

Draagmoederschap na ivf in het buitenland

DILEMMA'S BIJ DE BEGELEIDING

Esther Winkel, Frans J.M.E. Roumen en Sylvia M. Dermout

Op onze polikliniek in Heerlen kwam een 43-jarige vrouw, gravida 3, para 2, die 9 weken zwanger was en die meldde draagmoeder te zijn voor een 33-jarig paar. Omdat zij niet door de Nederlandse selectieprocedure voor hoogtechnologisch draagmoederschap van het VU Medisch Centrum in Amsterdam was gekomen, waren zij en de wensouders voor de ivf-procedure uitgeweken naar België. We bespraken eventuele problemen en complicaties die zich tijdens zwangerschap en baring zouden kunnen voordoen. Na een ongecompliceerde zwangerschap en partus konden de wensouders hun gezonde zoon mee naar huis nemen. In Nederland is hoogtechnologisch draagmoederschap sinds 1997 toegestaan onder strikte, niet-commerciële voorwaarden. Bij afwijzing blijken paren met onvervulde kindervens echter soms voor een uitweg in het buitenland te kiezen. Om deze weg te ontmoedigen zou uniformering van de wetgeving binnen Europa wenselijk zijn. Indien de situatie zich toch voordoet, is het van belang, dat betrokken artsen weten hoe om te gaan met de vaak onbekende medische, ethische, juridische, emotionele en psychosociale aspecten die bij hoogtechnologisch draagmoederschap een rol spelen.

Onlangs kreeg het Atrium Medisch Centrum in Heerlen het verzoek om een draagmoeder te begeleiden. Zij had in België een ivf-procedure ondergaan met een eicel van de wensmoeder en semen van de wensvader. Ons centrum had niet eerder te maken gehad met dergelijk hoogtechnologisch draagmoederschap, en wij werden zodoende voor een aantal dilemma's geplaatst.

DE CASUS

Bij ons meldde zich een 43-jarige vrouw, gravida 3, para 2, die 9 weken zwanger was. Zij was uit ideële motieven draagmoeder voor het eveneens aanwezige echtpaar, beiden 33 jaar. De wensmoeder onderging als 29-jarige in verband met cervixcarcinoom stadium IB-1 een wertheimoperatie, waarbij de uterus werd verwijderd en de adnexa gespaard bleven. De wensouders kozen voor hoogtechnologisch draagmoederschap om een 100% genetisch eigen kind te krijgen. De draagmoeder kenden ze via internet.

De ouders en de draagmoeder hadden zich in eerste instantie gewend tot het landelijke centrum voor hoogtechnologisch draagmoederschap in Nederland, van het VU Medisch Centrum in Amsterdam. Psychologische screening is daar een voorwaarde bij de intake. Omdat de draagmoeder dit weigerde, werd de behandeling afgewezen, waarop het drietal naar België vertrok. Een Nederlandse advocaat legde belangrijke voorwaarden en afspraken vast rondom de ivf-procedure, zwangerschap, baring en rondom het afstaan van het kind.

Omdat de draagmoeder destijds bij ons in Heerlen was bevallen van eigen kinderen, verzocht zij ons om begeleiding. Haar kinderen waren inmiddels 20 en 18 jaar. Zij

*Atrium Medisch Centrum Parkstad,
afd. Gynaecologie, Heerlen.*

*Drs. E. Winkel, gynaecoloog in opleiding
(thans Maastricht Universitair Medisch Centrum)*

*en dr. F.J.M.E. Roumen, gynaecoloog,
Zaans Medisch Centrum,
afd. Gynaecologie, Zaandam.*

Dr. S.M. Dermout, gynaecoloog.

*Contactpersoon: Drs. E. Winkel
(winkel Esther@hotmail.com).*

was intussen gescheiden. Hoewel we verbaasd waren over deze voor ons nieuwe realiteit en onzeker waren over de risico's van dit voldongen feit, accepteerden wij haar verzoek. Het juridisch contract bleek af te wijken van het standaardcontract, zoals dat gebruikelijk is bij hoogtechnologisch draagmoederschap.¹ Wij misten echter de deskundigheid om dit contract te beoordelen.

