these principles prevail for one of the groups. In general one can say that high-tech surrogacy can be practiced with consideration and respect for the moral starting points which are the basis to medical treatment. This doesn't have to mean that for an individual patient a fundamental right exists on starting this procedure. It is well thinkable that the importance of the other factors, which are also based on these moral principles, leads to putting off the procedure.

Chapter 11 shows an extensive explanation by the research group about ethical norms and values concerning high-tech surrogacy and also the motivation why the research group is of opinion that there is a place for ideological, but not commercial, high-tech surrogacy in The Netherlands.

The chapter Ethics is the basis on which we took our medical, psychological and legal decisions and the reason why the advices like checklist, flowchart and contracts are made in this way.
The ethical hierarchical model along which we tested all arguments is found in figure 11.1 in the chapter Ethics.

General conclusion

Research question
The research question in this study was if undesired childlessness should or should not be treated with the aid of high-tech (IVF) surrogacy. As a preamble our starting point is that it should be possible on basis of the principle of justice that indicates that if one form of artificial reproduction is allowed, the other form should not be refused a priori without rightful arguments. Via this prospective research we tried to reach a conclusion based on professional and emotional arguments.

Answering the research question
The final conclusion of the research is that high-tech surrogacy is a form of reproduction that should not be refused when certain demands are met. We suggest to use those demands as starting points for the future. They are: setting up a specific expertise and intake centre, specific psychologists for psycho-diagnostic research and the possibility of psychological guidance, setting up three to four IVF-clinics to carry out this specialized IVF-procedure, specific legal advisers and specific contacts in the Child Protection Board.

Financial consequences
To date the biggest part of the financial consequences is paid for by the research team. The intakes and psychological interviews are paid for by the research team. When we think of calling high-tech surrogacy as *'The first sleepover'*, the research team is of opinion that this sleepover has been long enough now. A good guest gives pleasure when he comes but also when he goes.

High-tech surrogacy can only go on if an all-in price is established for a high-tech procedure in which includes:

- Expertise and intake centre for checking inclusion criterions, three intake interviews, first medical treatments, telephone consulting or evaluation-interviews and administrative handling, also for the referring doctors and other treating professionals (coordination functions)
- Psychologists to carry out the psycho-diagnostic research to mental strengths, voluntary basis and psycho-pathology to help with the selection for in- or exclusion of the high-tech surrogacy procedure
- IVF-treatments with an financial addition if abdominal punctures are necessary
- Legal advisers for the adoption procedure
- Psychologists if (after)care is necessary
- Ethic professionals for a second opinion centre

Keeping in mind the limited group that it concerns and the healthcare rules in The Netherlands, it seems that it is most appropriate that a tariff for the first three items, which are medical treatments, should come from healthcare insurances. Asking for a own risks payment by the patient like in the adoption procedure seems to be dubious because, unlike adoption, prospective parents are not sure they will be getting a child. A prognosis based on the now known data of our research show that almost half of the prospective parents will stay childless after the IVF-procedure.
Structural psychological care will have to be included in the tariff for the procedure. The legal procedure will have to be paid for by the prospective parents like an adoption procedure and also psychological care when psychopathology might occur, whether they are insured or not. A second opinion from ethic professionals will also have to be paid for by prospective parents.

Willingness to establish more IVF-centres for high-tech surrogacy
Next to the already existing centre in Voorburg, three academic hospitals will be asked to participate in doing the IVF-procedures. Keeping in mind the geographical position and the willingness that always existed under the gynaecologist of these hospitals (although ethical commissions or boards of directors were against it), the academic hospitals of Groningen, Amsterdam, Utrecht and Leiden seem to be the most appropriate. On basis of the results of this thesis the already existing willingness of the academic gynaecologists has to be translated in a reconsideration of the negative decisions of the ethic commissions c.q. the board of directors of these hospitals.

Waiting list
While waiting for structural financing the new candidates (12 at this moment) are put in the refrigerator for the moment (a symbolic expression concerning the cryo-embryo's of our research). However, ethically speaking it doesn't seem acceptable to let these prospective parents wait any longer.
Besides financing by the Ministry of Health or the general board of healthcare insurers, there is a new request to do a new lengthened research of medical, psychological, legal, but especially ethical aspects of a growing research group. However, this can only be done if a tariff for high-tech surrogacy follows.

Advices for the future
The before mentioned conclusions are worked out (Wijmen, van [150]) in the following chapters of this thesis: the checklist (chapter 13), the flowchart (chapter 14), the contracts (chapters 15 and 16) and in the appendixes: advice to the Ministry of Health and advice concerning reviewing the guideline of the Dutch Society of Obstetrics and Gynaecology.

Curriculum vitae

Sylvia Marguérite Dermout werd op 14 november 1952 in Amsterdam geboren. Nadat zij aanvankelijk vroegtijdig van school was gegaan vanwege intensieve sportbeoefening, vertrok zij na enkele administratieve baantjes een jaar als au-pair naar Parijs. Hierna kwam zij als doktersassistente te werken bij de chirurg, die tevens de clubarts van haar volleybalteam was, om tegelijkertijd in de avonduren aan de Knorringa-avondscholengemeenschap in Amsterdam haar gymnasiumdiploma α te behalen.
Gestimuleerd door haar werkgever gaf ze zich op 24 jarige leeftijd op voor de studie medicijnen. Om van een α een β te maken was de wis-, schei- en natuurkunde - deficiëntiecursus noodzakelijk aan de Vrije Universiteit te Amsterdam.

Hierna haalde ze in 1986 cum laude het artsendiploma aan de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam (U.v.A.).

Nog tijdens haar studie tot arts werd zij geboeid door de duikgeneeskunde, waar zij zich vanaf 1986 via cursussen van Prof. Dr. P. B.Bennett en Prof. Dr. D. H. Elliott (Duke University , U.S.A.) bekwaamde in de hyperbare geneeskunde. In 1990 was zij een van de medeoprichters van de Nederlandse Vereniging voor Duikgeneeskunde, waarvan ze vanaf dat moment bestuurslid was en sinds 1997 voorzitter is. Onnodig te zeggen dat zij zich regelmatig onder water bevindt.

Geïnteresseerd in zowel menselijk ethische aspecten als ook in techniek, leek gynaecologie haar de juiste specialisatie. In 1987 begon zij aan de opleiding tot gynaecoloog in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam (opleider: destijds nog Dr. O.P. Bleker) en het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam (opleiders Prof. Dr. F. B. Lammes en Prof. Dr. P.E. Treffers).

In 1988 werd ze bestuurslid van de Stichting Olijf, Netwerk van Vrouwen met gynaecologische kanker, waarvoor zij 8 jaar lang vrijwilligerswerk heeft gedaan als voorzitter van deze stichting. In 1996 verruilde ze dit om meer tijd aan het onderwerp van het proefschrift te kunnen besteden en werd ze Raad van Advieslid van de stichting Olijf.

In 1994 ontving ze voor de jarenlange psychosociale inzet voor vrouwen met gynaecologische kanker de Hector Treub Prijs.

Sinds 1994 maakt zij deel uit van een zes persoonsmaatschap met collegae K.Brouwer, Dr.J.P.R.Doornbos, A.F.P.Mulder, W.W.J.Riedijk en E.A.Robertson in De Heel Zaans Medisch Centrum te Zaandam. Alle maatschapsleden oefenen het vak in de volle breedte uit met ieder een speciaal aandachtsgebied, hetgeen voor haar de hysteroscopische- en laparoscopische minimaal invasieve chirurgie is.
De maatschap heeft in 2001 de bevoegdheid tot opleidingskliniek gynaecologie en verloskunde verkregen, geaffilieerd met het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam.

Dankwoord

Mijn grootste dank gaat uit naar mijn zusje Simone Dermout, die lange tijd als onbezoldigd secretarieel coördinator succesvol geprobeerd heeft de chaos op mijn bureau en boekenkast thuis binnen de perken te houden. Twee jaar lang heeft zij vrijwel elke zondag met mij aan het project gewerkt. Haar eigen bescheiden taakomschrijving tekent haar karakter: “ach, ik heb gewoon af en toe wat papiertjes opgeborgen….”

Harry van de Wiel, later hoogleraar en nog later promotor van dit project, ken ik al heel lang, nog vanuit de Stichting Olijf. In oncologisch opzicht heb ik als voorzitter van de Stichting Olijf altijd van zijn expertise gebruik kunnen maken en toen ik hem jaren geleden vertelde dat ik het draagmoederschapproject wilde gaan doen, was hij meteen enthousiast: mits goed psychologisch begeleid! En dat heeft hij geweten: ook hij heeft onbezoldigd vele interviews met mij afgenomen bij al onze kandidaten, ook in de periode dat we nog niet wisten dat er een promotie uit voort zou komen en hij zelfs nog geen hoogleraar was. Er is nog nooit een cent aan hem betaald. Het feit dat hij nu hoofdpromotor is doet recht aan de zaak en ik hoop dat al mijn vrienden en familie daarvoor graag de daaraan verbonden reis van Zaandam naar Groningen over hebben als eerbetoon aan hem.

De twee andere promotoren Peter Heintz en Otto Bleker wil ik in één adem noemen, hoewel ze verbonden zijn aan verschillende universiteiten. In het voorwoord heeft u kunnen lezen hoeveel zij voor mij betekend hebben in de periode toen ik ziek was. Dankzij Peter èn Evert Aartsen van het Antoni van Leeuwenhoekhuis ben ik weer gezond “gemaakt” (ik voel dus aan den lijve de druk van het niet in te lossen dankbaarheidgevoel – zie hoofdstuk Ethiek) en ben ik in staat geweest na vele jaren mijn leven weer te leiden alsof ik nooit kanker gehad heb.
Otto Bleker’s eerste woorden na het medeleven dat hij destijds toonde, waren: “ik houd je opleidingsplaats open”. Een ieder die Otto kent weet hoe hij dat zegt: weinig woorden, heel beslist en met een dergelijke intonatie dat je er zelf in gaat geloven. Dat heeft me de kracht gegeven ervoor te gaan en niet in een slachtofferrol te kruipen als gedegradeerd kinderloze kankerpatiënt zonder beroep. Hoewel ook hij (buiten mijzelf) er de eerste twee jaar aan getwijfeld zal hebben kwam ik toch terug en ben ik gynaecoloog geworden.
Beiden vonden het draagmoederschapproject in eerste instantie een wat dwaze onderneming die ze toegeeflijk glimlachend volgden: zelf waren ze er voor, maar in hun eigen ziekenhuizen was er door verbod van Raad van Bestuur geen mogelijkheid. Dit heeft hen er echter niet van weerhouden hun nek uit te steken en mijn promotor te willen zijn! Nu er een gedocumenteerde verslaglegging over 91 wensmoeders is, kijken we er allemaal met andere ogen naar.

De hoogleraren Prof. dr. R. Sanderman, E. van Hall en M. Burger wil ik hartelijk danken voor hun deelname in de leescommissie voor dit proefschrift.

