



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 eikel) 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' draagmoederschap, onder strikte voorwaarden, toe te staan. Hierbij wordt een embryo dat is ontstaan door in vitro fertilisatie van een eikel 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 verwickelingen 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 carrière-technische 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 consultant 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 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 zwangerschapskansen 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 gonorrhoe.

– 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 Ruiters J. Draagmoederschap. In: De Ruiters 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 geargumenteerde afwijkingen 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>