Tot de 20-wekenecho vonden de zwangerschapscontroles afwisselend in Heerlen en in België plaats. Wij spraken uitgebreid met het drietal, waarbij we eventuele problemen tijdens en afspraken over de zwangerschap en de bevalling doornamen. De draagmoeder kreeg begeleiding van maatschappelijk werk aangeboden, maar zij zag hiervan af. Gynaecologen, kinderartsen en verpleegkundigen werden met een casusbespreking ingelicht. De Raad voor de Kinderbescherming gaf desgevraagd toestemming om het kind na de geboorte mee te laten nemen door de wensouders.

In de 39e week beviel de draagmoeder, in aanwezigheid van beide wensouders, spontaan en zonder complicaties van een gezonde jongen van 3320 g, met apgarscore van 9 na 1 min en 10 na 5 min, en een navelstreng-pH van 7,37. Dezelfde dag ging de draagmoeder naar huis met kraamzorg. Haar kraambedperiode verliep zonder problemen. Nadat de wensvader bij de gemeente aangifte van de geboorte gedaan had, vertrokken de wensouders met hun zoon naar huis. Bij de postpartumcontrole toonden zowel de wensouders als de draagmoeder zich tevreden.

BESCHOUWING

Draagmoederschap houdt in dat een vrouw zwanger wordt met de bedoeling een kind te baren voor een ander, die daartoe fysiek zelf niet in staat is, de wensmoeder.² Als de draagmoeder geïnsemineerd wordt met semen van de wensvader spreken we van 'laagtechnologisch draagmoederschap'. Bij zogenaamd 'hoogtechnologisch draagmoederschap' wordt de vrouw zwanger door ivf van een eicel van de wensmoeder die bevrucht is door een zaadcel van de wensvader.¹

Hoogtechnologisch draagmoederschap werd in de VS voor het eerst toegepast in 1985.³ In Europa was dit in 1989 in het Verenigd Koninkrijk en later ook in België (Luik, Gent en Antwerpen) en Finland.^{4,5} In Nederland is het sinds 1997 toegestaan, maar alleen onder strikte voorwaarden.² Het 1e landelijke intake- en expertisecentrum in Zaandam, dat van 1997 tot 2004 werd gecoördineerd door Sylvia Dermout, gynaecoloog, stelde deze voorwaarden op (tabel).⁶ Pas na het voldoen aan genoemde voorwaarden wordt overgegaan tot psychodiagnostisch onderzoek, om psychosociale problematiek uit te sluiten. Alle betrokkenen, ook de eventuele partner van de draagmoeder, moeten instemmen met de behandeling.

TABEL Voorwaarden voor hoogtechnologisch draagmoederschap⁶

persoon	voorwaarde
wensmoeder	afwezigheid van of niet-functionerende uterus bij intacte ovaria, bijvoorbeeld door het syndroom van Mayer-Rokitansky-Küster, uterusextirpatie vanwege fluxus partum of maligniteit, of niet behandelbaar syndroom van Ashermann contra-indicatie voor een zwangerschap vanwege levensbedreigende medische problemen met goede prognose buiten de zwangerschap, zoals antifosfolipidensyndroom of na orgaantransplantaties leeftijd < 41 jaar
wensmoeder en wensvader	mogen in verband met de adoptieprocedure geen strafblad hebben, met name geen gewelds- of seksuele delicten in de voorgeschiedenis
draagmoeder	dient één of meerdere kinderen te hebben, gezond te zijn, een normaal functionerende uterus te hebben en een ongecompliceerde obstetrische voorgeschiedenis ideële redenen voor draagmoederschap en geen commerciële; meestal een zus of schoonzus, of goede vriendin leeftijd < 45 jaar

Deze strenge selectieprocedure zorgt ervoor dat lang niet iedereen in aanmerking komt. Uit een recente analyse van 1e landelijke expertisecentrum, blijkt dat in de periode 1997-2004 door ruim 500 koppels informatie over hoogtechnologisch draagmoederschap werd aangevraagd.⁶ 202 koppels werden gescreend, waarna uiteindelijk 35 paren ivf kregen en waaruit 16 kinderen geboren zijn. Sinds 2006 wordt dit voor Nederland toegepast in een ander landelijk expertisecentrum in het VU Medisch Centrum te Amsterdam. Tot nu toe zijn er via dit centrum 3 kinderen geboren.^{7,8}