Kees Jansen, Lenie van Os, Elly Hydra en het gehele overige IVF team in Voorburg (artsen, verpleegkundigen, biologen) dank ik voor de IVF behandelingen bij mijn wens- en draagmoeders. Deze vorm van voortplanting vergt in medisch en psychosociaal meer tijd en bovendien moesten er een aantal abdominale puncties worden uitgevoerd. Daar waar universitaire klinieken er zich om wat onduidelijke redenen nog niet aan waagden, durfden Kees en zijn team zijn nek wel uit te steken. Het resultaat is een goed onderbouwd proefschrift en Voorburg mag er trots op zijn hier aan te hebben meegewerkt.

Psychologie was een van de kernpunten uit ons onderzoek. Hulp kregen we van Anne Brewaeys, die een deel van de na-interviews heeft gedaan en die gedurende alle voorgaande jaren zijdelings contact had omdat ze het onderwerp zo interessant vond. Ik hoop met haar in de toekomst ook te kunnen samenwerken, om de geboren kinderen over jaren te kunnen vervolgen, een onderwerp dat Anne na aan het hart gaat.
Laura Batstra heeft als psycholoog de dataverwerking op zich genomen van de psychologische vragenlijsten. De ontelbare items zijn ingevoerd in de computer en als echte psycholoog-analyticus heeft zij vele data analyses aan Harry van de Wiel en mij gegeven, waarop wij de conclusies van ons onderzoek konden trekken.
Laura, je was fantastisch en je hebt daadwerkelijk bijgedragen aan het onderzoek!

Omdat statistiek voor een perifeer gynaecoloog geen dagelijkse kost is, heb ik me laten bijpraten door Ben Willem Mol en Erwin Bernie. Hartelijk dank voor jullie geduldige uitleg, ik begrijp nu tenminste wat er uit de statistiek-computerprogamma's rolde.

Het juridisch gebied was voor mij een tabula rasa. Langzamerhand werd ik op het juridisch gebied ingevoerd en heb ik alles wat met draagmoederschap te maken heeft, doorgewerkt. Met name Mr. Schepel en Mr. Sutorius ben ik dankbaar voor hun pioniersfunctie op draagmoederschapgebied: zij hebben enkele van mijn wens- en draagouders erg gelukkig gemaakt. Na hun vertrek werd het vakgebied vol enthousiasme overgenomen door Mr. Jet van Arkel en Mr. Mirjam Schoots: vakvrouwen die de bereid waren ervaringen uit te wisselen. Zij en Christiane Molenaar hebben de juridische hoofdstukken becommentarieerd in dit boekje, waarvoor ik hen heel dankbaar ben.

Mijn maatschap is er pas laat achter gekomen dat ik serieus bezig was. Dit ligt grotendeels aan mezelf omdat ik al het werk in avonden en weekenden deed. Toen ze doorkregen dat er echt een promotie op stapel stond, hebben ze me bijgestaan door me een jaar lang een middag in de week uit te roosteren, die ik aan het schrijven kon besteden. Omdat de huidige wachttijden en de toenemende werkdruk het bijna onverantwoord maakt dat er polikliniek - reductie in een perifeer ziekenhuis plaatsvindt, is een van de andere maten bereid geweest die middag voor mij waar te nemen en de polikliniekwerkzaamheden te verrichten.

Het vele kopieerwerk werd vaak gedaan door de dames van ons gynaecologen-secretariaat en daarvoor wil ik hen, en met name Jolanda Jonker bedanken, die onverstoorbaar bleef als ik met nieuwe versies kwam, terwijl de oude soms nog lag af te koelen. De bibliothecaresse Winnie Schats heeft alle artikelen die ik vroeg gevonden, of ze nu uit de medische, de ethische, de juridische of de psychologische hoek kwamen.

Doe je dit alles nu zonder vrienden en familie? Nee natuurlijk, de belangrijkste drijfveer om door te gaan zijn de mensen tegen wie je aan kunt praten als je het weer eens niet meer ziet zitten. Te moe, drukke diensten, altijd maar werk en dan ook nog een proefschrift in je "vrije tijd" schrijven.
Ik ben op de been gehouden door al mijn vrienden, die ik in ruime mate blijk te hebben, een fantastisch gevoel, en door bemoedigende briefjes en e-mails van sommige wensouders, waardoor ik het belang van hun toekomst nooit uit het oog verloor.
Vooral Aad de Man dank ik, want zijn motiverende peptalk was het startsein om dat wat ik al jaren in mijn hoofd had, in een versnelling op papier te zetten.

Mijn ouders dank ik voor de twee dingen die ik van hen heb geleerd in mijn opvoeding en die nu goed van pas kwamen: mijn moeder voor haar systematische, geordende manier van leven, hetgeen altijd overzicht blijft geven al is de chaos nog zo groot. Eerst je poppen opruimen, dan weer met kleien doorgaan. Eerst de klei opruimen, dan weer met de katten spelen. En later: eerst je huiswerk maken, daarna de leuke dingen doen. Deze discipline heeft me nu zeker geholpen. Mijn vader heeft een savoir vivre dat ik heel erg waardeer: leven en laten leven en open staan voor andere ideeën. Als rechtgeaarde Amsterdammer werkzaam op het Leidseplein is hij ook met heel veel culturen en andere ideeën in aanraking gekomen. Alles mag, als het een ander maar niet schaadt. Mijn gevoel voor het rechtsgelijkheidprincipe en daardoor uitvloeiend het idee tot het uitvoeren van draagmoederschap heb ik uit hun beider zienswijze op het leven.

Heel dankbaar ben ik ook mijn kat Scuba, die weggelopen was en vastraakte in de tuin van buren in het pakhuis verderop. Dit heeft de basis gegeven voor een contact dat zeer dierbaar is. Hij blijkt tekstschrijver te zijn, zij fotografe en dus ook creatief. Wat is er beter dan als je het niet meer ziet zitten een borreltje te halen bij de buren met je geschreven tekst onder de arm en dat bij hen neer te leggen. Ze kijken ernaar met een niet medische blik, daarbij meteen teksten verbeterend. Hans van Dijk en Marjolein Annegarn, enorm bedankt en laat het proefschrift niet het einde zijn van ons contact.

Zonder computer kun je tegenwoordig geen proefschrift meer maken. Grote dank aan McAfee (ja ja, ook ik heb vele virussen binnengekregen bij de e-mails) en aan Jan Jaap Brandt Corstius: altijd belbaar en bereid om eindeloos oplossingen aan te dragen bij weigering van de computertechnologie, uiteindelijk ben ik niets kwijtgeraakt. Ook de fraaie uitvoering van het stroomdiagram heb ik aan hem te danken. Als sparringpartner voor het hoofdstuk Ethiek hebben we uren alle voor- en tegenargumenten afgewogen.
Het virus is geïnactiveerd, maar heeft wel schade in het besturingssysteem aangebracht. Vele wanhoopskreten zijn door mijn werkkamer gevlogen als er weer een indrukwekkend stuk tekst stond, dat dan niet opgeslagen kon worden. Met allerlei grafieken daarin, door Jack Drenthe verfraaid, waarvoor ik hem hartelijk dank.

Paranimfen kies je omdat ze dicht bij je staan, je vertrouwen geven, je goed kennen. Dit zegt genoeg! Jolanda Sengers en Menno Gaastra, hartelijk dank voor alles!

En zonder al mijn andere vrienden, of het nu vrienden in mijn privé-omgeving zijn, bij de duikgeneeskunde vereniging of bij Ajax, zou het leven veel minder leuk zijn, dus allemaal bedankt! Het maakt mijn leven heel waardevol.

Bijlage 1. Advies aan het Ministerie van VWS

Met betrekking tot ideëel draagmoederschap naar aanleiding van het proefschrift ‘De eerste logeerpartij, Hoogtechnologisch Draagmoederschap in Nederland’ van 10 oktober 2001.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Hare excellentie mevrouw Dr. E. Borst-Eilers
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Zaandam, 20 juni 2001

Zeer geachte mevrouw Borst,

In 1997 is er een gedoogbeleid ingevoerd ten behoeve van ideëel hoogtechnologisch draagmoederschap, een onderwerp waarmee ik mij al vanaf 1989 bezig houd als (inmiddels ex) voorzitter van de stichting Olijf, Netwerk van vrouwen met gynaecologische kanker.

Ik mocht al eerder hierover met u corresponderen in 1995 en kreeg persoonlijk antwoord van u op 21 juni 1995, kenmerk ZZT/MEO-953163.
Op 12 mei 1997 werd uw brief ontvangen, gericht aan de ziekenhuisdirecties, kenmerk CSZ/ME-976521 over een advies aan de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie om dit gedoogbeleid voor hoogtechnologisch draagmoederschap het liefst te toetsen in onderzoeksverband en tevens verzocht u de NVOG om als handreiking voor de betreffende klinieken een model-protocol op te stellen.

Bijgaand proefschrift is hiervan het gevolg. Hierin staat een prospectief onderzoek naar problemen op medisch, psychologisch, juridisch en ethisch gebied beschreven verricht bij 91 potentiële wensouders. Het betreft een multicentered onderzoek met als promotores Prof.dr.H.B.M. van de Wiel (psycholoog), Prof.dr.O.P. Bleker en Prof.dr. A.P.M. Heintz (gynaecologen).
Bij 22 viertallen is uiteindelijk de IVF procedure verricht, wat heeft geresulteerd in 12 zwangeren, waarbij inmiddels 9 wenskinderen zijn geboren.

Voor de onderzoeksresultaten en conclusies verwijs ik u naar dit proefschrift.
De algemene conclusie van het onderzoek is dat er geen redenen zijn om ideëel hoogtechnologisch draagmoederschap als behandeloptie te verwerpen, mits uiteraard zoals bij iedere andere behandeling aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan.

De belangrijkste voorwaarde bestaat uit het instellen van een landelijk expertise- en intakecentrum voor de medische en psychologiche aspecten ten behoeve van hoogtechnologisch draagmoederschap, dat in samenwerking met 3 tot 4 regionale, academische IVF-klinieken die naast de ‘Reinier de Graafgroep (locatie Voorburg), een kwalitatief hoogwaardige behandeling kan garanderen. Het expertise-centrum onderhoudt en regelt het contact voor betrokkenen met vaste juristen, Raad voor de Kinderbescherming etc. De meer praktische implicaties van dit advies vindt u in het proefschrift.

