

Nieuwe voortplanting: afscheid van de ooievaar

**Sociaal-historische en normatief-politieke aspecten
van de ontwikkeling van voortplantingstechnologie
in Nederland**

© Rathenau Instituut, Den Haag, 2001

Rathenau Instituut
Koninginnegracht 56

Correspondentieadres:
Postbus 85525
2508 CE Den Haag

Telefoon 070 - 342 15 42
Telefax 070 - 363 34 88
E-mail info@rathenau.nl
Website: www.rathenau.nl

Uitgever Rathenau Instituut: Carla Huisken
Fotografie: Hollandse Hoogte, ANP, Benelux Press en Gon Buurman
Basisvormgeving: Hennie van der Zande, Amsterdam
Opmaak: Henny Scholten, Amsterdam
Grafische productie: Herbschleb & Slebos, Monnickendam
Pre-press en druk: Meboprint, Amsterdam
Bindwerk: Meeuwis, Amsterdam
Vertaling Summary: Writewell, Amsterdam

Dit boek is gedrukt op kringlooppapier

Eerste druk: augustus 2001

ISBN 90 346 3952 5

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Dr. Marta Kirejczyk, dr. Dymphie van Berkel en dr. Tsjalling Swierstra.
Nieuwe voortplanting: afscheid van de ooievaar. Den Haag: Rathenau
Instituut, 2001; Studie 44.

Preferred citation:
Dr. Marta Kirejczyk, dr. Dymphie van Berkel en dr. Tsjalling Swierstra.
New procreation: farewell to the stork. Den Haag: Rathenau Instituut,
2001; Study 44.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar
gemaakt door middel van druk, fotokopie of op welke wijze dan ook,
zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Rathenau
Instituut.

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photo-
print, microfilm or any other means without prior written permission
of the holder of the copyright.

Nieuwe voortplanting: afscheid van de ooievaar

**Sociaal-historische en normatief-
politieke aspecten van de
ontwikkeling van voortplantings-
technologie in Nederland**

Auteurs:

dr. Marta Kirejczyk
dr. Dymphie van Berkel
dr. Tsjalling Swierstra

Projectcoördinatie:

dr. Koos van der Bruggen
drs. Sara Heesterbeek
drs. Michiel van Well

Bestuur Rathenau Instituut

dr. C.J. Kroese (voorzitter)
mw. prof.dr. I. de Beaufort
ir. P.P. 't Hoen
prof.dr. W.K.B. Hofstee
mw. dr. B.E.C. Plesch
mw. mr. J.A. Schaap
prof.ir. E.J. Tuininga
prof.dr. W. van Vierssen
dr. D. van Zaane

Adviescommissie

mw. drs. S. Bastijn
prof.dr. E van Hall
mw. prof.dr. F. Juffer
prof.dr. E. van Leeuwen
prof.ir. E.J. Tuininga

Dankwoord

We danken de adviescommissie en onze Twentse collegae van de leerstoelgroepen Systematische Wijsbegeerte en Filosofie van Wetenschap en Techniek, Carola Kruijswijk en Barend van der Meulen in het bijzonder, voor hun bereidheid de conceptversie van deze studie van een kritisch en waardevol commentaar te voorzien. Onze dank gaat ook uit naar Koos van der Bruggen, Sara Heesterbeek en Michiel van Well van het Rathenau Instituut voor de plezierige manier waarop ze dit project hebben gecoördineerd.

Voorwoord

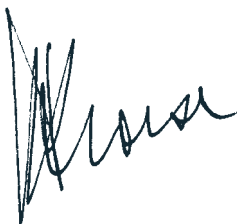
Het Rathenau Instituut heeft het project Voortplantingstechnologie opgezet vanuit de gedachte dat er de afgelopen twintig jaar weliswaar veel is gezegd en geschreven over tal van aspecten van de ontwikkelingen op dit terrein, zoals techniek, mogelijkheden, toepassingen en risico's, maar dat evenzeer een aantal aspecten niet behandeld of onderbelicht is, dan wel slechts in beperkte kring aan de orde gesteld is.

Een van de belangrijke hypothesen was dat in-vitrofertilisatie en de daaraan gerelateerde technologieën langzaam maar zeker tot een maatschappelijk-culturele omslag in het denken over (geen) kinderen kunnen krijgen hebben geleid. Deze omslag komt zowel op sociaal-politiek terrein tot uiting als bij individuele (toekomstige) ouders. Natuurlijk kan deze omslag niet geïsoleerd worden gezien van andere maatschappelijke ontwikkelingen, maar ze is wel duidelijk als afzonderlijke trend te onderscheiden en te analyseren. Met het neerzetten van deze hypothese werd nog niet bij voorbaat een uitspraak gedaan over de wijze waarop deze ontwikkeling normatief gewaardeerd zou moeten worden.

De hier voorliggende studie van Marta Kirejczyk, Dymphie van Berkel en Tsjalling Swierstra over de politiek-sociale aspecten en over de ervaringen van hulpvragers heeft inderdaad geleid tot de vaststelling dat er sprake is van een culturele omslag – waarvan overigens de wortels reeds in de jaren zestig en zeventig zijn aan te wijzen – met gevolgen op sociaal-politiek vlak. Weliswaar zijn alle gevolgen nog niet in hun geheel te overzien, maar wel kan uit deze studie, zeker in samenhang met de studie *De voortplanting verdeeld* van Bernike Pasveer en Sara Heesterbeek over de gevolgen op persoonlijk en individueel vlak, de conclusie worden getrokken dat zich een (voortplantings)culturele revolutie heeft afgespeeld.

Bovendien is gebleken dat de rol van overheid en politiek in vele opzichten beperkt is gebleven tot het formuleren van financiële en organisatorische reguleringen, waarbij meestal werd gereageerd op weer nieuwe (technologische) ontwikkelingen. Een van de vragen die

mede op basis van deze studie dan ook gesteld kan worden is of deze beperkte rolopvatting terecht is. En zo niet, dan is het de vraag tot hoever de bemoeienis van de overheid met zoiets persoonlijks als de keuze voor kinderen zich mag of moet uitstrekken.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'C.J. Kroese', written in a cursive style.

Dr. C.J. Kroese
Voorzitter Rathenau Instituut

Inhoud

Voorwoord	5
Samenvatting	9
1 Moderne voortplanting tussen natuur, technologie en zelfbeschikking	21
2 Steeds later, steeds kunstmatiger, steeds...	31
2.1 Voorkomen van ongewenste zwangerschappen	32
2.2 Afbreken van zwangerschappen	37
2.3 Wel kinderen, geen huwelijk; wel kinderen, geen man	42
2.4 Kunstmatige voortplanting	44
2.5 Met het oog op de toekomst	49
3 De inbedding van IVF in de medische praktijk	53
3.1 Onvruchtbaarheid tussen geneeskunde en cultuur	55
3.2 Ontwikkelingstraject van IVF	58
3.3 IVF en het doorbreken van het taboe op onvruchtbaarheid	60
3.4 IVF: experimentele techniek of gangbare behandeling?	63
3.5 Halfslachtig beheersingsbeleid	64
3.6 Uitbreiding van problematiek	66
3.7 Politiek oordeel	68
3.8 Kritische stemmen	71
3.9 Tevredenheid over een gebrekkige techniek	73
3.10 IVF onder beheer van de medische professie	76
3.11 Tot slot	79
4 IVF: techniek met verreikende culturele implicaties	83
4.1 Technisch geassisteerde voortplanting zonder grenzen?	85
4.2 Technologie in dienst van het kerngezin	87
4.3 Eén moeder, twee moeders maar geen vader?	88
4.4 Donatie van eicellen, het moederschap raakt gesplitst	92
4.5 IVF en eicellen voor vrouwen in de overgang?	95
4.6 De draagmoeder	99
4.7 Kwaliteitskinderen	103

5	Naar een evenwichtige discussie en maatschappelijke sturing	111
5.1	De maatschappelijke aanvaardbaarheid van IVF	113
5.2	Dominante beelden, dominante actoren	117
5.3	De vanzelfsprekendheden nader bekeken	123
5.4	De rol van de overheid	132
5.5	Naar een meer actieve rol van de overheid	136
5.6	Terug naar 'Nooitgeworden'?	141
	Noten	143
	Summary	145
	Literatuur	157

Samenvatting

Anno 2001 krijgt een niet gering aantal vrouwen en mannen te maken met problemen bij het realiseren van hun kinderwens. Een op de vijf vrouwen die zwanger probeert te raken van hun eerste kind bezoekt een arts als een zwangerschap uitblijft. Hiervan ondergaat vervolgens de helft een ingreep die de vruchtbaarheid moet bevorderen. Tot die ingrepen behoort sinds de jaren tachtig IVF. Geconstateerd kan worden dat IVF zich een duidelijke plaats heeft verworven binnen het scala medische behandelingen bij onvruchtbaarheid. Op dit moment wordt reeds 1,5% van de kinderen verwekt via IVF. Tegelijkertijd heeft IVF de laatste twee decennia gezorgd voor een niet aflatend debat. Een debat dat onder meer gevoed is door steeds nieuwe indicaties (o.a. IVF bij onvruchtbaarheid van de man), technische innovaties (o.a. het gebruik van IVF voor genetische diagnostiek) of nieuwe groepen die IVF wensen te gebruiken (lesbische of alleenstaande vrouwen). In dit rapport analyseren wij de manier waarop IVF maatschappelijk ingebed is geraakt in de Nederlandse samenleving en gaan wij in op culturele implicaties.

Aan de hand van deze analyses hebben wij getracht een antwoord te formuleren op de twee hoofdvragen van deze studie:

Hoe dienen de ontwikkelingen rondom de voortplantingstechnologie beoordeeld te worden?

en

In hoeverre is er sprake geweest van politiek-maatschappelijke sturing van dergelijke medisch-technologische ontwikkelingen, en – meer normatief – of deze invloed wel of niet vergroot dient te worden?

Alle hoop en energie heeft zich sinds de jaren tachtig geconcentreerd op hoogtechnologische oplossingen van de onvruchtbaarheid. Tegenover deze hoogtechnologische benadering plaatsen wij in het eerste hoofdstuk een quasi-utopisch alternatief. In dit alternatieve scenario wordt volop geïnvesteerd in strategieën van sociale preventie, opdat dat vrouwen niet min of meer worden gedwongen het krijgen van kinderen lang uit te stellen; wordt het biologische ouderschap gerelativeerd ten gunste van het sociale ouderschap; en wordt geïnvesteerd in medische technologie die zich niet richt op symptoombestrijding maar meer op het wegnemen van de oorzaken van de vrouwelijke en mannelijke onvruchtbaarheid.

Met deze utopische schetsen willen wij aangeven dat er niet één 'noodzakelijk' traject is maar dat andere keuzen bij de oplossing van de onvruchtbaarheid tot de mogelijkheden hebben behoord. Desondanks zal dit alternatieve ontwikkelingstraject voor velen onrealistisch ogen. Dit kan worden verklaard vanuit een drietal dominante culturele voorstellingen van:

de natuur. Alleen biologisch ouderschap telt als volwaardig, andere typen ouderschap zoals adoptie gelden als tweede keus. Ook zou het de natuur zelf zijn die bepaalt dat het leeuwendeel van het medisch technologische ingrijpen gericht is op het vrouwenlichaam.

de technologische ontwikkeling. Deze wordt vaak voorgesteld als een niet of nauwelijks te sturen proces van gestage verbetering. Daarom zouden we niet te zwaar moeten tillen aan de 'kinderziekten' van nieuwe technieken. Bovendien zou het geen zin hebben te speculeren over alternatieve technieken, aangezien de richting van technologische ontwikkeling sowieso niet te sturen is.

de ethische vooruitgang. Deze zou erin bestaan dat de mens steeds meer zijn recht op zelfbeschikking opeist. De begrenzing van dit recht is gelegen in een gelijk recht van zijn medemensen. In verband met de voortplanting impliceert dit recht op zelfbeschikking het recht van mensen om zichzelf voort te planten op de manier die hen goedgeeft, op voorwaarde dat anderen – met name het kind – daarvan geen schade ondervinden.

Deze drie culturele vanzelfsprekendheden worden in dit rapport kritisch onderzocht om zodoende de moderne voortplantingstechnologie van haar natuurlijkheid en technische noodzakelijkheid te ontdoen. Daartoe beschrijven we wie zich wanneer en met welk doel opwerpt als woordvoerder van de natuur; waarom bepaalde opties ten aanzien van de voortplanting zich wel hebben doorgezet en andere niet, hoe en door wie technologisch aanbod en maatschappelijke behoefte bij elkaar werden gebracht; en waarom het vaak lijkt alsof zelfbeschikking het enige of doorslaggevende morele beginsel is dat een rol zou moeten spelen in de oordeelsvorming over de moderne voortplantingstechnologie.

Reproductieve technologieën zijn relatief snel geaccepteerd en ingeburgerd geraakt in de Nederlandse samenleving. Dit gemak valt onder meer te verklaren vanuit de maatschappelijke en culturele veranderingen die zich al voor de introductie van IVF hebben voltrokken op het terrein van de voortplanting. Er is sprake van een zekere 'voorstructurering'. In hoofdstuk 2 wordt deze voorstructurering in grote lijnen in kaart gebracht. De vraagstukken die successievelijk aan de orde komen zijn: het vermijden van ongewenste zwangerschappen via anti-conceptie en abortus, de introductie van de eerste kunstmatige voort-

planting en de demografische verschuivingen op het terrein van ouderschap.

Niet het realiseren van sterk gekoesterde kinderwensen vormde de afgelopen eeuw het voornaamste vraagstuk, maar juist het vermijden van ongewenste zwangerschappen. Geboorteregeling via het gebruik van voorbehoedsmiddelen en abortus is tot aan de jaren zestig en zeventig omstreden. De invloedrijke kerken en het merendeel der artsen zijn fel gekant tegen enige vorm van geboorteregeling, de voorstanders bevinden zich in een duidelijke minderheidspositie. De overheid stelt zich op het standpunt dat het om een levensterrein gaat dat aan de verantwoordelijkheid van de ouders overgelaten dient te worden. Te constateren valt dat de wetgeving heeft achtergelopen op de liberalere praktijk die zich geleidelijk ontwikkelde zowel op het terrein van de anticonceptie als abortus.

De omslag komt in de jaren zestig en zeventig waarin allereerst het vraagstuk van de anticonceptie en vervolgens het vraagstuk van 'het grotere kwaad', de abortus, tot een oplossing komt. Kerken, maar ook andere deskundigen verliezen aan moreel ontzag. De traditionele huwelijksmoraal die de onverbreekelijke eenheid benadrukte tussen huwelijk, seksualiteit en voortplanting verdwijnt. Geboorteregeling ondergraaft deze 'natuurlijke' eenheid: seks zonder huwelijk en seks zonder voortplanting gaan tot de mogelijkheden behoren. Met het oog op de toekomst is het belangrijk dat vrouwen vertrouwd raken met een aantal aspecten die kenmerkend zullen zijn voor de reproductie-technologie zoals het controleren en plannen van zwangerschappen, het gebruik van medische middelen en interventies die medisch gezien niet strikt noodzakelijk zijn en de loskoppeling van seksualiteit en voortplanting. De abortusstrijd heeft daarnaast nog een aantal andere relevante veranderingen bewerkstelligd. Nieuw is het gebruik van termen als autonomie, individuele keuzevrijheid, recht op abortus en vrijheid van reproductie. Het gaat om een terminologie die in het toekomstige reproductiedebat met verve ingezet zal gaan worden. En tenslotte valt binnen het abortusdebat de opkomst van belangengroepen te signaleren. Niet langer zijn deskundigen de belangrijkste actoren in het debat, maar verheffen direct belanghebbenden hun stem. Ook in het debat rond IVF zullen diverse belangengroepen hun recht van spreken opeisen.

IVF was niet de eerste vorm van kunstmatige voortplanting die beschikbaar kwam voor vrouwen en mannen met onvruchtbaarheidsproblemen. Op kleine schaal zijn er na de tweede wereldoorlog kinderen verwekt via kunstmatige inseminatie (KI). Rond de diverse toepassingen van KI ontstaat vanaf het einde van de vijftiger jaren een publiek debat. Artsen, kerken en twee overheidscommissies hebben zich over dit vraagstuk gebogen. Over het algemeen wordt KI waarbij zaad van de eigen echtgenoot gebruikt wordt, acceptabel gevonden. KI bij onge-

huwde vrouwen wordt daarentegen unaniem afgewezen. De discussie concentreert zich met name op het gebruik van anonieme zaaddonoren. Tegen deze optie bestaan grote bezwaren. Als gevaren signaleert men ondermeer de ondermijning van de huwelijksmoraal en de schending van de belangen van het kind. De noodzakelijk geachte geheimhouding zou leiden tot psychische spanningen bij het kind. Ondanks alle bezwaren breidde de overheid in 1970 het juridisch vaderschap uit naar mannen die hun vrouw toestemming gaven voor KID.

Het bestaan van KI betekende dat er al voor de introductie van IVF enige vertrouwdheid kon ontstaan met voortplanting zonder seksualiteit, gameten buiten het lichaam en zwangerschappen via medisch ingrijpen.

Naast anticonceptie, abortus en KI wordt in hoofdstuk 2 kort ingegaan op de opkomst van diverse nieuwe vormen van ouderschap. Dit onderwerp ontleent zijn relevantie aan het feit dat een belangrijk deel van de discussie rond de reproductietechnologie de vraag zal betreffen welke groepen vrouwen in aanmerking komen voor een IVF-behandeling. Moet IVF ook beschikbaar komen voor alleenstaande vrouwen en lesbische paren? Genoemde groepen beginnen op zeer bescheiden schaal in de loop van de jaren zeventig het moederschap op te eisen en een beroep te doen op KID. Dit betekende een breuk met de voorafgaande periode waarin de meeste vrouwen trouwden (95%) en kinderen als regel binnen het huwelijk geboren werden.

Nadat in hoofdstuk 2 een aantal relevante ontwikkelingen tot aan de tachtiger jaren besproken zijn, komen in de volgende twee hoofdstukken achtereenvolgens de politieke en culturele inbedding van IVF aan de orde. In hoofdstuk 3 staat het politieke proces centraal waarin de institutionele inbedding van IVF in de gezondheidszorg vorm kreeg. Hier worden kwesties besproken die betrekking hebben op de medische beoordeling van IVF als een behandeling voor onvruchtbaarheid, op het ontstaan van de vraag naar deze behandeling, op de ontwikkeling en uitvoering van het reguleringsbeleid van de overheid en de manier waarop IVF wordt gefinancierd.

De invoering van IVF ging gepaard met publieke controversen over toelaatbaarheid van een reeks nieuwe praktijken die dankzij IVF in principe mogelijk zijn geworden, zoals het volledige draagmoederschap, experimenten met menselijke embryo's, de ontwikkeling van kloneringstechnieken of van technieken voor de genetische selectie en manipulatie van mensen. Deze controversen vormden een potentiële bedreiging voor de maatschappelijke acceptatie van IVF. Dat het zover niet is gekomen, kan verklaard worden door het gelijktijdig optreden van andere processen. Zo werd in deze debatten opmerkelijk weinig aandacht besteed aan de zeer geringe effectiviteit van IVF en veiligheid ervan voor de gezondheid van vrouwen en hun kinderen. Even-

tuele risico's werden veelal gebagatelliseerd en de woordvoerende medici maakten optimistische inschattingen over de snelle stijging van de succesansen van IVF. In de media kregen de problemen van onvruchtbare vrouwen veel aandacht, waarbij de dominante toonzetting positief en inlevend was. Hun kinderwens werd gepresenteerd als diepgeworteld, prangend en onveranderlijk. De boodschap luidde veelal dat iedere vrouw met behulp van IVF een kind kon krijgen wanneer zij maar lang genoeg doorzette. IVF als behandeling voor onvruchtbaarheid had, in de ogen van onvruchtbare vrouwen en IVF-artsen, weinig te maken met allerlei controversiële aspecten. Men eiste uitbreiding van de toepassingsmogelijkheden en financiering door de ziekenfondsen. Op deze manier werd het verdriet van individuele onvruchtbare vrouwen niet alleen publiek zichtbaar gemaakt, maar kreeg het ook een maatschappelijke en politieke dimensie. Het ging om grote groepen patiënten die niet geholpen konden worden met een adequate behandeling vanwege ontbrekende financiering.

De overheid verzocht de Gezondheidsraad om een advies en stelde zich afwachterend op. In 1985 maakte het ministerie van de Volksgezondheid weliswaar het uitvoeren van een IVF-behandeling afhankelijk van een vergunning waaraan de verplichting was verbonden tot verzameling van informatie over effectiviteit en risico's van IVF, maar dit beleid werd tot aan de jaren negentig nauwelijks in de praktijk gebracht. Het oordeel van de Gezondheidsraad over IVF als een behandeling voor onvruchtbaarheid was positief. De Raad was vooral bezorgd over de mogelijke schadelijke effecten voor de psychosociale ontwikkeling van het kind dat buiten de heteroseksuele relatie met behulp van IVF en KID was verwekt. Volgens de Raad dienden de aanvaardbare vormen van draagmoederschap en handelingen met geslachtscellen en embryo's aan wettelijke regels te worden verbonden. De beleidsvoornemens die de regering in 1988 vastlegde, volgden de teneur van het advies van de Gezondheidsraad. De IVF-behandeling zelf stond niet meer ter discussie. Draagmoederschap werd beoordeeld als onwenselijk. Onderzoek op zogenaamde restembryo's zou slechts bij hoge uitzondering mogen plaatsvinden, maar het was onduidelijk welk type onderzoek voor deze kwalificatie in aanmerking kwam. Het daarop volgende debat in de Tweede Kamer toonde de verdeeldheid tussen de partijen over bijna alle controversiële kwesties. Maar al met al zag de Kamer geen urgente redenen om aan te dringen op een wijziging van de door de regering uitgezette koers.

De kritische geluiden over IVF kwamen uit twee hoeken: van de behoudende confessionelen en van de vrouwenbeweging. De eersten pleitten voor een onvoorwaardelijke beschermwaardigheid van de (rest)embryo's, de laatsten wezen op de medische risico's voor vrouw en kind en op de culturele verschuivingen in de houding tegenover kinderen. Ze waarschuwden tegen de toenemende sociale druk op vrouwen om moeder te worden met alle medicalisering van dien, tegen het gevaar

van sekse-selectie en van het stellen van ‘kwaliteitseisen’ aan kinderen, die met behulp van de voortplantingstechnieken gerealiseerd kunnen worden. Deze kritische geluiden bleven zonder noemenswaardige invloed op het beleid en de medische praktijk. De vrouwenbeweging was verdeeld over de geschiktheid van het tijdens de abortusstrijd zwaar bevochten principe van de autonomie van vrouwen. Sommigen vonden het concept van autonomie niet meer toereikend om tot een beoordeling van IVF te komen, anderen beriepen zich juist op het principe van keuzevrijheid om hun ‘recht’ op het gebruik van beschikbare voortplantingstechnieken te bevechten.

In de tweede helft van de jaren tachtig kwamen de eerste klinische gegevens over IVF beschikbaar, die mager afstaken bij de in de media gewekte verwachtingen. De nieuwe gegevens leidden echter niet tot een herziening van de medische mening over de techniek. De positieve beeldvorming was inmiddels maatschappelijk verankerd geraakt: de hoeveelheid uitgevoerde behandelingen bleef explosief groeien en de indicaties werden gestaag uitgebreid. Pas recentelijk komen er uit de medische hoek wat meer kritische geluiden.

Gedurende al deze jaren verliep de uitvoering van het beheersingsbeleid zeer traag. Aan het einde van de jaren negentig restte de overheid geen ander alternatief dan sanctionering van de gegroeide praktijk. Ondanks de bemoeienis van de politiek met de medisch geassisteerde voortplanting wisten de artsen hun zeggenschap over de IVF techniek te behouden.

Het grensverleggende element van IVF bestaat erin dat het bevruchttingsproces volledig buiten het vrouwenlichaam kan plaats vinden. Dit scheidt de mogelijkheid eicellen, zaadcellen en vrouwen bij wie het embryo uiteindelijk ingebracht wordt, op willekeurige wijze te combineren. Bovendien kan er onderzoek verricht worden bij embryo's die buiten het lichaam tot stand komen en kan er voor de terugplaatsing geselecteerd worden op gewenste eigenschappen.

In hoofdstuk 4 bespreken wij de culturele implicaties van de diverse toepassingen van IVF. Aan de orde komen: IVF in dienst van het kerngezin, het gebruik van IVF door lesbische paren en alleenstaande vrouwen, eiceldonatie en draagmoederschap en het selecteren van embryo's. In de debatten die deze toepassingen opriepen ging het steeds om de vraag welke vormen van planning, ouderschap en verwantschap cultureel acceptabel geacht moesten worden.

Het gebruik van IVF in situaties die resulteren in het ‘gangbare’ model van vader, moeder en een biologisch eigen kind riep de minste vragen op. Naar de mening van velen was hier sprake van ‘de natuur een handje helpen’. Tot veel meer debat leidden de varianten waarbij sociaal en biologisch ouderschap niet samenvallen of waarbij het biologi-

sche moederschap over meerdere vrouwen verdeeld is. Kortom, toepassingen die niet leiden tot het traditionele kerngezin en een culturele inbreuk betekenen op de manier waarop verwantschapsrelaties vanouds tot stand komen, namelijk via huwelijk en biologische afstamming.

Een belangrijke invalshoek bij de beoordeling van alle nieuwe toepassingen vormde het 'belang van het toekomstige kind'. Consensus blijkt te ontbreken over de vraag wat prioriteit moet krijgen in de afweging van de belangen van kinderen. Moet de nadruk liggen op de biologische afstamming, huwelijk, zwangerschapszorg of opvoeding door twee ouders? Wat in de ene situatie belangrijk geacht wordt, blijkt er in een volgende situatie niet toe te doen.

Veel aandacht is uitgegaan naar het gebruik van IVF door lesbische paren en alleenstaande vrouwen, samenlevingsvormen waarin de biologische vader ontbreekt. In de tachtiger jaren stellen de Gezondheidsraad en de Werkgroep IVF van de Vereniging van Familie- en jeugdrecht zich op het standpunt dat de toepassing van IVF zich zoveel mogelijk moet beperken tot heteroseksuele relaties en dat lesbische paren en alleenstaande vrouwen slechts bij uitzondering in aanmerking moeten kunnen komen voor IVF. Op grond van het gevoerde debat valt te constateren dat de acceptatie van lesbische relaties snel is toegenomen. In februari 2000 oordeelt de Commissie Gelijke Behandeling dat uitsluiting op grond van homoseksuele geaardheid strijdig is met de wet. Opgroeien in een lesbisch gezin zou niet nadelig zijn voor de kindelijke ontwikkeling. Het oordeel van de Commissie wordt overgenomen door minister Borst van Volksgezondheid. Van een ontoelaatbaar onderscheid is volgens de Commissie echter geen sprake als IVF-klinieken alleenstaande vrouwen uitsluiten. Aan de opvoedingskwaliteiten van de alleenstaande moeder wordt getwijfeld.

Ook eiceldonatie riep eind jaren tachtig een hevig debat op. De beoordeling van IVF met behulp van gedoneerde eicellen varieerde erg sterk per situatie. Bij heteroseksuele (echt)paren in de vruchtbare leeftijd is eiceldonatie weinig omstreden. Het belang van het kind zou niet in het geding zijn. In dit geval wordt eiceldonatie zondermeer vergeleken met de al langer geaccepteerde praktijk van zaaddonatie. In dit hoofdstuk wordt gewezen op de wel degelijk bestaande verschillen.

Omstreden is IVF met eiceldonatie zeker als het gaat om vrouwen in de overgang of bij draagmoederschap. Ondanks aanbevelingen enige jaren gelden van zowel de Gezondheidsraad (1997) als de KNMG (1996) om wetenschappelijk onderzoek te verrichten naar IVF en eiceldonatie bij vrouwen in de overgang, is er van initiatieven in deze richting weinig vernomen.

Tegenover draagmoederschap met of zonder eiceldonatie staat men zeer terughoudend. De overheid bestempelde draagmoederschap in welke vorm dan ook als een ongewenst verschijnsel waaraan voor kinderen grote risico's verbonden zijn. In 1989 heeft zij de hoogtechnologische variant van het draagmoederschap (IVF met de eicel van de wensmoeder) nadrukkelijk uitgesloten maar heeft zij er wel voor gekozen de laagtechnologische variant (met de eicel van de draagmoeder zelf) niet wettelijk te verbieden. Meer recent (1997) heeft de Gezondheidsraad er voor gepleit het hoogtechnologische draagmoederschap alsnog toe te staan en het daarmee voor de wensouders mogelijk te maken een volledig eigen genetisch kind te krijgen. Inmiddels is een kleinschalig onderzoek naar hoogtechnologisch draagmoederschap zo goed als afgerond.

Ondanks de vraagtekens die gezet zijn bij de diverse varianten van IVF, blijken de meeste mogelijkheden min of meer geaccepteerd te zijn geraakt. Zeker blijven variaties als het hoogtechnologische draagmoederschap of IVF voor vrouwen in de overgang omstreden. Naast het belang van het kind, vormde het uitgangspunt dat op het terrein van de voortplanting mensen hun eigen wensen moeten kunnen realiseren, een belangrijk argument in de afwegingen die rond de diverse toepassingen naar voren werden gebracht. Het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen vormde uiteindelijk een belangrijk argument om deze toepassingen niet te verbieden, maar te gedogen of voorzichtig mee te experimenteren.

De kwaliteit en reikwijdte van de vragen en argumenten die in deze debatten aan de orde zijn gesteld, worden in het slothoofdstuk van een kritische evaluatie voorzien. Daartoe zetten we eerst de normatief-praktische bezwaren tegen IVF, zoals in de afgelopen twee decennia in de publieke discussie naar voren gebracht, op een rij. We stellen de vraag in hoeverre deze argumenten werkelijk zijn gehoord, en als dat niet het geval is: hoe valt dit gebrek aan gewicht dan te verklaren? Daarbij grijpen we terug op de in het eerste hoofdstuk geïntroduceerde cultureel dominante voorstellingen van natuur, technologische vooruitgang en ethiek en op de besproken dynamiek van de maatschappelijke inbedding van IVF. In paragraaf 4 tenslotte bespreken we de opstelling van de overheid ten opzichte van de voortplantingstechnologie.

We delen de aangevoerde bedenkingen in drie categorieën in. Ten eerste het imperfecte karakter van de IVF-technologie, dat wil zeggen, een lage slaagkans, het probleem van de restembryo's en de mogelijke risico's voor moeder en kind. De tweede categorie bevat de bedenkingen die betrekking hebben op de technologie zelf: de hoge kosten ervan, het feit dat ze zeer belastend is voor vrouwen, de ongelijke verdeling van de lusten en lasten over beide seksen, en het feit dat het toch vooral gaat om een vorm van symptoombestrijding waarbij de

oorzaken van onvruchtbaarheid niet worden aangepakt. Tot de derde categorie behoren de bedenkingen die betrekking hebben op mogelijke langetermijngevolgen van het gebruik van IVF: de bestaande technologieën bevestigen ongewild het bestaande taboe op de mannelijke onvruchtbaarheid, wat de toch al zeer zwakke stimuli wegneemt om therapieën voor mannelijke onvruchtbaarheid te ontwikkelen die gericht zijn op mannelijke lichamen; het omverwerpen van traditionele verwantschapsverhoudingen gaat gepaard met risico's van juridische en psychosociale aard, en de bestaande technieken zijn wegbereiders voor omstreden technieken als eugenetica en sekseselectie.

Deze bedenkingen hebben vaak weinig gewicht in de schaal weten te leggen. Voor een deel is dit te wijten aan de culturele vanzelfsprekendheid van het principe van individuele zelfbeschikking. Al deze bedenkingen verdwijnen gemakkelijk van de agenda wanneer de individuele vrouw daar zelf voor kiest. Behalve het zelfbeschikkingsbeginsel blijkt ook het technologische vooruitgangsoptimisme een krachtig middel om bestaande of toekomstige problemen rond de voortplantingstechnologie weg te wuiven. In de praktijk lijkt de enige begrenzing van het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw te liggen in de schade die het kind er mogelijk van zal ondervinden. Ook de natuur speelt hier een rol. Wanneer de natuur bepaalt dat de kindergeslacht fundamenteel is, verandert het recht op zelfbeschikking van een negatief vrijheidsrecht in een positief claimrecht. Het niet-genetische ouderschap wordt automatisch als inferieur afgedaan.

In een kritische evaluatie blijkt dat er het nodige kan worden afgedongen op de drie genoemde culturele vanzelfsprekendheden. Uit een overzicht blijkt dat met een beroep op de natuur tal van onvernegbare normatieve standpunten zijn verdedigd. Het beeld van een onstuurbare technologische ontwikkeling blijkt evenmin houdbaar. De analyse van de processen van inbedding maakt duidelijk hoezeer de ontwikkeling van de moderne voortplantingstechnologie is beïnvloed door tal van sociale actoren met hun eigen belangen en ethische overtuigingen. Tot slot is ook het exclusieve belang dat wordt gehecht aan zelfbeschikking niet boven discussie verheven. Zo kan tegen dit beginsel worden ingebracht dat het ten onrechte een discussie verhindert over iemands feitelijke voorkeuren; dat lange termijn risico's niet vroegtijdig gesignaleerd kunnen worden; dat niet alle ethische kwesties zich goed laten vertalen in termen van dit beginsel, enzovoort. Met deze kanttekeningen willen we niet afdingen op de waarde van het zelfbeschikkingsbeginsel, maar wel ruimte scheppen waarbinnen dit beginsel kan worden afgewogen tegen andere, conflicterende normen en waarden. Door de vanzelfsprekendheid van vigerende beelden over natuur, technologie en ethiek in twijfel te trekken kan een 'discursieve' ruimte ontstaan voor een evenwichtiger besluitvorming rondom nieuwe voortplantingstechnologieën.