Officiële gegevens over het aantal keren dat hoogtechnologisch draagmoederschap in het buitenland voorkomt, zijn niet bekend. In België is in de Senaat uitgebreid gediscussieerd over draagmoederschap, maar er is geen richtlijn van de gynaecologenvereniging.⁹ In het Verenigd Koninkrijk wordt gewerkt met lokale protocollen.⁴ De American College of Obstetricians and Gynecologists publiceerde in 2008 een uitvoerige richtlijn met aandacht voor medische, ethische, juridische en psychologische aspecten.¹⁰ De strekking is, dat de behandelend arts een belangrijke ethische verantwoordelijkheid heeft, strikt legaal dient te handelen en dat hoogtechnologisch draagmoederschap alleen in welomschreven gevallen mag worden toegepast.^{1,2,4,6,10}

PSYCHOSOCIALE COMPLICATIES

Onze draagmoeder wilde niet meewerken aan psychodiagnostisch onderzoek. Dat maakte deze casus risicovol

en wellicht onverantwoord, doch wij werden voor een voldongen feit geplaatst. Een draagmoeder kan van tevoren niet alle gevoelens bij zichzelf voorspellen. Als zij een partner heeft, kan draagmoederschap leiden tot problemen in de relationele sfeer. Ook is er een klein risico op medische complicaties.^{4,10,11} Bij het uitblijven van een zwangerschap of bij problemen die gevolgen voor het wenskind hebben, kunnen schuldgevoelens optreden. Bij een miskraam, een gehandicapt kind of zelfs overlijden kunnen negatieve gevoelens ontstaan. Er kan discussie ontstaan bij congenitale afwijkingen, vooral als die met het leven verenigbaar zijn, maar de draagmoeder en de wensouders daar een volstrekt verschillende visie op hebben. Dat geldt ook voor het al dan niet doen van invasieve diagnostiek. De draagmoeder kan zich bedenken of zich later meer willen bemoeien met de opvoeding dan de wensouders willen.¹¹

In onze casus was geen sprake van langetermijnfollow-up van de draagmoeder. Wel spraken wij haar enkele maanden later, waarbij zij vertelde zich uitstekend te voelen.

GEVOLGEN VOOR HET KIND

Vanaf het 12e jaar heeft het kind het recht om te weten wie de draagmoeder is, maar wenselijk is dat dat verteld wordt zodra het kind eraan toe is.¹ Draagmoederschap lijkt geen invloed te hebben op de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling van jonge kinderen.¹² De implicaties voor het kind zijn uitgebreid beschreven in het hoofdstuk 'Ethiek' van het proefschrift van de gynaecoloog Dermout.¹ Ook gegevens uit de buitenlandse literatuur geven aan dat bij goede screening geen nadelige gevolgen te verwachten zijn voor het toekomstige kind. Momenteel vindt een onderzoek plaats onder alle wens- en draagouders en kinderen uit 1997-2004 om deze hypothese aan de praktijk te toetsen.

MEDISCHE ASPECTEN

Bij de combinatietest, waarbij uit een bloedtest, een echoscopische nekplooiemeting en de leeftijd van de moeder, de kans op een kind met het downsyndroom wordt berekend, telt de leeftijd van de wensmoeder, omdat zij de eicel doneert.¹³ Een ongestoorde obstetrische voorgeschiedenis van de draagmoeder biedt geen garantie op een zwangerschap zonder complicaties of het krijgen van een gezond kind.. Bij lichaamsvreemde donatie, zoals embryodonatie of donorsemen, lijkt de kans op problemen groter. Zo werden bij 1552 zwangerschappen via donorinseminatie, meer pre-eclampsie, inleiding, vaginale kunstverlossing en sectio caesarea gezien, dan bij natuurlijke zwangerschappen.¹⁴ Er blijkt een verband tussen het optreden van pre-eclampsie bij multiparae en het hebben van een nieuwe partner: de kans op pre-eclampsie is namelijk groter, mogelijk doordat er door

contact met 'vreemd' sperma sprake is van immunogenetische maladaptatie.¹⁵ In onze casus deden zich geen medische problemen voor.