De onderzoeksgroep heeft aan het Ministerie van VWS de volgende verzoeken om tot realisering van deze aanbevelingen over te kunnen gaan, naast de reeds bestaande erkenning tot een gedoogbeleid voor deze vorm van ideëel hoogtechnologisch draagmoederschap:

1. Het steunen van de totstandkoming van een vast expertise- en intakecentrum.
2. Het aanwijzen van drie tot vier Academische Centra om deze speciale IVF procedure toe te passen bij in gebreke blijven van toestemming door ethische commissies of Raden van Bestuur van deze ziekenhuizen. Volgens de richtlijnen in het proefschrift gaat de voorkeur om geografische en motivatieredenen uit naar het AZG Groningen, AMC Amsterdam en UMC Utrecht of LUMC Leiden naast de Reinier de Graafgroep locatie Voorburg.
3. Het bewerkstelligen van een wetsverandering zoals betoogd in hoofdstuk 13 Conclusies onder de alinea's: "advies tot wetsverandering voor ideëel hoogtechnologisch draagmoederschap met begripsverandering" en "advies tot wetsverandering voor ideëel halftechnologisch draagmoederschap"
4. Het adviseren aan de zorgverzekeraars Nederland om een all-in tarief vast te stellen in overleg met de onderzoeksgroep, waardoor alle genoemde financiële consequenties zoals genoemd bij de Financiële consequenties van de Conclusies kunnen worden gedekt of het adviseren aan de onderzoeksgroep van een andere geldstroom, al dan niet in onderzoeksverband. Op dit moment is de personele invulling al gewaarborgd met Prof. Dr. H.B.M. van de Wiel en Dr. A. Brewaeys als psychologen en Mr. J. van Arkel en Mr. M. M. Schoots als juristen, die allen hebben toegezegd hun medewerking aan het vervolg te willen geven. Desgewenst ben ik, voortbouwend op inmiddels opgedane expertise, uiteraard bereid in het expertise- en intakecentrum een coördinerende rol te vervullen.
5. Het stimuleren en positief adviseren door het Ministerie van eventueel vervolgonderzoek door de onderzoeksgroep.

De verdediging van het proefschrift zal op woensdag 10 oktober 2001 om 14.15 uur aan de Universiteit van Groningen plaatsvinden. U bent van harte uitgenodigd voor deze promotie.

Met vriendelijke groeten,

Sylvia M. Dermout, gynaecoloog
namens de onderzoeksgroep
hoogtechnologisch draagmoederschap

De Heel Zaans Medisch Centrum, postbus 210, 1500 EE Zaandam

Bijlage 2. NVOG Richtlijn 18 - Hoogtechnologisch draagmoederschap

Richtlijn 18 van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie is vrij opvraagbaar via www.NVOG.nl onder het kopje Richtlijnen. Vermeld staat dat de geldigheid van deze Richtlijn uiterlijk vijf jaar na dagtekening van 4 januari 1999 eindigt.

Op basis van de gegevens uit het proefschrift zal in bijlage 3 een advies voor een tussentijdse herziene Richtlijn worden gegeven.

Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie

NVOG

RICHTLIJN

No 18
januari 1999

Hoog-technologisch draagmoederschap

1 OMSCHRIJVING VAN HET PROBLEEM

Onder draagmoederschap verstaat men de situatie waarbij een vrouw (de draagmoeder) zwanger wordt en een kind baart ten behoeve van een andere vrouw, die daartoe zelf fysiek niet in staat is (de wensmoeder). Kenmerkend hierbij is het feit dat de draagmoeder a priori de intentie heeft het kind direct post partum af te staan aan de wensouders. Ideëel draagmoederschap, waarbij een vrouw zich om altruïstische motieven opwerpt als draagmoeder voor meestal een naaste verwante, dient onderscheiden te worden van commercieel draagmoederschap, waarbij door bemiddeling van een instantie of persoon een draagmoeder wordt aangeboden. Het op enigerlei wijze medewerking verlenen aan commercieel draagmoederschap is in ons land verboden. Bij z.g. 'laag-technologisch' draagmoederschap wordt de draagmoeder geïnsemineerd met het semen van de wensvader: hierbij stelt de draagmoeder dus niet alleen haar baarmoeder ter beschikking, maar levert zij tevens de vrouwelijke genetische component (i.c. de eicel) van het te verwekken kind. Recent heeft de Minister van VWS op advies van de Commissie Herziening Plannings-besluit IVF van de Gezondheidsraad besloten om ook 'hoog-technologisch'draag-moederschap, onder strikte voorwaarden, toe te staan. Hierbij wordt een embryo dat is ontstaan door in vitro fertilisatie van een eicel van de wensmoeder met het semen van de wensvader, ingebracht in de baarmoeder van de draagmoeder.

De rationale van deze vorm van draagmoederschap wordt gevonden in het feit dat dit voor vrouwen zonder (functionerende) baarmoeder de enige mogelijkheid is om te komen tot genetisch eigen progenituur. Door de aard van de behandeling, waarbij een derde partij betrokken wordt bij de voortplanting van een individueel paar, is draagmoederschap per definitie controversieel, en werpt het vragen op van ethische, morele, juridische en psychologische aard. In deze richtlijn worden de indicaties voor 'hoog-technologisch' draagmoederschap besproken en worden zorgvuldigheidseisen geformuleerd waarmee de behandeling omgeven dient te worden. Uitgangspunt hierbij is dat draagmoederschap gezien wordt als 'ultimum remedium' en derhalve uitsluitend in overweging genomen kan worden wanneer andere behandelmogelijkheden niet (meer) voorhanden zijn.

2 ANALYSE VAN DE BESCHIKBARE KENNIS

Betrouwbare wetenschappelijke kennis omtrent de fysieke, psychologische en emotionele gevolgen van draagmoederschap voor zowel de draagmoeder, als de wensouders en het kind ontbreekt vrijwel volledig.

2.1 Aspecten van de besluitvorming

In de besluitvorming en de counseling verdienen de volgende aspecten aandacht.

- **Voor de draagmoeder**
- De risico's van zwangerschap en bevalling betreffen niet alleen de rechtstreekse gezondheidsrisico's die worden veroorzaakt door de zwangerschap (de obstetrische voorgeschiedenis van de draagmoeder is hier van belang), maar ook verwikkelingen die de eigen vruchtbaarheid van de draagmoeder kunnen beïnvloeden (zoals het optreden van een EUG, een ernstige fluxus post partum, infectieuze complicaties in het kraambed e.d.). De kans op meerlingzwangerschappen, die onlosmakelijk verbonden is met de toepassing van IVF, verdient specifieke aandacht. Daarnaast speelt de leeftijd van de draagmoeder een rol bij de risico's van een zwangerschap. Hoewel ook hierover betrouwbare gegevens ontbreken, lijkt het vooralsnog redelijk om voor de draagmoeder een leeftijdsgrens van 44 jaar te hanteren, naar analogie van de leeftijdsgrens voor IVF in combinatie met eiceldonatie.
- De potentiële draagmoeder dient haar besluit om als zodanig op te treden in volledige vrijheid te nemen. Hoewel dit vanzelfsprekend lijkt, is het in de context van ideëel draagmoederschap, waarbij het dikwijls gaat om een (schoon-)zuster, (schoon-)moeder of goede vriendin, niet ondenkbaar dat een vrouw morele druk ervaart om zich als draagmoeder aan te bieden aan een naaste verwante die soms door tragische omstandigheden onvruchtbaar is (bijvoorbeeld na radicale uterusextirpatie in verband met een maligne aandoening). Gezien de complexiteit van de psychologische mechanismen die hierbij een rol spelen, kan van de gynaecoloog niet verwacht worden dat hij in staat is zich hierover in elk individueel geval een juist oordeel te vormen: hulp en consultatie van gedragswetenschappers is gewenst.
- De draagmoeder (en/of haar partner) kan psychische schade oplopen ten gevolge van de behandeling. Het na de bevalling afstaan van het kind, waarmee tijdens de zwangerschap ondanks de genetische afstamming een band is ontstaan, is een moment waarop dergelijke schade kan ontstaan. Voor een juiste beoordeling vooraf van het reactiepatroon van de draagmoeder is het gewenst dat zij zelf een of meer kinderen (gebaard) heeft. Ook het niet slagen van de behandeling (bijvoorbeeld omdat na een of meer pogingen geen zwangerschap ontstaat, of door het optreden van een spontane miskraam) of het geboren worden van een kind met aangeboren afwijkingen kan tot schuldgevoelens leiden bij de draagmoeder. Psychologische begeleiding voor, tijdens en na afloop van de behandeling is om deze redenen dan ook aangewezen.

- **Voor de wensouders**
- Het belangrijkste risico voor de wensouders is gelegen in het feit dat de draagmoeder kan besluiten het kind niet af te staan na de geboorte. Hoewel dit risico in het geval van ideëel draagmoederschap door een naaste verwante niet groot is, is het afdwingen van eerder (contractueel) gemaakte afspraken onder geldend Nederlands (afstammings-)recht de jure niet mogelijk: een dergelijke overeenkomst wordt nietig verklaard door 'het ontberen van een geoorloofde oorzaak' (in strijd met de goede zeden, art.3:40 lid 1 BW).
- Daar de draagmoeder veelal tot de naaste familie of vriendenkring van de wensouders behoort, bestaat de kans dat de draagmoeder (en/of haar partner) bemoeienis vertoont met de ontwikkeling resp. de opvoeding van het kind. Overigens is dit probleem niet uniek voor draagmoederschap, maar doet het zich voor bij vormen van kunstmatige voortplanting, waarbij gebruik gemaakt wordt van niet-anonieme donatie van gameten (eiceldonatie en de 'bekende' spermadonor).

- **Voor het kind**
- Theoretisch kan het kind, eenmaal op de hoogte gesteld van de wijze van zijn ontstaan, hechtingsproblemen vertonen omdat er 'twee moeders' zijn. Hoewel deze kans gering lijkt, gezien het feit dat de sociale ouders tevens de genetische ouders zijn, moet met dit effect rekening gehouden worden.
- Schade voor het kind kan optreden door risicovol gedrag van de draagmoeder of haar partner, waarbij te denken valt aan verticale transmissie van infectieziekten, of aan schadelijke effecten ten gevolge van roken of het gebruik van alcohol of drugs.
- Indien de wensmoeder een congenitale uterusafwijking heeft, dient theoretisch rekening gehouden te worden met een risico voor het vrouwelijk nageslacht op het hebben van dezelfde afwijking. Voor het syndroom van Mayer-Rokitansky-Küster is overigens niet aangetoond dat er een risico zou zijn op overerving.

In het algemeen wordt gedacht dat congenitale uterusafwijkingen berusten op een aanlegstoornis en niet op een genetische afwijking.

2.2 Morele aspecten

Vanuit maatschappelijk oogpunt dient de vraag zich aan of het moreel aanvaardbaar is dat een zo indringend beroep gedaan wordt op en gebruik gemaakt wordt van de altruïstische attitude van de draagmoeder. Een vergelijking met de gangbare praktijk van orgaandonatie dringt zich hier op: het is heden ten dage volledig maatschappelijk geaccepteerd dat een donor bij leven bijvoorbeeld een nier ter beschikking stelt aan een naaste verwant met een ernstige, levensbedreigende nierziekte. Op deze wijze beschouwd is ook draagmoederschap niet bij voorbaat moreel verwerpelijk, zolang er sprake is van een (harde) medische indicatie en betrokken partijen in vrijheid de beslissing hiertoe genomen hebben.

