



IVF - Niet-medische vragen voor de dokter

Pro Vita Humana, 2009, nr. 3, p45-48

door prof.mr.dr. M.A.J.M. Buijsen, hoogleraar Recht & Gezondheidszorg aan het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg en de Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Erasmus Universiteit Rotterdam



Inleiding

Kon je vroeger geen kinderen krijgen, dan had je pech. Tegenwoordig hoeven mensen met een onvervulde kinderwens niet bij de pakken neer te zitten. Wensouders met een vruchtbaarheidsprobleem hebben een heel scala aan behandelmogelijkheden tot hun beschikking, waaronder in-vitrofertilisatie (IVF).

IVF, ook wel reageerbuisbevruchting genoemd, is een voortplantingstechniek, waarbij een of meer eicellen buiten het lichaam worden bevrucht met zaadcellen, waarna de ontstane embryo's in de baarmoeder worden teruggeplaatst. De eerste baby die op deze wijze geboren werd, is de Britse Louise Brown (in 1978). Inmiddels zijn er naar schatting wereldwijd meer dan drie miljoen kinderen dankzij deze techniek geboren.

Aan IVF kleven bekende morele problemen. In deze bijdrage wil ik stilstaan bij een wat minder belicht vraagstuk. De arts die deze vorm van medische hulp biedt, behartigt niet alleen de belangen van de wensouders, maar uiteraard ook die van het te verwekken kind. Wat nu als er niet-medische contra-indicaties zijn voor deze vorm van hulp? Hoe ver reikt de verantwoordelijkheid van de arts?

De techniek...

De IVF-behandeling bestaat uit follikelstimulatie, eicelpunctie, fertilisatie en embryo-transfer. Allereerst brengt men door het geven van een stimulerend hormoon een groter aantal follikels en daarmee eicellen bij de vrouw tot rijping dan in een normale cyclus. Om bij IVF een goede kans op succes te verkrijgen is het van belang meerdere eicellen te kunnen 'oogsten' om uit de daaruit ontstane embryo's de beste te kunnen selecteren en terug te plaatsen. Een goede kans op succes betekent een kans die vergelijkbaar is met de kans die 'gezonde paren' in hun meest vruchtbare jaren hebben op zwangerschap.

Door middel van controle-echo's of het meten van hormoonwaarden in het bloed weet men wanneer de eicellen voldoende gerijpt zijn. De laatste stap in het rijpingsproces bestaat uit een hormooninjectie. Precies 36 uur na deze hormoontoediening dienen de eicellen door middel van een punctie te worden weggezogen uit de eierstok. Deze punctie gebeurt in het ziekenhuis, al dan niet onder lokale verdoving en onder echogeleiding. De door punctie verkregen eicellen worden vervolgens in petrischaaltjes op lichaamstemperatuur bewaard in speciale broedkasten. Elke eicel wordt afzonderlijk geïsoleerd in een druppel medium. Vervolgens worden bij elke eicel talloze zaadcellen toegevoegd. Eicel en zaadcellen blijven ongeveer 24 uur samen, waarna kan worden vastgesteld of de eicel bevrucht is. In geval van bevruchting worden de ontstane embryo's gespoeld en in nieuw medium geplaatst om verder te ontwikkelen. Een goed ontwikkeld embryo hoort zich op dag drie in een 8-cellig stadium te bevinden.

Uit ongeveer 50% van de geoogste eicellen ontstaat een embryo. Afhankelijk van de situatie zullen er één of meerdere van deze embryo's worden teruggeplaatst. Deze transfer gebeurt meestal op dag drie tot vier van de ontwikkeling van het embryo.

De wensmoeder krijgt vervolgens progesteron toegediend om het baarmoederslijmvlies klaar te maken voor een innesteling. Poliklinisch worden dan een of twee embryo's met een dunne flexibele katheter, eventueel met hulp van echoscopie, in de baarmoederholte geplaatst. Ongeveer 30 tot 35% van alle paren die een

terugplaatsing krijgen worden zwanger. Dit is ongeveer 25-30% van alle paren die een IVF behandeling gestart zijn.(1)

Aan IVF kleven morele problemen. Een bekend bezwaar tegen de techniek hangt samen met het feit dat meer eicellen worden bevrucht dan men nodig heeft. Willens en wetens creëert men meer menselijke embryo's dan er zich zullen kunnen innestelen. De vernietiging van deze embryo's is dus voorzien. Stelt men zich nu op het standpunt dat menselijke embryo's volledige morele status genieten, bijvoorbeeld omdat men het moment van bevruchting ziet als het moment van bezieling en het beginpunt van persoon-zijn, dan is dit vanzelfsprekend een niet te rechtvaardigen handelwijze. (2) Maar de overheid die deze techniek beschikbaar heeft gesteld voor wensouders met bepaalde problemen (tubopathologie, endometriose, mannelijke subfertiliteit, hormonale stoornissen of onbegrepen subfertiliteit) nam dat standpunt duidelijk niet in. En de hulpverleners die bereid zijn deze techniek toe te passen, doen dat evenmin.