Maar het scheppen van ruimte is niet genoeg. De overheid dient ook haar overwegend passieve opstelling te laten varen. Voor een belangrijk deel kwam deze opstelling voort uit de positie van de overheid midden in een netwerk van andere actoren van wie de overheid op deelgebieden vaak zelf afhankelijk is. Een centrale rol daarbinnen wordt gespeeld door de Gezondheidsraad. Deze voorziet het departement van wetenschappelijke kennis en laat zich richtinggevend uit over de medische, ethische en maatschappelijke aanvaardbaarheid van nieuwe technieken en behandelmethoden. De patiënten- en artsenorganisaties bleken ook invloedrijk te zijn terwijl de politieke partijen in de hier bestudeerde periode weinig belangstelling toonden voor controversiële medisch-ethische onderwerpen. Omdat de overheid vooral luisterde naar die groepen burgers die direct belang hebben bij de nieuwe voortplantingstechnieken, ontsnapten brede culturele verschuivingen – teweeggebracht door de nieuwe technologieën – goeddeels aan de aandacht van de politiek. Het ontbreken van een structuur waarin de culturele betekenis van de nieuwe voortplantingspraktijken aan de orde kon worden gesteld, speelde daarbij ook een rol.

Uitgaande van de gepleegde analyse besluiten we het rapport met een aantal suggesties voor de verbetering van het proces van ontwikkeling en inbedding van nieuwe voortplantingstechnieken. De eerste en de minst ingrijpende beleidsoptie is de bevordering van meerdere oplossingen voor de problemen van de voortplanting. Voorlichting en preventie van onvruchtbaarheid horen daarbij, maar ook het verstrekken van subsidies voor de ontwikkeling van kennis en behandeltechnieken die niet alleen op het lichaam van de onvruchtbare vrouw maar ook op die van de onvruchtbare man zijn gericht. De nieuwe behandelingen zullen het duurzame herstel van de vruchtbaarheid van individuele mannen en vrouwen tot doel moeten hebben.

Een andere suggestie sluit aan bij de plicht van de overheid om in het overleg de burgers, die niet direct bij een onderwerp zijn betrokken, te vertegenwoordigen en hun belangen te behartigen. In de Nederlandse beleidscultuur staat het streven naar consensus via compromissen centraal. Dit heeft soms tot gevolg dat controversiële kwesties, bijvoorbeeld de genoemde bedenkingen bij IVF, het liefst van de agenda worden geweerd. Enerzijds dient de overheid er daarom zorg voor te dragen dat de netwerken waarin de processen van inbedding zich afspelen, voldoende heterogeen zijn samengesteld, zodat een zo breed mogelijk scala aan aspecten aan de orde komt. Anderzijds dient de overheid haar verantwoordelijkheid voor het nemen van besluiten, het stellen van regels en het toezien op de naleving ervan niet aan de netwerken te delegeren. Het zoeken naar een betere vormgeving voor de processen van ontwikkeling en inbedding van voortplantingstechnieken kan het beste geschieden langs de weg van een aantal maatschappelijke experimenten.



1 Moderne voortplanting tussen natuur, technologie en zelfbeschikking

De ontzuiling vanaf de jaren zestig vormt een belangrijke cesuur in het Nederland van de 20e eeuw, niet in het minst waar het gaat over het huwelijk en de voortplanting. De jaren zestig staan niet voor niets vooral bekend als de jaren van de seksuele revolutie. Was tot die tijd het krijgen van kinderen iets wat je overkwam en wat je dus blij of juist gelaten moest ondergaan, door de opkomst van nieuwe anticonceptiemiddelen kwam de voortplanting steeds meer binnen het bereik van het menselijke ingrijpen. Condoom, pessarium, spiraaltje en vooral de pil zorgden ervoor dat seksualiteit en voortplanting steeds meer werden gescheiden, en dat het huwelijk als de enige legitieme plaats voor beider combinatie aan vanzelfsprekendheid inboette. In veler ogen *kreeg* je niet langer kinderen, maar *nam* je die.

Dit optimisme heeft achteraf gezien maar korte tijd geduurd. Immers, het voorkomen van bevruchting is iets geheel anders dan het plannen ervan. Nadat de strijd om de anticonceptiemiddelen goeddeels was beslecht in het voordeel van een brede maatschappelijke aanvaarding ervan, groeide vanaf de jaren tachtig de publieke aandacht voor het probleem van de ongewenste kinderloosheid. Het antwoord op dit probleem werd sinds de jaren zeventig vooral gevonden in het ontwikkelen van nieuwe medische technologie. De medische technologieën die beschikbaar kwamen, zoals kunstmatige inseminatie (KI), in-vitrofertilisatie (IVF), intra-cytoplasmatische sperma injectie (ICSI) en eiceldonatie, zijn sindsdien niet meer verdwenen uit de publieke aandacht. Aan deze technologieën is de laatste twee decennia een niet aflatende stroom kranten- en tijdschriftartikelen, televisie- en radio-programma's, adviezen, regeringsrapporten en wettelijke maatregelen gewijd.

In de nu voorliggende studie trachten wij de ontwikkeling van de belangrijkste voortplantingstechnologie, namelijk IVF, te reconstrueren in de hoop daarmee bij te dragen aan de verdere beantwoording van twee vragen: *hoe dienen de ontwikkelingen rondom de voortplantingstechnologie beoordeeld te worden?* Dat is een veel omvattende

vraag, waarop het antwoord bovendien omstreden zal zijn. Bij de uitwerking zullen wij ons beperken tot het aandragen van een aantal belangrijke overwegingen die bij het bepalen van elk oordeel hierover tenminste een rol zouden moeten spelen. De reconstructie van de ontwikkeling van IVF in Nederland helpt bij het opsporen van deze overwegingen. Een dergelijke reconstructie is voorts noodzakelijk ter beantwoording van de tweede hoofdvraag van deze studie: *in hoeverre is er sprake geweest van politiek-maatschappelijke sturing van dergelijke medisch-technologische ontwikkelingen, en – meer normatief – dient deze invloed wel of niet vergroot te worden?*

Zoals gezegd, de oplossing voor het probleem van onvruchtbaarheid is vanaf de jaren zeventig gezocht in de steeds verdere ontwikkeling van medische technologie. Maar stelt u zich eens een scenario voor waarbij niet alle inspanningen gericht zijn geweest op het vinden van medische oplossingen, maar waarbij gekozen is voor een andere aanpak van het probleem van de onvruchtbaarheid. Een alternatieve, niet gerealiseerde geschiedenis van de afgelopen twee decennia:

Als in de loop van de jaren tachtig onvruchtbaarheid steeds meer als een maatschappelijk probleem erkend gaat worden, ontstaat er onder artsen, politici en belangengroeperingen een heftig debat over de aard van het probleem en de wenselijkheid van diverse oplossingen. Er verschijnt een reeks adviezen op grond waarvan een groot aantal uiteenlopende initiatieven wordt ontwikkeld. Onvruchtbaarheid wordt zeker ook gezien als een medisch probleem, maar men heeft ook een scherp oog voor niet-lichamelijke oorzaken. Zo constateren artsen een duidelijke link tussen de steeds toenemende leeftijd van vrouwen en onvruchtbaarheid. (Te Velde, 1991) Via congressen met titels als 'Een slimme meid regelt haar zwangerschap op tijd' wordt aandacht gevraagd voor dit maatschappelijk verschijnsel en wordt de overheid opgeroepen om maatregelen te treffen. (Beets & Verloove Vanhorick, 1992) De overheid haakt hierop vrij snel in met een reeks van maatregelen die mannen moet stimuleren de zorg van kinderen te delen en het vrouwen mogelijk moet maken de zorg voor kinderen en werk te combineren. Het gaat om een breed scala maatregelen: een forse verlenging van het ouderschapsverlof (tot 4 jaar), betaling van ouderschapsverlof, recht op calamiteitenverlof, recht op deeltijdwerk, scheppen van de mogelijkheid van deeltijdopleidingen, en voldoende kinderopvang inclusief na- en buitenschoolse opvang (Emancipatieraad, 1996). De stijgende lijn van de leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen, wordt omgebogen en het aandeel van de mannen in de zorg neemt duidelijk toe.

Voorlichting krijgt een prominente plaats in het totale pakket van maatregelen. Al vroeg in de jaren tachtig zijn er aansprekende campagnes die tot doel hebben het aantal gevallen van onvruchtbaarheid die het gevolg zijn van seksueel overdraagbare aandoeningen terug te

dringen. Met succes: Nederland heeft anno 2001 niet alleen het kleinste aantal abortussen in de wereld maar tevens het kleinste aantal vruchtbaarheidstoornissen ten gevolge van seksueel overdraagbare aandoeningen. De voorlichting is daarnaast gericht op het bespreekbaar maken van vrouwelijke en mannelijke onvruchtbaarheid. Niet-medische oplossingen van de kinderloosheid die een alternatief kunnen vormen voor het biologische eigen kind worden nadrukkelijk besproken als volwaardige opties, niet als tweede keus (zelfinseminatie, pleegzorg, adoptie, meemoederen en -vaderen). Gewenste kinderloosheid wordt als een normale optie gepresenteerd. Het belang van sociaal ouderschap staat in de voorlichting voorop, het belang van het eigen kind wordt wat gerelativeerd. Onvruchtbaarheid en kinderloosheid verliezen hun taboe karakter.

Het is duidelijk dat al deze overheidsmaatregelen maar een gedeeltelijke oplossing kunnen betekenen voor het probleem van de onvruchtbaarheid. Ook de medische sector spant zich in een bijdrage te leveren. Men kiest daarbij expliciet niet voor het ontwikkelen van hoogtechnologische oplossingen als IVF. Net als bij het drugsbeleid en de thuisbevalling kent Nederland daarmee een eigen praktijk rond onvruchtbaarheid. Medici proberen minder ingrijpende methoden te vinden die de oorzaken van de onvruchtbaarheid bij mannen en vrouwen kunnen wegnemen of opheffen. Bij reeds bestaande technieken als de eileideroperatie wordt nagegaan hoe deze te verbeteren zijn. Ook zet men zich in voor het wegwerken van de geconstateerde achterstand in kennis van de mannelijke voortplantingsfuncties en de behandeling van mannelijke onvruchtbaarheid. Halverwege de jaren negentig resulteren deze inspanningen in onverwachte doorbraken: mannelijke onvruchtbaarheid blijkt beter en eenvoudiger te behandelen dan algemeen altijd was aangenomen.

Ondanks het pakket overheidsmaatregelen, de aanpak van artsen en voorlichting in de media, blijven er mannen en vrouwen ongewenst kinderloos. Zij lijden hieronder, maar hun leed wordt niet verergerd door een maatschappelijk taboe op kinderloosheid. Men lijdt, maar gaat daarnaast niet ook nog gebukt onder het gevoel te hebben gefaald – en vrouwen lijden niet in grotere mate dan mannen. Een vrij grote groep onvruchtbare vrouwen en mannen kiest voor het opvoeden van een biologisch niet eigen kind.

Zo is het dus niet gegaan. De vraag is natuurlijk interessant of het even goed zo *had kunnen gaan*. Op het eerste gezicht lijkt dit niet goed voorstelbaar: het is nu eenmaal gegaan zoals het heeft moeten gaan. Maar waarom doet dit feitelijk gegroeide Nederland, waarin ongewenste kinderloosheid primair langs de weg van medische high-tech wordt benaderd, zo *noodzakelijk* aan? Ons inziens liggen hieraan drie dominante culturele voorstellingen ten grondslag, namelijk voorstellingen van de natuur, van de technologische ontwikkeling en van

de ethische ontwikkeling. Tezamen vormen deze drie culturele vanzelfsprekendheden een culturele context die de ontwikkeling naar steeds meer hightech rondom de voortplanting krachtig ondersteunt, en die het omgekeerd moeilijk maakt deze ontwikkeling te vergelijken met, en te toetsen aan, denkbare alternatieven.

In de eerste plaats het dominante beeld van de natuur. Wat is er natuurlijker dan de menselijke voortplanting? Letterlijk vanaf het ontstaan van de mensheid tot aan het einde daarvan, zal de mens zich voortplanten, zullen vrouwen en mannen elkaar opzoeken om kinderen op de wereld te zetten. Niets is natuurlijker dan het biologisch ouderschap, en de wens naar biologisch eigen kinderen. Als dat zo is, dan is het maar een kleine stap om mensen ook een fundamenteel *recht* op voortplanting toe te kennen. Een dergelijk recht is dan ook opgenomen in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. En dat veel medisch ingrijpen rondom de voortplanting gericht is op het vrouwenlichaam, ligt dat ook niet al ingeschreven in de natuur, die immers heeft verordend dat het de vrouw is die kinderen baart? Het lijkt moeder natuur zelf te zijn die het ons, als zij het al niet verbiedt, in elk geval onmogelijk maakt aan deze noodzakelijke en universele uitgangspunten te tornen.

In de tweede plaats het dominante beeld van technologische vooruitgang. Volgens dit beeld zouden technologische ontwikkelingen een noodzakelijk parcours volgen, zoals treinen hun rails. De enige optie die mensen binnen deze voorstelling hebben is om de door interne, natuurwetenschappelijke wetmatigheden gedicteerde technologische ontwikkeling te vertragen: de koers verleggen is onmogelijk. De pil, nieuwe abortustechnieken, kunstmatige inseminatie, IVF, ICSI, de medicalisering van de bevalling – het lag allemaal al in de schoot van de toekomst verborgen, klaar om te worden ontdekt. Men kan deze technieken betreuren of toejuichen, veel te kiezen is er niet. Nu is dit deterministische techniekbeeld zeker onder beleidsmakers de laatste decennia sterk gerelativeerd. Maar dit betekent niet dat men in het algemeen optimistisch staat tegenover de mogelijkheid de ontwikkeling van (medische) technologie te sturen in een maatschappelijk gewenste richting. Een dergelijke sturing is moeilijk voorstelbaar voor een kleine vrije markteconomie als de onze, waarbinnen immers een groot deel van de werkelijkheid wordt bepaald door anonieme markt-bewegingen en politieke en technologische ontwikkelingen in het door ons niet te beïnvloeden buitenland. Bovendien is onduidelijk hoe de overheidssturing zich precies zou verhouden tot de beschermde autonomie van wetenschappelijk onderzoekers. Hoewel velen tegenwoordig het technologiedeterminisme van de hand wijzen, wijken zij in feite weinig van die visie af waar het de praktische vraag naar de maatschappelijke sturing van technologie betreft. Wie het waagt vraagtekens te plaatsen bij bepaalde technologische ontwikkelingen, loopt nog steeds grote kans als naïef, insulair en conservatief in de

hoek te worden gezet. De vooruitgang laat zich nog steeds niet stoppen. (Swierstra, 2000) Dit betekent in concreto tevens dat we ons heen zullen moeten zetten over de onvermijdelijke tekortkomingen van elke nieuwe technologie. Dankzij het axioma van de technologische vooruitgang mogen we er immers vanuit gaan dat dergelijke gebreken op korte of middellange termijn zullen worden verholpen.

Maar niet alleen de ontwikkeling van de technologie, ook de ontwikkeling van moraal en recht lijkt te worden gedictieerd door een immanente logica, namelijk een onstuitbare ontwikkeling in de richting van steeds meer *autonomie* of *zelfbeschikking*. Dit leerstuk vormt in veler ogen het culminatiepunt van de moderne ethiek, zoals deze zich heeft ontwikkeld sinds de Middeleeuwen. (Schneewind, 1998) De zich emanciperende moderne mens ontdoet zich geleidelijk van de vaak knellende invloed van tradities, overgeleverd gezag en conventies, om in plaats daarvan zichzelf te erkennen als enige bron van collectief bindende normen en waarden. Religie en wereldbeschouwing blijven voor velen weliswaar van fundamenteel belang, maar ze verliezen gaandeweg hun gezag binnen de publieke ruimte. Binnen deze ruimte beperkt men zich tot het formuleren van onpartijdige en algemeen bindende regels, die als doel hebben alle burgers de essentiële belangen te garanderen die wezenlijk geacht worden voor hun bestaan. Hoe dit bestaan verder ingevuld wordt, daarover beslissen deze burgers in toenemende mate zelf. Dat is hun recht op zelfbeschikking, hun vrijheid, die alleen begrensd wordt door het gelijke recht op zelfbeschikking en vrijheid van hun medeburgers. Voor de voortplanting betekent dit dat het zelfbeschikkingsrecht het alfa en omega vormt: zolang men anderen geen (directe) schade berokkent, heeft iedereen het recht om zich naar eigen goed denken voort te planten – of om daarvan af te zien natuurlijk

Afzonderlijk dragen deze cultureel dominante voorstellingen van natuur, technologische en ethische vooruitgang al in belangrijke mate bij aan de specifieke vorm waarin de moderne voortplantingstechnologieën maatschappelijk raken ingebed. Maar bovendien versterken ze elkaar nog op cruciale punten. De natuur zelf lijkt onze wens naar biologisch eigen kinderen te sturen, en het recht op zelfbeschikking bepaalt dat we aan dit recht vorm mogen geven zoals het ons goed dunkt, zonder inmenging van buitenaf. Maar het natuurbegrip werkt daarnaast gemakkelijk een radicalisering van het recht op zelfbeschikking in de hand: wanneer het recht op kinderen in de natuur ligt verankerd, dan hebben we niet alleen een *negatief* recht om ons voort te planten, maar ook een *positief* recht op bijstand wanneer dit niet lukt. Het *negatieve* vrijheidsrecht ons naar eigen goeddenken voort te planten, verandert daarmee in een *positief claimrecht* op bijstand en hulp. Dit claimrecht impliceert dan dat de samenleving een plicht heeft degenen met een kinderwens daarbij zo nodig bij te staan. Maar een dergelijke plicht geldt alleen op voorwaarde dat de samenleving

ook in staat is dergelijke bijstand daadwerkelijk te leveren. Hier verschijnt de technologische ontwikkeling in beeld. Deze heeft namelijk tot gevolg dat de voortplanting steeds meer in de greep van het menselijke handelen komt te liggen en vervult zo de cruciale voorwaarde voor het in de praktijk doen gelden van dit recht op biologisch eigen kinderen. Wat door de technologie mogelijk is gemaakt, verandert daarmee al snel in een moreel en juridisch recht aan de kant van degenen met een kinderwens, en een maatschappelijke plicht aan de kant van de samenleving daarbij behulpzaam te zijn. Omgekeerd jaagt het zelfbeschikkingsrecht en het positieve claimrecht op kinderen de technologische ontwikkeling juist aan: niemand heeft een moreel recht op het onmogelijke, maar men kan wel met goed recht verlangen dat het onmogelijke mogelijk wordt gemaakt. Tezamen vormen deze culturele vanzelfsprekendheden rondom de natuur, technologie en zelfbeschikking een krachtige cocktail, die de opkomst van hoogtechnologische vormen van voortplanting in belangrijke mate ondersteunt en de feitelijk bestaande situatie in Nederland anno 2001 een soort keurmerk van noodzakelijkheid en vanzelfsprekendheid verleent.

Wat betekent dit nu voor de mogelijke problematische, onwenselijke kanten van deze situatie? Wanneer de situatie zelf een noodzakelijk karakter heeft en dus geen onderwerp kan zijn van bewust menselijk ingrijpen, dan zouden ons maar twee opties openstaan: we kunnen proberen de gevolgen te verzachten of te beheersen zonder aan de oorzaken daarvan te tornen, of we kunnen besluiten de prijs van de vooruitgang te betalen en zo goed en kwaad als dat gaat leren te leven met de onwenselijke bijeffecten van een ontwikkeling die zelf boven kritiek is verheven.

In deze studie kiezen we een andere benadering. We zullen in de volgende hoofdstukken niet alleen de maatschappelijke en culturele effecten van de voortplantingstechnologie in kaart brengen, maar we streven er bovendien naar om aannemelijk te maken dat de samenleving zich tegenover deze effecten niet lijdzaam hoeft op te stellen (op zijn best aangevuld met wat kleine reparatiewerkzaamheden). De huidige constellatie van natuur, technologie en individuele claimrechten rondom de voortplanting is niet noodzakelijk, maar een contingente uitkomst van culturele, politieke en technologische processen. Daarmee komt zij binnen het bereik van doelbewuste en ethisch gemotiveerde maatschappelijke interventie.

Wat de natuur betreft gaan we ervan uit dat deze niet zelf spreekt, maar slechts via woordvoerders. De vraag naar de bedoelingen van de natuur verandert daarmee in een historisch-sociologische: wie *mobiliseert* wanneer en waartoe welke natuur? We zullen in de volgende drie hoofdstukken zien dat vele partijen zich hebben opgeworpen als woordvoerder van de natuur, waardoor deze met vele stemmen blijkt te hebben gesproken. Van een eenduidige boodschap is geen sprake.

Door deze veelstemmigheid in kaart te brengen, kunnen we in het concluderende slothoofdstuk de vraag naar de natuur opnieuw stellen.

Ten aanzien van de technologie doen we iets vergelijkbaars, waarbij we ons vertrekpunt kiezen binnen de moderne techniek sociologie en – filosofie. Deze onderzoekt hoe het komt dat bepaalde technologische mogelijkheden ontstaan, en waarom sommige tot ontwikkeling komen en andere niet. In het moderne onderzoek naar technologie staat de vraag naar de *maatschappelijke inbedding van technologie* centraal. Het spreekt nooit vanzelf dat een nieuwe technologie, of preciezer een technologische optie, zich tot een levensvatbare maatschappelijke praktijk zal ontwikkelen. Om dat te bereiken dient er ten eerste een afstemming plaats te vinden tussen de technologische optie en de vraag naar de concrete toepassingen ervan. Er moet een ‘markt’ gecreëerd worden en een infrastructuur die in de vraag kan voorzien. Daarnaast dient er, vooral bij technologische opties die sterke maatschappelijke controversen veroorzaken, een zekere graad van culturele en politieke aanvaardbaarheid tot stand gebracht te worden, voordat er sprake kan zijn van inbedding. (Rip, 1995, Kirejczyk 1996, Stemerding, 1995)

Evenmin als de ‘natuur’ zelf tot ons spreekt, ontstaat de ‘markt’ voor een nieuwe technologie vanzelf. Ook daarvoor zijn gerichte activiteiten van verschillende actoren nodig. De mogelijkheden die een nieuwe technologische optie biedt, moeten door deze actoren worden afgestemd op concrete toepassingen bij specifieke groepen van gebruikers. Afhankelijk van de mate waarin de actuele werking van een technologie de verwachtingen benadert, wordt de nieuwe technologie verder aangepast, gespecificeerd. Tegelijkertijd moeten ook activiteiten ondernomen worden om potentiële gebruikers op de hoogte te stellen van de nieuwe technische mogelijkheden. Er moet een behoefte aan de nieuwe technologische opties gecreëerd worden. In vele situaties zal een nieuwe technologie worden aangeboden als substituuat voor reeds bestaande alternatieven. Van een nieuwe technologie wordt verwacht dat de toepassing ervan duidelijke voordelen zal opleveren: de auto moet bewijzen beter te zijn dan het rijtuig, de gloeilamp beter dan de waskaars, kernenergie beter dan energie verkregen door het stoken van kolen, de tekstverwerker beter dan de schrijfmachine, IVF beter dan een eileideroperatie. Als onderdeel van dit proces kan ook een transformatie van de bestaande praktijken rondom de oude en nieuwe technologische opties optreden. Er kunnen bijvoorbeeld speciale faciliteiten als laboratoria, afdelingen van klinieken nodig zijn, personeel dient in het gebruik ervan geschoold te worden, de financiering moet worden geregeld, enzovoorts. Pas als al deze problemen zijn opgelost, kan men stellen dat een nieuwe techniek maatschappelijk ingebed is geraakt.

En tenslotte: ook het begrip zelfbeschikking is niet zo vanzelfsprekend als het lijkt. In de eerste plaats kunnen we ons dezelfde vraag stellen als in het geval van de natuur: welke actoren beroepen er zich wanneer en waartoe op? En hoe centraal het begrip zelfbeschikking ook staat binnen de moderne ethiek, dat betekent niet dat het daarmee automatisch de enige of altijd doorslaggevende waarde is. Ons uitgangspunt is dat er binnen de ethiek geen absolute waarden bestaan, maar dat het gewicht van een bepaalde waarde altijd per situatie moet worden bepaald. Bovendien is er zelden sprake van één waarde; vaker zal het gaan om een contextgebonden *afweging* van conflicterende waarden. De ethische discussie kan en mag daarom niet worden gereduceerd tot één waarde, hoe belangrijk die ook is. We zullen ons daarom afvragen waarom het begrip zelfbeschikking de discussie over voortplantingstechnologie dusdanig domineert dat er nauwelijks aandacht is voor rivaliserende normen en waarden, en op welke gronden daar vraagtekens bij kunnen worden geplaatst.

De opbouw van deze studie is als volgt. In het tweede hoofdstuk bespreken wij een aantal ontwikkelingen op het terrein van de voortplanting die van belang zijn geweest voor de introductie en inbedding van IVF in de samenleving. In het grootste deel van de twintigste eeuw was niet de onvruchtbaarheid het belangrijkste probleem maar juist de te grote vruchtbaarheid. Geboorteregeling en abortus waren tot aan de jaren zestig en zeventig omstreden kwesties. Omstreden was zeker ook de kunstmatige inseminatie, de eerste vorm van kunstmatige voorplanting, die al ruim voor de introductie van IVF in Nederland werd gelegaliseerd. Nagegaan wordt welke actoren bij de oplossing van deze vraagstukken een rol gespeeld hebben en van welke argumenten zij daarbij gebruik hebben gemaakt. In het hoofdstuk wordt verder kort ingegaan op het ontstaan van niet-traditionele samenlevingsvormen zoals lesbisch en alleenstaand moederschap. Het zijn dit type arrangementen die in de jaren negentig vragen opriepen, toen er van de kant van deze vrouwen een beroep werd gedaan op toegang tot IVF-behandeling.

In de volgende twee hoofdstukken staat de inbedding van IVF in de Nederlandse samenleving centraal. In hoofdstuk 3 komt allereerst de institutionele inbedding van IVF in de gezondheidszorg aan de orde. Wij beschrijven hoe het wetenschappelijke ontwikkelingstraject van IVF is verlopen, op welke manier deze technologie in de medische praktijk is geïntroduceerd en hoe de groei van de vraag naar IVF verliep. Daarbij komt de vraag aan de orde van de medische beoordeling: in hoeverre was IVF een techniek die zijn effectiviteit en betrouwbaarheid had bewezen? In de rest van het hoofdstuk bespreken wij uitgebreid het reguleringsbeleid van de overheid en de wijze van financiering.

In het vierde hoofdstuk ligt de nadruk op de culturele inbedding van IVF. De diverse toepassingen van IVF hebben vanaf het begin voor een continu debat gezorgd. Sommige toepassingen zoals IVF bij een onvruchtbaar heteroseksueel echtpaar ontmoetten weinig weerstand; bij andere toepassingen, zoals het gebruik van IVF door vrouwen in de menopauze of bij draagmoederschap, was de acceptatie veel minder vanzelfsprekend. De meeste toepassingen zijn min of meer geaccepteerd geraakt. In dit hoofdstuk zal nagegaan worden hoe deze aanvaardbaarheid tot stand is gekomen.

In het slothoofdstuk formuleren wij onze conclusies en proberen wij een antwoord te geven op het tweetal vragen die wij in deze inleiding geformuleerd hebben. Bij de vraag naar de beoordeling van IVF zullen wij een aantal overwegingen aandragen die ons inziens belangrijk zijn en tot dusverre in de door ons geanalyseerde debatten niet of niet voldoende aan de orde zijn geweest. Bij de vraag naar de politiek maatschappelijke sturing zullen wij een aantal suggesties doen die ons inziens kunnen bijdragen aan een meer democratische besluitvorming rond voortplantingstechnologie.



voorbereidingsmiddelen
abortus
sterilisatie
vrouw beslist!



internationale
aktie dag
31 maart '79

voorbereidingsmiddelen
abortus
sterilisatie
vrouw beslist!
internationale
aktie dag
31 maart '79

WIJ VROUWEN ZIJN
JAORTUS LIT
MITTBOK
WI

2 Steeds later, steeds kunstmatiger, steeds ...

In 1991 kiest de gynaecoloog Te Velde voor zijn oratie bij het aanvaarden van zijn ambt als hoogleraar, de aansprekende titel *Zwanger worden in de 21^{ste} eeuw: steeds later, steeds kunstmatiger*. Hij poogt hiermee de ontwikkelingen samen te vatten die zich op het terrein van de voortplanting in Nederland in de laatste decennia voltrokken hebben. De Nederlandse vrouw krijgt op steeds oudere leeftijd haar eerste kind en maakt in toenemende mate gebruik van medische voortplantingstechnologie. De ontwikkelingen die Te Velde constateert, laten zich gemakkelijk met een aantal andere tendensen uitleiden. Zo krijgen vrouwen steeds minder kinderen, worden steeds meer kinderen geboren buiten het huwelijk en buiten een heteroseksuele relatie en zijn de meeste kinderen gepland.

In dit hoofdstuk wordt een aantal vraagstukken en veranderingen op het terrein van de voortplanting besproken die relevant zijn voor een goed begrip van de inbedding van de nieuwe voortplantingstechnologie in de jaren tachtig. Introductie, gebruik en acceptatie van de nieuwe reproductieve technologieën hangen nauw samen met de culturele, maatschappelijke, technische en demografische processen die in de daaraan voorgaande periode zijn opgetreden. Enerzijds sluit de nieuwe voortplantingstechnologie die in de jaren tachtig beschikbaar komt aan op veranderingen in de voortplanting die zich in de voorafgaande decennia voorgedaan hebben: de beschikbaarheid van de pil heeft vrouwen ermee vertrouwd gemaakt dat de voortplanting met medische ingrepen gecontroleerd kan worden en dat kinderen krijgen een kwestie van planning is. Tegelijkertijd versterkt en radicaliseert de nieuwe reproductietechnologie reeds bestaande trends: IVF en haar vele varianten maken het mogelijk radicaler dan in de voorafgaande periode te breken met de opvatting dat kinderen geboren dienen te worden binnen een heteroseksuele relatie en opgevoed door hun eigen biologische vader en moeder.

In het huidige debat over reproductietechnologie staat het vraagstuk van de onvruchtbaarheid centraal, het uitblijven van zwangerschappen is het probleem. Deze thematiek is van recente datum. Tot aan de jaren zeventig is juist de (te grote) vruchtbaarheid problematisch: het gebruik van voorbehoedsmiddelen en abortus vormen de centrale vraagstukken. Geboorteregeling en abortus komen in de eerste twee paragrafen van dit hoofdstuk aan de orde. Bij de analyse van deze vraagstukken wordt besproken hoe in de jaren zestig de traditionele

huwelijksmoraal verdwijnt en nieuwe opvattingen over huwelijk en voortplanting ontstaan. Globaal valt deze verandering te karakteriseren als het verdwijnen van consensus, het einde van de bevoogding door arts en geestelijkheid en het ontstaan van kritiek op al te vanzelfsprekende verwijzingen naar de natuur. In het latere debat rond de nieuwe voortplantingstechnologie is de vraag wat de natuur ons zegt of voorschrijft juist onderwerp van debat.

De volgende paragraaf beschrijft een demografische ontwikkeling die zich halverwege de jaren zeventig begint af te tekenen. Het aantal kinderen dat geboren wordt buiten het huwelijk, bij alleenstaande vrouwen en lesbische paren begint te stijgen. Juist rond deze groepen ontwikkelt zich een hevig IVF-debat in de jaren tachtig en negentig. Het betreft de indicatiestelling: wie moeten er toegang krijgen tot de diverse reproductieve technologieën? De bronnen over de opkomst van dit nieuwe type samenlevingsvormen zijn beperkt. Er wordt kort ingegaan op ontstaan, omvang van deze groepen en de waardering ervan in de Nederlandse samenleving.

Kunstmatige inseminatie (KI) is het laatste onderwerp. Het is de eerste techniek die kunstmatige voortplanting mogelijk maakt, dat wil zeggen voortplanting zonder seksualiteit. Over deze techniek is in de zestiger jaren voor het eerst een uitgebreid politiek debat gevoerd. De ingreep is technisch eenvoudig maar heeft verregaande culturele consequenties die sterke overeenkomsten vertonen met IVF: in beide gevallen is er sprake van voortplanting zonder seksualiteit en is de optie voorhanden donoren te gebruiken en daarmee de mogelijkheid biologisch en sociaal ouderschap los te koppelen.

2.1 Voorkomen van ongewenste zwangerschappen

Dreigende overbevolking

In Nederland ontstaat na de Tweede Wereldoorlog een discussie over een dreigende overbevolking. Demografisch gezien is er in Nederland bijzonder heftig gereageerd op het einde van de oorlog: het aantal huwelijken schiet omhoog en de huwelijksvruchtbaarheid stijgt. Door deze hoge geboortecijfers groeit de Nederlandse bevolking in de periode 1945-1960 van 9,2 naar 11,4 miljoen. Deze bevolkingstoename leidt tot grote verontrusting. Op politiek niveau worden er vanuit de regerende partijen (PvdA en KvP) commissies ingesteld om het bevolkingsvraagstuk te bestuderen. Centraal staan de vragen of overbevolking een aanleiding kan vormen tot geboortebeperving en of de overheid een stimulerende functie mag vervullen. De vanuit socialistische zijde ingestelde commissie van de Dr. Wiardi Beckman Stich-

ting (1955) en het met de KvP verbonden Centrum voor Staatkundige Vorming (1956) komen tot gelijklopende standpunten. Het Centrum voor Staatkundige Vorming concludeert dat de overheid geen geboortebepanking mag opleggen of adviseren. Zij is wel bevoegd te verklaren dat een beperking van de procreatie uit het oogpunt van algemeen welzijn wenselijk is, mits de regering er uitdrukkelijk aan toevoegt dat zij de conclusies aan het geweten der burgers wenst over te laten. In het rapport *Bevolkingsgroei en maatschappelijke verantwoordelijkheid* van de Dr. Wiardi Beckman Stichting gaat men er vanuit dat geboorteregeling wenselijk is, rechtstreekse overheidsmaatregelen om de geboortecijfers te laten dalen wijst men echter af omdat dit een inbreuk zou betekenen op de persoonlijke verantwoordelijkheid van de ouders. Voorlichting over medische en ethische zaken moet overgelaten worden aan levensbeschouwelijke organen. De taak van de overheid moet zich beperken tot het bevorderen van demografisch onderzoek en het geven van voorlichting over de kwantitatieve aspecten van de verhouding tussen bevolkingsgroei en maatschappelijke mogelijkheden. Kortom: beide rapporten proberen elke schijn van staatsdirigisme te vermijden. De taak van de overheid wordt aange-merkt als een beperkte: beslissingen over de voortplanting behoren tot het privé-domein en dienen overgelaten te worden aan de burgers.