2.3 Juridische aspecten

De niet onbelangrijke juridische obstakels van draagmoederschap verdienen in dit verband eveneens aandacht. Volgens geldend Nederlands recht is de vrouw uit wie het kind geboren is in afstammingsrechtelijke zin de moeder (volgens het adagium 'mater semper certa est') en haar eventuele echtgenoot de wettelijke vader. Om het kind uiteindelijk het wettig kind van de wensouders te doen zijn, zal de normale adoptieprocedure gevolgd moeten worden. Dit betekent dat het kind door de wensouders daadwerkelijk moet worden verzorgd en opgevoed. Direct na de bevalling zal de draagmoeder een verzoek tot ontheffing uit de ouderlijke macht indienen bij de Raad voor de Kinderbescherming en het kind overdragen aan de wensouders. Hiervoor is echter toestemming vereist van de Raad voor de Kinderbescherming, terwijl melding aan de burgemeester en toezicht door de Raad voorzien zijn in de Pleegkinderenwet. Daarbij geldt dat in het geval van afstand door de moeder een termijn van drie maanden van verzorging 'op neutraal terrein' geldt voordat het kind wordt overgedragen aan de beoogde pleegouders. In het geval van draagmoederschap zijn er goede argumenten om te betogen dat het in het belang van het kind is om het terstond aan de zorg van de wensouders toe te vertrouwen. Overleg vooraf met de Raad voor de Kinderbescherming dient plaats te vinden.

2.4 Indicaties

Het indicatiegebied voor draagmoederschap is nog onvoldoende uitgekristalliseerd. Er zijn situaties waarin de indicatie evident is, zoals in het geval van congenitale afwezigheid van de uterus of na hysterectomie, bijvoorbeeld in verband met een maligne aandoening of na ernstige fluxus post partum. Lastiger wordt het wanneer het begrip 'niet-functionerende uterus' wordt geïntroduceerd: een niet met succes behandeld syndroom van Asherman zal voor een ieder een acceptabele indicatie vormen, maar wat te denken van patiënten met recidiverende abortus en/of partus immaturus bij een op zich normale uterus?
Patiënten met langdurige (onbegrepen) infertiliteit, die ondanks behandeling niet zwanger zijn geworden zullen opteren voor draagmoederschap, met de gedachte dat wellicht de implantatie bij hen het belangrijkste probleem vormt. De kennis omtrent embryonale factoren en endometriumfactoren die te zamen de kans op een succesvolle implantatie bepalen, is echter zo fragmentarisch, dat het niet mogelijk is deze indicatie op haar juiste waarde te schatten.
Daarnaast zijn er situaties waarin de zwangerschap per se een dermate groot risico oplevert voor de moeder, dat zwangerschap gecontra-indiceerd is. In deze gevallen is multidisciplinair overleg tussen de betrokken specialist(en) en de obstetricus noodzakelijk, om vast te stellen of er in het onderhavige geval werkelijk sprake is van een levensbedreigend risico, omdat alleen bij een absolute contra-indicatie voor zwangerschap draagmoederschap in overweging genomen kan worden.
Ook risico's voor het kind kunnen aanleiding zijn tot een verzoek om draagmoederschap: te denken valt aan ernstige vormen van rhesus-sensibilisatie.
Ten slotte is er nog 'surrogacy for convenience': deze situatie doet zich voor wanneer een vrouw niet zelf een zwangerschap wil doormaken, hetzij vanwege de fysieke ongemakken, dan wel om carrièretechnische redenen, en daarom een beroep doet op een draagmoeder. In het licht van de bovenbeschreven problemen die verbonden zijn aan draagmoederschap, lijkt het moreel niet aanvaardbaar dat artsen hieraan hun medewerking verlenen.

3 MINIMAAL VEREISTE ZORG

3.1 Indicaties

Totdat er meer gegevens bekend zijn over en ervaring is opgedaan met alle aspecten van draagmoederschap, dient er een harde medische indicatie voor de behandeling aanwezig te zijn. Als algemeen principe hierbij geldt dat draagmoederschap alleen in overweging genomen wordt wanneer er voor het krijgen van een eigen kind geen enkele andere optie (meer) voor handen is. Draagmoederschap met gameten van de wensouders is dan geïndiceerd in de volgende gevallen:

a *afwezigheid van de uterus bij intacte ovaria*
- aangeboren afwezigheid (bijvoorbeeld het syndroom van Mayer-Rokitansky-Küster)
- verworven afwezigheid ten gevolge van hysterectomie in verband met maligniteit, onbehandelbare fluxus of trauma

b *niet naar behoren functionerende uterus bij intacte ovaria*
- congenitale hypoplasie van de uterus zonder endometrium
- ernstige congenitale uterusafwijkingen waarbij het ontstaan van zwangerschap of het uitdragen ervan is uitgesloten of op serieuze medische bezwaren stuit
- een niet behandelbaar syndroom van Asherman of ernstige schade aan de uterus c.q. het endometrium op basis van andere etiologie

c *ernstige aandoeningen van de moeder waardoor zwangerschap voor haar levensbedreigend is en er derhalve een absolute contra-indicatie voor zwangerschap bestaat*
de indicatie zal in multidisciplinair (derdelijns) overleg gesteld dienen te worden

3.2 Het behandelteam

Naast de bij geassisteerde voortplanting noodzakelijke gynaecologische en embryologische expertise dient het behandelteam dat zich bezighoudt met draagmoederschap versterkt te worden met (een) vertegenwoordiger(s) van de gedragswetenschappen (psycholoog, psychiater, maatschappelijk werker, socioloog enz.). Gezien de bijzondere aard van de problematiek en het belang van het opdoen van ervaring met deze vorm van behandeling is een vaste consulent in dit verband gewenst.
Indien de behandelend gynaecoloog van de wensouders tevens de (potentiële) draagmoeder begeleidt, kan (de schijn van) belangenverstrengeling ontstaan. Het verdient overweging om de behandeling van de draagmoeder van begin af aan (inclusief de fase van besluitvorming) te laten geschieden door een andere gynaecoloog van het team.
Gezien de wettelijke aspecten van de behandeling moet tevens juridisch advies kunnen worden ingewonnen. Hiertoe dient verwezen te kunnen worden naar een interne of externe ter zake kundige juridisch adviseur. Hierbij moet niet alleen gedacht worden aan het opstellen van een 'contract' tussen wensouders en draagmoeder, maar moet ook aandacht besteed worden aan de wenselijkheid van het afsluiten van een overlijdensrisico- en arbeidsongeschiktheidsverzekering voor de draagmoeder voor de duur van de behandeling en de daaruit resulterende zwangerschap.

3.3 Counseling

Alle partijen, zowel de wensouders als de draagmoeder en (indien aanwezig) haar partner, dienen tevoren zowel schriftelijk als mondeling te worden geïnformeerd over de kenmerken, nadelen en risico's van de behandeling. In deze voorlichting dient ten minste aandacht besteed te worden aan de aspecten die zijn genoemd in paragraaf 2 van deze richtlijn.
De counseling, die wordt uitgevoerd door zowel een medisch als een gedrags-wetenschappelijk lid van het behandelteam zal deels met alle betrokkenen gezamenlijk *kunnen* worden gevoerd, maar deels ook separaat met wensouders enerzijds en draagmoeder en haar partner anderzijds gevoerd *moeten* worden.
Wanneer er consensus bereikt is over het uitvoeren van de behandeling, leggen alle betrokkenen hun intenties vast in een 'informed consent' die in dit geval kenmerken in zich draagt van een contractuele overeenkomst. Hierbij dient tevoren ook het maximaal aantal IVF-pogingen te worden vastgelegd. Bijzondere aandacht moet besteed worden aan het moment en de wijze waarop het kind na de partus wordt overgedragen aan de wensouders. Gezien de bijzondere aard van de behandeling, de morele implicaties ervan en de belangen van de betrokkenen en het

toekomstige kind, staat het het behandelteam te allen tijde vrij om om hen moverende redenen niet in te gaan op een verzoek tot draagmoederschap.

3.4 Voorwaarden

– **Voorwaarden te stellen aan de wensouders**
Voor de wensmoeder geldt de bij IVF gebruikelijke leeftijdsgrens van ongeveer 40 jaar. Deze grens is gebaseerd op de te verwachten ovariële respons op de hormonale stimulatie en de geringe zwangerschapskans met IVF bij vrouwen boven de 40 jaar, die voornamelijk kan worden toegeschreven aan veroudering van de eicellen. Indien de wensmoeder die de eicellen levert, 36 jaar of ouder is, dienen alle betrokkenen gewezen te worden op de mogelijkheid van antenatale diagnostiek en de eventueel daaraan verbonden afbreking van de zwangerschap.
Zowel de wensmoeder als haar partner dienen te worden gescreend op hepatitis B en C, HIV, lues, *Chlamydia trachomatis* en gonorroe.

– **Voorwaarden te stellen aan de draagmoeder**
Voor de draagmoeder geldt, naar analogie van de situatie bij eiceldonatie, een leeftijdsgrens van 44 jaar. Boven deze leeftijd bestaat onzekerheid over de obstetrische risico's voor de draagmoeder.
De draagmoeder dient bij voorkeur zelf een voltooid gezin te hebben, maar in ieder geval reeds een eigen kind gebaard te hebben. De obstetrische voorgeschiedenis van de draagmoeder dient geen zodanig ernstige pathologie te vermelden, dat van een sterk verhoogd risico op complicaties in een volgende zwangerschap sprake is. De draagmoeder dient een normaal functionerende uterus te hebben en geen afwijkingen die een risico voor de zwangerschap met zich meebrengen. De draagmoeder dient gezond te zijn en geen ziekten te hebben die een bezwaar vormen bij de hormonale substitutie of de zwangerschap.
Zowel de draagmoeder als haar partner ondergaan dezelfde SOA-screening (aangevuld met rubellaserologie voor de draagmoeder) als de wensouders. De draagmoeder treft tijdens de behandelingscyclus maatregelen ter voorkoming van zwangerschap, ten einde elke twijfel over de paterniteit reeds bij voorbaat uit te sluiten.

3.5 Uitvoering van de behandeling

De gehele behandeling dient in een lokaal protocol te zijn vastgelegd.