... en de vragen

IVF is een zogenaamde bijzondere medische verrichting. Dat betekent dat deze vorm van medische hulp slechts mag worden geboden onder strikte voorwaarden op door de Minister van VWS aangewezen plaatsen. Nederland kent momenteel 13 klinieken die een vergunning verleend gekregen hebben om IVF te verlenen. Het Planningsbesluit IVF, de juridische grondslag, en de NVOG-richtlijn waarnaar verwezen wordt, doen nauwelijks vermoeden dat IVF tot vragen kan leiden die weinig tot niets met het artsennedrijf van doen hebben. (3) Toch is dat zo. Sinds het beschikbaar stellen van de voorziening zijn het lang niet altijd al dan niet gehuwde, verder gezonde (heteroseksuele) paren van — zeg — voor in de dertig geweest die er een beroep op hebben gedaan. Toegang tot IVF wordt ook gezocht door zogenaamde 'bijzondere' gezinnen: gezinnen die niet overeenkomen met het eenvoudige beeld dat de wetgever destijds had van toekomstige hulpvragers. Denk aan de volgende situaties:

Een vrouw van 35 jaar heeft een man van 68 jaar. Zij willen samen een kind. Er is een medische indicatie.

Een vrouw van 35 jaar komt uit een familie met de ziekte van Huntington, maar wil zich niet laten testen. Het paar wil graag een genetisch eigen kind. De vrouw heeft 50% kans de ziekte te krijgen. Er is een medische indicatie.

Een vrouw van 35 jaar is drager van een familiale vorm van borstkanker. Zij wil een fertiliteitsbehandeling omdat zij nog graag een genetisch eigen kind wil voordat zij haar eierstokken laat verwijderen. Het toekomstige kind heeft 50% kans ook met deze keuze te maken te krijgen. Er is een medische indicatie.

Een vrouw van 35 jaar heeft een partner met kanker. De man is ernstig ziek en de prognose is slecht. Het paar wil graag een kind. Er is een medische indicatie.

Een vrouw van 35 jaar wil het ingevroren zaad van haar overleden echtgenoot/partner (man) gebruiken om van hem na zijn dood nog een kind te krijgen. Hij heeft destijds hiervoor schriftelijk toestemming gegeven. Er is een medische indicatie.

Een alleenstaande vrouw van 35 jaar is zonder partner en heeft geen donor. Zij wil graag een kind. Er is een medische indicatie. (4)

Morele contra-indicaties ?

Zoals gezegd is de arts die medische hulp bij voortplanting biedt niet alleen de belangenbehartiger van de wensouder(s). Ook het belang van het toekomstige kind dient bij de beoordeling van de hulpvraag te worden betrokken. Nu kunnen medische factoren (HIV/Aids, genetisch risico, verhoogde kans op een kind met een ernstige aangeboren aandoening) contra-indicaties zijn voor hulp bij voortplanting. Maar het kan duidelijk ook



gaan om andere risicofactoren als contra-indicaties voor het belang van het te verwekken kind. Gebleken is dat artsen zeer verschillend kunnen denken over hulpvragen vanuit bijzondere gezinnen. Zo blijkt 58% van de fertiliteitsartsen hulpvragers met een terminaal zieke partner niet te willen behandelen. Men vindt het beter tijd te nemen voor afscheid in plaats van IVF-behandeling. Ook wijst men erop dat het kind al vroeg halfwees zal zijn of belast zal worden met een ernstig zieke ouder. Eenzelfde meerderheid behandelt evenmin hulpvragers van wie de partner reeds overleden is. Behandeling zou de rouwverwerking belemmeren. Het kind zal halfwees zijn en ook merkt men op dat de kinderwens kan voortkomen uit schuldgevoel.

In geval van een ernstige genetische ziekte of aandoening zoals Huntingdon geeft 60% van de artsen er de voorkeur aan niet over te gaan tot behandeling. Men voert aan dat ook het kind een grote kans heeft op een ernstige ziekte. Ook voelt men dat de ouders heel vaak het belang van het kind niet zien. Bovendien kan ook in deze situatie het kind al vroeg belast worden met een (dreigend) zieke ouder. In geval van een genetische ziekte of aandoening als borstkanker gaat slechts een kleine minderheid (16%) niet over tot behandeling. Zij wijzen op de grote kans van dragerschap bij het kind en het gevaar van vroege belasting met de (dreigende) ziekte van de moeder. De artsen die wel willen behandelen, geven aan dat te willen doen wanneer preïmplantatie genetische diagnostiek mogelijk is, het risico laag is en het paar goed op de hoogte is van de negatieve gevolgen. Ongeveer de helft van de artsen is niet bereid paren van wie de man ouder is te helpen. Mij wijst op de grote kans op het overlijden van de vader voor het bereiken van de puberteit van het kind. Ook de afname van de zaadkwaliteit acht men relevant. De artsen die wel willen behandelen laten een en ander afhangen van de biologische leeftijd van de vader, de aanwezigheid van een goed sociaal netwerk of stellen als eis een levensverwachting van minimaal 20 jaar of een leeftijdsverschil tussen man en vrouw van minder dan 20 jaar.