Voor- en tegenstanders van geboorteregeling

Maar betekent het voorafgaande nu ook dat geboorteregeling na de Tweede Wereldoorlog werd gezien als een keuze die aan de individuele vrouw moest worden overgelaten?

Restauratie is vaak de term die gebruikt wordt om de periode na de Tweede Wereldoorlog te kenmerken. Politieke, maatschappelijke en godsdienstige verhoudingen van voor de oorlog keren vrijwel ongewijzigd terug. Nederland blijft tot aan de jaren zestig een sterk verzuilde samenleving waarin het aantal buitenkerkelijken nauwelijks stijgt: in 1947 gaat het om 17% van de bevolking en in 1960 om 18,3% (De Bruijn 1979). De katholieke kerk en sommige protestantse richtingen zijn zeer gekant tegen geboorteregeling. De voorstanders van geboorteregeling zijn in de minderheid en in het defensief. Zij zijn vooral te vinden bij de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (NVSH) en in socialistische kringen.

De NVSH is na de tweede wereldoorlog opgericht om het werk van de vooroorlogse Nieuw Malthusiaanse Bond (NMB) voort te zetten. De NMB, opgericht in 1881 door een aantal respectabele burgers met radicaal liberale opvattingen, zag geboortebepanking als een maatschappelijke noodzaak. De NMB beschouwde de verbreiding van kennis over geboorteregeling als een van zijn belangrijkste taken. In zijn visie diende geboorteregeling overgelaten te worden aan de individuele vrijheid en persoonlijke verantwoordelijkheid van individuen.

De opvattingen over geboorteregeling, eigen verantwoordelijkheid en individuele vrijheid brachten de Bond gedurende de eerste helft van de twintigste eeuw in voortdurende aanvaring met christelijke kringen waar dergelijke opvattingen pas in de loop van de jaren zestig ingang vinden.

Ook bij zijn praktische hulpverlening ondervond de Bond problemen. Slechts een klein aantal artsen en vroedvrouwen waren bereid hun medewerking te verlenen aan geboorteregeling.

Op politiek niveau werd de Bond in zijn activiteiten belemmerd door de zedelijkheidswetten van Regout, genoemd naar de katholieke minister van Justitie, uit 1911. In deze wetten werd onder meer de propaganda, het ten toon spreiden en verspreiding van voorbehoedsmiddelen verboden. De wet beoogde alles wat de zedelijkheid zou kunnen schaden uit het openbare leven te verbannen. Bij de bepaling wat zedelijk en onzedelijk was op het terrein van de voortplanting beriep men zich op kerkelijke richtlijnen. Seksualiteit en voortplanting werden als een onverbreekelijke eenheid gezien. De natuurlijke bestemming van de vrouw lag in het moederschap. Ingrepen in de voortplanting werden gezien als tegennatuurlijk, als vergrijpen tegen de goddelijke natuurlijke orde en als immorele en zondige handelingen. Voorbehoedsmiddelen golden als ongezond, als middelen die leidden tot zedelijk verval, de zelfdiscipline verzwakten, het huwelijk ontwrichtten en abortus in de hand werkten.

Na de oorlog groeit de opvolger van de NMB, de NVSH snel: in 1946 telt men ruim 17.000 leden, in 1955 verwelkomt men het honderd-duizendste lid en halverwege de zestiger jaren bereikt de vereniging haar hoogtepunt met ruim 200.000 leden. Tot aan de zestiger jaren moeten de standpunten van de NVSH het afleggen tegen die van de kerken. Tot die tijd weten de kerken een sterke stempel te drukken op het dagelijks leven van hun leden en daarmee op opvattingen en praktijken rond de voortplanting. Met name de katholieke kerk waartoe in 1960 ruim 40% van de bevolking behoort, verzet zich onvoorwaardelijk tegen het gebruik van anticonceptiemiddelen. Periodieke onthouding is de enige vorm van geboorteregeling die katholieken toegestaan was. In protestantse kring gaat men wat eerder overstag. *Het Herderlijk schrijven van de Generale Synode van de Nederlandse Hervormde Kerk betreffende het huwelijk* uit 1952 betekende een doorbraak. Het schrijven keert zich tegen de katholieke huwelijksopvattingen en vat seksualiteit op als een uiting van echtelijke liefde. Geboorteregeling, mits zorgvuldig toegepast, is geoorloofd en zou van verantwoordelijkheidsbesef getuigen.

Artsen hebben zich over het algemeen aan de zijde van de tegenstanders geschaard. Als tegenstander van geboorteregeling rekent de Nederlandse arts tot aan de jaren zestig voorlichting en advies op dit

terrein niet tot zijn arbeidsterrein. In de medische opleiding is geen plaats ingeruimd voor onderwijs op dit gebied.

Het RK Artsenblad verkondigt zeer dogmatische standpunten en werpt zich op als de verdediger van het grote gezin en bestrijder van geboorteregeling. Het grote gezin moest gezien worden als 'het normale gezin'. Het beroep op het eigen geweten en het aanpassen van het kindertal aan individuele omstandigheden achtte de katholieke arts onhaalbaar en gevaarlijk.

Weerstand tegen geboorteregeling waren niet voorbehouden aan de katholieke arts. Illustratief is de rel die ontstaat rond twee artikelen in het *Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde* in 1949, waarin een aantal voorbehoedsmiddelen besproken wordt, de aandacht gevestigd wordt op het bestaan van de NVSH en gepleit voor aandacht voor geboorteregeling in de opleiding (Wijnberg, 1949; Scheltema-Joustra 1949). Besturen van medische verenigingen en ruim 180 abonnees melden aan de redactie van het tijdschrift dat zij in hun gevoelens gekwetst zijn. De redactie spreekt haar 'leedwezen' uit, belooft in de toekomst meer zorgvuldigheid te betrachten en plaatst pas in 1964 weer een artikel over anticonceptie.

Met hun behoudende opvattingen liepen artsen duidelijk achter op de zich ontwikkelende dagelijkse praktijk: vrouwen gaan in de loop van de eeuw steeds meer gebruik maken van geboorteregeling en krijgen steeds minder kinderen.

Introductie pil

Begin jaren zestig is er reeds in brede kring overeenstemming ontstaan over het uitgangspunt dat ouders zelf hun kindertal moeten kunnen bepalen. Het gaat om een beperking van het aantal kinderen binnen het huwelijk: het krijgen van kinderen blijft voor een gehuwde vrouw vanzelfsprekend. Het was een opvatting waarin zelfs een groot deel van de katholieke artsen zich kon vinden.

In 1957 brengt Organon de pil op de markt. De industrie biedt de pil dan nog niet aan als voorbehoedmiddel maar als medicament om bijvoorbeeld onregelmatige cycli te reguleren. De NVSH neemt in 1962 het initiatief tot een experiment met de pil onder leiding van de gynaecoloog Swaab. Na een oproep in het tijdschrift van de vereniging, *Verstandig ouderschap* melden zich 5000 vrijwilligers. De bureaus van drie grote steden doen een jaar lang een proef met 500 vrijwilligers. Vanaf 1963 is de pil voor elke vrouw beschikbaar. Het pilgebruik neemt snel toe. In 1968 heeft al ruim een op de vijf volwassen vrouwen wel eens de pil gebruikt (Attwood Statistics, 1968). Weer zes jaar later heeft 75% van de seksueel actieve vrouwen de pil ooit gebruikt en gebruikt 53% hem nog steeds (Cyrus-Gooswit et al 1976).

Met het beschikbaar komen van de pil verandert de taakopvatting van de arts. In tegenstelling tot de verkoop van mechanische middelen als pessarium of ring zijn het uitschrijven van een pilrecept, het doen van controles en de beoordeling van de schadelijkheid of betrouwbaarheid van de pil handelingen die bij uitstek gerekend kunnen worden tot de expertise van de arts. Eind jaren zestig rekent vrijwel elke arts het voorschrijven van de pil tot zijn takenpakket hoewel de burgerlijke staat van de patiënt nog wel een rol blijft spelen. Aan gehuwde vrouwen wordt de pil zonder restricties verstrekt. Van de huisartsen blijkt 84% bereid anticonceptionele adviezen te verstrekken aan ongehuwde vrouwen, verloofde meisjes en ongehuwde moeders en 49% van de artsen aan meisjes van 15-17 jaar. De meeste consulten gaan om het voorschrijven van de pil (Bangma 1971). Vanaf 1971 zit de pil in het ziekenfondspakket.

Ontvoogding

De introductie van de pil vindt plaats in de jaren zestig, het decennium waarin zich in de Nederlandse samenleving de ontzuiling voltrekt. Met de ontzuiling komt er een einde aan de bevoogdende rol van de geestelijkheid op het terrein van de voortplanting. De traditionele huwelijksmoraal die in hoge mate berustte op kerkelijke voorschriften verdwijnt. Onderzoek aan het einde van de jaren zestig laat zien dat er tussen het gelovige en niet gelovige volksdeel weinig verschil van opvatting over geboorteregeling bestaat (Attwoods Statistics 1968, opinieonderzoek KRO 1968, Deveer 1969). De katholieke kerk heeft juist in die periode nog een encycliek laten verschijnen waarin zij vasthoudt aan haar 'onveranderlijke leer', waarin alle vormen van anticonceptie afgewezen worden.

Anders dan de geestelijkheid heeft de arts, die zich naast de geestelijkheid tot in de jaren zestig stevig profileerde als tegenstander van geboorteregeling, zich weten te handhaven. Nog in 1962 was het experiment met de pil een initiatief van de meer actiegerichte NVSH en niet van een van de meer traditionele artsenorganisaties. Met de komst van de pil is de arts de geboorteregeling tot zijn reguliere taak gaan rekenen. Maar niet langer beschouwt hij het als zijn taak bij de voortplanting op te treden als moreel leidsman van gezinnen. Zijn functie wordt die van de deskundige die patiënten op eigen initiatief kunnen consulteren over de medische aspecten van geboorteregeling.

De overheid heeft aan dit veranderingsproces niet actief bijgedragen. Zo blijven de zedelijkheidswetten van Regout tot 1969 onveranderd gehandhaafd. Pas in dat jaar wordt het verbod op de propaganda en verspreiding van anticonceptie opgeheven. In de jaren zeventig kunnen de eerste condoomapparaten legaal in publieke ruimtes verschijnen.

In de jaren van ontzuiling, ontvoogding en introductie van de pil wordt een nieuwe visie op seksualiteit en voortplanting zichtbaar. Seksualiteit verliest zijn taboekarakter, in de media wordt veel en openhartig over seksualiteit gepraat. De pil maakt het mogelijk de 'natuurlijke' eenheid tussen seksualiteit, voortplanting en huwelijk ter discussie te stellen. Seks zonder huwelijk, seks zonder voortplanting en later ook voortplanting zonder seks gaan tot de mogelijkheden behoren. Kinderen krijgen is niet langer iets wat je overkomt, maar wat je kiest, plant en controleert. De pil maakt vrouwen vertrouwd met een aantal kenmerkende aspecten van de voortplantingstechnologie zoals controle en planning van zwangerschappen en loskoppeling van seksualiteit en voortplanting.

2.2 Afbreken van zwangerschappen

Als de kwestie van de anticonceptie geregeld is, kan halverwege de jaren zestig de discussie over de abortus, 'het grotere kwaad', van de grond komen (Ketting 1978). Dit abortusdebat kent een lange voor-geschiedenis.

Abortusdebat tot aan de Tweede Wereldoorlog

Tot aan de opkomst van de industriële samenleving rond 1880 hielden geboortecijfers en hoge sterftcijfers elkaar in evenwicht en was geboortebeperking overbodig. In deze situatie was abortus een verschijnsel dat nauwelijks aandacht trok, geen noemenswaardige repressie uitlokte en waaromtrent in het algemeen milde opvattingen leefden. Het aantal veroordelingen schommelde rond 1 à 2 per jaar (De Bruijn, 1979).

De daling van de zuigelingensterfte die in 1880 inzet, brengt hierin verandering. De behoefte aan geboortebeperking die ontstaat brengt twee nieuwe verschijnselen met zich mee: de criminele abortus (dwz een abortus zonder medische indicatie) en het toenemend gebruik van voorbehoedsmiddelen (De Bruijn, 1979). In 1911 resulteert de discussie die naar aanleiding van deze nieuwe fenomenen ontstaat in de hiervoor al genoemde zedelijkheidswetten van Regout. Deze wetten ter bestrijding van de zedeloosheid bevatten onder andere artikelen tegen de criminele abortus, ze verboden het openlijk tentoonstellen en aanbieden van middelen tot voorkoming of verstoring van de zwangerschap en ze regelden zaken als pornografie en prostitutie. Met deze wet werd abortus, tot dan toe een misdrijf tegen het leven, tevens aangemerkt als een schending van de zedelijkheid.

De wens van artsen om in de nieuwe wet expliciet de strafbaarheid van de arts uit te sluiten als hij bij een abortus volgens de geldende beroepscode handelde, werd niet gehonoreerd. Regout vreesde dat

opname van een nadrukkelijke strafuitsluiting artsen in de verleiding zou brengen de medische indicaties op te rekken. Het niet opnemen van een medische exceptie betekende een voortdurende onzekerheid voor de arts en een rem op zijn toch al niet grote bereidheid om aan een abortus mee te werken.

De wet was een succes van de christelijke partijen die in deze wet hun eigen opvattingen vastgelegd zagen. In de praktijk lijkt de wet echter weinig effectief geweest te zijn. Met de wet hoopte men de criminele abortus en de beroepsaborteurs beter te kunnen bestrijden, maar de omvang van het verschijnsel neemt niet af en de clandestiene abortus floreert (Outshoorn, 1986).

Tot aan de tweede wereldoorlog vormen deskundigen die in meer of mindere mate legalisering van abortus voorstaan, een duidelijke minderheid en zijn te vinden bij de NMB, liberalen en in socialistische kring (Outshoorn, 1986).

Heropening abortusdebat

De eerste decennia na de Tweede Wereldoorlog blijft abortus provocatus in brede kring afgewezen worden en vormt abortus geen onderwerp van discussie. Dit betekent niet dat er geen abortussen gepleegd worden. Ketting (1978) komt voor de jaren 1950–1965 tot een schatting van 10.000 tot 15.000 gevallen per jaar. Abortus is legaal alleen beschikbaar voor een zeer kleine groep waarbij er sprake is van een medische of psychiatrische indicatie. De beoordeling van een abortusverzoek en het al dan niet soepel hanteren van deze indicatie is voorbehouden aan artsen, van wie er maar weinigen bereid zijn een abortus uit te voeren.

Maar in het tolerante seksuele klimaat van de jaren zestig ontstaat er, na de succesvolle introductie van de pil, opnieuw aandacht voor abortus. Dit gebeurt het eerst in medische kring. Kloosterman, hoogleraar gynaecologie en hoofd van de afdeling verloskunde van het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam speelt daarbij een voortrekkersrol. Hij is overtuigd geraakt van de ernst van het abortusvraagstuk en maakt het mogelijk dat in het Wilhelmina Gasthuis wetenschappelijk onderzoek naar abortus getolereerd wordt (Ketting 1978). Over dit onderzoek verschijnen vanaf 1965 een drietal boeken waarin artsen verschillende standpunten verdedigen: verzet tegen legalisering van abortus (Treffers 1965), legalisering van abortus op sociale indicatie (De Winter 1966) en legalisering van abortus op verzoek van de vrouw (Chabot, 1968).

In 1966 mengt Enschedé, jurist en hoogleraar strafrecht, zich in het debat van de artsen, daartoe aangezet door Kloosterman. In zijn artikel *Abortus op medische indicatie en strafrecht* stelt hij dat een abor-

tus op medische indicatie niet strafbaar is volgens het in Nederland geldend recht. Artsen dienen zelf uit te maken wanneer er sprake is van een medische indicatie. Deze stellingname wordt op dat moment vrij algemeen onderschreven in juridische kringen en door de minister van Justitie. Hiermee wordt voor artsen de juridische onzekerheid weggenomen en wordt duidelijk dat de wet soepeler toegepast kan worden dan altijd was aangenomen.

Nadat artsen en juristen het debat in eigen kring op gang gebracht hebben, wordt het vraagstuk van de abortus onder de aandacht van het grotere publiek gebracht door een uitzending van de VARA in mei 1967, waarin Kloosterman en de seksuoloog Emde Boas als deskundigen optraden en vragen over indicaties beantwoordden. Vrijwel direct komt er een stroom abortusverzoeken op gang. Een aantal ziekenhuizen reageert met de onmiddellijke oprichting van abortusteams. Aanvankelijk functioneren deze teams volgens het 'nee, tenzij' principe. Dit principe houdt in dat men een onderscheid probeert te maken tussen abortusverzoeken die wel en niet deugen. In de praktijk blijkt dit veel moeizamer te verlopen dan men aannam bij de oprichting van de teams. Veel vrouwen blijken zich niet neer te leggen bij een afwijzing en laten zich elders aborteren. En bovendien wordt al snel duidelijk dat de indicaties zich in de praktijk steeds verder uitbreiden ten gunste van vrouwen. Al in het begin van de jaren zeventig melden de teams dat zij besloten hebben hun beleid te wijzigen in een 'ja, tenzij' beleid. Dit betekent dat in de hulpverlening voortaan de wens van de vrouw het uitgangspunt vormt en de zeggenschap over de ingreep verschuift van arts naar vrouw. Tegelijkertijd ontstaat een netwerk van samenwerkende poliklinieken die de abortusteams uit de ziekenhuizen, die kwantitatief tekortschoten, gaat vervangen. Het resultaat van deze ontwikkelingen is dat in 1972-1973 de situatie is bereikt dat abortus op verzoek van de vrouw voor bijna alle vrouwen in Nederland bereikbaar is (Outshoorn 1986).

Ook het bredere publiek raakt in deze periode bij de abortusproblematiek betrokken. Een belangrijke rol hierbij speelde Stimezo (Stichting voor Medisch Verantwoorde Zwangerschapsonderbreking) opgericht in 1969 met als doel de hulpverleningsmogelijkheden uit te breiden en het taboe rond abortus in de medische wereld en de samenleving als geheel te doorbreken. Samen met vrouwengroepen die in dezelfde periode ontstaan en sterk bij de problematiek betrokken raken, maakt Stimezo abortus tot onderwerp van het publieke debat. Uit opinie-onderzoek blijkt er aan het begin van de jaren zeventig sprake van een scherpe daling in het aantal mensen dat abortus onder alle omstandigheden ontoelaatbaar vindt: in 1968 ging nog het om 38% van de ondervraagden, in 1971 resteert nog 11% (Glasbergen & Zandanel, 1976).

Legalisering abortus

De feitelijke abortusvrijheid betekende dat de bestaande wet, waarin abortus als een (zedes)misdrijf werd opgevat, niet aansloot bij de ontstane praktijk. Er ontstaat druk op de politiek om de wetgeving aan te passen aan de veranderende abortuspraktijk. De NVSH formuleert als eerste al in 1967 expliciet de politieke eis tot legalisering van abortus. Mary Zeldenrust, voorzitter van de NVSH, stelt dat abortus provocatus een ingreep is waarover de vrouwen zelf een beslissing moeten kunnen nemen. Diverse vrouwengroepen waaronder MVM (Man-Vrouw-Maatschappij) en het vrouwencontact in de PvdA, komen eind jaren zestig tot gelijklopende standpuntpunten.

In de eerste helft van de jaren zeventig vormt zich een front tussen voor- en tegenstanders. Dolle Mina manifesteert zich in maart 1970 tijdens een vergadering van vrouwenartsen met de bekende slogan: 'Baas in eigen buik'. In 1974 ontstaat Wij Vrouwen Eisen, een coalitie van diverse vrouwengroepen en organisaties. Aanleiding is onder andere de zogenaamde eerste Bloemenhove-affaire die ontstaat als de Haarlemse officier van Justitie, met toestemming van de minister van Justitie Van Agt, de Bloemenhove Kliniek probeert te sluiten omdat er tweedetrimester abortussen uitgevoerd worden. Bij haar oprichting formuleert Wij Vrouwen Eisen drie actiepunten: abortus uit het wetboek van strafrecht, abortus in het ziekenfondspakket en de vrouw beslist.

Tegelijkertijd met het ontstaan van Wij Vrouwen Eisen verenigen zich de anti-abortusgroepen in het Comité Redt het Ongeboren Kind. Zoals de naam al aangeeft, komen deze groepen op voor de rechten en belangen van het ongeboren kind. In hun visie gaat het bij abortus niet om het leven van de vrouw, maar om het leven van een ander, het kind. En dit leven, dat begint bij de conceptie, heeft recht op absolute bescherming.

In het abortusdebat van de jaren zeventig hebben voor- en tegenstanders van legalisering van abortus uiteenlopende thema's aan de orde gesteld zoals de status van het ongeboren leven, de termijnen waarbinnen abortus geoorloofd is, de indicaties, de commercialisering van de hulpverlening, de ziekenfondseis, de eventuele gewetensbezwaren van de arts en de behandeling van buitenlandse vrouwen. Vrouwengroepen uit de jaren zeventig zijn er echter in geslaagd binnen het geheel van de abortusproblematiek één onderwerp centraal te stellen, namelijk de vraag wie beslist. Met inmiddels overbekende leuzen als 'Baas in eigen buik' en 'De vrouw beslist' zijn zij de legalisering van abortus onder de publieke aandacht blijven brengen. In 1975 kan een kleine meerderheid van de Nederlandse bevolking (52%) zich vinden in het standpunt dat de vrouw 'Baas in eigen buik' dient te zijn (Veenhoven & Hentenaar 1975).

De abortuswetgeving laat lang op zich wachten. Het eerste initiatief wetsonderwerp van Lamberts en Roethof dateert al uit 1970. Het zal tot 1981 duren voordat er in Nederland een nieuwe abortuswet wordt aangenomen. Vervolgens duurt het nog tot 1985 tot de wet in werking treedt.

De wet die uiteindelijk tot stand komt is een compromis dat protesten oproept bij zowel voor- als tegenstanders. Als indicatie wordt in de wet een noodsituatie gehanteerd. Er is dus zeker geen sprake van een volledig geliberaliseerde situatie waarin de vrouw in vrijheid beslist. Of er gesproken kan worden van een noodsituatie wordt overgelaten aan de beoordeling van vrouw en arts. Waar de beslissingsmacht precies ligt, is in de wet in het midden gelaten. Vrouwen krijgen vijf dagen de tijd om zich te bezinnen op hun abortusbesluit en alternatieven te overwegen. Abortus wordt mogelijk tot 24 weken. Voor vrouwen die een abortus willen, bestaat er geen financiële drempel. Het in werking treden van de wet is niet van invloed geweest op de dan al breed bestaande liberale abortuspraktijk (Outshoorn 1986).

Vrijheid van reproductie

De introductie van de pil en het op gang komen van het abortusdebat vonden beide plaats in de jaren zestig. Desondanks zijn er belangrijke verschillen te constateren in de discussies zoals die zich rond beide vraagstukken ontwikkelden. Anders dan bij het vraagstuk van de geboorteregeling nemen aan het abortusdebat niet langer uitsluitend deskundigen deel. Met name vrouwengroepen, uiteenlopend van Plattelandsvrouwen, huisvrouwenverenigingen tot Dolle Mina, hebben als direct belanghebbenden hun standpunten over abortus naar voren gebracht.

Bij beide vraagstukken ging het om vrijheid van reproductie. In het debat over de geboorteregeling werd het recht op zelfbeschikking nog duidelijk ingeperkt door een traditionele huwelijksmoraal. Het betrof het recht van gehuwden zelf het tijdstip en het aantal kinderen te mogen bepalen.

In het debat over abortus krijgt het recht op zelfbeschikking een radicalere invulling. Nieuw zijn termen als autonomie, individuele keuzevrijheid, recht op abortus en vrijheid van reproductie. Vrouwen eisen zonder bemoeienis van buitenaf te mogen beslissen over het al dan niet nemen van kinderen. Van de overheid wordt geëist dat zij abortus legaliseert en financiert om de reproductieve vrijheid te garanderen.

In de jaren tachtig en negentig zal het recht op reproductieve vrijheid ingezet worden met een nieuw doel, namelijk het recht om zich kunstmatig voort te planten. Onvruchtbare vrouwen, lesbische paren en alleenstaande vrouwen eisen dan als direct belanghebbenden IVF-

behandelingen. Om hun eisen kracht bij te zetten, zullen zij gretig gebruik maken van de terminologie die wij in de zeventiger jaren hebben zien opkomen in het abortusdebat.

2.3 Wel kinderen, geen huwelijk; wel kinderen, geen man.

Het leven van vrouwen die in de jaren zestig moeder worden, verloopt volgens het traditionele scenario van trouwen, kinderen krijgen en de opvoeding van kinderen als dagtaak. Tegen echtparen zonder kinderen of ongehuwde vrouwen met kinderen wordt vreemd aangekeken. Het huwelijk is populair: in 1970 trouwt 95% van de vrouwen (CBS 1999). In die huwelijken krijgen vrouwen wel minder kinderen en op latere leeftijd. Zo daalt het gemiddelde aantal kinderen dat vrouwen krijgen tussen 1965 en 1975 van 3.0 tot 1.6 (CBS, 1999). Vanaf 1970 begint de leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen te stijgen.

Het aantal kinderen dat buiten een huwelijk geboren wordt, is gering. Tussen 1940 en het midden van de jaren zeventig komt dit aantal niet boven de 2%. (CBS 1999) Het percentage kinderen dat buiten het huwelijk verwekt wordt, ligt aanzienlijk hoger; in de jaren zestig gaat het om zo'n 20% van het totale aantal kinderen. Een buitenechtelijke zwangerschap wordt in de jaren zestig nog steeds gezien als een gebeurtenis die een smet werpt op de betrokkenen zelf en hun familie (Ketting, 1978). In de meeste gevallen probeert men deze maatschappelijke misstap onzichtbaar te maken door alsnog te huwen. Voor de zwangere vrouw die niet alsnog huwt, is het afstand doen van het kind een mogelijke 'oplossing'. Afstand doen van een kind is in Nederland nooit op grote schaal gangbaar geweest. Tot aan het einde van de jaren zestig wordt ongeveer 20% van de buitenechtelijke kinderen ter adoptie afgestaan. Vanaf 1970 begint het aantal snel te dalen: in 1970 gaat het nog om 14% (604 kinderen) en in 1976 om 3,4% (145 kinderen) (Staatscommissie Bevolkingsvraagstuk 1974).

Eind jaren zestig, begin jaren zeventig begint het denken over de relatie huwelijk en moederschap minder strikt te worden. Het aantal huwelijken daalt vanaf 1972 en het percentage buitenechtelijke zwangerschappen stijgt tussen 1975 en 1998 van 2% naar ruim 20%. Deze buitenechtelijke zwangerschappen zijn veelal gepland en gewenst. Hoewel niet gehuwd, wonen de zwangere vrouwen veelal wel samen met de man die het kind verwekt heeft. Zolang kinderen maar geboren worden binnen een heteroseksuele relatie blijkt de meerderheid van de Nederlandse bevolking (70%) dit type moederschap te tolereren. Het welbewust kiezen voor een kind zonder band met een man is slechts voor 8% van de bevolking acceptabel (Milikowski 1969).

De bewust ongehuwde moeder weet dan ook eind jaren zeventig kort maar hevig de publieke aandacht te trekken. In verschillende dagbladen verschijnt in 1977 een advertentie waarin een vrouw contact zoekt met andere vrouwen die net als zij vanuit een bewuste keuze ongehuwd zwanger willen zijn. Op de bijeenkomst die georganiseerd wordt naar aanleiding van deze oproep wordt de BOM (Bewust Ongehuwde Moedergroep) opgericht. In een boekje *Bewust Ongehuwd Moeder* dat in 1979 verschijnt met subsidie van DCE (Directie Coördinatie Emancipatiebeleid) licht de BOM toe dat het gaat om vrouwen die kiezen voor een kind en die ervan uitgaan dat het kind niet noodzakelijkerwijs opgroeit met de biologische vader van het kind.

Het boekje krijgt veel publiciteit in de landelijk pers: een bewust ongehuwde moeder wordt gezien als een vrouw die bewust zonder bemoeienis van een man een kind wil opvoeden (Holtrust 1993). De belangstelling neemt echter weer snel af en ook bij de groepen zelf bestaat niet veel behoefte om naar buiten te treden. Het in de publiciteit treden van deze groepen zou het ergste taboe op ongehuwd moederschap weggenomen hebben. Betwijfeld wordt of de BOM veel invloed heeft gehad op de toename van het aantal bewust ongehuwde moeders (Holtrust & De Hondt 1987).

Uit onderzoek blijkt het merendeel van de BOM-moeders op een of andere manier invulling te geven aan het vaderschap. De meeste kinderen hebben regelmatig of dagelijks contact met hun biologische vader. De vrouwen zijn echter over het algemeen financieel onafhankelijk van de verwekkers van hun kinderen, een minderheid (30%) van de biologische vaders betaalt mee aan de opvoeding. (Holtrust & De Hondt, 1987)

In dezelfde periode dat de BOM de aandacht trekt is er een kleine groep vrouwen die welbewust kiest voor kinderen zonder daarbij een mannelijke partner te betrekken. Een aantal lesbische en alleenstaande vrouwen probeert via kunstmatige inseminatie kinderen te krijgen. In vijftien jaar (1975 tot 1989) worden naar schatting in totaal ruim 700 lesbische paren en een gelijk aantal alleenstaanden kunstmatig geïnsemineerd. (Van Dijke & Terpstra 1991)

Zwangerschap en huwelijk anno 2000

De naam gaf aan waartegen de BOM zich wilde afzetten: namelijk het huwelijk als de samenlevingsvorm waarbinnen kinderen geboren dienen te worden. Twintig jaar later duikt een variant van de naam op. Gesproken wordt nu over BAM-vrouwen, Bewust Alleenstaande Moeders. (Elle, juli 2000) Deze verschuiving maakt duidelijk dat het verzet niet zozeer meer gericht is tegen het huwelijk maar opkomt voor vrouwen die in hun eentje een kind willen krijgen en opvoeden.

Van een eventuele neergang van het huwelijk lijkt op dit moment geen sprake. Inderdaad is samenwonen in Nederland een geaccepteerd alternatief geworden voor het huwelijk. Nog maar 9% van de bevolking vindt het in 1998 een slechte zaak dat ongehuwden steeds meer gaan samenwonen. (Liefbroer 1998) Recente gegevens laten echter zien dat huwelijk en voortplanting nog steeds in sterke mate bij elkaar horen. (CBS 1999) Van de kinderen wordt 80% binnen een huwelijk geboren. Voor samenwonenden vormt een zwangerschap vaak de aanleiding om alsnog te gaan trouwen. Liefst 25% van de vrouwen die voor het eerst trouwt, is zwanger. En tenslotte: maar weinig huwelijken blijven kinderloos. Voor de generatie vrouwen die geboren is tussen 1955 en 1965 ligt dit op minder dan 10%. (CBS 1999) Kortom, het huwelijk lijkt zich als instituut om kinderen te krijgen en op te voeden aardig te handhaven.

Ongehuwde moeders zijn zeker niet zeldzaam, 20% van de kinderen wordt immers buiten het huwelijk geboren. De groep vrouwen die kinderen krijgt buiten een huwelijk, bestaat voornamelijk uit vrouwen die samenwonen met de mannelijke partner die het kind verwekt heeft. Ongeveer de helft van deze kinderen wordt door de biologische vader erkend (Holtrust 1993). Drie op de tien ongehuwde moeders zullen vroeger of later alsnog trouwen. De groep alleenstaande en lesbische moeders is nog steeds klein.

Deze stand van zaken sluit goed aan bij de opvattingen die onder de Nederlandse bevolking leven: 96% vindt een huwelijk de beste samenlevingsvorm voor een kind. Op weinig bezwaren stuit ook de opvoeding door de eigen biologische ouders die ongehuwd samenwonen (83% positief). De opvoeding door alleenstaanden of homoseksuele paren wordt negatiever gewaardeerd. Twee op de vijf mensen denkt dat de opvoeding in een eenoudergezin (heel) slecht is, en bijna de helft denkt hetzelfde over de opvoeding bij homoseksuele paren (Liefbroer, 1998). Gezien deze opvattingen is het niet zo verwonderlijk dat het gebruik van IVF door alleenstaande moeders en lesbische paren de meeste vragen oproept.

2.4 Kunstmatige voortplanting

In het debat over de voortplanting staat tot aan de jaren tachtig het vraagstuk van de ongewenste zwangerschap centraal. Natuurlijk vormde ook het uitblijven van gewenste zwangerschappen een probleem. Zeker in een periode dat moederschap werd gezien als natuurlijke bestemming van vrouwen, betekende onvruchtbaarheid een persoonlijk drama. Publiek bleef dit vraagstuk onbesproken. De beschikbare medische interventies om onvruchtbaarheid te verhelpen waren beperkt. En voor zover aanwezig, riepen behandelingen als het toedienen van hormonen of operaties aan eileiders, baarmoeder of bij

zakaderbreuk (varicocele-operatie) geen discussie op. Een uitzondering hierop vormt de kunstmatige inseminatie (KI) die in Nederland waarschijnlijk voor de eerste keer in 1948 is toegepast (Holtrust 1993). In het debat dat zich in de loop van de jaren vijftig rond deze techniek ontwikkelt, hebben de diverse toepassingsmogelijkheden van kunstmatige inseminatie een grote rol gespeeld. Artsen, juristen, politici en geestelijkheid, lieten in hun beoordeling meewegen of er zaad gebruikt was van echtgenoot of donor en of er sprake was van een gehuwde dan wel ongehuwde vrouw.