De IVF-procedure bij de wensmoeder wordt op de voor het centrum gebruikelijke wijze verricht. De hormonale substitutie en synchronisatie van de draagmoeder geschiedt op dezelfde wijze als gebruikelijk is bij eiceldonatie.
Bij de wensmoeder moet aandacht besteed worden aan de mogelijkheid van verminderde ovariële reserve (bijvoorbeeld na uterusextirpatie) en aan technische problemen bij de follikelaspiratie (bijvoorbeeld na uterusextirpatie, bij het syndroom van Mayer-Rokitansky-Küster enz.).
Bijzondere aandacht dient tevoren besteed te zijn aan het aantal terug te plaatsen embryo's. Gezien het feit dat de draagmoeder een bewezen fertiele vrouw is, zal een terughoudend embryotransferbeleid aangewezen zijn (transfer van maximaal twee embryo's), om het risico van meerlingzwangerschap voor de draagmoeder zoveel mogelijk te beperken.
Aan de begeleiding van alle betrokkenen voorafgaande aan en tijdens de behandeling, en ook tijdens een eventuele zwangerschap en in de periode direct daarna, dient in vergelijking met een reguliere IVF-behandeling meer aandacht besteed te worden door daartoe gekwalificeerde professionals.
Verslaglegging van de behandeling vindt op de voor het betreffende centrum gebruikelijke wijze plaats, waarbij extra aandacht geschonken dient te worden aan de gewenste koppeling van gegevens van de wensouders aan die van de draagmoeder.
Gezien de nog vele onbekende effecten van draagmoederschap op langere termijn, dient het centrum zorg te dragen voor een langdurige follow-up van zowel het kind als van de wens- en de draagouders, waarbij aandacht besteedt wordt aan zowel lichamelijke als psychische en emotionele factoren.

4 VUISTREGELS

1 Draagmoederschap dient beschouwd te worden als `ultimum remedium'.

2 De behandeling wordt vooralsnog beperkt tot de hier genoemde indicaties.

3 Medische, psychologische en juridische counseling dient een integraal onderdeel uit te maken van de behandeling.

4 Om de kennis over de effecten van deze vorm van voortplanting te vergroten, vinden de behandelingen bij voorkeur plaats in een beperkt aantal centra en in het kader van wetenschappelijk onderzoek, waarbij aandacht geschonken wordt aan de follow-up van het kind, de wensouders en de draagmoeder (en haar partner).

LITERATUUR

1 Gezondheidsraad. Commissie Herziening Planningsbesluit IVF, 1997.
2 Anonymus. Surrogate gestational mothers: women who gestate a genetically unrelated embryo. In: American Fertility Society. Ethical considerations of assisted reproductive technologies. Fertil Steril 1994; 62 suppl 1: 67S-70S.
3 Schnitzer JJ, Marrs RP. Gestational surrogacy. Sem Reprod Endocrinol 1995; 13: 204-9.
4 De Ruiter J. Draagmoederschap. In: De Ruiter J, Sutorius EPhR, red. Manipuleren met leven. Handelingen Ned Juristen Ver 1993-I; 123: 76-101.
5 Erin CA, Harris J. Surrogacy. Baillière Clin Obstet Gynecol 1991; 5: 611-35.
6 Verweij MF, Van Delden JJM. De dokter en de draagmoeder: een analyse van morele argumenten inzake IVF/draagmoederschap. Med Contact 1997; 52: 1550-2.

© 1998 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
Deze richtlijn, ontwikkeld door de Commissie Kwaliteit NVOG onder eindverantwoordelijkheid van het Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, is vastgesteld in de 560e ledenvergadering d.d. 24 september 1998 te Utrecht. Deze richtlijn is opgesteld namens de werkgroep Voortplantingsendocrinologie en Fertiliteit (VEF) door dr.D.J.Hemrika.
NVOG-richtlijnen beschrijven een minimum niveau van zorg te verlenen door een gynaecoloog in gemiddelde omstandigheden. Zij hebben een adviserend karakter. Een gynaecoloog kan geargumenteerd afwijken van een richtlijn wanneer concrete omstandigheden dat noodzakelijk maken. Dat kan onder meer het geval zijn wanneer een gynaecoloog tegemoet moet komen aan de objectieve noden en/of subjectieve behoeften van een individuele patiënt. Beleid op instellingsniveau kan er incidenteel toe leiden dat (volledige) lokale toepassing van een richtlijn niet mogelijk is. De geldigheid van deze richtlijn eindigt uiterlijk vijf jaar na dagtekening.
Dagtekening 1 december 1998

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR
OBSTETRIE EN GYNAECOLOGIE
Lomanlaan 103
Postbus 20061, 3502 LB Utrecht.
http://www.nvog.nl

Bijlage 3. Advies voor de nieuwe NVOG Richtlijn

Op basis van gegevens uit het onderzoek wordt in deze bijlage een advies gegeven tot tussentijdse herziening van Richtlijn 18 van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.

Advies tot aanpassing van NVOG Richtlijn nr. 18 - concept Hoogtechnologisch draagmoederschap, oktober 2001

1. Omschrijving van het probleem

Onder draagmoederschap verstaat men de situatie waarbij een vrouw (de draagmoeder) zwanger wordt en een kind baart ten behoeve van een andere vrouw, die daartoe zelf fysiek niet in staat is (de wensmoeder). Kenmerkend hierbij is het feit dat de draagmoeder a-priori de intentie heeft het kind direct post partum af te staan aan de wensouders. Ideëel draagmoederschap, waarbij een vrouw zich om altruïstische motieven aanbiedt als draagmoeder voor meestal een naaste verwante, dient onderscheiden te worden van commercieel draagmoederschap, waarbij door bemiddeling van een instantie of persoon een draagmoeder wordt aangeboden. Het op enigerlei wijze medewerking verlenen aan commercieel draagmoederschap is in ons land verboden.

Bij z.g. ‘laag- of halftechnologisch’ draagmoederschap wordt de draagmoeder geïnsemineerd met het semen van de wensvader: hierbij stelt de draagmoeder dus niet alleen haar baarmoeder ter beschikking, maar levert zij tevens de vrouwelijke genetische component (i.c. de eicel) van het te verwekken kind.

In 1997 heeft de Minister van VWS op advies van de Commissie Herziening Planningsbesluit IVF van de Gezondheidsraad besloten om ook ‘hoogtechnologisch’ draagmoederschap onder strikte voorwaarden toe te staan. Hierbij wordt een embryo dat is ontstaan door in vitro fertilisatie van een eicel van de wensmoeder met het semen van de wensvader ingebracht in de baarmoeder van de draagmoeder. De rationale van deze vorm van draagmoederschap wordt gevonden in het feit dat dit voor vrouwen zonder (functionerende) baarmoeder de enige mogelijkheid is om te komen tot genetisch eigen progenituur.

Door de aard van de behandeling, waarbij een derde partij betrokken wordt bij de voortplanting van een individueel paar, is draagmoederschap per definitie controversieel, en werpt het vele vragen op.
In 2001 is een landelijk prospectief onderzoek afgerond in een proefschrift naar de medische, psychologische, juridische en ethische gevolgen van hoogtechnologisch draagmoederschap. Uit dit proefschrift zijn adviezen gekomen die in deze Richtlijn zijn verwerkt. De indicaties worden besproken, evenals de zorgvuldigheidseisen waarmee de behandeling omgeven dient te worden. Uitgangspunt hierbij is dat draagmoederschap gezien wordt als "ultimum remedium" en derhalve uitsluitend in overweging genomen kan worden wanneer andere behandelmogelijkheden niet (meer) voorhanden zijn.

2. Analyse van de beschikbare kennis

In het proefschrift "De eerste logeerpartij, hoogtechnologisch draagmoederschap in Nederland" zijn de fysieke, psychologische, emotionele en juridische gevolgen vastgelegd van 91 wensouders, waarvan er 22 een daadwerkelijke hoogtechnologische IVF procedure ondergingen.

2.1 Aspecten van de besluitvorming

In de besluitvorming en de counseling verdienen de volgende aspecten aandacht.

Voor de draagouders

- De risico's van zwangerschap en bevalling betreffen niet alleen de rechtstreekse gezondheidsrisico's die worden veroorzaakt door de zwangerschap (de obstetrische voorgeschiedenis van de draagmoeder is hier van belang), maar ook verwikkelingen die de eigen vruchtbaarheid van de draagmoeder kunnen beïnvloeden (zoals het optreden van een EUG, een ernstige fluxus postpartum of een infectieuze complicatie in het kraambed e.d.). De kans op meerlingzwangerschappen, die onlosmakelijk verbonden is met de toepassing van IVF, verdient specifieke aandacht. Daarnaast speelt de leeftijd van de draagmoeder een rol bij de risico's van een zwangerschap. Hoewel hierover betrouwbare gegevens ontbreken, lijkt het vooralsnog redelijk om voor de draagmoeder een leeftijdsgrens van 44 jaar te hanteren, naar analogie van de leeftijdsgrens voor IVF in combinatie van eiceldonatie.
- Slechts in geval van een aanbod van een moeder die een kind wil dragen voor haar dochter en die zelf een onbelaste algemene en obstetrische anamnese heeft, kan incidenteel een uitzondering worden gemaakt.

- De potentiële draagmoeder dient haar besluit om als zodanig op te treden in volledige vrijheid te nemen. Hoewel dit vanzelfsprekend lijkt, is het in de context van ideëel draagmoederschap, waarbij het dikwijls gaat om een (schoon)zuster, (schoon)moeder of goede vriendin, niet ondenkbaar dat een vrouw sterke morele druk ervaart om zich als draagmoeder aan te (moeten) bieden aan een naaste verwante die soms door tragische omstandigheden onvruchtbaar is (bijvoorbeeld na een radicale uterusextirpatie in verband met een maligne aandoening). Gezien de complexiteit van de psychologische mechanismen die hierbij een rol spelen, kan van de gynaecoloog niet verwacht worden dat hij/zij in staat is zich hierover in elk individueel geval een juist oordeel te vormen. Een van de adviezen uit het onderzoek is het instellen van een landelijk intakecentrum met vaste intake-gynaecoloog, vaste psychologen, IVF klinieken en vaste juristen.
- De draagmoeder en/of haar partner kunnen psychische schade oplopen ten gevolge van de behandeling. Het na de bevalling afstaan van het kind, waarmee tijdens de zwangerschap ondanks de genetische afstamming een band is ontstaan, is een moment waarop dergelijke schade zou kunnen ontstaan, hoewel gebleken is dat dit in de onderzoeksgroep geen risicofactor was en dat er juist andere factoren een rol speelden als een extreem verantwoordelijkheidsgevoel naar de wensouders toe en schuldgevoelens wanneer de procedure niet lukt.
- Voor een juiste beoordeling vooraf van het reactiepatroon van de draagmoeder is het gewenst dat zij zelf een of meer kinderen gebaard heeft. Ook het optreden van lichamelijke ongemakken tijdens de zwangerschap of het moeten doormaken van een buitenbaarmoederlijke zwangerschap of spontane miskraam leiden behalve tot schuldgevoel ook tot lichamelijke en daardoor mogelijk psychische problemen. Indien er een kind geboren wordt met een aangeboren afwijking kan een sterk schuldgevoel bij de draagouders optreden.
- Ook een perfect gelopen draagmoederschap trekt een behoorlijke wissel op de routine van het gezin van de draagmoeder (de partner en de reeds aanwezige kinderen van de draagouders). De partner (de draagvader) blijkt een erg belangrijke rol te spelen bij de begeleiding en steun tijdens de procedure. Indien de draagvader niet achter het besluit staat, lijkt het niet verstandig een draagmoederschapprocedure aan te gaan.
- Structurele psychologische begeleiding dient via het intakecentrum te worden aangeboden en er dient op toegezien te worden dat er geen psychopathologie optreedt, indien draagouders geen gebruik willen maken van de standaard begeleiding.