JURIDISCHE ASPECTEN

Bij draagmoederschap worden via een advocaat afspraken gemaakt over de gang van zaken bij de ivf-procedure, eventuele medische problemen en de bevalling, en worden overeenkomsten over het wenskind en verder te zetten juridische stappen vastgelegd. Een dergelijk contract is evenwel juridisch niet bindend. Zo is volgens de Nederlandse wet degene die het kind baart de moeder.¹⁶ Als de draagmoeder in strijd met het contract toch besluit het kind te houden, staan de wensouders daardoor niet sterk.¹⁶ In onze casus lijkt de procedure tot nu toe goed te zijn verlopen, maar de officiële adoptie moet nog plaatsvinden. Als de draagmoeder getrouwd is, dan is haar partner automatisch de vader. Genetische verwantschap met het kind speelt hierbij geen rol.

De Nederlandse wet voorziet niet in een speciale adoptieregeling in het geval van hoogtechnologisch draagmoederschap. De wensouders moeten een adoptieprocedure starten en adoptie kan pas plaatsvinden als de wensouders 1 jaar voor het kind hebben gezorgd. Daarbij moeten zij voldoen aan de wettelijke adoptievereisten. De Raad voor de Kinderbescherming moet vóór de geboorte toestemming geven dat de wensouders het kind direct vanaf de bevalling opvoeden.¹⁷ Als het kind eenmaal bij de wensouders verblijft, moet de draagmoeder zich via de kantonrechter uit de ouderlijke macht laten ontheffen. De wensouders dienen tegelijkertijd een verzoek in om voogd te worden.

Voor een ongehuwde draagmoeder is de procedure eenvoudiger, omdat de wensvader het kind vóór de geboorte kan erkennen, zoals in onze casus gebeurde. Hierdoor kon de wensvader probleemloos aangifte bij de gemeente doen, zonder zogenaamde 'afstammingsverduistering'.¹⁷ De draagmoeder is en blijft echter de eerste 12 maanden de moeder. Wel kunnen de wensouders hun 'pleeg'-kind tot de eerste verjaardag benoemen als erfgenaam.^{16,17}

FINANCIËLE ASPECTEN

Uit het Wetboek van Strafrecht blijkt dat zowel commercieel draagmoederschap als het bemiddelen daarin verboden is.¹⁷ De wensouders betalen wel de kosten van de zwangerschap, bevalling en adoptieprocedure en de inkomstenderving als de draagmoeder werkt. Daarnaast zijn testamenten en een invaliditeits- en overlijdensrisicoverzekering nodig voor de wensouders. De exacte kosten van draagmoederschap variëren in Groot Brittannië van € 0 tot € 18.000, met een gemiddelde van € 5.144.¹⁸ In de Verenigde Staten, waar hoogtechnologisch draagmoederschap ook commercieel mogelijk is, kunnen deze

LEERPUNTEN

- Bij hoogtechnologisch draagmoederschap wordt de draagmoeder zwanger door plaatsing van een embryo, ontstaan door ivf van een eicel van de wensmoeder met een zaadcel van de wensvader.
- Aan deze procedure zijn talloze risico's verbonden op medisch, ethisch, juridisch, emotioneel en psychosociaal vlak.
- In Nederland is hoogtechnologisch draagmoederschap sinds 1997 toegestaan onder strikte niet-commerciële voorwaarden; sinds 2006 wordt het hier alleen toegepast in het VU Medisch Centrum te Amsterdam.
- Paren met een onvervulde kinderwens kiezen echter soms voor een ivf-behandeling in het buitenland, waar minder strenge voorwaarden gelden.
- Uniformering van Europese regelgeving kan voor een beter controleerbare situatie zorgen.

oplopen van € 91.000 tot € 119.000.^{10,13,18} Een Amerikaans bedrijf levert tegen betaling draagmoeders.⁴

Het is onduidelijk waar de grens ligt tussen het dekken van kosten en het betalen van een draagmoeder. Ook is het lastig om deze grens te bewaken. Indien een familielid of vriendin draagmoeder is, zal het financiële gewin minder meespelen. Maar hoe is dit als de draag- en wensouders elkaar via internet hebben leren kennen? In onze casus kregen wij onvoldoende inzicht in de financiële afwikkeling.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

De regelgeving over hoogtechnologisch draagmoederschap is in ons land streng, net als de selectieprocedure

ervoor.¹⁶ De intensieve screening op medische, psychologische en juridische aspecten heeft in 8 jaar draagmoederschaponderzoek bewezen een zekere garantie te bieden voor een goede afloop voor wens- en draagouders en de geboren kinderen.⁶