Artsen, kerken en overheid over KI

Tot aan het einde van de jaren vijftig is KI geen onderwerp van publiek debat. Voortplanting en seksualiteit zijn in die periode vraagstukken met een taboekarakter waarover vooral artsen in vaktijdschriften schrijven. Aanleiding hiervoor zijn artikelen over dit onderwerp van collega's in het buitenland. De Nederlandse arts stelt zich in het algemeen afwijzend op tegen kunstmatige inseminatie met behulp van donorzaad (KID). Termen als fokstalpraktijk en laboratoriumrechtbreuk geven aan hoe de arts denkt over deze medische optie. In 1959 is er door de voorzitter van de Gezondheidsraad onder 234 gynaecologen een enquête gehouden over KI (Gezondheidsraad 1960). Van de 214 gynaecologen die de enquête invulden blijkt 40% kunstmatige inseminatie met zaad van de echtgenoot toe te passen. Het gebruik van donorzaad blijkt veel meer omstreden. Van de gynaecologen is 94% tegen KID, vijf gynaecologen (2,3%) geven aan zelf KID uit te voeren bij gehuwde vrouwen. Geen enkele gynaecoloog past KID toe bij ongehuwde vrouwen. Voor- en tegenstanders zijn het er over eens dat KID bij ongehuwde vrouwen nooit toegepast mag worden.

Eind vijftiger jaren bepaalden ook de kerken hun standpunt: alle kerken hebben zich uitgesproken tegen het insemineren met zaad van een donor. De katholieke kerk is de enige die zich ook uitspreekt tegen inseminatie met het zaad van de echtgenoot met als argument dat het zaad via masturbatie verkregen moest worden.

Ook de overheid begint zich eind jaren vijftig schoorvoetend met het onderwerp bezig te houden. Dit gebeurt in het kader van de invoering van het nieuw Burgerlijk Wetboek. De regering heeft in 1947 opdracht gegeven een nieuw Burgerlijk Wetboek te ontwerpen. Een deel daarvan is in 1954 klaar, waaronder boek I waarin het personen- en familerecht wordt geregeld. Aan KI wordt in dit boek geen aandacht besteed. De Raad van State adviseert in 1954 over dit vraagstuk duidelijkheid te verschaffen in het nieuw Burgerlijk Wetboek. De raad onderbouwt haar advies met de opmerking dat bij KI de plaats van het huwelijk in een christelijke samenleving in het geding is. Verder wijst zij erop dat zwijgen door de wetgever ertoe zouden kunnen leiden dat er zich bepaalde ontwikkelingen gaan voordoen die in de toekomst nog maar

moeilijk om te buigen zijn (Holtrust 1993). Kennelijk verwachtte de Raad dat bij niet ingrijpen door de overheid het gebruik van KI zou toenemen en de stijging niet meer terug te draaien zou zijn.

De minister voelde in eerste instantie niets voor het opvolgen van dit advies. Op verzoek van de kamer benoemt hij een commissie van de Gezondheidsraad, samengesteld uit voornamelijk artsen. Deze commissie werd verzocht het probleem vanuit zuiver medische zijde te onderzoeken. Nadat hun rapport in 1960 verschenen is, benoemen de ministers van Justitie en Sociale Zaken en Gezondheid opnieuw een commissie, de commissie Verveen, voornamelijk bestaande uit juristen. Deze commissie wordt opgedragen de wenselijkheid van wettelijke maatsregelen te bestuderen. Het rapport van de commissie Verveen verschijnt in 1965 (*Kunstmatige inseminatie bij de mens*, 1965).

Overheidscommissies aan het werk

Kunstmatige inseminatie met behulp van het zaad van de echtgenoot (KIE) wordt door de meerderheid van beide commissies niet afgewezen. Voor beide commissies gaat om de vraag of gehuwde vrouwen via KID zwanger mogen worden. KID bij ongehuwde vrouwen is ondenkbaar en wordt zonder meer afgewezen. Maar ook KID binnen een huwelijk achten zij verwerpelijk. Beide commissies gaan in hun adviezen niet zover dat zij KID straf- of tuchtrechtelijk wil verbieden. De commissie van de Gezondheidsraad wil collega artsen die KID toepassen niet straf- of tuchtrechtelijk aanpakken. De commissie Verveen voert bij haar afwijzing argumenten van praktisch juridische aard op. Men wenst niet al te snel op te treden tegen afkeurenswaardige handelingen als die zich voordoen in de sfeer van de persoonlijke en intieme betrekkingen. Een wettelijk verbod van KID zou een kind meer schade dan voordeel brengen. En er valt geen 'preventieve en zedevormende werking' van een strafrechtelijk verbod te verwachten. (p.17-19)

De commissie van de Gezondheidsraad moet concluderen dat er medisch gezien geen bezwaren bestaan tegen KID. Wel vraagt zij zich af of het bij KID om een medische behandeling gaat die tot doel heeft een ziekte of kwaal op te heffen. In werkelijkheid gaat het immers om het opheffen van de bezwaren van een gebrek dat niet in de behandelde vrouw maar in haar man ligt.

De commissie heeft haar taak breed opgevat en zich niet willen beperken tot de medische aspecten omdat, zoals de artsen stellen, bij KI het thema van de huwelijksmoraal wordt aangesneden. De commissie overweegt dat het uitblijven van het moederschap voor gehuwde vrouwen zeker een essentieel gemis betekent, maar meent dat de nadelen van KID sterker dienen te wegen. Als belangrijk ethische

bezwaar voert zij aan dat het verwekken van kinderen wordt geïsoleerd van de normale cohabitatie.

De commissie Verveen komt tot een gelijksoortige standpunt: KID zou de eenheid van het huwelijk als levensgemeenschap aantasten. Sterk verzet bestaat er vooral tegen KID bij ongehuwde vrouwen. De commissie Verveen ziet KID in dit geval als een ondermijning van het huwelijk en als het laten prevaleren van egoïstische motieven ten nadele van het kind dat immers een vader onthouden wordt (Holtrust 1993).

Niet alleen de commissie Verveen brengt de belangen van het kind ter sprake, dit gebeurt in beide rapporten. Beide commissies gaan in op nadelen van de anonimiteit: de drukkende last van de geheimhouding, de valse positie van het kind tegenover de ouders en de dreiging van een psychisch trauma als het geheim onbedoeld uitlekt. Hoewel men oog heeft voor deze nadelen oordeelt men tegelijkertijd dat donorinseminatie zonder geheimhouding niet mogelijk is. Men is het absoluut eens dat een kind niet verteld kan worden wie de donor is.

Naast de genoemde psychische spanningen ten gevolge van de geheimhouding, signaleren de commissies nog andere gevaren. Er dreigen schadelijke gevolgen als een kind opgroeit in een gemeenschap waaruit het niet is ontsproten. Men suggereert dat het kind de haat zou kunnen opwekken van zijn wettelijke vader omdat het de man aan zijn onvruchtbaarheid herinnert. Bovendien meent men dat er te veel oog zou zijn voor de vader in psychologische zin en te weinig voor 'de humane betekenis van de ontmoeting met de fysieke vader'. Men vindt met andere woorden dat de sociale vader ook de biologische vader dient te zijn.

Men oordeelt dat de belangen van het kind vooral geschaad dreigen te worden als het ongehuwde vrouwen betreft. De commissie van de Gezondheidsraad stelt dat KID-kinderen van ongehuwde vrouwen opgroeien in abnormale omstandigheden, de vader ontbreekt immers en er is geen waarborg voor een behoorlijke opvoeding.

Verbreiding KI-debat

Het vraagstuk van de kunstmatige voortplanting bereikt het bredere publiek in 1960 als C. Trimbos, katholiek sociaal psychiater, een reeks radiovoordrachten houdt over seksualiteit en relaties. Deze reeks trok vanwege de uitzonderlijke openhartigheid veel aandacht. Alleen al in stencilvorm zijn van deze voordrachten 20.000 exemplaren verkocht. Zijn boek *Gehuwd en ongehuwd* waarin de voordrachten verwerkt zijn, was een bestseller. Een van de onderwerpen die Trimbos behandelt is de onvruchtbaarheid. Als een van de opties bij onvruchtbaarheid bespreekt hij kunstmatige inseminatie. Zijn oordeel is duidelijk: het gaat om een mensonwaardige ingreep, kunstmatig in de slechtste zin

van het woord, bedrog, namaak en schijn. Verwijzend naar buitenlands onderzoek constateert hij dat ook ongehuwde vrouwen gebruik maken van KID. Naar zijn indruk moet dit psychisch gestoorde vrouwen betreffen. Rhetorisch vraagt hij zich af hoe deze gestoorde vrouwen, en dan nog wel alleen en zonder steun van een man, een kunstmatig verwekt kind moeten opvoeden. In de betreffende uitzending houdt hij een pleidooi voor een wettelijk verbod op KID.

Een dergelijk verbod komt er niet. Ondanks alle bezwaren die door de overheidscommissies zijn geformuleerd, stelt de regering voor het juridisch vaderschap uit te breiden naar mannen die toestemming geven voor het kunstmatig insemineren van hun vrouw. Het doet er niet toe of het om KID of KIE gaat. Het uitgangspunt is dat afstamingsrelaties dienen aan te sluiten bij het huwelijk. De overheid kiest hiermee voor het beschermen van het huwelijk als instituut. Heeft de man toestemming gegeven voor kunstmatige inseminatie dan kan hij geen beroep meer doen op het feit dat hij niet de biologische verwekker is en kan hij zijn vaderschap niet ontkennen. Het juridische vaderschap van de gehuwde man bij kunstmatige inseminatie wordt geregeld in 1970 bij de invoeren van het nieuwe personen- en familierecht. Dit wetsartikel is het eerste op het terrein van de kunstmatige voortplanting (Holtrust 1993).

Kunstmatige inseminatie vanaf de jaren tachtig

In 1959 constateerde de Gezondheidsraad dat 94% van de gynaecologen een tegenstander was van KID. Begin jaren tachtig blijkt een groot aantal gynaecologen een andere mening toegedaan: de meerderheid van de gynaecologen (58%) is nu voorstander van KID (Kremer 1982). Het aantal KID behandelingen is in diezelfde periode gestegen. Levie schat in 1971 dat het tot 1967 om slechts enkele tientallen gehuwde vrouwen per jaar gaat. Vanaf 1971 constateert hij een sterke stijging en voor 1971 schat hij het aantal geslaagde donorinseminaties op 150 tot 200 per jaar. In 1986 zou het al gaan om 500 tot 1000 kinderen per jaar (Gezondheidsraad 1986), of wel maximaal een 0,5% van de jaarlijks geboren kinderen. Zoals de cijfers laten zien gaat het om erg grove inschattingen. Nauwkeurigere data ontbreken.

Halverwege de jaren zeventig beginnen ook niet gehuwde vrouwen een beroep te doen op KID. Het aantal alleenstaande vrouwen en lesbische paren die met behulp van KID een kind krijgen is echter zeer klein. Van Dijke en Terpstra (1991) hebben gegevens verzameld bij alle klinieken en instellingen die in de jaren zeventig en tachtig KID bij alleenstaanden en lesbische paren uitvoerden. Zij melden dat voor zover zij dat hebben kunnen nagaan, de eerste inseminaties bij deze groepen in 1977 plaats vonden. Het gaat in dat jaar om zes lesbische paren en twee alleenstaande vrouwen. Deze getallen stijgen langzaam: in 1989 vinden er inseminaties plaats bij 114 lesbische paren

en bij 88 alleenstaanden. Daarnaast vinden in de onderzochte klinieken 893 inseminaties plaats bij heteroparen, gehuwd en ongehuwd. Afgaande op deze cijfers wordt bijna een vijfde deel van de inseminaties uitgevoerd bij lesbische paren en alleenstaanden vrouwen. Dit is een hoger aandeel dan de 10% die de Gezondheidsraad in 1986 veronderstelde.

In de laatste decennia is er in het beleid het een en ander veranderd. Anonimiteit is in de ogen van sociale wetenschappers en politici een steeds groter probleem geworden en dient in de visie van velen van hen opgeheven te worden. De commissie van de Gezondheidsraad en de commissie Verveen vonden anonimiteit in de zeventiger jaren nog absoluut noodzakelijk. Levie, een van de eerste en weinige artsen die vlak na de oorlog in Nederland KID toepasten, schrijft in 1971 dat hij 40% van de aanvragen afwijst. Bij 90% van deze afwijzingen gaat het om echtparen die aan derden hebben verteld dat de man onvruchtbaar is. Openheid acht hij strijdig met de bedoeling van donorinseminatie: het kind moet zich zelf beschouwen en ook door anderen beschouwd worden als het eigen kind van deze man en vrouw. Geen spoor van twijfel mag er bestaan over zijn afkomst (Levie, 1971, p 330). Een mening die gedeeld wordt door Kremer, gynaecoloog in het Utrechts Academisch Ziekenhuis die in 1980 zijn patiënten nog met enige klem adviseerde niemand te vertellen over de onvruchtbaarheid van de man.

In 1993 is een wetvoorstel ingediend bij de Tweede Kamer dat de doelstelling heeft de openheid over afstammingsgegevens te verbeteren. Het wetsvoorstel maakt het mogelijk dat donor-kinderen vanaf 12 jaar gegevens kunnen krijgen over uiterlijke kenmerken zoals opleiding of beroep. Op hun zestiende kan de naam van de donor worden achterhaald als deze ermee instemt. De wet voorziet in een belangenafweging van de zaaddonor en het kind als de donor niet instemt met de vrijgave van zijn identiteit. Als de donor weigert kunnen de afstammingsgegevens alleen verstrekt worden als er voor het kind zeer zwaarwegende belangen spelen. Voor het beheer van de gegevens wordt een stichting in het leven geroepen. Inmiddels is in maart 2000 besloten de waarborg op anonimiteit van nieuwe spermadonoren pas twee jaar na plaatsing van wet in het staatsblad jaar op te heffen. (Outhof 2000)

Onder de dreiging van het opheffen van de anonimiteit van de donoren is inmiddels het aantal donoren de afgelopen tien jaar sterk teruggelopen: van 900 in 1990 naar 300 eind 1999. Van de 21 spermabanken uit 1990 zijn er nog tien over.

2.5 Met het oog op de toekomst

In dit hoofdstuk zijn de ontwikkelingen in kaart gebracht rond een aantal vraagstukken op het terrein van de voortplanting. Voor alle

besproken kwesties geldt dat er een omslag te zien valt eind zestiger jaren, begin zeventiger jaren. De periode valt globaal te kenmerken als de tijd van het afbrokkelen en verdwijnen van het gezag van de kerken (ontzuiling), het ontstaan van een grotere openheid over seksualiteit (seksuele revolutie) en het afwijzen van het bevoogdend optreden van deskundigen (democratisering). De beschreven omslag in het denken over en de praktijk van de voortplanting maakt deel uit van genoemde maatschappelijke en culturele ontwikkelingen.

Een aantal van de gesignaleerde veranderingen zijn van belang bij de introductie van IVF en het daarop volgende IVF-debat. Deze veranderingen kunnen geplaatst worden naast de veranderingen die Te Velde in zijn oratie aan de orde stelde en waarmee dit hoofdstuk opende.

In de jaren zeventig is er een einde gekomen aan de vrij brede consensus die er in de Nederlandse samenleving bestond over de huwelijks- en voortplantingsmoraal. De kern van deze moraal vormde de aanname dat er een onverbreekelijke eenheid bestaat tussen huwelijk, seksualiteit en voortplanting. Het verbreken van deze eenheid werd opgevat als een vergrijp tegen de natuurlijke orde en daarmee als zondig en onzedig. Als een vergrijp tegen de natuur golden alle praktijken die in dit hoofdstuk aan de orde kwamen: geboorteregeling, abortus, kinderen buiten een huwelijk en kunstmatige inseminatie.

Het beroep op de natuur heeft zijn vanzelfsprekendheid verloren en in het komende debat zullen nieuwe begrippen als zelfbeschikkingsrecht, keuzevrijheid en autonomie die met name in het abortusdebat zijn opgekomen een centrale plaats gaan innemen. Het blijft echter wel de vraag of 'de natuur' in het debat over IVF niet een rol blijft spelen.

Niet alleen het begrippenkader wijzigt zich, ook de actoren aan het debat veranderen. Eind jaren zestig hebben de kerken hun positie als dominante woordvoerders op het terrein van de voortplanting moeten opgeven, hun deelname aan het IVF-debat zal tamelijk bescheiden zijn. Dit geldt niet voor de arts die in het IVF-debat een prominente plaats zal blijven innemen: niet langer als hoeder van een traditionele moraal maar als deskundige in medisch-technische vraagstukken.

Na de zestiger jaren worden debatten niet langer uitsluitend beheerst door deskundigen. De democratisering schiep ruimte voor het ontstaan van nieuwe groepen actoren. In de zeventiger jaren ontstaan er in Nederland talloze patiënten- en belangenverenigingen die hun rechten gaan opeisen. De belangengroepen die in de abortusstrijd standpunten formuleerden pro en contra abortus, vormen hiervan een duidelijk voorbeeld. Een nieuwe belangengroep formeert zich bij de introductie van IVF in de jaren tachtig. De Nederlandse Vereniging voor Reageerbuisbevruchting (NVR) een belangengroep van onvrucht-

bare vrouwen gaat samen met de gynaecologen een sterke lobbygroep vormen.

Als wij naar de vraagstukken kijken die in dit hoofdstuk behandeld zijn, dan valt de continue afzijdigheid van de overheid op. Als regel liepen wetgeving en regulering achter op de praktijk. Wetgeving rond abortus en KI liet lang op zich wachten en de weinig effectieve zedelijkheidswetten van Regout werden lange tijd ongewijzigd gehandhaafd. In de volgende hoofdstukken zullen wij nagaan of dit zelfde patroon van terughoudendheid en achterlopen op de praktijk ook te constateren valt rond de introductie van IVF in de Nederlandse gezondheidszorg.

In de jaren zestig en zeventig verandert in een snel tempo de praktijk van de voortplanting. Vrouwen zijn niet langer van nature moeder, voortaan kiezen zij voor het moederschap. Met de pil was er voor het eerst een betrouwbaar anticonceptiemiddel op de markt met behulp waarvan geboorten zich rationeel lieten plannen. Kunstmatige inseminatie was de eerst beschikbare eenvoudige techniek om kunstmatig een gewenste zwangerschap tot stand te brengen. Vrouwen raakten vertrouwd met planning en controle van de voortplanting, het gebruik van medische middelen en interventies (pil, spiraal, abortus, morning-afterpil etc) die medisch gezien niet strikt noodzakelijk zijn, met voortplanting zonder seksualiteit, gameten buiten het lichaam, en zwangerschappen via medisch ingrijpen. De nieuwe voortplantingstechnologie lijkt een logische volgende stap. De keuzemogelijkheden zullen zich flink uitbreiden en de nadruk zal verschuiven van het vermijden van ongewenste zwangerschappen naar het tot stand brengen van gewenste zwangerschappen.

Maar niet alleen de technologische mogelijkheden zullen toenemen, ook de categorieën vrouwen die er een beroep op willen doen. Het zal daarbij onder meer gaan om alleenstaande vrouwen en lesbische paren die vanaf de jaren zeventig het moederschap zijn gaan opeisen, vrouwen in de overgang en vrouwen zonder baarmoeder. Met deze ontwikkelingen zal de vraag opkomen welke technologie wij acceptabel vinden en vooral voor wie deze techniek beschikbaar moet zijn.

Ook de betekenis van kinderen is gewijzigd. Kinderen kunnen niet meer beschouwd worden als iets wat je overkomt, als een vanzelfsprekend levensdoel, een onverbrekelijk onderdeel van een relatie of een geschenk van God. Integendeel: kinderen zijn in de enigszins provocerende bewoording van Jan Latten, CBS-medewerker 'een consumptiegoed met pretwaarde, een hobby'. (Elsevier, maart 2000) Vanaf de jaren zestig is het gebruikelijk van dit 'consumptiegoed' het aantal en tijdstip te plannen. In komende decennia biedt de technologie de mogelijkheid meer eigenschappen van kinderen te controleren zoals hun sekse en hun gezondheid.

Behandelcentrum
voor
ongewilde
kinderloosheid

WCAM van Veenendaal
gynaecoloog

3 De inbedding van IVF in de medische praktijk

De naoorlogse periode, met name de jaren zestig en zeventig, kenmerkte zich door veranderingen in de opvattingen over de voortplanting. Deze veranderingen gingen hand in hand met een toenemende maatschappelijke acceptatie van voorheen controversiële praktijken: anticonceptie, abortus, kunstmatige inseminatie. Aan het begin van de jaren tachtig was er sprake van een netwerk van opvattingen en voorzieningen die er samen garant voor stonden dat in principe geen enkel kind als ongewenst ter wereld hoefde te komen. Zwangerschappen werden steeds nauwkeuriger gepland. Toch lukte het lang niet altijd een gewenste zwangerschap via de ideale planning te bereiken.

Onvruchtbaarheid, het, al dan niet tijdelijke, onvermogen om kinderen te krijgen, was en is geen nieuw verschijnsel, evenmin als de vraag naar medische hulp bij de problematische voortplanting. Artsen beschikten over een aantal middelen waarmee ze konden proberen onvruchtbaarheid bij hun patiënten te herstellen (zoals hormonale therapieën, eileideroperaties, hersteloperaties na sterilisatie) of te helpen een zwangerschap tot stand te brengen (KIE/KID). Nieuw in deze periode was de groeiende vraag naar medische hulp bij het uitblijven van een zwangerschap. Sommige artsen zagen deze toenemende vraag als een aanwijzing voor stijgende onvruchtbaarheid onder de bevolking. Andere vonden dat ouders in-spe steeds ongeduldiger werden in afwachting van een zwangerschap. Langzamerhand begon de vraag 'hoe bereik ik een gewenste zwangerschap?' steeds belangrijker te worden, zowel voor vrouwen als voor artsen.

In 1978 werd het publiek verrast door het nieuws van de geboorte van het eerste kind dat met behulp van de nieuwe techniek van in-vitro-fertilisatie was verwekt. In 1983 werd de eerste Nederlandse IVF baby in het Rotterdamse Dijkzigt ziekenhuis verwelkomd. Nu, bijna twintig jaar later, behoort IVF en het aanverwante ICSI (intracytoplasmatische sperma injectie) tot de medische standaardtechnieken ter behandeling van onvruchtbaarheid. Het aantal indicaties waarvoor IVF wordt toegepast is aanzienlijk uitgebreid. Volgens de meest recente gegevens werden in 1999 in Nederland ruim 13 000 van deze behandelingen uitgevoerd. (Kremer, 2000) De gegevens over de aantallen kinderen die in al die jaren na IVF behandelingen zijn geboren ontbreken. Tegenwoordig wordt hun aandeel in de jaarlijkse geboorten geschat op één tot anderhalf procent. (Buitendijk, 2000, Koudstaal, 1999) Anno 2000 is IVF niet weg te denken van de medische hulp bij de voortplanting.

Maar het medische oordeel over IVF kan niet als onverdeeld positief worden beschouwd. Zo concludeerde de Gezondheidsraad in 1997 dat van het hele spectrum van indicaties voor IVF,

‘alleen voor de indicatie ‘inoperabele tuba-occlusie’, dus als beide eileiders zijn afgesloten en operatief ingrijpen niet aangewezen is, de effectiviteit van de IVF-behandeling vergeleken met niet-behandelen als vaststaand mag worden beschouwd. Deze conclusie wordt getrokken mede op grond van ‘biologische plausibiliteit’. De IVF-behandeling ‘omzeilt’ de blokkade van de eileiders die er de oorzaak van is dat vrouwen met deze indicatie niet spontaan zwanger kunnen worden. Bij alle andere thans in de praktijk gehanteerde indicaties staat niet vast dat IVF effectief is. Wel zijn er enkele aanwijzingen in die richting.’ (Gezondheidsraad, 1997, p.48)

Een paar jaar eerder bepleitte dezelfde Raad een terughoudende opstelling van artsen bij de eventuele keuze voor een IVF-behandeling. Uit de toen beschikbare fragmentarische gegevens bleek dat bij IVF-zwangerschappen aanzienlijk meer complicaties en ziekenhuisopnamen voorkwamen, dan bij de niet-IVF zwangerschappen. Bij een kwart van de IVF-zwangerschappen was er sprake van een meerling; ook kwamen na IVF buitenbaarmoederlijke zwangerschappen vaker voor, evenals de toepassing van de keizersnede. Ruim een derde van de IVF-babies had een laag tot zeer laag geboortegewicht. Bij deze baby's was de sterfte rond de geboorte viermaal en in het eerste levensjaar ongeveer tweemaal hoger dan bij 'gewone' baby's. (Gezondheidsraad, 1992) Over de mogelijke nadelige langetermijngevolgen van een IVF-behandeling voor de gezondheid van vrouwen en kinderen bestaan nog onvoldoende onderbouwde vermoedens en incidentele aanwijzingen.

Hoewel op de waarde van IVF als medische behandeling dus nog veel valt af te dingen, zijn er geen tekens te bespeuren dat de populariteit van deze behandeling bij onvruchtbare patiënten en bij medici aan het afnemen is. Integendeel. De, ten behoeve van het laatste planingsbesluit gemaakte, schattingen van de behoefte aan IVF in 2006 zijn nu al door de praktijk achterhaald, met uitzondering van het zogenaamde maximale scenario van 18 000 behandelingen. De vraag dringt zich op hoe het mogelijk is dat de toepassing van IVF zo'n hoge vlucht heeft genomen, terwijl vele onzekerheden rondom deze techniek na bijna twintig jaar blijven bestaan? Om op deze cruciale vraag een antwoord te vinden zullen we aandacht moeten besteden aan het verloop van de processen die tot deze inbedding van IVF in de gezondheidszorg hebben geleid.

In dit hoofdstuk staat een deel van het politieke proces centraal, waarin vorm wordt gegeven aan de institutionele inbedding van IVF in de gezondheidszorg. De kwesties die hier worden besproken, hebben

betrekking op de medische beoordeling van IVF als een behandeling voor onvruchtbaarheid, op het ontstaan van de vraag naar deze behandeling, op het reguleringsbeleid van de overheid en de manier waarop deze behandeling wordt gefinancierd. In het volgende hoofdstuk komt het proces van culturele veranderingen aan de orde, waar- toe de beschikbaarheid van de IVF-technologie aanleiding heeft gegeven. Erkend moet worden dat de verdeling van de bespreking van deze processen over twee hoofdstukken enigszins geforceerd is. Beide processen – die van de plaatsbepaling van IVF in het systeem van de gezondheidszorg en die van de culturele acceptatie van deze behandeling – hebben zich in het publieke domein afgespeeld. In beide hebben soms dezelfde actoren, zoals de Gezondheidsraad, een prominente rol gespeeld, terwijl in de activiteiten van andere actoren het accent meer lag op kwesties die óf voor de bewerkstelling van de maatschappelijke aanvaardbaarheid óf voor de institutionele inbedding van belang waren. Bovendien is zonder inzicht in de culturele context een goed begrip van de politieke ontwikkelingen rond IVF niet mogelijk. Daarom zijn in dit hoofdstuk twee paragrafen (3.1 en 3.3) gewijd aan een schets van de relevante culturele achtergrond. Toch is er een wezenlijk verschil tussen deze processen die de door ons gekozen verdeling rechtvaardigt. De institutionele inbedding van een controversiële medische techniek kan uiteindelijk met formeel beleid worden geregeld. Met de culturele aanvaardbaarheid is dat veel minder het geval. Om een te grote overlap tussen deze twee hoofdstukken te vermijden zal de lezer op een aantal momenten naar het volgende hoofdstuk worden verwezen.

3.1 Onvruchtbaarheid tussen geneeskunde en cultuur

De ontwikkeling en invoering van IVF was geen op zichzelf staand fenomeen. Het bouwde voort op de bestaande kennis, opvattingen, instituties en praktijken rond voortplanting en onvruchtbaarheid. Onvruchtbaarheid is een beperking die in gelijke mate vrouwen en mannen treft. In ongeveer dertig procent van de gevallen ligt de oorzaak van onvruchtbaarheid bij mannen, in evenveel gevallen bij vrouwen en bij het overige veertig procent worden de oorzaken óf bij beiden óf helemaal niet gevonden. (NVOG, 1998a) Doorgaans is onvruchtbaarheid een vorm van verminderde vruchtbaarheid (subfertiliteit). Slechts bij een relatief klein aantal mensen is er sprake van een absoluut onvermogen om nageslacht te krijgen, van steriliteit. Volgens de Gezondheidsraad is dat niet meer dan bij drie procent van alle kinderloze mensen het geval. (Gezondheidsraad, 1992, p.22-23) In de meeste diagnoses van onvruchtbaarheid is er sprake van verminderde vruchtbaarheid en blijft de kans op een spontane zwangerschap (weliswaar soms zeer klein) aanwezig. (Gezondheidsraad, 1997, p.44-45).

Biologisch gezien is voor het krijgen van kinderen de betrokkenheid van beide geslachten nodig. Hoewel onvruchtbaarheid even vaak mannen als vrouwen treft, werd in onze cultuur de 'schuld' voor kinderloosheid meestal bij de vrouw en het onvermogen van haar lichaam gelegd. In een nog niet zo ver verleden werd de voortplanting als de hoofdfunctie van het vrouwelijke lichaam beschouwd. Het moederschap werd gezien als het centrale element van de vrouwelijke identiteit, als de 'natuurlijke' vervulling van het vrouwenleven. Deze diep verankerde opvattingen over vrouwen vergemakkelijkt de opkomst en verdere ontwikkeling van de gynaecologie, een uitsluitend op vrouwen georiënteerd medisch specialisme. In de loop van de negentiende en de twintigste eeuw ontstond in Nederland een heel netwerk van instituties en praktijken gericht op de medische zorg voor vrouwen bij de voortplanting. De kennis over de fysiologie van de vrouwelijke voortplanting groeide gestaag en daarmee ook de mogelijkheid tot een effectief medisch ingrijpen. Er werden steeds nieuwere en betrouwbaardere anticonceptiemiddelen voor vrouwen ontwikkeld, als ook therapieën voor vrouwelijke onvruchtbaarheid.

De cultureel dominante opvatting dat het krijgen van kinderen en alles wat ermee samenhangt primair een vrouwenzaak is en de eenzijdige gerichtheid van de biomedische wetenschappen op de voortplanting bij vrouwen heeft, naast een verbetering van de medische zorg voor vrouwen en pasgeboren kinderen, ook een minder positieve keerzijde. Mannen en het functioneren van hun voortplantingsorganen kregen veel minder aandacht van de medische wetenschappen. Er werd stilzwijgend voorondersteld dat zij vruchtbaar hoorden te zijn. De opkomst van de gynaecologie werd niet gecompliceerd door een parallelle ontwikkeling van een op de mannelijke voortplantingsfuncties gericht specialisme. Daarmee bleef de accumulatie van kennis over het functioneren van de mannelijke voortplantingsorganen, over de mannelijke (on)vruchtbaarheid, de rol van hormonen enz. duidelijk achter. Een wetenschappelijke en medische infrastructuur ontbrak hiervoor nagenoeg. Bij klachten over onvruchtbaarheid kwam men terecht bij de gynaecoloog. Die liet eerst allerlei onderzoeken bij de vrouw verrichten en pas als de oorzaak van het uitblijven van nageslacht niet werd gevonden, werd overgegaan tot een zaadanalyse. Tegenwoordig is zaadanalyse een van de eerste testen van het standaardonderzoek dat uitgevoerd wordt bij onvruchtbaarheid. Als de uitslag van dit onderzoek echter goed is, stopt het bij de man en gaat men verder bij de vrouw. Zo valt in een recente richtlijn van NVOG het volgende te lezen over onderzoek bij de man.

'Bij 'normale' bevindingen (van zaadanalyse) wordt verder geen klinisch of aanvullend onderzoek verricht, behalve als uit anamnese of onderzoek bij de vrouw een verdenking rijst op vruchtbaarheidsproblemen bij de man'. (NVOG, 1999, onze cursivering)

Dit betekent dat de traditie om zich bij onvruchtbaarheid in het onderzoek te concentreren op vrouwen nog niet verdwenen is.

De hardnekkige praktijk om mannen zoveel mogelijk onderzoeken te besparen kan blijven voortbestaan omdat vrouwen in eerste instantie geneigd zijn te veronderstellen dat de oorzaak van kinderloosheid bij henzelf ligt. Ze vermoeden dat de diagnose van onvruchtbaarheid voor mannen ingrijpendere gevolgen zal hebben voor hun zelfbeeld en psychische welbevinden. Menig gynaecoloog is vertrouwd met opmerkingen van vrouwen van onvruchtbare mannen, zoals 'Ik vind het zo naar voor mijn man, ik zou liever hebben dat de fout bij mij lag.' Het omgekeerde hoort men zelden. (Van Hall, 1985, p.225)

De mannenbeschermende houding van ongewenst kinderloze vrouwen is niet geheel ongegrond. Indien men binnen de kring van familie, vrienden en kennissen het probleem van ongewenste kinderloosheid kenbaar maakt, zijn de reacties daarop doorgaans duidelijk seksegedifferentieerd. Een onvruchtbare vrouw kan meestal op begrip en medeleven van andere vrouwen en sommige mannen rekenen. Op mannelijke onvruchtbaarheid lag tot voor kort bijna een taboe. Mannen die geen kinderen konden verwekken, werden door hun seksegenoten vaak geridiculiseerd en als minder mannelijk beschouwd. Het taboe op mannelijke onvruchtbaarheid is tegenwoordig iets afgenomen. Wetenschappers besteden nu meer aandacht aan mannelijke voortplanting en onvruchtbaarheid, maar de opgelopen achterstand in kennis over en therapieën voor mannen blijft voortbestaan. In de afgelopen decennia zijn er geen nieuwe voorbehoedsmiddelen voor mannen ontwikkeld. Er zijn nog nauwelijks effectieve behandelingen voor mannelijke onvruchtbaarheid, met uitzondering van hersteloperaties na sterilisatie. Wel is de mannelijke subfertiliteit inmiddels gaan behoren tot het rijtje indicaties voor IVF en wordt er ter behandeling van de mannelijke onvruchtbaarheid onderzoek verricht naar nieuwe varianten van IVF. ICSI (intracytoplasmatische sperma injectie) en MESA (micro-chirurgische sperma-aspiratie) en TESE (testiculaire sperma-extractie) zijn daar sprekende voorbeelden van. De behandeling van mannelijke onvruchtbaarheid gebeurt in dit geval via ingrepen in het vrouwenlichaam.