Voor de wensouders

- Het belangrijkste theoretische risico wat wensouders kan overkomen is het feit dat de draagouders kunnen besluiten het kind na de geboorte niet af te staan. In het onderzoek bleek door goede screening van de wens- en draagouders dit probleem niet te spelen. Hoewel dit risico in het geval van ideëel draagmoederschap door een naaste verwante niet groot is, is het afdwingen van eerder (contractueel) gemaakte afspraken onder geldend Nederlands (afstammings-)recht de jure niet mogelijk: een dergelijke overeenkomst wordt nietig verklaard door het "ontberen van een geoorloofde oorzaak" (in strijd met de goede zeden, art. 3:40 lid 1 BW)
- Daar de draagmoeder veelal tot de naaste familie of vriendenkring van de wensouders behoort, bestaat de kans dat de draagouders bemoeienis vertonen met de ontwikkeling respectievelijk de opvoeding van het wenskind. Overigens is dit probleem niet uniek voor draagmoederschap, maar doet het zich voor bij vormen van kunstmatige voortplanting, waarbij gebruik wordt gemaakt van niet-anonieme donatie van gameten (eiceldonatie en de "bekende" spermadonor).

Voor het kind

- Theoretisch zou het kind, eenmaal op de hoogte gesteld van de wijze van zijn ontstaan, hechtingsproblemen kunnen vertonen omdat er "twee moeders" zijn. Waarschijnlijker is echter dat het kind geen problemen in deze richting zal krijgen, omdat de genetische ouders ook de sociale ouders zijn en het kind tevens op de hoogte is wie zijn biologische moeder is. Meestal is de biologische moeder nog in zijn of haar nabijheid, omdat het een familielid of goede vriendin van de wensouders betreft.
- Schade voor het kind kan optreden door risicovol gedrag van de draagmoeder of haar partner, waarbij te denken valt aan verticale transmissie van infectieziekten, of aan schadelijke effecten ten gevolge van roken of het gebruik van alcohol of drugs.

2.2 Morele aspecten

Vanuit maatschappelijk oogpunt dient de vraag zich aan of het moreel aanvaardbaar is dat een zo indringend beroep gedaan wordt op en gebruik gemaakt wordt van de altruïstische attitude van de draagmoeder. Een vergelijking met de gangbare praktijk van orgaandonatie dringt zich hier op: het is heden ten dage volledig maatschappelijk geaccepteerd dat een donor bij leven bijvoorbeeld een nier ter beschikking stelt aan een naaste verwant met een ernstige, levensbedreigende nierziekte.

Op deze wijze beschouwd is ook draagmoederschap niet bij voorbaat moreel verwerpelijk, zolang er sprake is van een (harde) medische indicatie en betrokken partijen in vrijheid de beslissing hiertoe genomen hebben. Het ethisch-hiërarchisch model voor draagmoederschap uit het proefschrift gaat in op alle aspecten voor het ethisch medisch handelen.

2.3 Juridische aspecten

De niet onbelangrijke juridische obstakels van draagmoederschap verdienen in dit verband eveneens de aandacht. Volgens geldend Nederlands recht is de vrouw uit wie het kind geboren is in afstammingsrechtelijke zin de moeder (volgens het adagium “mater semper certa est”) en haar eventuele echtgenoot de wettelijke vader. Om het kind uiteindelijk het wettig kind van de wensouders te doen zijn, zal de normale adoptieprocedure gevolgd moeten worden. Dit betekent dat het kind door de wensouders daadwerkelijk moet worden verzorgd en opgevoed vanaf de geboorte. Direct na de bevalling zal de draagmoeder een verzoek tot ontheffing uit de ouderlijke macht indienen bij de Raad voor de Kinderbescherming en het kind overdragen aan de wensouders. Hiervoor is echter toestemming vereist van de Raad voor de Kinderbescherming.

Inmiddels is er veel jurisprudentie via casus bij **hoog**technologische draagmoederschap, waardoor na vroegtijdig in kennisstellen van de Raad voor de Kinderbescherming via vaste advocaten de adoptieprocedure wat soepeler kan verlopen. Het is inmiddels gebruikelijk dat het kind, dat na de geboorte één jaar in het wensgezin verblijft, na dat jaar geadopteerd kan worden door de wensouders. In de aanbevelingen van het onderzoek zijn adviezen gegeven aan het Ministerie van VWS om tot wetsverandering voor deze indicatie over te gaan. Het advies is om het adagium “mater semper certa est” anders te interpreteren en in gevallen van hoogtechnologisch draagmoederschap de wensmoeder de moeder te laten zijn, omdat zij zowel de eicellen als via haar echtgenoot de zaadcellen heeft geleverd. Adoptie wordt dan overbodig.

Indien dit advies het Ministerie te ver gaat, is als tweede optie het voorstel gegeven de adoptieprocedure al te mogen starten direct na het tot stand komen van de zwangerschap, zodat het kind bij de geboorte direct geadopteerd kan worden. Het kind heeft dan direct de achternaam van de wensouders en bij onverhoopt overlijden in het eerste jaar van beide wensouders, valt het kind niet, zoals nu, automatisch toe aan de draagouders. Dit kan dan de vervelende consequentie hebben dat draagouders opeens een kind hebben, wat ze zelf nooit hebben gewild. Bovendien kan het voorkomen de dat wensouders het voogdijschap aan anderen hadden willen overdragen. De derde gedupeerde partij zijn de reeds aanwezige kinderen van de draagouders, omdat het wenskind automatisch zijn rechtmatig erfdeel zal

krijgen bij overlijden van de draagouders, daarmee het aandeel van de kinderen van de draagouders verkleinend.

In geval van **half- of laag**technologisch draagmoederschap is de draagmoeder de leverancier van de eicellen en daarmee niet alleen de biologische, maar ook de genetische moeder. De bovenbeschreven wetswijziging zou in dat geval onrecht doen aan de draagmoeder, die dan geen bedenktijd zou krijgen of ze haar eigen genetische kind kan afstaan. Hoewel de opzet zo geweest zal zijn dat ze het aanbod aan de wensouders uit vrije wil heeft gedaan, heeft het grotere emotionele consequenties voor de draagmoeder. In dat geval lijkt het zinvol de huidige gang van zaken voor de adoptieprocedure te continueren, maar het jaar wachttijd te verkorten tot bijvoorbeeld drie maanden tot een half jaar. Het wenskind verblijft dan uiteraard wel bij de wensouders als pleegkind in die periode.

2.4 Indicaties

Het indicatiegebied voor draagmoederschap is nog onvoldoende uitgekristalliseerd. Er zijn situaties waarin de indicatie evident is, zoals in het geval van congenitale afwezigheid van de uterus of na hysterectomie op medische indicatie, bijvoorbeeld in verband met een maligne aandoening of na ernstige fluxus post partum. Lastiger wordt het wanneer het begrip “niet-functionerende uterus” wordt geïntroduceerd: een niet met succes behandeld syndroom van Asherman zal voor een ieder een acceptabele indicatie vormen, maar bij een patiënt met recidiverende abortus en/of partus immaturus zal dit moeilijker liggen. Het hebben van habituele abortus op zich is geen indicatie. Indien er een verklaring is voor het probleem van recidiverende abortus in bijvoorbeeld in genetische afwijking, dan is de indicatie gemakkelijker. Indien een gynaecoloog op grond van de anamnese de kans uitgesloten acht dat een vrouw die meerdere malen een partus immaturus doormaakte, een voldragen zwangerschap of zelfs maar een levensvatbaar kind zal kunnen baren, is er eveneens een goede indicatie.

Patiënten met langdurige (onbegrepen?) infertiliteit die ondanks behandeling niet zwanger zijn geworden, zullen opteren voor draagmoederschap, met de gedachte dat wellicht de implantatie bij hen het belangrijkste probleem vormt. De kennis omtrent embryonale factoren en endometriumfactoren die tezamen de kans op een succesvolle implantatie bepalen, is echter zo fragmentarisch, dat het niet mogelijk is deze indicatie op haar juiste waarde te schatten. Er zijn aanwijzingen dat hier een eicelfactor in het geding is, zodat het op dit moment geen indicatie voor draagmoederschap is.

Daarnaast zijn er situaties waarin de zwangerschap perse een dermate groot risico oplevert voor de moeder, dat zwangerschap gecontraindiceerd is. In deze gevallen is multidisciplinair

overleg tussen de betrokken specialist(en) en de obstetricus noodzakelijk om vast te stellen of er in het onderhavige geval werkelijk sprake is van een levensbedreigend risico, omdat alleen bij een absolute contra-indicatie voor een eigen zwangerschap draagmoederschap in overweging genomen kan worden. Wel dient goed uitgezocht te worden of deze wensmoeder de grote hormonale belasting aan kan die nodig is voor de follikelstimulatie. Indien zij ook hierbij risico voor haar gezondheid loopt, is draagmoederschap uitgesloten.
Ook risico's voor het kind kunnen aanleiding zijn tot een verzoek om draagmoederschap: te denken valt aan ernstige vormen van rhesussensibilisatie. Ten slotte is er nog "surrogacy for convenience": deze situatie doet zich voor wanneer een vrouw niet zelf een zwangerschap wil doormaken, hetzij vanwege de fysieke ongemakken, dan wel om carrièretechnische redenen, en daarom een beroep doet op een draagmoeder. In het licht van bovenbeschreven problemen die verbonden zijn aan draagmoederschap, lijkt het moreel niet aanvaardbaar dat artsen hieraan hun medewerking verlenen.
Gezien de bijzondere aard van de behandeling, de morele implicaties ervan en de belangen van de betrokkenen en het toekomstig kind, staat het het behandelteam te allen tijde vrij om om hen moverende redenen niet in te gaan op verzoek tot draagmoederschap. Het ethisch-hierarchisch model uit het proefschrift laat de motivatie zien tot het al dan niet op ethisch morele gronden accepteren of afwijzen van potentiële wens- of draagouders.

3. Minimaal vereiste zorg

3.1 Indicaties

In verband met de zware belasting die er rondom draagmoederschap speelt voor zowel de wensouders, de draagouders, het wenskind, maar ook de beroepsgroep en de maatschappij, dient er een harde medische indicatie voor de behandeling aanwezig te_zijn. Als algemeen principe hierbij geldt dat draagmoederschap alleen in overweging genomen wordt wanneer er voor het krijgen van een eigen kind geen enkele andere optie (meer) voorhanden is.
Draagmoederschap met gameten van de wensouders is dan geïndiceerd in de volgende gevallen:

1. **afwezigheid van de uterus bij intacte ovaria**
    - aangeboren afwezigheid (bijvoorbeeld Mayer Rokitansky Küster syndroom)
    - verworven afwezigheid ten gevolge van hysterectomie in verband met een maligniteit, onbehandelbare fluxus of trauma.
2. **niet naar behoren functionerende uterus bij intacte ovaria**

- congenitale hypoplasie van de uterus zonder endometrium
- ernstige congenitale uterusafwijkingen waarbij het ontstaan van zwangerschap of het uitdragen ervan is uitgesloten of op serieuze medische bezwaren stuit
- een niet behandelbaar syndroom van Asherman of ernstige schade aan de uterus c.q. het endometrium op basis van andere etiologie.