Een te strenge regelgeving kan leiden tot grensoverschrijdend medisch toerisme, zeker naar België. Dat is niet te voorkomen, tenzij er op internationaal niveau afspraken worden gemaakt, op zijn minst over het niet uitvoeren van procedures als men in eigen land is afgewezen. In Europa zou dit neerkomen op afspraken tussen België, Finland, Engeland en Nederland. Afspraken met de VS zijn veel moeilijker te maken, omdat commercieel draagmoederschap in sommige staten geaccepteerd wordt en een groot deel van de criteria die Nederland stelt daar geen rol spelen. In het belang van de ouders en het toekomstige kind is het noodzakelijk te wijzen op het belang van de zorgvuldige screening in Nederland om medische, juridische, maar ook emotionele problemen te beperken.

De draagmoeder en de wensouders die bij de beschreven casus betrokken waren, hebben toestemming gegeven voor publicatie en een eerdere versie van het artikel gelezen.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 29 april 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2010;154:A1777

[➤ Meer op www.ntvg.nl/perspectief](http://www.ntvg.nl/perspectief)

LITERATUUR

- 1 Dermout SM. De eerste logeerpartij, hoogtechnologisch draagmoederschap in Nederland [Proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen; 2001.
- 2 Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Richtlijn Hoogtechnologisch draagmoederschap. Utrecht; 1999. http://nvog-documenten.nl/uploaded/docs/richtlijnen_pdf/18_hoog_draagmoeder.pdf.
- 3 Utian WH, Sheehan L, Goldfarb JM, Kiwi R. Successful pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer from an infertile woman to a surrogate. *N Engl J Med*. 1985;313:1351-2.
- 4 Brinsden PR. Gestational surrogacy. *Hum Reprod Update*. 2003;9:483-91.
- 5 Denys K, Stuyver I, Dhont M. Hoogtechnologisch draagmoederschap in Vlaanderen. *Tijdschr Geneeskd*. 2007;63:1021-9.
- 6 Dermout SM, Wiel van de HBM, Heintz APM, Jansen CAM, Ankum WM. Non-Commercial Surrogacy: an account of patient management in the first Dutch Centre for IVF Surrogacy, from 1997 to 2004. *Hum Reprod*. 2010;25:443-9.
- 7 Müller J. Moeder: onbekend. *NRC Handelsblad*, oktober 4 2008.
- 8 Lucas N, Pronk I. Draagmoeder is altruïstische topvrouw. *Trouw*, maart 7 2009.
- 9 Dermout, SM. Hoorzitting Belgische Senaat 2-2-2005 te Brussel mbt het 'Wetsvoorstel betreffende draagmoeders' in België namens de werkgroep Bio Ethiek, Zitting 2004-2005 Belgische senaat, nov 2005, blz 24-34.
- 10 Committee on Ethics. ACOG committee opinion number 397. Surrogate Motherhood. *Obstet Gynecol*. 2008;111:465-70.
- 11 van den Akker OBA. Psychosocial aspects of surrogate motherhood. *Hum Reprod Update*. 2007;13:53-62.
- 12 Golombok S, MacCallum F, Murray C, Lycett E, Jadv V. Surrogacy families: parental functioning, parent-child relationships and children's psychological development at age 2. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:213-22.
- 13 Donnenfeld AE, Icke KV, Pargas C, Dowman C. Biochemical screening for aneuploidy in ovum donor pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187:1222-5.

- 14 Hoy J, Venn A, Halliday J, Kovacs G, Waalwijk K. Perinatal and obstetric outcomes of donor insemination using cryopreserved semen in Victoria, Australia. *Hum Reprod.* 1999;14:1760-4.
- 15 Dekker G. The partner's role in the etiology of preeclampsia. *J Reprod Immunol.* 2002;57:203-15.
- 16 VUMC. Patiënteninformatie Hoog-technologisch draagmoederschap. http://www.freya.nl/web_draagmoeder/drmpatientinfo.php
- 17 Wetboek van strafrecht, artikel 442a, art. 236 en art. 151b. Redactie C.H. Bangma. Alphen aan de Rijn: Kluwer; 2008.
- 18 Peeraer M. 'Acht handen op één buik': draagmoederschap besproken. *Antenne.* 2006;december:50-4.