Deze toepassing van IVF betekent de voortzetting van een traditionele medische praktijk waarbij in geval van onvruchtbaarheid de aandacht en het onderzoek allereerst werd gericht op het vrouwenlichaam. Door deze continuïteiten wordt de ontwikkeling van een op het mannelijk lichaam gerichte praktijk bemoeilijkt. Het gemak waarmee mannelijke infertiliteit tot de gebruikelijke indicaties is gaan behoren en de vanzelfsprekendheid waarmee medici de wensen van vrouwen inwilligen, heeft nog een andere keerzijde. Het gebruik van IVF maakt het mogelijk in het midden te laten bij welke partner de oorzaak van de onvruchtbaarheid ligt. Deze toepassing van IVF kan worden ingepast in de culturele traditie van geheimhouding van de mannelijke onvrucht-

baarheid en draagt allerminst bij tot de opheffing van het taboe op infertiliteit bij de man. In dit verband is reeds gewezen op het verhandelende taalgebruik van artsen die spreken over IVF bij onvruchtbare paren. (Kirejczyk & Van der Ploeg, 1991)

3.2 Ontwikkelingstraject van IVF

De accumulatie van de kennis over de fysiologie en pathologie van de vrouwelijke voortplanting heeft de basis gelegd voor de ontwikkeling van de in-vitrofertilisatietechniek die aan het einde van de jaren zeventig en in de jaren tachtig op spectaculaire manier haar intrede deed in de medische praktijk. Zoals de naam suggereert, vindt bij IVF de bevruchting niet in het lichaam van de vrouw plaats maar in een glazen schaalpje, in een medisch laboratorium. Maar voordat het zover is, moet de vrouw eerst een hormonale behandeling ondergaan om in een cyclus meerdere eicellen tot ontwikkeling te laten komen. De groei van de eicellen wordt in de kliniek gecontroleerd om het juiste moment voor de verwijdering ervan uit de eierstokken vast te stellen. Na de verwijdering, met een al dan niet onder verdoving verrichte punctie, worden de eicellen voor verdere rijping in een medium geplaatst en pas daarna samengebracht met de zaadcellen, die eveneens eerder in het laboratorium werden bewerkt. Indien dan de bevruchting tot stand komt, wat lang niet altijd het geval is, wordt de bevruchte eicel in een kweekmedium in een incubator geplaatst om zich tot een embryo te delen. Embryo's die zich goed delen, worden in de baarmoeder van de vrouw geplaatst. Dan blijft het afwachten of de zwangerschap zal optreden en of ze in de geboorte van één of meerdere kinderen zal eindigen. Pas dan kan het probleem van de ongewenste kinderloosheid van de patiënt als opgelost worden beschouwd. In Nederland gebeurt dat bij ongeveer 20% van de IVF-pogingen. (Kremer, 2000)

De eerste experimenten met buitenlichamelijke bevruchting en met embryonale ontwikkeling werden op dieren uitgevoerd, in dit geval voornamelijk op muizen. De volgende, destijds ethisch nogal omstreden, stap was het werken met menselijke eicellen. Robert Edwards, een van de pioniers op dit gebied, kon zijn experimentele werk verrichten omdat er een praktijk bestond van gynaecologische operaties waarbij (delen van) eierstokken werden verwijderd en een bevriende arts bereid was deze aan Edwards ter beschikking te stellen. In latere ontwikkelingsfasen van deze techniek speelden de geaccumuleerde kennis over de vrouwelijke cyclus, de aanwezigheid van hormonale middelen ter stimulering van de rijping van de eicellen en de bereidheid van vele gynaecologische patiënten aan allerlei, soms niet van risico's gespeende, experimenten deel te nemen, een cruciale rol. Ook stelden vrouwen in deze fasen hun eicellen en lichamen voor onderzoek beschikbaar zonder vooruitzicht dat de resultaten van de experi-

menten met buitenlichamelijke bevruchting op enigerlei manier zouden bijdragen aan de oplossing van hun persoonlijke problemen. Edwards en de bij het onderzoek betrokken gynaecoloog Steptoe besloten embryo's bij hun patiënten in te brengen zonder voorafgaand uitgebreid onderzoek bij primaten uit te voeren en zonder kennis te verzamelen over mogelijke risico's van de procedure. Bijna vier jaar lang hebben onvruchtbare vrouwen diverse varianten van deze behandeling ondergaan voordat één van hen kortstondig zwanger werd. Daarna heeft het nog eens vier jaar experimenteren gevergd voordat in 1978 de eerste baby werd geboren. (Edwards & Steptoe, 1980) Na de geboorte van de eerste IVF-baby werd deze techniek al spoedig als behandeling voor onvruchtbaarheid aan vrouwen aangeboden. Vele van deze vrouwen realiseerden zich niet dat ze in feite deelnamen aan experimenten.

De moderne medische technieken die het voorkómen van zwangerschappen beogen, zoals de hormonale anticonceptiemiddelen, kennen lange ontwikkelingstrajecten. Deze trajecten omvatten verschillende testfasen inclusief grootschalige klinische testen om de effectiviteit en veiligheid ervan met grote zekerheid vast te stellen. Pas na het succesvol doorlopen van al deze fasen wordt zo'n middel voor het gebruik in de medische praktijk toegelaten. De ontwikkelingsgeschiedenis van IVF wijkt op een aantal wezenlijke punten af van deze nu ingeburgerde route.

Een expliciet toelatingsbeleid voor geneesmiddelen en voor bijzondere en kostbare voorzieningen lijkt vanzelfsprekend als men patiënten wil beschermen en de beperkte middelen die beschikbaar zijn voor de gezondheidszorg optimaal wenst in te zetten. Bij toelating van geneesmiddelen en voorzieningen zal er veelal sprake zijn van een afweging: werkzaamheid en risico's van de middelen moeten opwegen tegen de ernst van de kwaal. Het ligt voor de hand minder zwaar te tillen aan nadelen naarmate ziekten meer levensbedreigend en ingrijpend van aard zijn. De vraag komt dan op of er voor IVF dan niet juist sprake zou moeten zijn van een extra strenge veiligheidsbeoordeling. Het gaat immers om een medisch niet noodzakelijke en ook niet levensreddende ingreep maar om het realiseren van een kindwens. In de eerste helft van de jaren tachtig was het echter niet gebruikelijk de effectiviteit en de risico's van nieuwe medische technieken (geneesmiddelen uitgezonderd) te evalueren voorafgaande aan de introductie ervan in de gezondheidszorg. Begin jaren negentig is in het debat rond 'Keuzen in de zorg' de vraag gesteld of medische hulp bij de voortplanting eigenlijk wel tot de gezondheidszorg behoort. In het rapport van de Commissie Keuzen in de Zorg (1991) is deze vraag beantwoord door IVF een lage plaats toe te kennen in de rangorde van aanspraken die mensen kunnen maken op de uit gemeenschapsgelden gefinancierde gezondheidszorg.

3.3 IVF en het doorbreken van het taboe op onvruchtbaarheid

Ongewenste kinderloosheid door onvruchtbaarheid kan als een persoonlijk drama worden beleefd, zonder dat daaraan grote publieke vruchtbaarheid wordt gegeven. Tot aan het begin van de jaren tachtig werden de problemen van onvruchtbare mensen grotendeels onttrokken aan het publieke oog en niet gepresenteerd als een maatschappelijk probleem. De zoektocht naar oplossingen gebeurde in de besloten kring van persoonlijke relaties van de betrokkenen, eventueel uitgebreid met even besloten relaties met hulpverleners, onder wie artsen. De komst van IVF als een mogelijke behandelingsoptie voor onvruchtbaarheid heeft hierin verandering gebracht. Van meet af aan werd deze techniek het onderwerp van publieke discussies in de algemeen toegankelijke media. De controverses spitsten zich toe op vele als problematisch beschouwde mogelijkheden van deze techniek, zoals het volledige draagmoederschap, de grote aantallen overtollige embryo's waarmee geëxperimenteerd zou kunnen worden, en op de toekomstige mogelijkheid tot klonen en genetische manipulatie van mensen. Al deze beschouwingen bedreigden de maatschappelijke acceptatie van IVF als 'alleen maar' een medische behandeling voor onvruchtbaarheid.

In het proces van de maatschappelijke acceptatie van IVF als een medische behandeling voor onvruchtbaarheid speelde een aantal factoren een rol. Een ervan was de rol van de media die vanaf de geboorte van het eerste Nederlandse IVF-kind in 1983 een stroom artikelen begonnen te publiceren over deze nieuwe optie voor onvruchtbare vrouwen.

Een belangrijk element in deze artikelen was de aandacht voor de beleving van onvruchtbaarheid door vrouwen die dankzij IVF alsnog een kind kregen of zwanger raakten. Hun verlangen naar een eigen kind, de jarenlange tocht langs de verschillende specialisten en de hoop dat IVF aan hun kinderwens tegemoet zal komen, werd breed uitgemeten. Bijna alle vrouwen die aan het woord werden gelaten, bleken door hun onvruchtbaarheid tot de grens van de wanhoop te zijn gedreven. Een vrouw beschreef haar reactie op de postoperatieve diagnose van de gynaecoloog dat ze geen kinderen zou kunnen krijgen aldus:

'Ik raakte volkomen in paniek. Ik voelde me verschrikkelijk eenzaam. Ze hebben me een kalmerende injectie moeten geven, zo erg. Alles wat in mijn buurt stond heb ik kapot gegooid. Het infuus eruit getrokken. Ik ging zelfs hallucineren.' (Groenewold, 1984, p. 12)

Ook later, toen ze bezig was een kind te adopteren, bleef haar onvruchtbaarheid een permanente kwelling. Ze bleef zich afvragen:

'Waarom ik? Voor mijn gevoel was het vreselijk onredelijk. Je bent geen vrouw meer. Je kunt niet datgene waar je voor gebouwd bent. Dat is iets wat je door iedereen wordt aangepraat. Een vrouw hoort kinderen te krijgen. Ik zat boordevol schuldgevoel en zelfverwijt. Ik voelde me ook schuldig tegenover Bert. Ik kon hem geen kinderen geven. Als hij met een ander was getrouwd, had hij al lang kinderen gehad. Het maakt je incompleet als vrouw.' (Groenewold, 1984, p. 15)

Een andere, inmiddels ook via IVF zwangere vrouw vatte haar beleving van onvruchtbaarheid aldus samen:

'Het verpest je leven, het beïnvloedt je carrière, je verhouding met vrienden en familie en het beïnvloedt je seksuele leven. Je eindigt met het gevoel dat je een totale mislukking bent.' (Scherphuis, 1984, p.18)

De kinderwens van vrouwen wordt voorgesteld als vrij algemeen, heftig en onveranderlijk: 'De meeste mensen willen kinderen' (Viva 1985) en

'Vrouwen laten zich in dit opzicht niet beïnvloeden en voorzover ik weet heb ik nooit een vrouw die geobsedeerd was door zwangerschap en het krijgen van kinderen, van andere waarden in het leven kunnen overtuigen. De onmogelijkheid kinderen te krijgen kan vrouwen soms een heel leven dwars zitten' aldus gynaecoloog prof. Kremer. (De Volkskrant, 1985)

De IVF-artsen, zoals Dr. Alberda van het Dijkzigt Ziekenhuis, bevestigden de psychische nood van onvruchtbare patiënten.

'Ik ervaar dat kinderloosheid bij veel mensen hun levensgeluk in de weg staat. Ik krijg in mijn spreekkamer mensen die na alle door-gemaakte teleurstellingen, na vele behandelingen, bij mij komen uithuilen. (...) Er komen ook mensen met attesten van de psychiater waarin deze vraagt of zijn patiënt niet met voorrang voor IVF in aanmerking kan komen, gezien de geestelijke noodtoestand tengevolge van de kinderloosheid.' (Van der Eijk, 1984, p.20)

In populaire vrouwenbladen als Margriet, Viva en Libelle zijn onvruchtbaarheid en de beschikbare oplossingen vanaf het begin een geliefd onderwerp. De mogelijkheden werden breed uitgemeten:

'Of je onvruchtbaar, lesbisch of alleen bent, kinderloos hoeft je niet te blijven' en 'Het kan een kind zijn zonder vader, of een kind zonder moeder, een kind uit een schaalje of een kind van een ander, maar een kind kun je krijgen.' (Viva, 1985)

In deze bladen komen vrouwen aan het woord die vertellen over hun onvruchtbaarheid en hun pogingen zwanger te worden. De oplossingen worden echter allerm minst als eenvoudig voorgesteld, aan elke optie kleven wel bezwaren. Maar het zijn juist vrouwen met een lange onvruchtbaarheidsgeschiedenis en een lange carrière in het hulpverleningscircuit die tot de verbeelding moeten spreken. De boodschap lijkt te zijn dat voor iedere vrouw een zwangerschap mogelijk is als ze maar lang genoeg volhoudt. De resultaten van de inspanningen worden vaak geïllustreerd met foto's van stralende moeders met hun kroost. Reportages met een dergelijke opbouw en strekking bleven niet beperkt tot de beginperiode maar zijn tot op de dag van vandaag met een hoge frequentie aan te treffen in de damesbladen. Zij hebben er toe bijgedragen dat onvruchtbaarheid geleidelijk als een maatschappelijk probleem werd beschouwd.

De aandacht die in de media aan IVF werd gegeven zetten vele ongewenst kinderloze stellen aan tot snelle acties.

'Hun hoop vlamde weer op toen ze een aankondiging lazen van een televisieprogramma over in-vitrobevruchting in het Dijkzigt Ziekenhuis in Rotterdam. Nog voor de uitzending stuurden ze een telegram naar het ziekenhuis met een aanvraag voor behandeling.' (Scherphuis, 1984, p.18.)

Zelfs paren die hun kinderloosheid hadden geaccepteerd, konden de verleiding van IVF niet weerstaan.

'Wij hadden ons al helemaal op onze kinderloosheid ingesteld en slaagden er prima in van ons leven te genieten. Maar toen we hoorden dat het wellicht toch nog (via IVF) zou kunnen, hebben we er opnieuw over gesproken. (...) Zou het niet lukken, pech gehad, maar de kans om toch een echt gezin te maken, was het dubbel en dwars waard (...).' (Gonggrijp, 1984)

In deze publicaties verscheen IVF als de oplossing voor de noden van onvruchtbaarheid. De specialisten uit het Dijkzigt Ziekenhuis, het enige ziekenhuis dat zich begin jaren tachtig op de geboorte van IVF-kinderen kon beroepen, wezen op de grote vraag naar deze behandeling. In het Dijkzigt Ziekenhuis bestond al in 1983 een lange, 300 tot 400 vrouwen tellende, wachtlijst. Elke jaar werden 1000 tot 1500 vrouwen onvruchtbaar omdat hun eileiders niet langer goed functioneerden, onder andere als gevolg van seksueel overdraagbare infecties. Men verwachtte dat een deel van deze vrouwen zich voor een IVF-behandeling zou aanmelden, waardoor de lengte van de wachtlijst snel zou toenemen. (Klinkhamer, 1983) Het ziekenhuis kon onmogelijk aan de grote vraag tegemoetkomen, zolang de financiering van IVF niet was geregeld. De lange wachtlijsten noopten sommige paren de wijk naar buitenlandse IVF-klinieken te nemen. De meeste van hen

moesten, volgens de persberichten, geld lenen, een extra hypotheek nemen of zelfs hun huis verkopen om de reis, het verblijf en de behandeling te kunnen betalen. (Scherphuis, 1984) Vrouwen die in de media aan het woord kwamen, vonden het onbegrijpelijk en onrechtvaardig dat de meeste ziekenfondsen IVF niet vergoedden. Daardoor bleven vele minder bemiddelde lotgenoten veroordeeld tot blijvende kinderloosheid. Ze wezen erop dat de pil en naar verwachting ook de abortus door de ziekenfondsen werden betaald.

“Dat zijn allemaal dingen die de mensen zelf willen, waar ze voor kiezen. Onvrijwillige kinderloosheid is geen keuze. Dat overkomt vrouwen. Hoe erg ze dat ook vinden, daar kunnen ze verder zelf weinig aan doen.” (Algemeen Dagblad Extra, 1983)

Op deze manier werd het verdriet van individuele onvruchtbare vrouwen niet alleen publiek zichtbaar gemaakt, maar kreeg het ook een maatschappelijke en politieke dimensie. Het ging om grote groepen patiënten die niet geholpen konden worden met een adequate behandeling vanwege ontbrekende financiering. En passant werd ook een verbond gesmeed tussen IVF-artsen en onvrijwillig kinderloze vrouwen: beiden hadden groot belang bij een snelle en grootschalige invoering van IVF in Nederland.

3.4 IVF: experimentele techniek of gangbare behandeling?

Maar was IVF inderdaad het adequate antwoord op ongewenste kinderloosheid? De meeste bij IVF betrokken medici twijfelden daar niet aan. Al bij de geboorte van de eerste IVF-baby in het Dijkzigt Ziekenhuis benadrukten de artsen het succes van de technologie. In de dagbladen werden succeskansen van 10% genoemd die gebaseerd waren op de resultaten van de beste buitenlandse klinieken. (Volkskrant, 1983, Algemeen Dagblad Extra, 1983) De suggestie werd gewekt dat deze succespercentages ook voor Nederland zouden gelden. In werkelijkheid baarde toen slechts één van de 44 in Rotterdam behandelde vrouwen een kind. Wat betreft mogelijke afwijkingen bij IVF-kinderen stelden de in kranten geciteerde artsen de lezers gerust: het risico werd erg klein geacht. In de specialistische publicaties werd weliswaar volmondig toegegeven dat de betekenis van een groot aantal onderdelen van de IVF-behandeling onduidelijk was, maar dat was geen reden om een stap op de plaats te doen. Integendeel. In een artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde werd geoordeeld, dat IVF het experimentele stadium ontgroeid was en beschouwd diende te worden als een goede behandeling bij onvruchtbaarheid. (Te Velde et al., 1984) De auteurs van het artikel verwachtten dat de effectiviteit van IVF snel zou verbeteren en dat de kans op zwangerschap na IVF de

'natuurlijke' maandelijkse kans op zwangerschap van 25% binnenkort zou overtreffen. Zij bepleitten ook de uitbreiding van de indicatiestelling naar allerlei vormen van onvruchtbaarheid, inclusief de mannelijke.

De officiële adviesraden waren aanzienlijk voorzichtiger. In haar Interimadvies (1984) beoordeelde de Gezondheidsraad IVF slechts als een potentieel waardevolle techniek die zich nog in een experimenteel stadium bevond en voornamelijk niet voor algemeen gebruik kon worden toegelaten. Eerst moest meer ervaring met IVF worden opgedaan. Daarnaast was meer inzicht nodig in de effectiviteit van IVF, de passende indicaties, de omvang van de behoefte en in de gevolgen van deze behandeling. Om de accumulatie van kennis rond deze kwesties mogelijk te maken adviseerde de Raad de toepassing van IVF voor een periode van drie jaar te beperken tot een klein aantal academische ziekenhuizen. Gedurende deze periode zou de landelijke capaciteit tussen 2000 en 2500 behandelingen per jaar moeten liggen met als enige indicatie de dubbelzijdige afsluiting van eileiders.

Ook de Ziekenfondsraad was toen van mening dat IVF nog niet rijp was voor de status van reguliere voorziening in de gezondheidszorg. De kosten van IVF dienden voornamelijk van het verstrekkingenpakket te worden uitgesloten. Met de bedoeling een definitief besluit te onderbouwen zou de Ziekenfondsraad gedurende drie jaar IVF in een beperkt aantal centra subsidiëren, om de nodige gegevens te verzamelen en te evalueren. Dit besluit was een relatief novum in het beleid van de Ziekenfondsraad. Voor een lange periode werden nieuwe verstrekkingen bijna automatisch in het pakket opgenomen, op het moment dat de beroepsgroep ze als een gangbare behandeling ging beschouwen.

3.5 Halfslachtig beheersingsbeleid

In de eerste helft van de jaren tachtig stelde de overheid zich afwachtend op. Een niet-aflatende stroom van publiciteit over de groeiende IVF-praktijk, waarin ook werd gespeculeerd over zaken als draagmoederschap, de invriezing van embryo's, genetische selectie en manipulaties creëerde echter een klimaat van urgentie. Toen ook berichten opdoken over de oprichting van een particuliere IVF-kliniek, kon de overheid het nemen van maatregelen niet langer uitstellen. Steunend op de standpunten van de Gezondheidsraad en de Ziekenfondsraad nam het ministerie van Volksgezondheid in 1985 het 'Besluit tijdelijke regeling IVF' dat de beheersing van een dreigende wildgroei van de IVF-praktijk beoogde. Het essentiële element van dit besluit behelsde het verbod IVF te verrichten zonder ministeriële vergunning. Slechts ziekenhuizen die reeds IVF deden kwamen in aanmerking. Naast het stellen van voorwaarden aangaande de medische kwaliteit van de IVF-behandeling werden de klinieken die een vergunning zouden krijgen

verplicht systematisch gegevens te verzamelen over o.a. de effectiviteit en risico's van IVF en deze aan het ministerie te rapporteren. IVF mocht slechts bij afwijkingen aan de eileiders worden verricht en alleen indien de kans op succes groter was dan bij een eileideroperatie. De kosten van IVF zouden niet door de Ziekenfondsen worden vergoed. (Staatscourant, 1985a en b) Wel zou de Ziekenfondsraad ten behoeve van het eerder genoemde onderzoek maximaal 1600 IVF-behandelingen subsidiëren.

Tegen het besluit rees snel openlijk verzet van de gynaecologische klinieken en de net opgerichte Nederlandse Vereniging voor Reageerbuis Bevruchting die zich als een belangenbehartiger van onvruchtbare paren profileerde (NVRB, nu bekend onder de naam Freya). Beide actoren richtten hun kritiek op de beperking van het aantal IVF-centra, op de indicatiebeperking en op het besluit IVF niet in het ziekenfondspakket op te nemen. In correspondentie met het departement van Volksgezondheid, in rechtszaken en in publieke interventies vestigde vooral de NVRB de aandacht op de onrechtvaardige behandeling van onvrijwillig kinderloze paren ten opzichte van paren die voor de voortplanting niet op medische hulp waren aangewezen. In de overtuiging van de NVRB was onvruchtbaarheid een ziekte als elke andere en IVF een gewone, geaccepteerde medische behandeling waarop onvruchtbare paren recht hadden. De patiënten wilden graag een eigen kind en de artsen wilden hen graag helpen. Het door het ministerie aangekondigde beleid van beperking van het gebruik van een techniek die tegemoet kon komen aan de legitieme kinderwens van onvruchtbare paren was voor de NVRB niet alleen onacceptabel maar ook volstrekt onbegrijpelijk.

In de praktijk bleef het aangekondigde stringente beheersingsbeleid van de overheid beperkt tot voornemens. De bepaling dat slechts ziekenhuizen die IVF uitvoerden voor een vergunning in aanmerking kwamen had een averechts effect. Steeds meer ziekenhuizen gingen IVF verrichten en vroegen een vergunning aan, terwijl het ministerie geen haast maakte met de afgifte van vergunningen. De ambtenaren meenden dat ze onvoldoende inzicht hadden in de gang van zaken in de ziekenhuizen om tot besluiten te komen. Daarnaast schatten ze dat met de verlening van vergunningen verbonden financiële verplichtingen aanzienlijk zouden oplopen, terwijl voor dat doel geen middelen waren gereserveerd. Zolang de procedure rondom vergunningen nog liep, konden de klinieken zonder formele belemmeringen hun eigen beleid voor de statusverhogende IVF voeren. Bij nader inzien bleek bovendien dat zelfs zonder de opname van IVF in het ziekenfondspakket de ziekenhuizen de kosten van deze behandeling toch vergoed kregen.

Hoewel halverwege de jaren tachtig enkele auteurs de niet onderzochte medische risico's onder de aandacht brachten, werd daarmee

de algemene vreugde over IVF niet verstoord. Van feministische zijde, vanuit de Vrouwegezondheidszorgbeweging en door een enkele gynaecoloog werd erop gewezen dat IVF een procedure is met een aantal fasen, waarvan men zich zou moeten afvragen welke risico's die opleveren. Onder meer werd gewezen op het mogelijk negatieve effect van een hormonale overstimulatie op eicel, embryo, het latere kind en op de gezondheid van vrouwen, op een mogelijk verhoogde kans op eierstokkanker (Van Hall, 1986), op eventuele risico's van het ontbreken van de natuurlijke selectie van bepaald type zaad, meerling-zwangerschappen enz. (Direcks 1986a en b, Kirejczyk 1987)

De snelle groei van de IVF-praktijk werd door deze bezorgde stemmen en door het terughoudende overheidsbeleid nauwelijks vertraagd. Ook de, door het besluit uit 1985 vereiste, verzameling van de gegevens over het verloop van deze behandeling, de succesansen, de complicaties en de risico's kwam niet op gang. Het initiatief werd daarmee aan het veld overgelaten.

3.6 Uitbreiding van problematiek

Zoals eerder al opgemerkt werden de speculaties over de toekomst van de met IVF geassisteerde voortplanting in de publieke media snel gekoppeld aan bredere kwesties als eiceldonaties, prenatale genetische diagnose en in de toekomst ook manipulaties met embryo's, draagmoederschap, commercialisering, enz. Gevoed door de bewogen berichten uit het buitenland waar tussen wensouders en draagmoeder al om het kind en het geld werd gevochten, werd de dreiging van dergelijke ontwikkelingen in Nederland niet als geheel denkbeeldig ervaren. Op de politieke agenda kwam deze problematiek in de tweede helft van de jaren tachtig. Eerst in het rapport van de Vereniging voor Familie en Jeugdrecht (1985) en het tweede advies van de Gezondheidsraad (1986), daarna in de beleidsnotitie van het kabinet (TK, 1987-1988), het advies van de Raad voor het Jeugdbeleid (1988), het rapport van het CDA (1988) en uiteindelijk in het Tweede-Kamerdebat. (TK, 1988-1989) Een van de opvallende overeenkomsten in al deze documenten en debatten was de marginale aandacht voor de medische kant van de IVF techniek. Niet IVF maar allerlei vormen van 'kunstmatige' voortplanting en niet-genetisch ouderschap, inclusief de KID, vormden de kern van het debat.

Aan de 'ontproblemativering' van de medische kant van IVF heeft de Gezondheidsraad een belangrijke aandeel gehad. In 1986 stelde ze namelijk dat er geen medische redenen meer waren om de capaciteit voor IVF beperkt te houden. Het best kon IVF in acht à tien centra worden verricht, die bovendien samenwerkingsverbanden met andere regionale ziekenhuizen zouden mogen aangaan. Hiermee sanctioneerde de Gezondheidsraad de inmiddels gegroeide praktijk. In 1986

voerden acht IVF-laboratoria bevruchtingen uit en sommige ervan verleenden diensten aan andere IVF-klinieken binnen het zogenaamde 'transport IVF'. De Raad adviseerde eveneens een mogelijke uitbreiding van de indicaties te onderzoeken en sprak de verwachting uit dat IVF in de toekomst voor een belangrijk deel zowel eileideroperaties als KID zou kunnen vervangen. De Raad repte nagenoeg niet over de betekenis en de gevolgen van de IVF-behandeling voor de gezondheid van vrouwen en kinderen.

In het advies werden twee voortplantingstechnieken, kunstmatige inseminatie met donorzaad en in-vitro fertilisatie, aan elkaar gekoppeld en ook aan het nog nauwelijks bestaande maatschappelijke verschijnsel van het draagmoederschap. De Gezondheidsraad trachtte een uniform beleid uit te stippelen voor al deze vormen van voortplanting, medisch geassisteerd of niet. Men dient zich te realiseren dat op dat moment wereldwijd nog weinig systematische kennis bestond over omvang, effectiviteit en korte- en langetermijngevolgen van IVF, terwijl de goed georganiseerde KID-praktijk geen aanleiding gaf voor verandering van het beleid. Door beide technieken als gelijksoortig te beschouwen hoefde geen extra aandacht op de medische onzekerheden van IVF gevestigd te worden.

De Raad verwachtte dat de effecten van het gebruik van voortplantingstechnieken op de samenleving als geheel te verwaarlozen zouden zijn, omdat het aantal met behulp van IVF, KID of draagmoederschap geboren kinderen beperkt zou blijven. Haar aandacht voor de maatschappelijke aspecten werd grotendeels beperkt tot de beantwoording van de vraag, in hoeverre het gebruik van deze voortplantingstechnieken de psychosociale ontwikkeling van kinderen kon bedreigen en met welke maatregelen dat voorkomen kon worden. Het overwegen van maatregelen werd gerechtvaardigd met verwijzing naar een door de Raad gedeeld standpunt, dat het krijgen van kinderen een vrijheidsrecht maar geen claimrecht was. De gemeenschap was niet verplicht iedereen die kinderloos was een kind te verschaffen. Drugs- en alcoholverslaving en ernstige psychopathologie van de wensouders waren een vanzelfsprekende algemene psychosociale contra-indicatie voor medische hulp bij de voortplanting. Indien bij de voortplanting donor- en eicelcellen werden gebruikt, diende de voorlichting over de verschillende aspecten van niet-genetisch ouderschap onderdeel te zijn van de voorbereiding van heteroseksuele paren voor de behandeling. Om het belang van het toekomstige kind veilig te stellen zouden de kandidaat-ouders vóór de behandeling moeten beloven dat ze het kind zullen informeren over de donor. Hiermee nam de Raad afstand van de in de jaren vijftig gangbare opvatting dat bij KID het belang van het kind was gediend met de geheimhouding over de donor. De persoonsidentificerende gegevens van de donor dienden volgens de Raad anoniem te blijven. Het probleemgeval waren vrouwen zonder mannelijke partner, die per definitie bij KI of IVF donorzaad zouden

gebruiken. Een van de voorwaarden die de Gezondheidsraad aan de behandeling van deze vrouwen wilden stellen, was de verklaring dat ze in het leven van het toekomstige kind 'een vaderfiguur' zouden integreren. Daarentegen zag de Raad geen redenen om aan te nemen dat een door een draagmoeder gebaard kind zich in psychosociaal opzicht niet goed zou kunnen ontwikkelen. Voor de integratie van aanvaardbare vormen van draagmoederschap in de samenleving moesten de procedures rond het draagmoederschap aan voor alle betrokkenen acceptabele regels worden gebonden. (Voor een uitvoerige bespreking van deze problematiek verwijzen we de lezer naar hoofdstuk 4.)

De door IVF geschapen aanwezigheid van eicellen en embryo's buiten het vrouwenlichaam opende de mogelijkheid om deze te doneren en er eventueel mee te experimenteren. Wegens hun bijzondere karakter konden geslachtscellen en embryo's niet als zaken worden beschouwd. Daarom moest er volgens de Gezondheidsraad een wettelijke regeling komen aangaande de eigendomsrechten en de geoorloofde handelingen met embryo's en geslachtscellen. De handelingen dienden aan de medische professie te worden voorbehouden en de handel in zaad- en eicellen moest strafrechtelijk worden verboden.

3.7 Politiek oordeel

In antwoord op het advies van de Gezondheidsraad heeft de regering twee jaar later haar beleidsvoornemens in de notitie 'Kunstmatige bevruchting en draagmoederschap' vastgelegd (TK, 1987-1988). De tenor van de notitie leek zeer op die van de Gezondheidsraad. Al vanaf de eerste bladzijden was duidelijk dat IVF niet ter discussie stond. Het Kabinet schreef:

'Wij constateren dat bij velen een zekere bezorgdheid leeft ten aanzien van de ontwikkeling en toepassing van technieken van kunstmatige bevruchting. Daarbij gaat het veelal niet zozeer om de technieken zelf – voorzover deze erop zijn gericht onvrijwillig kinderloze paren het ouderschap deelachtig te doen zijn – maar om nevenverschijnselen en mogelijke nevenverschijnselen (...), zoals de mogelijkheid tot experimenten met embryo's, draagmoederschap en postume reproductie.' (TK, 1987-1988, onze cursivering)

De bescherming van het belang van het kind was een belangrijk uitgangspunt van de notitie. De beste manier om dat zeker te stellen was ervoor te zorgen dat kinderen in heteroseksuele gezinsomstandigheden konden opgroeien. Het met behulp van voortplantingstechnieken geboren kind diende een zo duidelijk mogelijk identificeerbare relatie tot een vader en een moeder te hebben. Daarom moest aan de uitvoering van de behandeling de schriftelijke toestemming van een,

al dan niet getrouwde, vrouw en een man als voorwaarde worden gesteld. In tegenstelling tot het advies van de Gezondheidsraad bevatte de notitie geen expliciete passages over de mogelijke afspraken van alleenstaande en lesbische vrouwen op een IVF behandeling. Wel werd gesteld dat *IVF een onvruchtbaarheidsbehandeling was die niet mocht worden gebruikt als alternatieve manier van voortplanting*. Een optie om de toepassing van kunstmatige bevruchtingstechnieken (KID en IVF) buiten het geval van een heteroseksueel paar te verbieden werd op pragmatische gronden afgewezen. Het zou niet te handhaven zijn. (De culturele verschuivingen ten aanzien van het niet-heteroseksuele ouderschap worden in hoofdstuk 4 besproken.)