3. **vrouwen die, indien zwanger, levensbedreigend ziek worden,**
   waardoor zwangerschap voor haar levensbedreigend is en er derhalve een absolute contra-indicatie voor zwangerschap bestaat. De indicatie zal in multidisciplinair (derdelijns) overleg gesteld dienen te worden.

3.2 Het behandelteam

Gezien de bijzondere aard van de problematiek en het belang van het opdoen van ervaring met deze vorm van behandeling is een vast expertise- en intakecentrum in dit verband gewenst. In dit centrum zullen meerdere intakegesprekken worden gevoerd, waarbij de nodige aandacht besteed zal worden aan voorlichting op medisch, juridisch en psychologisch gebied. Hiervoor zijn drie intakegesprekken gepland, waarvan telkens een aspect aan bod komt en waarvan tenminste één gesprek afzonderlijk met de wensmoeder, wensvader, draagmoeder en draagvader plaatsvindt. Basis medisch onderzoek wordt uitgevoerd. De contracten tussen wens- en draagouders en tussen behandelaars en wens/draagouders worden uitvoerig besproken. Het afsluiten van de nodige verzekeringen komen aan bod. Indien de indicatie juist is en de wens- en draagouders na de gesprekken persisteren in hun verzoek, zal verwezen worden naar de vaste psychologen van het centrum voor psychodiagnostisch onderzoek. Aan het centrum zijn vaste juristen verbonden met specifieke kennis op dit gebied. Hierna wordt verwezen voor de IVF procedure naar enkele hierop ingestelde IVF klinieken die ervaring hebben opgedaan in de speciale stimulatieschema's, het synchroniseren van de cyclus van wens- en draagmoeder en het uitvoeren van abdominale follikelaspiratie puncties indien de ovaria verplaatst zijn in het abdomen. In eventuele psychologische ondersteuning ten tijde van de procedures kan worden voorzien door het expertisecentrum.

Onlangs is aan het Ministerie van VWS toestemming gevraagd een dergelijk expertise- en intakecentrum op te zetten als logisch gevolg op dit bovenbeschreven eerste prospectieve onderzoek naar draagmoederschap. Het is de bedoeling hier voor 1 januari 2002 duidelijkheid in te hebben, om verder te kunnen gaan met de kandidaten die nu op de wachtlijst staan.

3.3 Voorwaarden

- Deze vorm van draagmoederschap geschiedt op volstrekt ideologische gronden. Het lijkt daardoor logisch dat de draagmoeder in familiekring of onder goede vriendinnen gevonden wordt.
- Draagmoederschap is een ultimum remedium.
- De wensouders mogen geen belastend strafblad bezitten (blanco antecedentenonderzoek), omdat anders de adoptieprocedure van het wenskind in gevaar komt.
- Juiste medische indicatie voor draagmoederschap (zie boven).
- Leeftijdsgrens voor wensmoeder < 41 jaar naar analogie van de bij IVF gebruikelijke leeftijdsgrens (ovariële respons bij stimuleren).
- Leeftijdsgrens voor de draagmoeder < 45 jaar, omdat boven deze leeftijd onzekerheid bestaat over de obstetrische risico's voor de draagmoeder. Uitzondering kan worden gemaakt voor een moeder van een wensmoeder, die een zwangerschap wil dragen voor haar kind. Dit verzoek zou kunnen worden ingewilligd indien zij een blanco algemene en obstetrische anamnese heeft, het verzoek geheel uit vrije wil zonder druk doet en indien zij nog niet postmenopausaal is.
- De draagmoeder dient zelf tenminste een kind te hebben gebaard en bovendien moeten haar zwangerschappen en bevallingen zonder complicaties zijn verlopen.
- Van te voren uitgevoerde HIV testen van alle vier de betrokkenen dienen negatief te zijn en de semenanalyse van de wensvader dient aanwezig te zijn bij komst.
- Wens- en draagouders dienen de Nederlandse taal goed te beheersen in verband met psychodiagnostisch onderzoek en de complexheid van deze behandeling. Door de jurist zal van te voren moeten worden uitgesloten dat de adoptie problemen oplevert.
- Wens- en draagouders dienen in Nederland woonachtig te zijn omdat adoptie in andere gevallen problemen kan opleveren. Indien dit niet het geval is dient consult bij de jurist van het expertise- en intakecentrum voor aanvang van de procedure plaats te vinden.
- Gezien de nog vele onbekende effecten van draagmoederschap op langere termijn dient het centrum zorg te dragen voor een langdurige follow up van zowel het kind als de wens- en de draagouders, waarbij aandacht besteed wordt aan zowel lichamelijke, psychische als emotionele factoren. Kandidaten dienen toestemming te geven voor deze follow up

Uitvoering

Volgen van de checklist voor gynaecologen, het stroomdiagram voor wens/draagouders en behandelaars en de contracten tussen wens- en draagouders en tussen behandelaars en wens/draagouders.

Verwijzing naar het expertise- en intakecentrum heeft de voorkeur om onderzoeksgegevens te verkrijgen en deze te kunnen evalueren.

Literatuur

1. Dermout SM. De eerste logeerpartij, hoogtechnologisch draagmoederschap in Nederland, dissertatie Universiteit van Groningen, oktober 2001, met daarin:
   - Dermout SM. Checklist voor behandelaars, hoofdstuk
   - Dermout SM. Stroomdiagram voor wens/draagouders en behandelaars
   - Dermout SM, Arkel HJM, Molenaar Chr, Schoots MM, Contract tussen wens- en draagouders, hoofdstuk 14, 2001
2. Dermout SM, Arkel HJM, Schoots MM, Contract behandelteam en wens/draagouders, dit proefschrift, hoofdstuk 15, 2001
   - Contract tussen wens- en draagouders
   - Contract tussen behandelaars en wens/draagouders
3. Gezondheidsraad. Commissie Herziening Planningsbesluit IVF, 1997
4. Boele-Woelki K, Oderkerk M. (On)geoorloofdheid van het draagmoederschap in rechtsvergelijkend perspectief – serie Europees Personen- en familierecht. Intersentia Uitgevers Antwerpen-Groningen, 1999
5. Bos G. Psychological problems in survivors of gynaecologic cancers; a psychotherapeutic approach. Dissertatie Universiteit van Leiden, 1987
6. Brinsden PR, Appleton TC, Murray E, Hussein M, Akagbosu F, Marcus SF. Treatment by in vitro fertilisation with surrogacy: experience of one British centre. BMJ 2000 Apr 1;320(7239):924-8
7. Broekhuijsen-Molenaar AML. Geoorloofdheid van draagmoederschap naar Nederlands (wenselijk) recht. (On)geoorloofdheid van het draagmoederschap in rechtsvergelijkend perspectief, Redactie Boele-Woelki en Oderkerk, Uitgeverij Intersentia Antwerpen-Groningen, 1999;33-43
8. Dermout SM. Voorlichting over draagmoederschap. Hoofdstuk uit Voorlichting over voorlichting, een gids over voorlichting voor hulpverleners in de verloskunde en gynaecologie, Vervest HAM, Kleiverda G namens de Commissie patiënten-voorlichting N.V.O.G., Van der Wees Uitgeverij, Utrecht, 2000.
9. Exalto N. Mechanisms of early pregnancy failure. ESHRE pre-congress course, Bologna 2000 en Fertiliteit Club Noord-Holland, Broek in Waterland, maart 2001
10. Gezondheidsraad. Planningsbesluit In Vitro Fertilisatie, 1997, hoofdstuk 12
11. Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. IVF en draagmoederschap. Circulaire 97-006. VWS, 12 mei 1997
12. Moltmaker JK. Juridische gevolgen van moderne voortplantingstechnieken. Uit: Met recht naar 2000, Raio congresboek, redactie Doelder H de, Tomesen WBM, Wijk AH van, Uitg. Koninklijke Vermande, Lelystad, 1990;137
13. OLIJF Tijdschrift, Netwerk van vrouwen met gynaecologische kanker. Draagmoederschap: 1991(1):7-10;1997(1):4-6; 1998(4) 5-6; 1999(3): 6-9; 2000(2): 17-19; 2001(1): 13-17
14. Planningsbesluit IVF, gezondheidsraad; commissie herziening planningsbesluit IVF, advies aan Minister van Volksgezondheid, 1997, publicatienummer 1997/03

15. Ruiter J de. Draagmoederschap. Uit: Preadviezen van De Ruiter J, Sutorius EPhR, Manipuleren met leven. Handelingen Nederlandse Juristen Vereniging, 1993-I;123:76-101
16. Schoots MM. Draagmoederschapcontracten in de praktijk. In: Een dubbel acht, ongestuurd, Liber Amicorum Mr. J. Schepel, Uitg. Kluwer Deventer, 1998
17. Sutorius EphR, Kersten HLJM, Het gezag van draagmoeders, NJB Nederlands Juristenblad: weekblad behoorende bij de Nederlandsche jurisprudentie. 1997; 1116-1120

Toevoeging colofon

Deze richtlijn is opgesteld namens de werkgroep voortplantingsendocrinologie en fertiliteit (VEF) door dr. D.J. Hemrika en namens de onderzoeksgroep hoogtechnologisch draagmoederschap door dr. S.M. Dermout, dagtekening …… na goedkeuring in de ledenvergadering van de NVOG.

Naschrift bij het digitaliseren van het gedrukte proefschrift in 2020, dus niet vermeld in oorspronkelijke proefschrift:
De richtlijn is pas in 2019 aangepast en er is nu een nieuwe richtlijn 2019 van de richtlijn uit 1999 , te vinden op de website van de Ned. Ver. Voor Obstetrie en Gynaecologie NVOG.

Bijlage 4. Vragenlijsten psychologie

NPV	Nederlandse Persoonlijkheids-Vragenlijst
SCL-90	Somatische Checklist
MMQ	Maudsley Marital Questionnaire

Elke vragenlijst is te koop via Swets Test Publishers

Bijlage 5. Verklarende terminologie lijst

Abortus Spontane abortus, miskraam

Ashermann Verkleving van de baarmoederholte, vaak na een ingreep om de baarmoeder schoon te maken na een abortus, waardoor een embryo niet meer kan innestelen.

Cetrorelix GnRH antagonist, voorkomt voortijdige piek van het luteiniserend hormoon LH bij vrouwen die gecontroleerde ovariele hyperstimulatie ondergaan ten behoeve van voortplantingstechnieken als IVF.

Cryo-poging Na een punctie worden de bevruchte embryo's soms niet (allemaal) (terug) geplaatst bij de wensmoeder. Embryo's van goede kwaliteit worden daarom ingevroren. Helaas is het ontdooien een moeizame procedure, waardoor slechts weinig cryo-embryo's die procedure overleven.