40% van de artsen blijkt alleenstaande vrouwen niet te willen helpen. Men wijst op de psychosociale problemen die opvoeding in een eenoudergezin met zich meebrengt. Alleen opvoeden is zwaar en ook vermoedt men dat de kinderwens nogal eens kan voortkomen uit eenzaamheid. De artsen die wel willen behandelen doen dit alleen indien de alleenstaande haar eigen donor meebrengt, een goed sociaal netwerk heeft en uitvoerig is gescreend.

De argumenten die de artsen aanvoeren zijn soms gebaseerd op ziekenhuisbeleid en eigen ervaringen met patiënten. Maar nog vaker zijn ze ontleend aan intuïtie en teamoverleg. Soms ook zegt men zich te baseren op wetenschappelijk onderzoek. (5)

Niet alleen blijken artsen dus zeer verschillend te denken over deze factoren, onduidelijkheid is er ook over de reikwijdte van hun verantwoordelijkheid. Mogen artsen wel antwoorden op vragen die duidelijk niet op hun terrein liggen? Is het wel betamelijk dat zij zich uitlaten over het ouderschap van betrokkenen, louter en alleen omdat zwangerschap en geboorte niet bewerkstelligd kunnen worden zonder hun hulp?

De verantwoordelijkheid van de IVF-arts

De arts die de keuze maakt technieken als deze aan te bieden, blijkt zich dus al vrij snel op medisch-ethisch (en moreel!) niet in kaart gebracht terrein te begeven. Met de keuze IVF te verlenen komen onvermijdelijk onvermoede vragen. De arts die deze keuze gemaakt heeft, plaatst zich voor een dilemma. Moet hij aan het feit dat zijn hulp nu eenmaal onontbeerlijk is, geen enkel gewicht toekennen? Moet hij geheel en al voorbijgaan aan de belangen van het kind zolang de contra-argumenten maar niet-medisch van aard zijn? Met andere woorden, moet hij — om maar niet paternalistisch te zijn — maar kiezen voor een minimale verantwoordelijkheid? Mag hij — met andere woorden — zijn medewerking pas weigeren indien deze zou leiden tot een werkelijk erbarmelijk en lijdensvol leven? Of moet hij juist uitgaan van maximaal welzijn? Mag hij zich stellen op het standpunt dat men niet willens en wetens een kind in de wereld mag brengen in minder dan ideale omstandigheden? Moet hij



niet – juist omdat zijn hulp conditio sine qua non is – als het ware de gelegenheid te baat nemen, omwille van het belang van het toekomstige kind? Het komt mij voor dat – zoals met veel – een middenweg vermoedelijk de juiste is. Medische hulp bij voortplanting is aanvaardbaar als het toekomstige kind een redelijke kans heeft op een redelijk leven. Aanvaarding van een minimale verantwoordelijkheid met als argument dat paren die op natuurlijke wijze zwangerschap en geboorte kunnen bewerkstelligen zich nu eenmaal allerlei moeilijke vragen niet hoeven te stellen, is niet geloofwaardig. Wensouders met enig verantwoordelijkheidsbesef, stellen zich die vragen uiteraard wel. Daar voorts de plicht om geen schade toe te brengen of te voorkomen over het algemeen zwaarder weegt dan de plicht om het beste te kiezen, is er ook weinig dat pleit voor het andere uiterste, temeer daar er minder evidentie bestaat over wat nu ideale omstandigheden zijn.

De middenpositie van het redelijke welzijn brengt met zich mee dat niet-medische argumenten zeer wel ook een rol mogen spelen, maar dat het wegen ervan niet uitsluitend is voorbehouden aan medici. Het komt mij voor dat multidisciplinaire counseling hier goed werk kan verrichten. Daarnaast kan er natuurlijk niet genoeg wetenschappelijk onderzoek verricht worden naar het redelijke welzijn van kinderen die opgroeien bij ‘bijzondere’ hulpvragers, zoals ook de uitwisseling van informatie en ervaringen van het allergrootste belang is. En ten slotte moeten individuele artsen zich kunnen beroepen op het gewetensbezwaar. (6)

Deze lezing is gehouden op 26 september 2009 tijdens een symposium van de stichting Cure and Care in conferentieoord Zonnewende te Moergestel.

Noten

1. Men raadplege de cijfers over de periode 1996-2007 van de Stichting Landelijke Infertiliteit Registratie, te vinden op de website van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.
2. Zoals bijvoorbeeld betoogd in het eerste hoofdstuk van de instructie Donum vitae (1987).
3. Ministerie van VWS, Planningsbesluit invitro-fertilisatie.
4. L.L.E. Bolt et al. Morele contra-indicaties voor ouderschap? Een psychologisch, ethisch en juridisch onderzoek naar de selectie van hulpvragers voor een IVF-behandeling, Rotterdam 2005, p. 89-100.
5. Ibid., p. 32.
6. Ibid., p. 13-21.

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.