Een van de hete hangijzers die we in dit hoofdstuk kort willen bespreken, is de kwestie van restembryo's. Hoewel deze embryo's volgens het kabinet beschermwaardig waren, moest het risico worden aanvaard dat bij IVF embryo's zullen overblijven, omdat het tijdelijk van aard zou zijn. De ministers schreven:

'...wij hebben overwogen dat de wetenschap ervan uitgaat dat in de toekomst kunstmatige bevruchting kan plaatsvinden, waarbij gameten afzonderlijk kunnen worden bewaard. Hierdoor zal het overblijven van embryo's verdwijnen of aanmerkelijk verminderen.' (TK, 1987-1988, p.20)

Deze verwachting is tot nu toe niet bewaarheid. Voorlopig moet men in de praktijk proberen het ontstaan van restembryo's zo veel mogelijk te voorkomen. Maar zelfs dan nog rees de vraag wat te doen met de restembryo's, en in het bijzonder of ze voor wetenschappelijk onderzoek gebruikt konden worden. Volgens de Kabinetsnotitie mocht onderzoek op embryo's slechts bij uitzondering en onder strenge wettelijke regels plaatsvinden. Alleen onderzoek dat geen schade aan embryo's toebracht, was zonder meer toelaatbaar. Andere experimenten zouden enkel bij exceptie worden toegestaan, indien voldoende aannemelijk werd gemaakt dat het onderzoek van fundamenteel belang was voor de volksgezondheid en dat die kennis niet op andere wijze kon worden verkregen.

De Kabinetsnotitie werd in het voorjaar van 1989 in de Tweede Kamer besproken. De vraag of KI(D) en IVF toelaatbare technieken waren, was niet aan de orde. De discussie concentreerde zich rond een aantal kwesties. Mochten alleenstaande en lesbische vrouwen KID en IVF gebruiken? Dinde de anonimiteit van de donor behouden of opgegeven te worden? Was draagmoederschap toelaatbaar? Alle partijen gingen ervan uit dat donorkinderen in geestelijke nood konden komen te verkeren vanwege de anonimiteit van de donor. Van de grote partijen pleitte slechts het CDA voor een volledige opheffing van de anonimiteit van de zaaddonor. Met uitzondering van de kleine confessionele partijen die het donorschap per se afwezen, vonden de

overige partijen dat in sommige gevallen opheffing van de donor-anonimiteit in het belang van het kind kon zijn. Het CDA stond vrij geïsoleerd in haar pleidooi om aan de schriftelijke toestemming van de man voor de behandeling van de vrouw ook zijn juridische vaderschap te koppelen, niet alleen binnen het huwelijk, maar ook indien er geen sprake van een huwelijk was, en niet het zaad van de man werd gebruikt voor de bevruchting. (TK, 1988-1989)

De kwestie of het toelaatbaar was embryo's voor wetenschappelijk onderzoek te gebruiken vormde een substantieel discussiepunt. De hele Kamer was het met het Kabinet eens dat het speciaal kweken van embryo's voor onderzoek, het klonen of creëren van chimaeren onaanvaardbaar was. Over andere kwesties was de Kamer verdeeld. Het CDA en de kleine confessionele partijen verzetten zich tegen elke vorm van embryo-onderzoek dat niet gericht was op de gezonde ontwikkeling van het embryo en op de totstandkoming van een zwangerschap. De seculiere partijen wilden in dit stadium de mogelijkheid van embryo-onderzoek in de toekomst niet afsnijden, maar waren evenmin bereid er alvast sterk voor te pleiten. De tijd was in hun ogen nog niet rijp voor definitieve besluiten. Twee partijen hebben tijdens het debat geprobeerd de embryokwestie te plaatsen in de context van IVF en van de medische risico's voor vrouwen. De woordvoersters voor de PPR en de PSP stelden dat IVF een zeer belastende en dure medische behandeling was met een zeer kleine kans op succes, met onbekende risico's voor vrouw (onder meer door het toedienen van grote hoeveelheden hormonen) en kind en met een directe lijn naar genetische selectie en manipulatie. De voorlichting over al die negatieve aspecten ontbrak. Hoewel ook zij meenden dat embryo's niet specifiek voor onderzoek gekweekt mochten worden, vroegen ze de bewindslieden, hoe zo'n verbod te controleren was.

'Wie garandeert ons dat, terwijl de IVF-techniek verbetert en straks minder bevruchte eicellen worden teruggeplant, vrouwen niet grote hoeveelheden hormonen blijven slikken, omdat er restembryo's moeten overblijven voor onderzoek?' (TK, 1988-1989, p20)

De Kabinetsnotitie en het daarop volgende debat in de Tweede Kamer hebben niet tot een eenduidige standpuntbepaling geleid. De status van de in de notitie geuite opvattingen was en bleef ambivalent. De moties die tijdens het debat werden ingediend, zijn nooit in stemming gebracht, wegens de val van de regering Lubbers II (op 2 mei 1989). Het ontbreken van een duidelijke mening van het parlement over de notitie kon geïnterpreteerd worden als een signaal dat de gang van zaken rond IVF in grote lijnen politiek aanvaardbaar was. De Kamer zag geen urgente redenen aan te dringen op wijziging van de uitgezette koers.

3.8 Kritische stemmen

De aanvaardbaarheid van IVF was niet in alle maatschappelijke geleidingen een uitgemaakte zaak. In kringen rond de kleine confessionele partijen werd de toelaatbaarheid van IVF en de verschillende toepassingen ervan getoetst aan de bijbelse geboden. Men vroeg zich af in hoeverre IVF gezien kon worden als een zegen van God of als een techniek die de grenzen van het toelaatbare overschreed. De meningen waren verdeeld. Uiteindelijk werd tegenover IVF een 'nee, tenzij' – houding aangenomen en aan de eventuele toepassing van deze techniek een aantal voorwaarden gesteld. Daartoe behoorde: aanvaarding dat het leven een gave uit de hand van God is, erkenning dat het leven begint bij de bevruchting en vanaf dat moment volledig beschermwaardig is en de strikte beperking van de IVF-behandeling tot gehuwde paren. (RPF, 1986, GPV, 1986, SGP, 1986) De onvoorwaardelijke eerbied voor het menselijk leven vanaf het moment van bevruchting was ook een reden voor het Nederlands Artsenverbond om IVF volledig af te wijzen, daar bij de toepassing van deze techniek een groot aantal embryo's telooring. Het argument dat bij de natuurlijke conceptie eveneens vele embryo's afstierven, wees men van de hand. Zo'n analogie tussen de natuurlijke en door de mens gecreëerde situatie hield volgens het Artsenverbond geen stand. De mens is een moreel wezen en de natuur is dat niet. (Gunning et al., 1989) De kritische houding van deze groepen vloeide voort uit hun religieuze overtuiging.

De ontwikkelingen op het gebied van de voortplanting werden ook met zorg gevolgd door ongeruste vrouwen, die de discussie binnen de vrouwenbeweging over IVF en andere nieuwe voortplantingstechnieken op gang brachten. Sommige feministische critici legden de nadruk op het experimentele karakter van de IVF-techniek. Zij wezen op de lage succeskansen van IVF en op vele, wellicht aan IVF inherente risico's voor in principe gezonde vrouwen die deze behandeling ondergingen en voor hun toekomstige kinderen. Er werd onder andere gewezen op het risico van een overstimulatie van de eierstokken, van meerling-zwangerschappen, op complicaties tijdens de zwangerschap, op vroegtijdige geboorten, op een te laag geboortegewicht en op onbekende langetermijngevolgen van deze behandeling. De medici werd verweten dat zij vrouwen met IVF behandelden zonder een voorafgaande grondige evaluatie ervan op risico's en effectiviteit. Bovendien vond men dat de medici de discussie over de risico's stelselmatig uit de weg gingen. (Hiddinga, 1986, Cramer, 1985, Elmers en Wilkens, 1986a en b)

Aan deze discussie deelnemende vrouwen vroegen de aandacht voor de rol van voortplantingstechnieken bij wezenlijke, hoewel niet altijd direct zichtbare, maatschappelijke veranderingen. Deze veranderingen hadden betrekking op de nieuwe houding tegenover kinderen die langzamerhand steeds meer aan bepaalde 'kwaliteitseisen' moesten

voldoen. De hoeveelheid technische middelen om tijdens de zwangerschap de gezondheidstoestand van het toekomstige kind te controleren en allerlei defecten te voorkomen nam toe. Vrouwen konden steeds meer kiezen en de medische wetenschappen stelden steeds nieuwe mogelijkheden in het vooruitzicht. Zo zouden geslachtsgebonden afwijkingen in de toekomst door sekseselectie van embryo's kunnen worden voorkomen. Maar mochten zulke technieken ook gebruikt worden voor de selectie van kinderen van bepaalde sekse? Wie bepaalt en wie beslist wanneer en waarvoor een bepaalde techniek wordt gebruikt? Wie bepaalt wat de kwaliteit van het kind betekent? (Van Berkel, 1985)

Er werd ook gewezen op het mogelijke verband tussen de beschikbaarheid van IVF en de toenemende, diffuse sociale druk op heteroseksuele vrouwen om de eigen grenzen te verleggen in niet aflatende pogingen biologisch moeder te worden. De culturele norm volgens welke de essentie van moederschap bestond uit een exclusieve biologische en individuele band met een kind, maakte van IVF een onder onvruchtbare vrouwen gewilde techniek. De schrijfsters voorspelden dat onder druk van zowel consumenten als artsen de toepassingscriteria voor IVF verruimd zouden worden. Doordat steeds meer vrouwen deze techniek zouden gaan gebruiken, zouden steeds verdergaande interventies in de vrouwelijke vruchtbaarheid een normaal cultuurgoed worden. (Ermers, 1986a en b) Tegelijkertijd waren de opvattingen over de moeder-kind relatie aan het veranderen. In toenemende mate werd het toekomstige kind vanaf het moment van conceptie gezien als losstaand van de moeder, als een personage met zelfstandige rechten die in conflict zouden kunnen komen met de rechten van de moeder. (Van Berkel, 1985)

In deze discussie meenden sommige vrouwen dat in de context van de nieuwe voortplantingstechnieken het traditioneel feministische uitgangspunt van de individuele keuzevrijheid van vrouwen bij de voortplanting ontoereikend was geworden. Het recht op individuele keuzevrijheid dat de inzet vormde van de strijd om abortus en veilige voorbehoedsmiddelen had betrekking op een ander soort keuzen. De problemen die met de komst van de nieuwe voortplantingstechnieken opdoemden, hadden niet zozeer betrekking op de vrijheid van vrouwen het moederschap uit te stellen of daarvan af te zien, maar op vragen of vrouwen het recht konden claimen op moederschap, op het krijgen van gezonde kinderen waarvan ze de karakteristieken en kwaliteiten zelf bepaalden. (De Beijer, 1986) Hoewel hiermee wezenlijke problemen aan de orde werden gesteld die serieuze aandacht verdienden, bleef de discussie beperkt tot de geïnteresseerde groepen binnen de vrouwenbeweging. Zij drong niet door tot de algemene media of adviesorganen en vond ook geen weerspiegeling in het beleid.

Er waren verschillende redenen waarom de discussie binnen de vrouwenbeweging marginaal bleef. Wellicht de belangrijkste ervan was het onvermogen om tot een eenduidig en breed gedragen standpunt over IVF te komen. Feministen waarschuwden voor de langetermijn maatschappelijke gevolgen van de ontwikkeling en de groeiende toepassing van voortplantingstechnologieën. De geschiktheid van het concept van autonomie om tot een standpunt over nieuwe voortplantingstechnieken te komen werd ter discussie gesteld. Tegelijkertijd deden onvruchtbare vrouwen, verenigd in de NVRB, een beroep op het feministische principe van de keuzevrijheid voor vrouwen bij de voortplanting om hun 'recht' op IVF te bevechten en ontkenden zij de geldigheid van de eerder genoemde bezwaren. Bovendien werden de lesbische en alleenstaande vrouwen door de vrouwenbeweging gesteund in hun verzet tegen de pogingen hen van het gebruik van voortplantingstechnieken uit te sluiten. (Meer gedetailleerde bespreking van deze kwestie komt in hoofdstuk 4 aan de orde.) Enerzijds werden de nieuwe voortplantingstechnieken dus als problematisch beschouwd. Anderzijds bond men de strijd aan om toegang tot deze technieken voor bijna alle categorieën vrouwen veilig te stellen. In deze situatie was het niet moeilijk om aan het debat in de vrouwenbeweging geen aandacht te besteden.

3.9 Tevredenheid over een gebrekkige techniek

Terwijl in de tweede helft van de jaren tachtig de aandacht verschoof naar bredere kwesties rond de medisch geassisteerde voortplanting en het onderzoek met embryo's, begonnen in de medische tijdschriften de eerste medische gegevens over in de Nederlandse klinieken uitgevoerde IVF-behandelingen te verschijnen. Vergeleken met de beoordeling door de Gezondheidsraad en met het positieve beeld van IVF dat in de media voortleefde, staken de werkelijke gegevens nogal ongunstig af. Zo bleek dat in het meest ervaren Dijkzigt Ziekenhuis de kans op een zwangerschap per behandeling nauwelijks boven 10% te liggen, 20% van de IVF-zwangerschappen eindigde in spontane abortus en bij een kwart van de vrouwen werd de behandeling afgebroken voorafgaande aan de verwijdering van de eicellen. (Alberda et al., 1987) De twee jaar later gepubliceerde resultaten van het door de Ziekenfondsraad gefinancierde evaluatieonderzoek, dat zich op gegevens over 1500 behandelingen uit vijf ziekenhuizen baseerde, kwamen in grote lijnen overeen met de bevindingen van het Dijkzigt Ziekenhuis. Per gestarte IVF-behandeling bleek gemiddeld een op tien vrouwen een kind te krijgen. Bij een driemaalige herhaling van de behandeling steeg de kans op een doorgaande zwangerschap tot 30%. Aan de IVF zwangerschappen waren verhoogde risico's verbonden: 17% van de zwangerschappen eindigde in een miskraam, bij 6% werd een buiten-

baarmoederlijke zwangerschap geconstateerd, een derde der vrouwen beviel voortijdig en bij evenveel bevallingen werd de keizersnede gehanteerd. Het geconstateerde aandeel van meerlingen was bijzonder hoog, 30%, en bijna 40% van de kinderen had een te laag geboortegewicht. (Haan et al., 1989)

Bovendien bleek dat ook op de organisatorische zorgvuldigheid van de IVF-praktijk een en ander afgedongen kon worden. De hepatitisbesmetting in het Dijkzigt Ziekenhuis bracht dat aan het licht. Tijdens de IVF behandeling kwamen daar 177 vrouwen in aanraking met het hepatitis-B virus dat een ernstige vorm van geelzucht kan veroorzaken. In totaal werden 79 vrouwen ziek, van wie 25 ernstig en vijf zelfs zo ernstig dat ze voor een paar weken moesten worden opgenomen. Drie vrouwen werden langdurig draagster van het virus. Op 3 maart 1988 staakte het ziekenhuis alle IVF-behandelingen en de Inspectie van de Volksgezondheid stelde een onderzoek in naar de oorzaken van de besmetting. De uitkomsten waren niet bepaald positief. IVF-behandelingen werden met een grote mate van vrijblijvendheid uitgevoerd. De afspraken tussen de samenwerkende eenheden bleken nimmer schriftelijk vastgelegd. Toch vond het ziekenhuis dat er geen sprake was van een incorrecte behandeling, want in de besmettingsperiode was het percentage zwangerschappen niet gedaald. (Pols, 1989)

Noch de magere resultaten van IVF noch de besmettingsaffaire leidden tot herziening van de medische opinie over de techniek. Nog voordat het Dijkzigt Ziekenhuis de IVF had hervat, pleitten de Nederlandse IVF pioniers, prof. G.H. Zeilmaker en dr. A.Th. Alberda, voor uitbreiding van de indicaties en voor een snellere toepassing van IVF bij de behandeling van onvruchtbaarheid. Tijdens een symposium waaraan vooraanstaande IVF-specialisten, vertegenwoordigers van het ministerie van WVC, van de Ziekenfondsraad en van de NVRB meewerkten, stelden ze dat IVF een veilige techniek was en in een vroeg stadium van de onvruchtbaarheidsbehandeling overwogen diende te worden. (Zeilmaker, 1988)

Tegen het einde van het decennium werd de positieve beoordeling van IVF door geen enkele gezaghebbende instantie in twijfel getrokken. Intussen voerden twaalf ziekenhuizen de volledige IVF uit, het aantal behandelingen steeg tot boven 2500, hoewel het ministerie van Volksgezondheid geen enkele van de in het 'Besluit tijdelijke regeling IVF' aangekondigde vergunningen had verleend. Pas in 1988 werd bij een algemene maatregel van bestuur het laboratoriumdeel van IVF (dat wil zeggen, de eicelbevruchting buiten het lichaam van de vrouw en de eerste delingen van het embryo) en het plaatsen van embryo's in de baarmoeder permanent onder het vergunningstelsel gebracht. (Staatsblad, 1988) Een jaar later werd het planningsbesluit IVF gepubliceerd, waarin zowel de omvang van de vraag naar IVF als de

voorwaarden voor de uitvoering van deze behandeling werden vastgesteld.

In de totstandkoming van het Planningsbesluit en in de besluitvorming over de financiering van IVF is de invloed zichtbaar van de actieve NVRB, wier opvattingen nauwelijks van die van de IVF artsen verschilden. In het concept Planningsbesluit schatte het ministerie de jaarlijkse behoefte aan IVF, tot en met 1992, op 2500 tot 3000 behandelingen. Per vrouw zouden dan maximaal drie behandelingen worden uitgevoerd. Om aan deze behoefte te voldoen zouden tien IVF laboratoria een vergunning krijgen, onder voorwaarde dat ze, onder andere, een bepaald succespercentage bereikten. Naast de gebruikelijke adviescolleges leverden ook de NVOG en NVRB commentaar op het concept Planningsbesluit. De laatste maakte bezwaar tegen de hoogte van de geschatte behoefte aan IVF. Aangezien in de buitenlandse centra de kans op een kind per behandeling tot 30% steeg, was IVF 'geen *ultimum refugium* behandeling meer'. Een beperking van de IVF capaciteit tot minder dan 4500 behandelingen per jaar vond NVRB onverantwoord. De overheid diende weliswaar snel kwaliteits- en zorgvuldigheidseisen aan de IVF-behandeling te stellen, maar te verlangen dat een kliniek een bepaald minimaal succespercentage diende te bereiken, was uit den boze. De klinieken zouden dan geen vrouwen met een lagere kans op succes meer in behandeling nemen, was de redenering. De NVRB herhaalde ook haar standpunt dat IVF met onmiddellijke ingang in het ziekenfonds en in de particuliere verzekeringspakketten opgenomen diende te worden. In het een jaar later vastgestelde Planningsbesluit werd de jaarlijkse behoefte, overeenkomstig de wens van de NVRB, op 4500 behandelingen geraamd en het maximum aantal IVF-laboratoria naar elf uitgebreid. Het ministerie handhaafde de eis dat, de kliniek, om voor een vergunning in aanmerking te komen, moest aantonen dat tenminste 10% van de daar gestarte behandelingen had geresulteerd of binnenkort zou resulteren in doorgaande zwangerschappen (van tenminste 12 weken). De klinieken werden ook verplicht adequaat verslag uit te brengen over het verloop en de uitkomsten van IVF-behandelingen. In de loop van 1990 werden de meeste vergunningen verleend, toch duurde het tot 1996 voordat een landelijk registratiesysteem voor IVF werd opgezet.

In 1989 werden ook besluiten genomen over de vorm van financiering van IVF. Het eerder besproken evaluatieonderzoek was inmiddels afgerond. De Commissie die dit onderzoek begeleidde – en waarin ook een vertegenwoordiger van de NVRB zitting had – adviseerde de Ziekenfondsraad de uitsluiting van IVF uit het Ziekenfondsverstrekkingenpakket op te heffen. Dit advies ten spijt besloot de Ziekenfondsraad vooralsnog IVF niet in het verzekeringspakket op te nemen, omdat zij met haar beslissing over de financiering van IVF niet vooruit wilde lopen op de politieke discussie over de samenstelling van het basispakket en het aanvullende pakket. Daarom koos men ervoor IVF

te financieren via een subsidieregeling voor een onbepaalde periode. Per vrouw werden drie behandelingen per bereikte zwangerschap vergoed, mits de behandeling in een ziekenhuis werd uitgevoerd dat over een IVF-vergunning beschikte. Er werd geen maximum aan het aantal jaarlijks te subsidiëren behandelingen gesteld. De meeste particuliere ziektekostenverzekeringen volgden het voorbeeld van de Ziekenfondsraad en vergoedden drie IVF-behandelingen.

Het besluit van de Ziekenfondsraad om op zo'n manier de financiering van IVF te regelen was een feitelijke tegemoetkoming aan de eisen van zowel de medici als de NVRB. Hoewel IVF formeel niet in het pakket werd opgenomen, was de financiering in de praktijk aan weinig beperkingen onderhevig. Dit uit 1989 daterende besluit is nog steeds geldig, hoewel in de tussenliggende periode twijfels zijn gerezen over de kwaliteit van IVF en over de plaats van deze behandeling in de reguliere gezondheidszorg. In het afgelopen decennium groeide de omvang van deze subsidie gestaag. In 1999 ging de helft van de subsidies die door de Ziekenfondsen aan de curatief somatische zorg werden verstrekt, op aan de financiering van IVF en bedroeg f15 mln. (College voor Zorgverzekeringen, 2000)

3.10 IVF onder beheer van de medische professie

De besluiten die aan het einde van de jaren tachtig werden genomen en begin jaren negentig ingevoerd, legden de vorm van de inbedding van IVF in de gezondheidszorg voor het volgende decennium vast. In de jaren negentig staat IVF als een behandeling waarop ongewenst kinderloze paren recht hebben, niet ter discussie. Het aantal uitgevoerde IVF-behandelingen blijft explosief groeien en de indicaties worden gestaag uitgebreid. De serieuze aandacht voor de problematische kanten die IVF vanuit het oogpunt van de gezondheidszorg heeft, bleef echter ontbreken. De grootschalige toepassing van IVF ging niet gepaard met een systematische verzameling, analyse en evaluatie van gegevens omtrent de effectiviteit, de doelmatigheid, de korte- en langetermijn gevolgen van deze ingreep voor de gezondheid van vrouwen en hun IVF-kinderen. Het beeld van IVF als een in bijna alle opzichten geslaagde medische techniek bleef voortbestaan.

Pas in 1997 wijst de Gezondheidsraad, in haar derde rapport over dit onderwerp, op duidelijke lacunes in het wetenschappelijke onderzoek. Dit hoogste adviescollege inzake medische kennis stelt dan dat voor slechts één van de gehanteerde indicaties, de dubbelzijdige afsluiting van eileiders die operatief niet verholpen kan worden, de effectiviteit als vaststaand mag worden beschouwd. (Gezondheidsraad, 1997) Desondanks oordeelt de Raad dat het ontbreken van zekerheid over

de waarde van IVF bij andere indicaties dan de eileiderproblematiek de voortgezette toepassing van IVF bij deze patiëntengroepen niet in de weg staat. Wel acht zij het nadrukkelijk gewenst dat de IVF-sector zo snel mogelijk adequate gegevens over de praktijk oplevert. Zo'n onderzoek zou het liefst als een *randomized clinical trial* (RCT) moeten worden opgezet. Een aanbeveling die de commissie echter zelf onhaalbaar acht, omdat binnen de gegroeide behandelingspraktijk een *random* toewijzing van patiënten aan behandelingen niet valt te realiseren. Als *second-best* optie wordt observationeel onderzoek aanbevolen.

In de een jaar later uitgevaardigde richtlijn constateert de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) eveneens dat er geen enkele RCT bestaat waarin de kans op zwangerschap van IVF vergeleken wordt met de spontane kans voor welke indicatie dan ook. De auteurs voegen daar aan toe, dat in deze tijd zo'n onderzoek

'niet meer haalbaar lijkt, omdat IVF een algemeen geaccepteerde behandeling is en de meeste infertiele paren (en hun artsen) van mening zijn dat zij recht hebben op deze behandeling wanneer ze lang genoeg hebben gewacht op het spontaan optreden van een zwangerschap.' (NVOG, 1998b, onze cursivering)

De meest ideale onderzoeksopzet mag dan door de betrokken partijen in de huidige situatie niet haalbaar worden geacht en patiënten hebben kennelijk recht op een behandeling waarvan de effectiviteit niet bewezen is, in de jaren negentig lijkt de geneigdheid groeiende om kritischer te kijken naar de effectiviteit en risico's van IVF en de indicatiestelling.

Onlangs zijn er enkele studies verschenen waarin medici rapporteren over hun onderzoek naar het verloop en de uitkomst van IVF-zwangerschappen. De zwangerschapsuitkomst na IVF blijkt ongunstiger dan na een natuurlijke conceptie. Dit is voornamelijk toe te schrijven aan het hoge percentage meerlingen. In Nederland worden op dit moment in het algemeen twee embryo's teruggeplaatst. Desondanks gaat het bij 25% van de IVF-zwangerschappen om een meerling. De ongunstige uitkomst blijft bestaan bij vergelijking van IVF tweelingen en 'natuurlijke' tweelingen: IVF-tweelingen hebben een lager geboortegewicht. (Koudstaal, 1999) IVF-éénlingzwangerschappen hebben een anderhalf maal hogere kans op een vroeggeboorte dan normale zwangerschappen en duren gemiddeld 2,3 dag korter. Het geboortegewicht van IVF-baby's is gemiddeld 90 gram lager. Op tweejarige leeftijd heeft een klein maar significant groter percentage kinderen motorische problemen dan hun leeftijdsgenootjes die geboren zijn na een normaal tot stand gekomen zwangerschap. Deze stoornissen lijken vooral toe te schrijven aan het hogere percentage vroeggeboorten. (Buitendijk, 2000)

Ook de indicatiestelling wordt kritischer bekeken. De Gezondheidsraad had al in 1992 geconstateerd dat het toepassingsgebied van IVF werd uitgebreid van onvruchtbaarheid naar diverse vormen van verminderde vruchtbaarheid. De Raad drong op een meer terughoudende opstelling van artsen bij een eventuele keuze voor de IVF-behandeling. (Gezondheidsraad, 1992, p. 64) In 1996 maakten de beroepsgroepen zelf (de NVOG en de Vereniging van Klinisch Embryologen) een voorlopig einde aan MESA (microchirurgische sperma-aspiraties) en TESE (testiculaire sperma-extractie). Het gaat hier om twee varianten van ICSI, waarbij het sperma niet uit het ejaculaat maar via chirurgische weg wordt verkregen. Deze voorlopige pas op de plaats werd beargumenteerd met mogelijke genetische risico's die aan deze varianten van ICSI verbonden zouden kunnen zijn. De eigenschappen en de kwaliteit van het sperma dat gebruikt wordt bij MESA en TESE, roepen nogal wat vragen op. Er bestaat onzekerheid over de gezondheidsrisico's voor kinderen bij gebruik van niet volledig ontwikkeld, niet intact of verouderd sperma. Intussen heeft de beroepsgroep in november 2000 haar vrijwillige moratorium versoepeld. Klinische onderzoeken naar deze twee technieken zijn van het moratorium uitgezonderd, mits de onderzoeksprotocollen zijn goedgekeurd door de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO). De minister van Volksgezondheid heeft deze verandering overgenomen en in december 2000 het laatste planningsbesluit aangepast.

Niet alleen de varianten, maar ook ICSI zelf blijkt niet zonder extra risico's. Bij onderzoek naar ICSI werd een verhoging gevonden van het percentage geslachtschromosomale afwijkingen bij jongens. Dit betekent dat mannelijke kinderen geboren na ICSI een grotere kans hebben zelf onvruchtbaar te zijn. Een punt van zorg, in de visie van de Gezondheidsraad, maar geen grond voor de stelling dat ICSI onverantwoord is. (Gezondheidsraad 1996)

Net als in de jaren tachtig stelt de overheid zich ook in de jaren negentig afwachtend op. Het uit 1998 daterende Planningsbesluit IVF is een formele bekrachtiging van de ontwikkelingen die in de praktijk hebben plaatsgevonden. (Staatscourant, 1998) De leidende rol van de organisaties van de medici in het uitstippelen van de richting van het te volgen beleid is daarin duidelijk zichtbaar. In het Planningsbesluit wordt geen poging meer gedaan om de ontwikkeling van de vraag naar IVF behandelingen te schatten. De minister volstaat met de constatering dat de bestaande IVF centra ook in de toekomst aan de vraag zullen voldoen. Even opmerkelijk is dat bij de voorschriften waaraan de centra dienen te voldoen, steeds wordt verwezen naar het volgen van de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. (Deze richtlijnen kunnen op de internetpagina van de NVOG worden geraadpleegd.) Aan de behandelingsprotocollen die aan het ministerie van VWS en aan de Inspecteur voor de Gezondheidszorg moeten worden toegezonden, stelt het Planningsbesluit vooral

formele eisen. Geheel in overeenstemming met de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg bepaalt het Planningsbesluit dat IVF-centra zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de behandeling. Daarbij dienen ze door de Gezondheidsraad en de NVOG opgestelde kwaliteitsnormen na te leven. Indien deze richtlijnen en normen in acht worden genomen, zijn er geen formele belemmeringen meer voor de uitvoering van ICSI of van IVF in combinatie met eiceldonatie of draagmoederschap. De IVF-techniek en haar vele toepassingen die in de afgelopen jaren zoveel maatschappelijke controverses hebben opgeroepen, is nu ook formeel volledig onder de hoede van de medische professie gebracht.

3.11 Tot slot

Terugkijkend op de ontwikkelingen rond de invoering van IVF valt een voortzetting te constateren van de veranderingen die in de jaren zestig op gang zijn gekomen. De IVF-artsen gaven een publieke invulling aan hun nieuwe rol van medisch-technische adviseurs. In deze hoedanigheid profileerden ze zich als pleitbezorgers van een nieuwe technologie, van de medisch-technische vooruitgang, die hen in staat stelt hun taak ten opzichte van de patiënten zo goed mogelijk te vervullen. Hun activiteiten waren gericht op snelle inbedding van IVF in de gezondheidszorg en op het behoud van een autonome controle over deze behandeling. Als experts in medische dienstverlening hielden de artsen zich grotendeels afzijdig van morele oordelen en ethische debatten. De IVF-medici maakten zich ook weinig zorgen over de kwaliteit van deze techniek. Hoewel de wetenschappelijke gegevens ontbreken op basis waarvan de waarde van IVF beoordeeld zou kunnen worden, bleef IVF in de ogen van de betrokken artsen een goede en onproblematische techniek, een omzeiling van een lichamelijke beperking die de weg naar een zwangerschap blokkeert.

Ook de patiënten hebben een nieuwe rol voor zichzelf gevonden. Niet alleen brachten ze de problemen van ongewenste kinderloosheid voor het voetlicht. Ze richtten een patiëntenvereniging op die hun particuliere belangen als groepsbelangen articuleert en duidelijke politieke eisen stelt. Ze beriepen zich vaak op het recht op individuele zelfbeschikking bij de voortplanting en vatten dat op als het recht op een medische behandeling (IVF) bij onvruchtbaarheid. De opvattingen en de eisen van de NVRB (nu bekend onder de naam Freya), die in de media en aan het ministerie van Volksgezondheid werden gearticuleerd, kwamen in grote mate overeen met die van de IVF artsen. En omdat in het publieke debat nauwelijks sprake was van krachtige tegenstemmen, heeft deze informele coalitie tussen artsen en patiënten de maatschappelijke acceptatie van IVF als onderdeel van de gezondheidszorg vergemakkelijkt.

In de jaren tachtig zag de overheid zichzelf voor een nieuw probleem geplaatst. Ze werd gevraagd een oordeel te vellen over een nieuwe medische technologie die weliswaar werd gebruikt maar nog geen vaste plaats in de medische praktijk had verworven. De betrokkenheid van de overheid en van de politiek bij de beantwoording van de vraag of toepassing van IVF in de Nederlandse gezondheidszorg aanvaardbaar was, vormde een potentiële beperking voor de autonomie van de medische professie. De overheid vertoonde een grote aarzeling in te grijpen in de vrijheid van haar burgers en in de autonomie van de medische professie. De vraag of IVF aanvaardbaar is werd dan ook snel geherformuleerd als: welke toepassing is aanvaardbaar? In wat voor context en onder welke condities? De overheid vatte haar rol als medevormgever aan de IVF-praktijk halfslachtig op. Er werden commissies ingesteld maar de adviezen lieten vaak lang op zich wachten. Onder druk van de snelgroeiende IVF-praktijk stelde de overheid aanvankelijk het kader op, waarbinnen IVF toegepast mocht worden. Maar de uitvoering van het beheersingsbeleid liet te wensen over. Op het ministerie van Volksgezondheid verliep de besluitvorming over IVF-vergunningen traag. De ziekenhuizen vroegen om vergunningen, hoewel geen enkele van hen voldeed aan de in het Planningsbesluit van 1989 gestelde criteria. In 1990 verleende het ministerie twaalf tijdelijke vergunningen en maande de ziekenhuizen aan binnen een korte periode aan de vereiste criteria te voldoen. (TK, 1990) Bij de een jaar later uitgevoerde inspectie bleek dat slechts vier ziekenhuizen hun zaken op orde hadden. Toch kregen eind 1991 alle ziekenhuizen een definitieve vergunning, hoewel sommige nog steeds niet aan alle voorwaarden voldeden. Met de uitvoering van andere bepalingen van het Planningsbesluit werd evenmin haast gemaakt. Zo kwam de verplichte systematische registratie van de resultaten van IVF pas in 1996 tot stand. Intussen werden de indicaties voor IVF uitgebreid en nam het aantal behandelingen snel toe. Eind jaren negentig restte de overheid geen ander alternatief dan sanctionering van de gegroeide praktijk. Ondanks de bemoeienis van de politiek met de medisch geassisteerde voortplanting wisten de artsen hun zeggenschap over de IVF-techniek te behouden.



4 IVF: techniek met verreikende culturele implicaties

In het hedendaagse Nederland behoren beslissingen over het wel of niet krijgen van kinderen, het tijdstip waarop en de omstandigheden waarin men nageslacht ter wereld wenst te brengen tot de beschermde privé-sfeer. Iedereen wordt geacht hierover in vrijheid te kunnen beslissen. De kinderwens, de wens tot voortplanting wordt als een natuurlijk menselijk verlangen beschouwd. In de overtuiging van velen is het primair de biologie die de mens aanzet zich voort te planten. De mogelijkheid kinderen daadwerkelijk te plannen en de overtuiging dat de planning overgelaten dient te worden aan individuele mannen en vrouwen is echter van recente datum. Voor de opkomst en het wijdverbreide gebruik van betrouwbare anticonceptiemiddelen leidden seksuele relaties tussen vrouw en man vroeger of later tot zwangerschappen en kinderen. Seksualiteit en voortplanting waren bijna onlosmakelijk met elkaar verbonden.