Downregulatie LHRH (gonadoreline) zet de hypofyse aan tot productie van LH en FSH. Bij voortgezet gebruik treedt echter juist onderdrukking (suppressie) op door uitputting en ongevoelig worden van de gonadotrope hypofysecellen: bij vrouwen daalt de oestrogeenspiegel dan tot postmenopauzale waarden en bij mannen daalt hierdoor de testosteronspiegel tot castratieniveau (indicatie bij prostaatcarcinoom).
Bij IVF wordt dit middel gebruikt om de cyclus stil te leggen en daarna opnieuw te stimuleren, zodat de cyclus van wens- en draagmoeder gesynchroniseerd kan worden. Hiertoe worden sterk werkende, synthetische analogen gebruikt van gonadoreline, zoals Triptoreline (Decapeptyl, Ferring)

Extra uteriene graviditeit
Buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Een eicel nestelt zich niet in de baarmoederholte, maar elders. Meestal gebeurt dit in een eileider. Een zwangerschap kan dan niet voldragen worden en er moet een operatie plaatsvinden.

Foliumzuur Vermindert de kans op een open rug (neuraalbuisdefect). Iedereen met zwangerschapswens in Nederland wordt aangeraden dagelijks 0,4 mg foliumzuur in te nemen vanaf het moment dat er zwangerschapswens is.

Follikel Eiblaasje met daarin de zich ontwikkelende eicel

FSH Follikel stimulerend hormoon. Hormoon in hypofyse (hersenaanhangsel) dat zorgt voor het zich ontwikkelen van de eicel in de follikel. Als een vrouw (bijna) in de overgang is, raakt het follikel stimulerend hormoon verhoogd. Het is dan nog moeilijk de eierstokken te stimuleren. Een IVF behandeling, en daarmee draagmoederschap, heeft dan geringe kans van slagen. Dit gecombineerd met het feit dat de kans op een spontane abortus sterk verhoogd is boven de 40 jaar, is de reden voor de leeftijdsgrens van wensmoeders, die op 40 jaar is gesteld. De kans op een voldragen zwangerschap is dan zo klein, dat de risico's en de belasting van de behandeling voor zowel wens- als draagmoeder niet meer in verhouding staan tot de kans op een zwangerschap.

FSH en LH kan fabrieksmatig worden gemaakt in ampullen die gebruikt worden bij IVF om op het juiste moment een eisprong te bewerkstelligen (als humaan menopauze gonadotrofine HMG). Wordt bereid uit urine van vrouwen in de postmenopauze en bevat zowel FSH en LH. (Humegon, Organon; Menogon, Ferring; Pergonal, Serono).
Er is ook een via DNA recombinanttechniek vervaardigd FSH, om de groei van de eicel te bevorderen (Gonal-F, Serono; Puregon, Organon).
FSH kan ook gewonnen worden uit urine van vrouwen in de menopauze en bezit follikelstimulerend hormoon, waarmee het de follikelrijping bevordert (Metrodin HP, Serono; Follegon, Organon)

Gonadotrofine Zie LH en FSH

Halftechnologisch draagmoederschap
Het zaad van de wensvader wordt via kunstmatige inseminatie ingebracht bij de draagmoeder. Het wenskind heeft op deze manier 50% van zijn/haar genen van de wensvader en 50% van de draagmoeder.

HCG Humaan Chorion Gonadotrofine, zwangerschapshormoon. Een zwangerschapstest reageert op de hoogte van dit zwangerschapshormoon, bij een bepaalde kritische waarde wordt de test positief.
Het kan ook gewonnen worden uit urine van zwangere vrouwen en heeft via ampullen toegediend dan de werking van luteiniserend hormoon, waardoor de eisprong op gang komt. Met IVF kan zo het tijdstip van de eisprong beïnvloed worden. (Pregnyl)

Hoogtechnologisch draagmoederschap
Via een follikelaspiratie worden bij de wensmoeder eicellen weggezogen. Deze worden bevrucht door het zaad van haar eigen partner in het laboratorium: reageerbuisbevruchting. Als er een embryo ontstaat wordt deze geplaatst bij de draagmoeder. Als het kind geboren is wordt daardoor een 100% genetisch eigen kind aan de wensouders teruggegeven.

Hysterectomie Baarmoederverwijdering

ICSI Intra Cytoplasmatische Sperma Injectie, indien het zaad van de wensvader van onvoldoende kwaliteit is om een gewone IVF procedure te bewerkstelligen

IVF In Vitro Fertilisatie, reageerbuisbevruchting of eigenlijk bevruchting in een petrischaaltje.
Normaal wordt een embryo teruggeplaatst bij de vrouw waar de eicel verwijderd is, bij hoogtechnologisch draagmoederschap is geen sprake van terugplaatsing. Een door het zaad van haar eigen partner bevruchte eicel van een wensmoeder wordt als embryo geplaatst bij de draagmoeder.

LH Luteiniserend hormoon. Midden in de cyclus zorgt de LH piek voor verdere uitrijping van de eicel en de eisprong, 36 uur na het begin van deze hormonale LH piek.
LH kan gemaakt worden uit de urine van zwangere vrouwen (Pregnyl, Organon; Profasi, Serono)

Mayer Rokitansky Küster
: Aangeboren afwijking waarbij de baarmoeder en de vagina niet zijn aangelegd, maar de eierstokken wel

Progesteron
: Na de eisprong (zie LH) gaat het inmiddels lege eiblaasje progesteron produceren, waardoor het baarmoederslijmvlies alvast wordt voorbereid op een eventuele innesteling van de bevruchte eicel. Bij draagmoederschap wordt de draagmoeder met behulp van progesteron of door synchroniseren van de cyclus (zodat zij op het moment van plaatsing zelf in de fase zit dat het baarmoederslijmvlies dik genoeg is) voorbereid op innesteling.

Punctie
: Moment waarop follikels (eiblaasjes) bij de wensmoeder groot genoeg zijn om te aspireren. Deze punctie geschiedt al dan niet onder narcose via de vagina of de buik, afhankelijk van waar de eierstokken het best te bereiken zijn. Hierna worden ze bevrucht in een petrischaaltje met het zaad van de wensvader. Na enkele dagen worden de eventueel ontstane embryo's geplaatst bij de draagmoeder. Bij gewone IVF is het een terugplaatsing, bij hoogtechnologisch draagmoederschap een plaatsing.

Sectio caesarea
: Keizersnede

Triptoreline
: Zie *Downregulatie*

Wertheimoperatie
: Operatie vanwege baarmoederhalskanker, waarbij de baarmoeder, de baarmoederhals, een deel van de vagina en de lymfklieren uit het kleine bekken worden weggehaald

Bijlage 6. Sponsors

Hoofdsponsors

- Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Anna Paviljoen, Amsterdam
- Gerbrand de Jong Fonds, Wormerveer
- Organon Nederland, Oss
- Iwema Bakker Fonds, Zaandam

Sponsors

- Bristol Meyers Squibb, Woerden
- WB-Zorg, Leusden
- Schering, Weesp
- Serono Benelux BV, Den Haag
- Abbott, Hoofddorp
- ASTA Medica, Diemen
- Zeneca Farma, Ridderkerk
- Solvay Pharma, Weesp
- J.E. Jurriaanse Stichting, Rotterdam

Mijn grote dank voor deze financiële bijdragen, die het mogelijk maakten de secretariële ondersteuning voor het uittypen van de interviews en de drukkosten van het proefschrift te realiseren

Stellingen behorend bij proefschrift Hoogtechnologisch draagmoederschap

1. ”Bezint eer ge begint; voor je het weet heb je een kind….” (dit proefschrift)

2. Onder goede voorwaarden en protocollering leidt draagmoederschap niet tot grotere problemen dan bij andere vormen van voortplanting (dit proefschrift)

3. “Mater semper certa est” zou bij hoogtechnologisch draagmoederschap op een andere manier kunnen en moeten worden geïnterpreteerd: de wensmoeder is de moeder. Adoptie is dan niet nodig. (hoofdstuk 10)

4. Wens- en draagouders scoren bovengemiddeld op karaktereigenschappen die in onze samenleving als zeer wenselijk worden beschouwd (hoofdstuk 7)

5. Fertiele moeders zouden draagmoeder voor hun eigen dochter moeten kunnen zijn. (hoofdstuk 11 en 12)

6. De groep levensbedreigend ziek, indien zwanger, levert de meeste medische, psychologische, juridische en ethische problemen op (hoofdstuk 8 en 11)

7. Hoewel het vak gezondheidsrecht anders doet vermoeden betekent het niet automatisch dat een mens recht op gezondheid heeft (hoofdstuk 11)

8. Er dient een zorgverzekeringtarief te komen voor hoogtechnologisch draagmoederschap, waarin een bedrag voor de intakegesprekken, medische (IVF) behandelingen en psychodiagnostisch onderzoek zijn opgenomen (hoofdstuk 11 en 13)

9. Een goed protocol moet zo uitgebalanceerd zijn dat er zowel een periode van bezinning in tijd als een bezinning in enthousiasme kan worden bereikt. Dit moet het gevoel van instappen in een rijdende trein waar je niet meer vanaf kunt komen, remmen (hoofdstuk 7).

   Het lijkt trouwens dat de Nederlandse Spoorwegen hier zelf voor zorgen door zo vaak te staken, dat het lijkt of de treinen helemaal niet meer rijden (actualiteit eerste half jaar 2001).

10. Tijd mag dan volgens de relativiteitstheorie van ondergeschikt belang zijn, voor mensen is het toekomstperspectief het allerbelangrijkste (hoofdstuk 7)

11. Hoewel soms anders gedacht wordt blijkt uit het ethisch hiërarchisch model dat artsen niet boven de wet staan (hoofdstuk 11)

12. “Acht handen op één buik”, is een meer toepasselijk spreekwoord bij hoogtechnologisch draagmoederschap (dit proefschrift)

13. “Datgene waar zij nu het meest van vol is, daar ben ik het meest leeg van”, uitspraak van een wensmoeder over haar pas bevallen zusje (hoofdstuk 7)

14. Het leren van een nieuwe taal biedt opnieuw de mogelijkheid om miljoenen mensen verkeerd te begrijpen (oud gezegde); één van de redenen waarom dit proefschrift in het Nederlands verschijnt.

15. Anders dan bij vele andere voorbeelden waar het slechts één hand betreft, moet je bij draagmoederschap oppassen niet beide handen te verliezen als je slechts één vinger toesteekt. Als je uitzondering op regel toelaat, komt exces binnen bereik (dit proefschrift)

16. Voor duikers met insuline-afhankelijke diabetes mellitus, zou alleen duiken in zoet water mogen worden toegestaan

17. Een vlokkentest laat zien dat de Ruyter beter smaakt dan Venz

18. “Ganzen vliegen in troepen, adelaars vliegen alleen”
(door mijn juf van de 1e klas lagere school in mijn poëziealbum geschreven, februari 1960)