De pil heeft hier, op zijn minst in Nederland, een einde aan gemaakt. Door het grote belang dat nu aan de voortplanting als persoonlijke aangelegenheid wordt gehecht, krijgen de culturele opvattingen over het krijgen van kinderen minder aandacht. En juist deze opvattingen zijn mede onder invloed van de moderne voortplantingstechnieken aan het veranderen. Voortplanting is immers niet alleen een individueel en biologisch maar ook een maatschappelijk gebeuren. De maatschappij creëert via haar gewoonten, normen, instituties en wetten een begrenzende ruimte waarin de individuele keuzes aangaande de voortplanting worden gemaakt. Sommige daarvan worden als vanzelfsprekend beschouwd en krijgen daardoor een meer of minder normatief karakter, zoals het krijgen van een kind in een stabiele heteroseksuele relatie. Andere keuzes vallen buiten deze normatieve ruimte, bijvoorbeeld omdat ze een incestueuze relatie vooronderstellen. Dezelfde maatschappij bepaalt ook wie aanspraak kan maken op de hulp van gespecialiseerde instanties, indien het krijgen van kinderen binnen de besloten persoonlijke relatie niet lukt.

De introductie van IVF in de Nederlandse gezondheidszorg betekende voor onvruchtbare vrouwen en mannen dat er een nieuwe medische technologie beschikbaar kwam om hun wens moeder of vader te worden, te realiseren. Belangrijk was daarbij niet zozeer de kwantita-

tieve uitbreiding van de behandelopties als wel de mogelijkheid nieuwe vormen van voortplanting en van ouderschap met behulp van IVF te realiseren. De lichamelijke betrokkenheid van meerdere personen bij de realisering van de kinderwens van een paar, vroeg om een culturele interpretatie. De posities van al deze personen, hun onderlinge relaties in de opkomende voortplantingspraktijken, moesten worden benoemd, bepaald en geaccepteerd of afgewezen. Zo verschenen in het Nederlandse vocabulaire nieuwe categorieën van ouders (wensouders, genetische ouders, sociale ouders), nieuwe categorieën van moeders (draagmoeders, post-menopauzale moeders) nieuwe categorieën van kinderen (IVF-kinderen, ICSI-kinderen) en nieuwe donoren (eiceldonoren, embryo-donoren). Ook de onderlinge relaties tussen deze personen die in de IVF-praktijk ontstonden, vroegen om een culturele interpretatie. Hoe kunnen we de gecompliceerde relaties begrijpen, benoemen en reguleren die ontstaan als één zus de eiceldonor of de draagmoeder voor de andere wordt en daaruit een kind wordt geboren? Hoe verhouden zich de mannelijke partners van deze zussen dan tot elkaar en tot het kind? Hoewel de IVF-praktijk al twintig jaar oud is, is het proces van culturele herinterpretatie van de betekenissen die aan voortplanting, moederschap, vaderschap, verwantschap en kinderen worden toegekend, nog niet voltooid.

De culturele aanvaardbaarheid van de diverse door IVF mogelijk gemaakte voortplantingsopties stond niet op voorhand vast. Integendeel, over de opties die diep verankerde opvattingen over voortplanting en gezin ondermijnden, ontstonden keer op keer scherpe publieke controversen. Verschillende (nieuwe) actoren zoals lesbische vrouwen, onvruchtbare mannen, vrouwenbeweging en medici grepen de nieuwe mogelijkheden aan en streden met elkaar over de vraag welke nieuwe culturele betekenissen toegekend moesten worden aan voortplanting, moederschap, vaderschap, verwantschap en kinderen.

In dit hoofdstuk bespreken wij hoe in deze publieke debatten vorm werd gegeven aan de culturele aanvaardbaarheid van een aantal oorspronkelijk controversiële varianten van IVF. Welke vormen van planning, ouderschap en verwantschap werden beoordeeld als vanzelfsprekend, acceptabel dan wel juist als onaanvaardbaar? Welke argumenten zijn op verschillende momenten van gewicht geweest en hoe verschoven deze in tijd? Voor een deel gaat het hier over dezelfde debatten die reeds in het vorige hoofdstuk aan de orde kwamen. In dat hoofdstuk hebben we op chronologische wijze politieke processen besproken waarin de institutionele inbedding van IVF in de gezondheidszorg vorm kreeg. Dit hoofdstuk is geordend rondom de vraag hoe de aanvaardbaarheid van de verschillende toepassingsvormen van IVF tot stand werd gebracht. Wij beginnen met een korte omschrijving van het radicale karakter van IVF. Vervolgens besteden we aandacht aan de toepassing van deze techniek in de heteroseksuele relaties, die al dan niet terecht, weinig controversen hebben opge-

roepen. In de daarop volgende paragrafen komen meer controversiële gebruiksvormen aan bod. We zullen zien hoe met verloop van tijd een aantal van deze opties steeds aanvaardbaarder is geworden. We besluiten dit hoofdstuk met een uiteenzetting van de aan IVF gerelateerde nieuwe mogelijkheden om de gezondheid en wellicht ook andere kenmerken van het toekomstige kind te beïnvloeden.

4.1 Technisch geassisteerde voortplanting zonder grenzen?

IVF werd in eerste instantie geïntroduceerd als een techniek voor vrouwen die geen kinderen konden krijgen omdat hun eileiders waren afgesloten. Dit type onvruchtbaarheid, vaak veroorzaakt door ontstekingen en seksueel overdraagbare aandoeningen, werd tot dan toe operatief behandeld. Eileideroperaties, hoewel niet altijd succesvol, waren gericht op het herstel van de fysiologische functies, op het herstel van de vruchtbaarheid van de vrouw. Zo waren er ook andere medische therapieën voor onvruchtbare vrouwen zoals hormonale therapieën en het operatief verwijderen van gezwellen. IVF bracht een radicale verandering teweeg in het principe dat een therapie op genezing is gericht. Het doel van IVF-behandeling is niet het herstellen van de vruchtbaarheid maar de omzeiling van lichamelijke obstakels voor de voortplanting door de bevruchting buiten het lichaam van de vrouw te laten geschieden. De fysiologische functies van de vrouwelijke en mannelijke lichamen worden bij IVF deels vervangen door handelingen met geslachtscellen en embryo's in een laboratorium.

Het grensverleggende element van IVF bestaat erin dat het bevruchttingsproces volledig plaats heeft buiten het vrouwenlichaam. In de context van de IVF-techniek is bevruchting geen gevolg van de geslachtsgemeenschap tussen een vrouw en een man. Het is een resultaat van de interactie tussen de geïsoleerde eicel en de zaadcellen. Door tussenkomst van de techniek is het bevruchttingsproces gedepersonaliseerd. Een eicel kan door een andere worden vervangen evenals de zaadcellen en de vrouwen bij wie het embryo wordt ingebracht. Zolang men de bevruchting in het laboratorium uitsluitend als een biotechnische gebeurtenis beschouwt, blijven de problemen beperkt tot de vragen naar de effectiviteit van de medische procedure en naar de beschikbaarheid van geslachtscellen en van vrouwen die een kind willen dragen. Verlaat men de gedepersonaliseerde context van een laboratoriumschaaltje, dan dringen zich nieuwe vragen op. Vragen die te maken hebben met de manier waarop de institutionele inbedding van IVF in de Nederlandse gezondheidszorg zou moeten plaatsvinden (behandeld in hoofdstuk 3) en vragen naar de culturele betekenissen en aanvaardbaarheid van de nieuwe verwantschapsrelaties die de voortplantingstechnologie mogelijk maakt. Welke vormen van voort-

planting zijn acceptabel, wie mogen er gebruik van maken, welke voorwaarden moeten gesteld worden aan het gebruik en hoe dient het gebruik gereguleerd te worden?

Anders dan de 'natuur' schrijft de IVF-techniek niet dwingend voor dat slechts twee mensen van verschillend geslacht een kind verwekken. Het maakt verwezenlijking van een heel spectrum van sociale relaties tussen mannen, vrouwen en kinderen mogelijk. Zo kan men proberen de oorspronkelijke relatie tussen de lichamen na te bootsen door slechts de eicellen te bevruchten van vrouwen bij wie het embryo zal worden geplaatst en voor de bevruchting uitsluitend zaad van hun partners te gebruiken. Maar dat is niet noodzakelijk. Zowel de eicellen als de zaadcellen kunnen afkomstig zijn van donoren. Embryo's die uit gedoneerde gameten zijn gecreëerd, kunnen door draagmoeders worden gedragen ten behoeve van weer andere personen, hetzij alleenstaande mannen of vrouwen, hetzij homo- of heteroseksuele paren. De leeftijdsbarrière die de voortplantingscapaciteit van vrouwen beperkt, kan nu worden overschreden en de volgorde van de generaties kan ingrijpend worden veranderd. De beschikbaarheid van embryo's buiten het vrouwenlichaam is voorwaarde en tegelijkertijd stimulans voor de ontwikkeling van nieuwe technieken, zoals diverse varianten van ICSI en preimplantatie-diagnostiek, en voor nieuw onderzoek naar het kloneren en het kweken van embryonale stamcellen. Welke van deze mogelijkheden en ermee samenhangende sociale relaties in de praktijk gerealiseerd zullen worden, hangt in grote mate af van het proces van inpassing ervan in de bestaande opvattingen, normen en waarden die de voortplanting tot een sociaal betekenisvolle gebeurtenis maken.

De IVF-techniek stelt onvruchtbare vrouwen hulp in het vooruitzicht bij de realisatie van hun moederschapswens. Paradoxaal genoeg heeft deze techniek tegelijkertijd de mogelijkheid geschapen het voortplantingsproces over meerdere vrouwen te verdelen en daarmee juist de (bestaande) notie van het moederschap ter discussie te stellen. Omdat IVF de continuïteit in de vrouwelijke voortplanting doorbreekt, is het niet langer vanzelfsprekend dat de vrouw, van wie de eicel afkomstig is, van het embryo zwanger zal raken en – na het kind ter wereld te hebben gebracht – ook de sociale en wettelijke moeder zal zijn. Door de toepassing van de nieuwe techniek van celkerntransplantatie kunnen nu kinderen worden verwekt die het genetisch materiaal van twee vrouwen hebben geërfd. In theorie is het mogelijk technieken te ontwikkelen om de eicellen uit overleden vrouwen of geaborteerde foetussen voor bevruchting te gebruiken of om embryo's in kunstbaarmoeders te laten groeien. Al deze technieken die geen onderscheid maken tussen de situaties waarin één of meerdere vrouwen zijn betrokken bij de totstandkoming van een kind vragen om een maatschappelijke keuze uit verschillende mogelijkheden.

4.2 Technologie in dienst van het kerngezin

De geboorte van een kind is een cruciale gebeurtenis. Het is het moment waarop de maatschappelijke verbintenis tot stand komt tussen een kind en zijn ouders en met de beide families van zijn ouders. Vanaf zijn geboorte wordt het kind opgenomen in een bestaand netwerk van sociale relaties waaraan het in de toekomst een deel van zijn identiteit zal ontleen. Dit sociale netwerk van een kind begint bij zijn ouders en verwanten.

In de Europese culturen speelt de biologische verbintenis een belangrijke rol bij de vaststelling wie wel en wie niet tot gezin, familie en verwanten behoren. In het verleden sprak men vaak over 'bloed'verwanten. Met de ontwikkeling van de biologische kennis heeft het denken in termen van bloedverwantschap plaats gemaakt voor de genetische afstamming. Hoewel de biologische afstamming in de praktijk lang niet altijd overeenkomt met de verwantschapsrelaties die maatschappelijk worden verondersteld en erkend (denk bijvoorbeeld aan kinderen die verwekt zijn in 'overspel' of door kunstmatige donorinseminaties), verschaft de biologie nog steeds een belangrijk uitgangspunt voor het denken over gezin en verwantschap. Het is wellicht een van de redenen waarom ongewenste kinderloosheid bijna automatisch gelijk wordt gesteld met de biologische oorzaken ervan en niet met de sociale (zoals bijvoorbeeld het niet kunnen vinden van een gewenste partner voor het ouderschap, problemen bij het combineren van ouderschapstaken met betaalde arbeid, ontoereikende materiële middelen).

De IVF-techniek maakt diverse vormen van voortplanting mogelijk. De meeste ervan conflicteren met de dominante culturele opvattingen over de relaties die geschikt zijn voor de geboorte en de opvoeding van kinderen. Bijna alle controversiële vormen van voortplanting met behulp van IVF kwamen reeds vroeg in publieke debatten aan de orde als theoretische toekomstmogelijkheden. Maar in de opkomende IVF praktijk van de jaren tachtig deden dit soort situaties zich niet voor. De meeste patiënten die op een IVF-behandeling aanspraak maakten, leefden in een stabiele man/vrouw-relatie. De klinieken stelden schriftelijke instemming van beide kandidaat-ouders als voorwaarde voor de uitvoering van de behandeling. Toepassing van IVF bleef dus netjes vallen binnen het traditionele model van het kerngezin. In de eerste officiële documenten werd aan dit cultureel revolutionaire potentieel van IVF weinig aandacht besteed. IVF werd in technische termen omschreven als een medische behandeling voor vrouwelijke onvruchtbaarheid veroorzaakt door de dubbelzijdige afsluiting van de eileiders (Gezondheidsraad 1984). De overheid nam deze omschrijving van de Gezondheidsraad over en besloot dat het vooralsnog als

de enige toegestane indicatie voor IVF moest gelden (Staatscourant 1985b). Over de sociale relatie van vrouwen die wegens hun aandoe-ning voor IVF in aanmerking kwamen, werd in het overheidsbesluit niet gesproken.

Eind jaren tachtig is er sprake van een uitbreiding van de indicaties met mannelijk onvruchtbaarheid. Deze uitbreiding gebeurde praktisch automatisch: in 1989 werd een dergelijke ontwikkeling op termijn voorzien, in 1991 constateert men dat het reeds zover is en in 1993 wordt onder andere mannelijke subfertiliteit opgenomen in de indicatielijst (zie hoofdstuk 3). Een jaar later was in ongeveer de helft van de IVF behandelingen sprake van zaadafwijkingen. (Wetzels, 1994) De uitbreiding van de indicaties met mannelijke subfertiliteit lijkt weinig argumentatie te behoeven. Een IVF-behandeling van een vrouw als oplossing van de onvruchtbaarheid van een man, zal immers veelal alleen plaatsvinden binnen een stabiele man-vrouw relatie en is daarmee gericht op het realiseren van een kerngezin. Deze toepassing leidt kortom tot de samenlevingsvorm die nog steeds als de meest vanzelfsprekende en wenselijke gezien wordt als het gaat om het krijgen en opvoeden van kinderen (zie hoofdstuk 2). Dankzij IVF kunnen er kinderen geboren worden die zullen opgroeien met de twee ouders met wie zij een biologische band hebben.

De uitkomst mag traditioneel zijn, de condities waaronder de ingreep plaatsvindt, zijn dat zeker niet. Voor een onvruchtbaarheid die globaliseerd is in het mannenlichaam wordt een ingrijpende behandeling verricht in het vrouwenlichaam. De lasten van de behandeling, directe en langetermijnrisico's worden dus verschoven van onvruchtbare mannen naar veelal vruchtbare vrouwen. Vanuit gender- en technologiestudies is er op gewezen dat acceptatie van IVF als behandeling voor mannelijke onvruchtbaarheid een nieuwe inhoud geeft aan ongelijke verhoudingen tussen de seksen. (Kirejczyk, 1995, Van der Ploeg, 1998). Deze praktijk maakt ook een forse inbreuk op het traditionele doel van de geneeskunde, te weten het genezen van zieke lichamen. De medici stellen echter dat het de vrouwen zelf zijn die aan IVF de voorkeur geven boven KID. Het doorslaggevende argument hierbij is dat IVF de mogelijkheid biedt de afstamming in de mannelijke lijn te verzekeren. In tegenstelling tot andere toepassingen van IVF is de behandeling van vrouwen voor mannelijke onvruchtbaarheid geen onderwerp geweest van publieke discussie of ethische reflectie.

4.3 Eén moeder, twee moeders maar geen vader?

In de maatschappelijke discussie van de jaren tachtig begon het thema van 'het belang van het toekomstige kind' bij de toepassing van

de voortplantingstechnieken en de ermee verbonden kwestie van de geschikte gezinsvorm voor het krijgen en opvoeden van kinderen steeds prominenter te worden. Daarover bestond geen overeenstemming. In diverse maatschappelijke geledingen werden wel pogingen ondernomen de toepassing van IVF zoveel mogelijk tot heteroseksuele relaties te beperken en de beperking in de wet te verankeren. Zo stelde in 1985 de Werkgroep IVF van de Vereniging voor Familie- en Jeugdrecht in een rapport (1985) dat een kind – ook in juridisch opzicht – zoveel mogelijk een vader en een moeder behoort te hebben. Om dit zeker te stellen pleitte de werkgroep er voor de schriftelijke toestemming van de man voor de KID- of IVF-behandeling van de vrouw gelijk te stellen met de juridische erkenning van zijn vaderschap, ook indien het niet getrouwde stellen betrof en bij IVF donorzaad werd gebruikt. Het centrale motief van deze voorstellen was het kind een juridische vader te verzekeren, omdat naar het geldende recht de vrouw die het kind baart de juridische moeder is.

In de ogen van de meerderheid van deze werkgroep mochten lesbische en alleenstaande vrouwen slechts in exceptionele gevallen voor IVF of KID in aanmerking komen. Een minderheid vond dat men aan deze vrouwen de genoemde behandelingen moest weigeren. In een jaar later gepubliceerd rapport schrijft de Gezondheidsraad dat lesbische en alleenstaande vrouwen slechts bij uitzondering in aanmerking konden komen voor IVF of voor kunstmatige inseminatie met donorzaad (KID). De belangrijke voorwaarde daarvoor was de bereidheid van deze vrouwen een 'vaderfiguur' in het leven van het eventuele toekomstige kind te integreren. Vergelijkbare opvattingen leefden ook in CDA-kringen (CDA, 1988). Ook daar vond men dat bij elke IVF- of KID-behandeling sprake moest zijn van twee wensouders, een man en een vrouw. In een verzwakte vorm kwamen deze opvattingen terug in de beleidsnotitie van het kabinet. Daarin schreven de bewindslieden dat IVF een behandeling voor onvruchtbaarheid was die niet mocht worden gebruikt als alternatieve manier van voortplanten. Het was in het belang van het kind 'een zo duidelijk mogelijk identificeerbare relatie tot een vader en een moeder' te hebben. (TK, 1987-1988, p.13) Maar tegelijkertijd werd ook twijfel geuit of een verbod tot toepassing van IVF en KID buiten het heteroseksuele paar te handhaven zou zijn.

Deze cultureel diep verankerde opvattingen over het kerngezin als de meest geschikte omgeving voor de voortplanting en opvoeding van kinderen stonden op gespannen voet met de maatschappelijke realiteit van de grote diversiteit aan gezinsverbanden waarin kinderen opgroeien. Het vereenzelvigen van het belang van het kind met het hebben van een vader en een moeder stuitte op verzet. In 1988 maakte de Raad voor het Jeugdbeleid haar visie op verantwoord ouderschap bekend. Het belangrijke uitgangspunt van de Raad was dat het kind in staat moest worden gesteld een goede, veilige hechtingsrelatie met op

zijn minst één vaste persoon te ontwikkelen. De mogelijkheden tot hechting waren echter niet gebonden aan een bepaalde sekse, afstammingsrelatie of permanente aanwezigheid van een vaste persoon. Kinderen hoefden niet door de biologische ouders en evenmin door een vader en een moeder te worden opgevoed. De opkomende nieuwe vormen van ouderschap waren juridisch achtergesteld en maatschappelijk vaak gestigmatiseerd. Juist deze stigmatisering door de omgeving was het enige aantoonbare probleem dat specifiek was voor het opgroeien in gezinsvormen die afwijken van het traditionele patroon. De voorwaarden die volgens de Raad aan de toepassing van IVF en KID zouden moeten worden gesteld, dienden los te staan van de vorm van ouderschap die werd beoogd. De aanvragers moesten voldoen aan de wettelijke minimumnormen voor ouderschap. Ze dienden een geoorloofd motief te hebben, dat wil zeggen een medische indicatie en voor KID ook het ontbreken van een partner van het andere geslacht. Daarnaast moest minstens één van de genetisch-biologische (wens)ouders de juridische en feitelijke zorg voor het toekomstige kind op zich nemen.

De pogingen om toepassing van de voortplantingstechnieken tot heteroseksuele paren te beperken, stuitte ook op verzet van de vrouwenbeweging. Binnen deze beweging worstelde men al langer met de vraag of IVF een bijdrage kon leveren aan de verwezenlijking van de autonomie van vrouwen. Sommige feministen zagen IVF als een techniek die in principe de keuzevrijheid van vrouwen kon uitbreiden. Niet alleen konden onvruchtbare vrouwen hun kinderwens in vervulling zien gaan, maar IVF kon ook bijdragen aan de realisering van het onafhankelijke moederschap (Zipper, 1987). Andere feministen daarentegen zagen weinig vrouwbevrijdende elementen in IVF. Ze wezen op de lage succeschansen en de onbekende risico's. In hun ogen werd met IVF de volgende stap gezet in het voortschrijdende proces van de medicalisering van de voortplanting. Deze zou de druk op vrouwen om 'kwaliteitskinderen' te baren versterken en het traditionele moederschapsideaal doen opleven. Maar geconfronteerd met de mogelijkheid dat bepaalde categorieën vrouwen toegang tot deze techniek ontzegd konden worden, hebben feministen de onderlinge verschillen even opzij gelegd. Hier waren waarden in het geding waarvoor de vrouwenbeweging lang heeft moeten strijden: de zelfbeschikking van vrouwen bij de voortplanting en het principe van non-discriminatie wegens geslacht, seksuele oriëntatie, burgerlijke staat of leefwijze. Als IVF een geschikte behandeling was voor onvruchtbare heteroseksuele vrouwen, dan was deze ook geschikt voor alle onvruchtbare vrouwen (Van Beuzekom en Eshuis, 1986, 1987). Deze overtuiging vond officieel uitdrukking in de reactie van de Emancipatieraad op de Kabinetsnotitie (1989). Daarin stelde de Raad dat de leefvorm of de seksuele voorkeur van de vrouw geen criterium mocht zijn, op grond waarvan sommige vrouwen van het gebruik van de voortplantingstechnieken zouden worden uitgesloten.

Bij het uitblijven van een autoritatieve uitspraak is de beslissing of de seksuele voorkeur en de leefwijze van een individuele vrouw een rol moet spelen bij haar toelating tot de IVF-behandeling, de facto overgelaten aan de IVF klinieken. In de praktijk bleken sommige klinieken wel en andere geen verzoeken om IVF van lesbische vrouwen te honoreren. Maar bijna alle klinieken weigerden alleenstaande vrouwen te behandelen. Intussen bleek de maatschappelijke acceptatie van homoseksuele relaties en het lesbische ouderschap te groeien. Deze culturele verschuiving vond een weerspiegeling in het derde IVF-advies van de Gezondheidsraad (1997). Daarin wordt gesteld dat de bestaande kennis over de psychosociale ontwikkeling van kinderen geen aanleiding geeft voor een algemene uitsluiting van lesbische vrouwen van de IVF-behandeling. Minister Borst van Volksgezondheid ging zelfs een stapje verder, toen ze in 1997 publiekelijk begrip en sympathie toonde voor een Belgisch lesbisch paar dat niet om redenen van onvruchtbaarheid om IVF verzocht maar om het moederschap lichamelijk te delen (Volkskrant, 1997).

Het verloop van de debatten over de toegang van lesbische vrouwen tot IVF weerspiegelt de toenemende maatschappelijke acceptatie van deze relaties. De meest recente ontwikkeling in het proces van culturele integratie van homoseksualiteit en van lesbisch moederschap is de uitspraak van de Commissie gelijke behandeling in februari 2000. De Commissie boog zich over de vraag of er bij de criteria die door de IVF-klinieken werden gehanteerd, sprake was van een ontoelaatbaar onderscheid naar burgerlijke staat of seksuele gerichtheid. Uit onderzoek bleek dat deze criteria geen systematische discriminatie tot gevolg hadden tussen getrouwde en ongetrouwde heteroseksuele paren. Daarentegen werden lesbische paren in 4 van de 13 klinieken van de behandeling uitgesloten. De meeste van deze klinieken rechtvaardigen deze uitsluiting onder verwijzing naar hun levensbeschouwelijke of godsdienstige grondslag. De Commissie oordeelde dat hier sprake was van een objectief niet te rechtvaardigen direct onderscheid naar homoseksuele gerichtheid die strijdig is met de wet. Op basis van de wet kon het beroep van de instellingen op hun bijzondere grondslagen niet als geldig argument worden erkend. De bestaande onderzoeken geven geen aanleiding te veronderstellen dat het opgroeien in een lesbisch gezin nadelig is voor de ontwikkeling van het kind. In antwoord op de Kamervragen onderschreef minister Borst van Volksgezondheid het oordeel van de Commissie. Ze sprak zich eveneens uit tegen het geven van voorrang aan heteroseksuele paren bij de IVF-behandeling. Hiermee is de normatieve verschuiving zichtbaar geworden. Het principe van non-discriminatie is bevestigd. Onvruchtbare vrouwen die in een stabiele relatie leven met een man of een vrouw dienen door de IVF-klinieken op dezelfde manier te worden behandeld. Overigens is het aantal lesbische vrouwen dat gebruik wenst te maken van IVF gering. Het gaat om een paar verzoeken per jaar.

Worden de kwaliteiten van lesbische vrouwen als moeders langzamerhand erkend, hetzelfde kan niet worden gezegd over alleenstaande vrouwen. In de Europese culturen wordt het alleenstaande moederschap van oudsher moreel sterk afgekeurd. En hoewel steeds meer vrouwen alleen zorgdragen voor hun opgroeiende kinderen, is de beeldvorming rondom hun kinderwens er niet positiever op geworden. Volgens de Gezondheidsraad zouden verzoeken van deze vrouwen om medische hulp bij voortplanting vaak worden afgewezen omdat ze een wanhopige poging zouden zijn een uitweg te vinden uit een vereenzaamd bestaan. Het verleden van afgewezen alleenstaande vrouwen zou zich kenmerken door emotionele verwaarlozing, abnormale relaties en sociaal isolement. (Gezondheidsraad, 1997, p. 87) Daarom adviseerde de Raad een zorgvuldige individuele screening van de motieven van de aanvraagsters. De meeste klinieken weigeren alleenstaande vrouwen met IVF te behandelen omdat er aan getwijfeld wordt of een IVF-behandeling wel in het belang van het toekomstige kind zou zijn. De Commissie gelijke behandeling vindt dat in dit geval de klinieken zich niet schuldig maken aan een ongeoorloofd onderscheid naar burgerlijke staat. De bevindingen van onderzoeken naar de ontwikkeling van kinderen die na een scheiding door moeders alleen worden opgevoed, geven geen eenduidig beeld.

4.4 Donatie van eicellen, het moederschap raakt gesplitst

Vanaf het uitkomen van het eerste rapport van de Gezondheidsraad (1984) voorzag dit adviesorgaan de theoretische mogelijkheid van eiceldonatie of embryodonatie om zwangerschappen tot stand te laten komen bij vrouwen die zelf geen eicellen kunnen produceren. In haar rapport *Kunstmatige voortplanting* dat twee jaar later verschijnt (1986), behandelt de Raad spermadonatie en eiceldonatie als grotendeels vergelijkbare technieken. In het begin van de jaren zeventig was het gebruik van KID reeds gelegaliseerd. Nu eiceldonatie mogelijk was geworden, leek het voor de hand te liggen ook deze vorm van het gebruik van donorgameten toe te staan op voorwaarde dat er sprake is van een medische indicatie (voornamelijk voortijdige overgang). De Gezondheidsraad oordeelde dat het belang van het kind niet in het geding was als eiceldonatie gebeurde op medische indicatie en bij heteroseksuele (echt)paren. Bij goed voorgelichte paren waarvan beide partners de infertiliteitproblemen verwerkt hebben, zouden de kansen voor een gunstige psychosociale ontwikkeling voldoende gewaarborgd zijn. Eiceldonatie bij (echt)paren voldoet aan de normen die de Gezondheidsraad stelt aan de opvoeding, namelijk de mogelijkheid van hechting aan één maar liefst meer volwassenen en regelmatig contact met volwassenen van beide seksen.

In de kabinetsnotitie *Kunstmatige bevruchting en draagmoederschap* uit 1988 waarbij het rapport van de Gezondheidsraad betrokken werd, wordt eiceldonatie in een adem genoemd met KID. Men besteedt geen aandacht aan eiceldonatie, omdat eiceldonatie op dat moment praktisch niet voorkomt. Impliciet lijkt men er vanuit te gaan dat KID en eiceldonatie vergelijkbare ingrepen zijn, die goed gereguleerd maar niet verboden moeten worden.

Als in 1989 het planningsbesluit IVF verschijnt, blijken de CDA ministers van WVC en O&W het advies van de Gezondheidsraad en het oordeel van de kabinetnotitie niet over te nemen. In het besluit is een bepaling opgenomen waarin staat dat embryo's die in de laboratoria gecreëerd worden, slechts ingebracht mogen worden in de baarmoeders van vrouwen van wie de eicellen afkomstig zijn. Deze bepaling staat gelijk met een algeheel verbod op eiceldonatie. Met dit verbod probeerde de overheid de handel in eicellen en draagmoederschap te voorkomen. Pers, parlement, juristen, medici en de NVRB reageerden snel en verontwaardigd op dit planningbesluit. In hun verweer baseerden deze opposanten zich met name op twee principes: de individuele autonomie van de burger en het niet discrimineren. Het verbieden van eiceldonatie werd aangemerkt als schending van de autonome rechten van vrouwen op het terrein van de voortplanting. De overheid dient zich niet te bemoeien met de manier waarop individuele burgers de voortplanting wensen te regelen. En er is sprake van discriminatie omdat onvruchtbare vrouwen het recht ontzegd werd kinderen te krijgen via donatie van gameten en onvruchtbare mannen niet. Het verzet was zo massaal en overtuigend dat binnen een paar weken het verbod vervangen werd door een minder vergaande regeling: alleen eiceldonatie in combinatie met draagmoederschap werd verboden.

Commercialisering van de voortplanting, het schaden van het belang van het toekomstige kind en de autonomie en keuzevrijheid van onvruchtbare vrouwen waren de belangrijkste thema's die in het debat rond eiceldonatie eind jaren tachtig aan de orde kwamen. Eventuele verschillen tussen het doneren van een eikel en zaadcel werden niet naar voren gebracht. Eiceldonatie en spermadonatie werden voorgesteld als overeenkomstige ingrepen met gelijksoortige maatschappelijke gevolgen en culturele effecten. Maar ligt dit wel zo eenvoudig?

Allereerst kan worden geconstateerd dat eiceldonatie en zaaddonatie fysiologisch en medisch-technisch nogal van elkaar verschillen. In de jaren tachtig werd niet ingegaan op het ingrijpende karakter van de medische behandeling die nodig is voor eiceldonatie. De Gezondheidsraad lijkt hier in 1986 wel impliciet naar te verwijzen als zij zegt te verwachten dat de vraag het aanbod zal overtreffen. Pas in het latere planningsbesluit uit 1997 zal de Raad het verschil benadrukken tussen 'simpelweg zaad leveren' en de noodzaak voor de eiceldonor een belangrijk deel van de belastende IVF-procedure te doorlopen en

daarmee bloot gesteld te worden aan de daarmee verbonden gezondheidsrisico's. Gelet op het gebrek aan niet bezwaarlijke alternatieven acht de Raad deze gezondheidsrisico's geen reden om eiceldonatie van vrienden of familieleden af te wijzen. De ethische commissie van KNMG heeft al een jaar eerder op de risico's voor de eiceldonor gewezen. (Medisch Contact, 1996). Zij constateert dat het verwerven van eicellen problematisch kan zijn en noemt als een van de gezondheidsrisico's voor de donor het ontstaan van het hyperstimulatiesyndroom. Daarnaast wijst zij op het gevaar van het uitoefenen van druk op vrouwen om een IVF-behandeling ondergaan om met haar eicellen een lotgenote te helpen. De commissie concludeert dat 'afgezien van de technische aspecten die aan eiceldonatie kleven' eiceldonatie en spermadonatie goed vergelijkbaar zijn. In de afwegingen die gemaakt worden over de toelaatbaarheid van de ingreep, blijken beide organen de gesignaleerde gezondheidsrisico's niet als doorslaggevend te beschouwen.

Een tweede belangrijk verschil tussen zaad- en eiceldonatie betreft de werving van donoren. Omdat voor het verkrijgen van eicellen een ingrijpende IVF-procedure nodig is, zijn eiceldonoren meestal afkomstig uit de eigen omgeving. In Nederland brengt de onvruchtbare vrouw meestal zelf een donor mee, familielid of vriendin, die bereid is de ingreep te ondergaan. Minder gebruikelijk zijn andere alternatieven, zoals donatie van eicellen die overblijven na een IVF-behandeling of die beschikbaar komen bij gynaecologische ingrepen zoals een sterilisatie. Het kopen en verkopen van gameten is in Nederland, net als in de rest van West Europa, niet toegestaan. Er bestaat in Nederland een brede consensus dat een dergelijke commercialisering op het terrein van de voortplanting ongewenst is. Het gebruik van zussen en vriendinnen impliceert dat de genetische afstamming bij eiceldonatie meestal niet geheim gehouden zal blijven. Nederlands onderzoek ontbreekt, maar uit buitenlands onderzoek blijkt dat bij eiceldonatie de behoefte aan anonimiteit en geheimhouding tegenover de omgeving kleiner is dan bij zaaddonatie (Golombok et al., 1999).

Een verklaring hiervoor is het geringere taboe op vrouwelijke onvruchtbaarheid en het verschil dat er bestaat in biologische bijdrage aan de voortplanting van de onvruchtbare man en vrouw. Bij KID levert de onvruchtbare man die de juridische zeggenschap en zorg levert het kind zal krijgen geen enkele biologische bijdrage aan de voortplanting. Bij IVF met eiceldonatie neemt de vrouw die zeggenschap over het kind zal verwerven, negen maanden zwangerschap en bevalling voor haar rekening. Dit maakt het voor de onvruchtbare vrouw mogelijk haar eigen bijdrage te benadrukken en die van de eiceldonor te relativiseren.

Cultureel lijkt eiceldonatie vrij geaccepteerd: de eiceldonatie van zus, vriendin of anonieme donor wordt voorgesteld als een altruïstische daad en als blijk van solidariteit met onvruchtbare vrouwen. De enige

voorwaarde die de Raad aan eiceldonatie verbindt, is de eis dat de beslissing in vrijheid genomen moet zijn en dat de donor over de implicaties uitvoerig moet zijn geïnformeerd. Het gebruik van eicellen van een zus wordt bovendien vaak aantrekkelijk gevonden omdat het kind in genetisch opzicht verwant blijft aan de familie van de vrouw. Een zwangerschap met eicellen van een zus lijkt biologisch het meest op de zwangerschap die men graag met de eigen eicellen had willen realiseren.

Tegelijkertijd is er echter juist sprake van vertroebeling van de verwantschapsrelaties. De genetische moeder is tegelijkertijd de tante van het kind. Het gebruik van een zus bij eiceldonatie wordt weinig geproblematiseerd. Het bestaan van genetische banden lijkt eerder als een voordeel gezien te worden. De omgekeerde situatie, zaaddonatie tussen twee broers kwam in het publieke debat tot dusverre niet aan de orde. Deze optie lijkt cultureel meer omstreden. Uit onderzoek blijkt dat bij KID heteroseksuele paren de voorkeur geven aan een anonieme donor en niet aan een bekende of een familielid (Sauer et al, 1988). KID met zaad van een mannelijk familielid krijgt eerder de connotatie van incest en overspel (Englert & Govaert, 1998). Een dergelijk taboe lijkt ook te rusten op het gebruik van de eigen vader of moeder als donor. Een dergelijk gebruik zou ook een grondige verstoring betekenen van de gebruikelijk verwantschapsrelaties: de grootouder wordt de biologische vader of moeder van het kleinkind.

De analogie tussen KID en eiceldonatie gaat op dus mank. De verschillen worden echter niet van belang geacht voor de juridische regeling: in stand blijft de regel dat de vrouw bij wie het kind wordt geboren, de wettige moeder van het kind is. Bij eiceldonatie geldt net als bij KID niet het uitgangspunt dat een afstammingsrelatie dient aan te sluiten bij een biologische relatie, maar geldt de regel dat de afstammingsrelatie dient aan te sluiten bij het huwelijk. De vrouw die de eicel afstaat wordt naar analogie van zaaddonatie, de donor genoemd.

4.5 IVF en eicellen voor vrouwen in de overgang?

Het krijgen van kinderen was voor vrouwen altijd aan leeftijd gebonden. Na de menopauze, na het opraken van de eicellen in de eierstokken, waren er geen zwangerschappen meer mogelijk. IVF in combinatie met eiceldonatie biedt vrouwen de mogelijkheid ook na de menopauze kinderen te krijgen.

Al in haar eerste rapport uit 1984 anticipeert de Gezondheidsraad op deze ontwikkeling. Bij haar schets van de toekomstige mogelijkheden merkte de Raad op dat het 'zelfs' niet uitgesloten is dat in de toekomst

door middel van embryodonatie bij vrouwen in de menopauze zwangerschappen zullen kunnen ontstaan die ook kunnen worden uitgedragen. In 1986 stelt de raad dat vrouwen met een vervroegde overgang een medische indicatie hebben voor deze toepassing van IVF. Internationaal is vastgelegd dat er gesproken kan worden van een vervroegde overgang als menopauze begint voor het 38e jaar.

Deze toepassing van eiceldonatie is weinig omstreden en valt binnen de richtlijnen die de overheid hanteert met betrekking tot eiceldonatie.

Begin jaren negentig verschijnen er in de media berichten over vrouwen tussen de 40 en 50 jaar die in Italië en Amerika via IVF met eiceldonatie kinderen hebben gekregen. In Nederland ontstaat eind 1993 over dit fenomeen een kortdurend maar heftig debat. Aanleiding is het verschijnen in de pers van een geval met sensationele ingrediënten: een Engelse rijke zakenvrouw, miljonair, leeftijd 59 jaar, krijgt Kerstmis 1993 een tweeling. Er vormen zich in Nederland duidelijk twee partijen. In krantenkoppen en ingezonden brieven duiken termen op als geriatrische IVF, Vut moeders, oma-moeders, bejaarden voortplanting en barende, zogende oudjes. De tegenstanders schetsen een beeld van afgematte, oudere vrouwen die niet in staat geacht moeten worden hun kinderen op te voeden. Hiertegenover plaatsen voorstanders het beeld van 'pittige' dames, vrouwen die zich teweest stellen tegen het afgeschreven worden als oudere en 'die een indrukwekkende poging doen het eeuwige leven te grijpen' (Kousbroek, 1994).

Het belangrijkste vraagstuk in het debat is het welzijn van het toekomstige kind. Negatief voor het kind lijken de uitzonderingspositie die het zal innemen, de geringere energie van de moeder en vader, de generatiekloof en kans op overlijden van de ouders. Aan de positieve kant staan zaken als de grotere stabiliteit en de geringere carrièregerichtheid van de ouders, het kleinere aantal echtscheidingen en de grotere financiële armslag. Het is een opsomming die weinig houvast blijkt te bieden. Het ontbreekt voor- en tegenstanders aan duidelijke criteria om het belang van kinderen aan af te meten. In het debat circuleren talloze argumenten die de negatieve beoordeling van het menopauzale moederschap moeten relativiseren: is de wereld niet vol van kinderen die tot grote tevredenheid opgroeien bij hun grootouders en zijn er niet talloze groepen kinderen die het veel slechter hebben, bijvoorbeeld kinderen van tienermoeders, drugverslaafden of mishandelende ouders. De vraag wordt gesteld of geen sprake is sekse en leeftijdsdiscriminatie: de leeftijd van de vader is tot nu toe nooit onderwerp van kritiek en debat geweest. Biedt IVF niet juist de kans deze ongelijkheid ongedaan te maken?

IVF-artsen die zich in het debat mengden, leken beducht de verworvenheden van de bestaande IVF praktijk in de waagschaal te stellen door het propageren van IVF voor postmenopauzale vrouwen. Zij vestigden de aandacht op de toename van de medische risico's van deze toepassing voor vrouwen en kinderen en wezen op het 'natuurlijke' van de menopauze. IVF is in hun ogen een behandeling voor onvruchtbaarheid, een pathologische conditie bij vrouwen die anders vruchtbaar zouden zijn. Het niet zwanger kunnen worden van een zestigjarige vrouw is geen pathologisch verschijnsel, maar een natuurlijk fenomeen. Juist het herstel van de vruchtbaarheid bij postmenopauzale vrouwen staat gelijk aan het creëren van een pathologische toestand. IVF artsen dienden hier niet aan mee te werken (Pam, 1994). Weinig tegenstanders verwierpen IVF bij de menopauzale moeder omdat het een 'onnatuurlijke' ingreep zou zijn. Voor de meeste deelnemers gaat het om het belang van het kind dat door deze groep 'egoïstische' moeders geschaad wordt. Het argument van de natuur lijkt bij deze toepassing echter zo voor de hand te liggen dat een aantal deelnemers aan dit debat zich geroepen voelen om tegen deze denkbeeldige tegenstander op te treden en hierbij het beroep op de natuur expliciet en nogal nadrukkelijk af te wijzen. Zo schrijft Kousbroek in de NRC (7 januari 1994) dat je er op donder op kunt zeggen dat er bij het vernemen van het woord 'onnatuurlijk' geprobeerd wordt morele terreur uit te oefenen en zegt de ethicus Inez de Beaufort in de Volkskrant het bedenkelijk te vinden wanneer de natuur ons de morele wet voor gaat schrijven (Baart & Feenstra, 1994). Diverse auteurs betogen aan de hand van steeds nieuwe voorbeelden zoals bril, kunstgebit en harttransplantatie dat ingrijpen in de natuur bij ziekten en handicaps voortdurend aan de orde is. Of in de woorden van de Edwards, pionier van de reageerbuisbevruchting: wetenschap en geneeskunde vechten altijd tegen de natuur (geciteerd in Kleijwegt et al, 1994). Hoewel er veel en uitgebreid gerelativeerd wordt, staan er maar weinig deelnemers aan het debat te juichen bij deze toepassing van IVF. Men verwacht of hoopt dat het om een gering aantal vrouwen zal gaan en waarschuwt de vrouwen om wie het gaat goed te bedenken of zij het kind genoeg te bieden hebben.

In 1996 en 1997 laait het debat weer op bij het verschijnen van twee rapporten van de Gezondheidsraad en de KNMG, waarin voorgesteld wordt te gaan experimenteren met IVF met eiceldonatie bij postmenopauzale vrouwen. De thema's uit het vorige debat keren weer terug: hoe zit het met de obstetrische risico's, welke negatieve effecten zijn er voor het kind en is er wel sprake van een medische indicatie? Bekend is dat de obstetrische en perinatale risico's toenemen met de stijging van de leeftijd van de moeder. Zo sterven op 30-jarige leeftijd bijvoorbeeld 20 vrouwen per 100.000 geboorten en is dit aantal op 40-jarige leeftijd toegenomen tot 80. Er wordt vanuit gegaan dat deze stijging zich zal voortzetten wanneer vrouwen op steeds hogere leeftijd moeder kunnen worden. Als oplossing stelt de ethische commis-

sie van de KNMG voor nadere (fysieke) eisen te stellen aan postmenopauzale moeder. Net als in het voorafgaande debat relateert de KNMG-commissie de nadelige effecten van het hebben van oudere ouders: in de westerse wereld is de leeftijdsverwachting gestegen en zijn de generatieconflicten aan het verdwijnen. Men wijst er voorts op dat medici een beperkte belastbaarheid vanwege een ziekte of handicap nimmer als criterium hanteren om te bepalen of iemand in aanmerking komt voor een fertiliteitbehandeling. Waarom zou dan de fysieke belastbaarheid van een postmenopauzale vrouw wel als criterium moeten dienen. Het punt dat de meeste aandacht krijgt in de rapporten is de vraag of bij deze toepassing van IVF sprake is van een medische indicatie. IVF-artsen hadden in het eerdere debat, eind 1993, het standpunt ingenomen dat menopauze een natuurlijk fenomeen is dat geen bemoeienis van artsen rechtvaardigt. In de rapporten van 1996 en 1997 is de menopauze niet meer vanzelfsprekend een natuurlijk verschijnsel.

De KNMG-commissie wijst op het arbitraire karakter van het onderscheid tussen natuurlijk en onnatuurlijk. Waarom zou bijvoorbeeld die grens bij de menopauze bij 38 jaar moeten liggen zoals internationaal afgesproken is. Het is 'buitengewoon moeilijk' om een onderscheid te maken tussen de natuurlijk onvruchtbaarheid van een postmenopauzale vrouw en andere vormen van onvruchtbaarheid. Sommigen vormen van infertiliteit worden veroorzaakt door ziekten, maar ziekten behoren ook tot de natuurlijke verschijnselen. Veel natuurlijke verschijnselen worden echter als onwenselijk beschouwd en zo mogelijk medisch verholpen. Zelfs als het bij de menopauze om een natuurlijk en normaal verschijnsel gaat, hoeft dit in de visie van de ethische commissie niet te betekenen dat het helpen of veranderen hiervan moreel afkeurenswaardig is. Dit geldt temeer als er een uitdrukkelijke vraag van de zijde van de vrouw bestaat en er geen onaantoonbare risico's zijn voor moeder en kind. Nadat de commissie alle gebruikte argumenten van relativeringen heeft voorzien, blijkt zij van mening dat de 'uitdrukkelijke vraag' van de vrouw de doorslag moet geven. De commissie legt daarmee de besluitvorming over aanvaardbaarheid van deze indicatie bij individuele vrouwen met de wens na de overgang moeder te willen worden.

Het *Planningsbesluit IVF*, een rapport van de Gezondheidsraad dat een jaar later verschijnt (1997), neemt de argumentatie van de KNMG over. Ook de Gezondheidsraad constateert dat er geen scherpe scheiding bestaat tussen wat wel en niet tot het terrein van de geneeskunde behoort. Sterilisatie en tegengaan van 'natuurlijke slijtage' worden genoemd als voorbeelden van ingrepen van artsen waarvoor geen ruimte meer is als je een dergelijk onderscheid zou willen vasthouden. Tegen IVF na de overgang kunnen geen doorslaggevendere bezwaren geformuleerd worden. Omdat veel risico's onbekend zijn, stellen KNMG en Gezondheidsraad voor in het kader van wetenschap-

pelijk onderzoek te beginnen met de uitvoering van IVF met eicel-donatie bij postmenopauzale vrouwen. Omdat men het kind wel ouderlijke begeleiding tot aan de volwassenheid wil garanderen, doen beide rapporten een voorstel voor een leeftijdsgrens. De commissie van de KNMG stelt voor als grens de leeftijd van 55 jaar te hanteren.

De Gezondheidsraad zoekt aansluiting bij de leeftijdsgrens die op dat moment gehanteerd wordt voor wettelijke binnenlandse adoptie. Ouders die een Nederlands kind adopteren mogen niet meer dan 50 jaar in leeftijd verschillen van hun kind op het moment dat de adoptie wordt uitgesproken. De Gezondheidsraad adviseert op grond daarvan dat vrouwen bij het begin van de IVF procedure niet ouder mogen zijn 48 jaar. De vrouw heeft dan een termijn van twee jaar om te proberen via IVF zwanger te worden. Aan de leeftijd van een eventuele partner worden geen eisen gesteld. De raad adviseert IVF bij vrouwen in de overgang voorlopig alleen uit te voeren binnen wetenschappelijk onderzoek. Een gang van zaken die nogal verschilt met eerdere uitbreidingen van de indicaties voor IVF. De uitbreiding naar mannelijke sub-fertiliteit en onbegrepen onvruchtbaarheid eind jaren tachtig is vrijwel automatisch, zonder experimenteel onderzoek verlopen.

Ondanks de aanbevelingen van de Gezondheidsraad en de KNMG is er van wetenschappelijke initiatieven sinds die tijd weinig vernomen. De postmenopauzale moeder blijft omstreden. Nog steeds lijkt te gelden wat de ethische commissie van de KNMG opmerkte in 1996, namelijk dat velen een onbehagen bekruipt bij de mogelijkheid van postmenopauzale IVF. Van de zijde van de gebruikers heeft zich toe nu toe geen groep geformeerd die opkomt voor de belangen van postmenopauzale vrouwen met een kinderwens.

4.6 De draagmoeder

In het debat over kunstmatige voortplanting vormt het draagmoederschap vanaf het begin een veel besproken onderwerp. Dat is minder vanzelfsprekend dan het lijkt. Draagmoederschap is op dat moment geenszins nieuw en de band met de nieuwe voortplantingstechnologie is maar betrekkelijk. Draagmoederschap waarbij de bevruchting langs natuurlijke weg tot stand kwam, heeft door de eeuwen heen bestaan. Een tijdlang was het gebruikelijk artikelen over draagmoederschap te beginnen met een verwijzing naar bijbelse figuren. Interessanter is het bestaan van een andere groep draagmoeders waarnaar Holtrust (1993) verwijst in haar studie over juridische relaties tussen moeders en kinderen, de afstandmoeders. De parallellen zijn duidelijk: in beide gevallen gaat het om vrouwen die de zwangerschapszorg op zich nemen maar niet de zorg van het kind na de geboorte. Zij signaleert dat de afstandsmoeder een volstrekt onzichtbare figuur is in de juri-

dische literatuur terwijl de draagmoeder zeer uitdrukkelijk in beeld verschijnt.

De beelden die bestaan over afstandsmoeders en draagmoeders zijn zeer verschillend. Het algemene beeld van de afstandsmoeders is dat van de jonge, onervaren vrouw, zwanger van een man die geen vader kan of wil zijn over het kind. Zij heeft gefaald als moeder en wordt niet in staat geacht zelf beslissingen over haar kind te nemen. Bij de afstandsmoeder is zonder meer duidelijk dat zij '...volledig afstand van haar kind moet doen en zo snel mogelijk in de anonimiteit moet verdwijnen. Stilzwijgend gaat men er mee akkoord dat het regelen van de afstand een taak van de staat is. Niemand maakt zich er druk over dat een afstandsmoeder geen zeggenschap heeft over de beslissing bij wie het kind, dat zij toch negen maanden heeft gedragen, terecht komt' (Holtrust, 1993, p.203).

Het beeld van de draagmoeder heeft een heel andere inhoud. De niet anonieme draagmoeder kan op veel meer sympathie rekenen dan de anonieme. Van de niet anonieme draagmoeder wordt vaak een geïdealiseerd beeld geschetst. Zij is een vrouw met een gelukkig gezinsleven die uit liefde voor kinderen en uit medeleven met onvruchtbare vrouwen bereid is voor haar zus of vriendin een kind te dragen. De wensmoeder krijgt veel minder aandacht dan de draagmoeder: de wensmoeder is de wanhopig vrouw die haar vurige kinderwens niet kan realiseren. Met deze beelden van enerzijds de altruïstische draagmoeder en anderzijds de radeloze onvruchtbare vrouw kan de boodschap uitgedragen worden dat er ruimte moet zijn voor deze optie. Bij het anonieme draagmoederschap zijn er meer bedenkingen: het zou vaak gaan om vrouwen die uit berekening en winstbejag een kind dragen en wel de ervaring van een zwangerschap willen hebben maar niet de zorg voor een kind.

Er is een belangrijk verschil tussen de afstandsmoeder en de draagmoeder: bij draagmoederschap gaat het om gewenste zwangerschappen, waarvoor vrouwen welbewust kiezen. De zwangerschappen worden met het expliciete doel van afstanddoen tot stand gebracht. Wellicht is dit een van de belangrijkste redenen waarom draagmoederschap zoveel meer aandacht krijgt dan de afstandsmoeder in het verleden. Het plannen van een kind om het vervolgens geheel vrijwillig af te staan is een handelswijze die zich moeilijk laat verenigen met het bestaande geïdealiseerde beeld van een goede moeder en met de opvatting dat er tussen moeder en kind een onverbreekelijk band bestaat.

Zodra de eerste berichten over draagmoederschap in de media opdienen, verschijnen er voorstellen om het verschijnsel te reguleren. In *Kunstmatige voortplanting* (Gezondheidsraad, 1986) stelt de Raad vast dat draagmoederschap met natuurlijke bevruchting niet uit te sluiten

valt. De Raad zegt zich de risico's te realiseren (bijvoorbeeld problemen rond gemaakte afspraken) maar als kinderen in een goede opvoedingssituatie terechtkomen, is er geen aanleiding te verwachten dat het kind zich niet goed zou ontwikkelen. In het belang van het kind zou draagmoederschap onder bepaalde voorwaarden geaccepteerd moeten worden. Dit zou stigmatisering voorkomen. De raad komt met een zeer uitgebreide en uitgewerkte procedure die ervoor moet zorgen dat de gang van zaken zonder veel problemen verloopt en dat een eventuele adoptieprocedure snel kan plaatsvinden. Zij formuleert een reeks eisen waaraan de draagmoeder en wensouders moeten voldoen. Tot die voorwaarden behoort onder meer de eis dat er bij de wensmoeder sprake moet zijn van een medische indicatie. Deze voorwaarde is bedoeld om vrouwen uit te sluiten die wel een kind willen maar vanwege hun carrière of sociale leven niet de lasten van een zwangerschap. Bij de aspirant-draagmoeder moet de echtheid van haar wens getoetst worden. Zij mag niet gedwongen of gechanteerd zijn. Draagmoederschap dient een vrije keuze van de vrouw te zijn. Commercialisering van de voortplanting is ongewenst: de draagmoeder mag geen excessieve vergoeding vragen en het ontstaan van bemiddelingsbureaus moet voorkomen worden.

De regering stelt zich enige tijd later op een heel ander standpunt: draagmoederschap in welke vorm ook wordt een ongewenst verschijnsel gevonden. In de kabinetsnotitie *Kunstmatige bevruchting en draagmoederschap* (TK, 1987-1988) wordt opgemerkt dat in ons rechtstelsel het verschijnsel draagmoederschap en wensouder geen juridische status hebben. Contracten tussen wensouders en draagmoeders zijn nietig vanwege het ongeoorloofde karakter. Men overweegt echter geen verandering van wetgeving. Het bestaande wettelijk kader en de bijbehorende praktijk (de Pleegkinderenwet, het blokkaderecht van pleegouders en de regels inzake adoptie) vindt men een solide basis op grond waarvan de afstand van het kind kan plaatsvinden. Op één punt wil men wel regelgeving: namelijk de bemiddeling van (commercieel) dragerschap. Commercieel draagmoederschap wil men voorkomen door het instellen van een strafrechtelijk verbod op beroeps- of bedrijfsmatige bemiddeling.

De overheid benadrukt veel sterker dan de Gezondheidsraad de risico's voor de betrokken kinderen. Men maakt zich vooral zorgen dat er een kind ter wereld kan komen dat achteraf door niemand gewild is. Ook de eventuele emotionele problemen van de draagmoeder krijgen aandacht. Hierbij verwijst het kabinet naar de problemen die geleidelijk aan bekend zijn geworden van afstandsmoeders. Uitdrukkelijk wordt gesteld dat een draagmoeder nooit verplicht kan worden haar kind af te staan, ook niet als zij een vergoeding heeft ontvangen. In de discussie naar aanleiding van deze notitie in de Tweede Kamer is er een minderheid (D'66, PPR en PSP) die niet zo stellig is in haar afwijzing van het draagmoederschap. In het belang van het kind zou deze

minderheid de regels aan willen passen om een snelle adoptie bij draagmoederschap mogelijk te maken. Een reeds bestaand wetsvoorstel om afstand doen van een kind sneller en gemakkelijker te maken, is door de minister echter afgeblazen toen draagmoederschap in de belangstelling kwam te staan. Dit wetsvoorstel was opgesteld met het oog op ongewenste zwangerschappen. Het gebruik ervan door vrouwen die wel gewenst zwanger worden maar welbewust van plan zijn hun kind af te staan, wil men kennelijk voorkomen (Holtrust, 1993).

De publieke en politieke debatten resulteren in het begin van de negentiger jaren in de breed gedeelde overtuiging dat het bij draagmoederschap om een sociaal onwenselijk fenomeen gaat dat niet aangemoedigd moet worden. Alleen uitzonderlijke gevallen van geheel altruïstisch draagmoederschap zouden getolereerd kunnen worden. Een wettelijk verbod lijkt echter ineffectief omdat inmiddels ook duidelijk is geworden dat draagmoederschap geheel in de privé-sfeer geregeld kan worden. De overheid hoopt met ontmoedigende maatregelen de praktijk van het draagmoederschap in elk geval te beperken. Tot deze maatregelen behoren twee hiervoor al besproken initiatieven van de overheid: het besluit de adoptiewet niet te versoepelen en het verbod op het gebruik van eiceldonatie bij draagmoeders. (Staatscourant, 1989) Voorts zijn er sinds 1993 enkele bepalingen opgenomen in het Wetboek van Strafrecht die commercieel draagmoederschap moeten tegen gaan. De Wet commercieel draagmoederschap beperkt en verbiedt alleen commerciële en openbare bemiddeling. Een algeheel verbod op draagmoederschap achtte de wetgever niet haalbaar omdat het moeilijk te bewijzen valt dat een vrouw zwanger is geworden met de vooropgezette bedoeling haar kind af te staan aan een ander. Bovendien zou een opsporingsonderzoek naar een bewuste opzet diep ingrijpen in de persoonlijke levenssfeer. Kortom, er is op dit moment sprake van een ontmoedigingsbeleid en het tegelijkertijd tolereren van regelingen en afspraken in de privé-sfeer. De gevallen van draagmoederschap die af en toe de pers halen, getuigen van de risico's die aan dit gedoogbeleid voor alle partijen verbonden zijn (Kirejczyk, 2000).

In het planningsbesluit IVF (1989) is nadrukkelijk de mogelijkheid uitgesloten van de 'hoogtechnologische' variant van het draagmoederschap waarbij gebruik gemaakt wordt van de eicellen van de wensmoeder. De enige gedoogde mogelijkheid is de laagtechnologische variant van draagmoederschap waarbij de draagmoeder bevrucht wordt met het zaad van de wensvader en na de bevalling het kind afstaat aan de wensouders. Tussen wensvader en kind bestaat een biologische band, bij de wensmoeder ontbreekt echter zowel de biologische band als de zwangerschapszorg. Deze praktijk is in strijd met het algemene streven van de wetgever verwantschapsrelaties te laten aansluiten bij de biologische banden en de zwangerschapszorg. De 'hoogtechnologische variant van draagmoederschap' zou in elk geval

resulteren in een biologische band tussen moeder en kind. Recent heeft de Gezondheidsraad (Planningbesluit IVF, 1997) bepleit dit hoogtechnologische draagmoeder alsnog toe te staan en het daarmee voor de wensouders mogelijk te maken een volledig eigen genetisch kind te krijgen. Argumenten zijn dat het kind minder identiteitsproblemen zou krijgen en dat het risico kleiner lijkt dat de draagmoeder besluit alsnog het kind te houden.

In 1997 heeft minister Borst van Volksgezondheid toestemming gegeven voor een onderzoek naar het hoogtechnologische draagmoederschap. Het onderzoek, dat door een aantal ziekenhuizen gezamenlijk wordt uitgevoerd, is zo goed als afgerond. (www.geocities.com/draagmoeder.nl) Gynaecologe S.M. Dermout, de initiatiefneemster voor het onderzoek, zal de regering adviseren een institutioneel kader voor hoogtechnologisch draagmoederschap te scheppen (Dermout, 2001). Een eventueel positief besluit over haar advies zou een volgende stap betekenen in de normalisering van deze toepassing van IVF.

4.7 Kwaliteitskinderen

Met de invoering van prenatale diagnostiek in de Nederlandse zwangerschapszorg zijn er nieuwe mogelijkheden ontstaan bij het plannen van zwangerschappen. Als zij dat wenst kan de zwangere vrouw zich al tijdens de zwangerschap op de hoogte stellen van de gezondheidstoestand van haar kind. Therapie of genezing van gevonden afwijkingen is (nog) niet mogelijk. De keuze van de zwangere die een ongunstige uitslag krijgt, is beperkt: zij moet kiezen tussen de geboorte van een gehandicapt kind en een abortus. Een dergelijke abortus van een gewenst kind, veelal in een vergevorderde fase van de zwangerschap, is een zeer traumatische ervaring (Korenromp et al., 1993). In de loop van de jaren negentig is IVF gepresenteerd als een hulpmiddel waarmee deze traumatische ervaring van de late abortus kan worden vermeden. Bij IVF vindt de bevruchting buiten het vrouwenlichaam plaats. Dit biedt de mogelijkheid al voorafgaand aan het ontstaan van een zwangerschap genetisch onderzoek te laten verrichten bij de bevruchte eicel, de zogenaamde preïmplantatie genetische diagnostiek (PGD).

Selecteren op gezondheid

In 1998 meldt de Gezondheidsraad dat er al zo'n tien jaar preklinisch en klinisch onderzoek gedaan wordt naar PGD. Wereldwijd zijn er op dat moment bij dat onderzoek een veertiental centra betrokken waaronder één in Nederland, het academisch ziekenhuis Maastricht. Totaal zijn er tot 1998 naar schatting over de gehele wereld 100 kinderen na PGD geboren. De praktijk van PGD heeft kortom een geringe omvang. De culturele betekenis ervan is echter aanzienlijk. Genetica en erfe-

lijkheidsdiagnostiek worden in het publieke debat al snel in verband gebracht met eugenetica. De plannen van het academische ziekenhuis Maastricht om te beginnen met onderzoek naar PGD lokten eind jaren tachtig, als de plannen in de publiciteit raken, dan ook de nodige (politieke) discussie uit. Deze discussie was zelfs een belangrijke aanleiding voor de minister tot het instellen van Kerncommissie Ethiek Medisch Onderzoek (KEMO).

Na goedkeuring door de KEMO (1991) start het academisch ziekenhuis Maastricht in het begin van de jaren negentig met experimenteel dieronderzoek en met onderzoek aan menselijke gameten en restembryo's. In 1995 wordt een volgende stap gedaan. Met goedkeuring van de KEMO wordt begonnen met onderzoek in de kliniek. Op advies van de KEMO(1994) beperkt dit klinische onderzoek van PGD zich tot ernstige niet-behandelbare aandoeningen: taaislijmziekte, het fragiele X-syndroom en ernstige geslachtsgebonden aandoeningen.

De Gezondheidsraad stelt in 1998 vast dat PGD nog in het stadium van medisch wetenschappelijk onderzoek verkeert. Er is onzekerheid met betrekking tot de betrouwbaarheid van de diagnostiek, de veiligheid van de procedure voor het nageslacht en de effectiviteit van IVF na PGD. Onderzoek zou daarom alleen moeten gebeuren in het kader van een onderzoeksprotocol en na goedkeuring door de Centrale Commissie voor de toetsing voor medisch wetenschappelijk onderzoek (CCMO, opvolger van de KEMO).

Ondanks alle voorbehoud, signaleert de Raad tegelijkertijd een groot aantal (toekomstige) gebruikers. Omdat voor PGD een IVF-behandeling nodig is, ligt het voor de hand daarbij allereerst te denken aan groepen vrouwen die vanwege onvruchtbaarheidstoornissen toch al een IVF-behandeling ondergaan. De Raad heeft hierbij een tweetal groepen op het oog. De eerste groep die in aanmerking zou moeten komen zijn vrouwen die dus vanwege onvruchtbaarheid een IVF-behandeling ondergaan maar van wie tevens bekend is dat zij een verhoogd risico hebben op een kind met een genetische aandoening. In de visie van de Raad zou PGD bij deze groep niet beperkt hoeven te blijven tot de ernstige onbehandelbare aandoeningen die de KEMO in 1994 aangaf. De indicaties die gangbaar zijn bij de gangbare prenatale diagnostiek zouden gehanteerd kunnen worden. De tweede groep vrouwen zou moeten bestaan uit vrouwen die al IVF ondergaan en 36 jaar of ouder zijn. Op deze leeftijd wordt aan alle zwangere Nederlandse vrouwen prenatale diagnostiek aangeboden. Het doel van PGD bij deze vrouwen zou tweërlei kunnen zijn: het 'routinematig' toepassen van PGD bij deze groep zou kunnen voorkomen dat zij zwanger worden van een kind met een afwijking. Gekeken wordt naar chromosomale afwijkingen, met name naar trisomie 21 (Syndroom van Down). En mogelijk zou het terugplaatsen van geselecteerde embryo's de succeskans van IVF bij oudere vrouwen verhogen. Zoals al opgemerkt constateert de

Raad zelf in haar rapport dat voor genoemde doeleinden het wetenschappelijk bewijs op dit moment ontbreekt. Maar in het debat is de vraag al gesteld of het niet misdadig is bij IVF, nu deze mogelijkheid er eenmaal is, niet geselecteerde embryo's terug te plaatsen. Zou niet met andere woorden bij IVF selecteren de normale procedure moeten worden?

Als derde toekomstige doelgroep noemt de raad de normaal vruchtbare 'paren' die een verhoogde kans hebben op het krijgen van een kind met een afwijking en die de voorkeur geven aan PGD boven prenataal onderzoek. Met deze techniek kan deze groep vermijden dat zij bij een ongunstige uitslag voor de keuze komt te staan over het al dan niet afbreken van een zwangerschap. Daar staat tegenover dat PGD ondenkbaar is zonder IVF. PGD is een wijze van diagnostiek bedrijven die een zware ingreep bij vrouwen vereist. Overigens adviseert de Raad wel vrouwen met een leeftijdsindicatie voor prenatale diagnostiek van PGD uit te sluiten. Aangezien zo'n 5% van de vrouwen hun kind krijgen na hun 36e, zou dit de potentiële groep IVF gebruikers met vele duizenden verhogen.

Halverwege de negentiger jaren is er een heel nieuw type indicatie toegevoegd aan het rijtje al bestaande indicaties voor IVF. Al eerder is de onvruchtbaarheid van de man geaccepteerd als indicaties voor IVF bij vruchtbare vrouwen, nu verschijnt de gezondheid van het kind als indicatie. Het wordt kennelijk acceptabel gevonden dat gezonde vruchtbare vrouwen een zware ingreep ondergaan voor mogelijke gezondheidsproblemen van partner of kind.

Selecteren op eigenschappen

Het gebruik van PGD hoeft zich niet te beperken tot het voorkomen van genetische afwijkingen van kinderen, het selecteren en verbeteren van kenmerken van het nageslacht bijvoorbeeld intelligentie of sekse van het kind, behoort tot de mogelijkheden. De vraag of er geselecteerd mag worden op eigenschappen van kinderen kwam in de jaren negentig uitgebreid in het publieke debat aan de orde naar aanleiding van de oprichting van een kliniek in Utrecht voor geslachtskeuze. Deze kliniek werkte overigens niet met PGD of prenatale diagnostiek maar door spermascheiding. In dit debat kwamen een groot aantal thema's aan de orde: effecten op de demografische ontwikkeling (overschot mannen), betekenis voor de positie van vrouwen, het gebruik dan wel misbruik door allochtone groepen, het inherente seksisme van de techniek, gevolgen voor het kind en het steeds verdergaande 'beheersingsdenken'. Een publieksenquête uitgevoerd in opdracht van het Rathenau Instituut (1996) maakte duidelijk dat meeste Nederlanders tegen geslachtskeuze zijn. Slechts 4% vindt het een goede zaak als mensen via zaadselectie het geslacht van kinderen gaan bepalen

Net in de periode van de opschudding brengt een commissie van de Gezondheidsraad een reeds gepland advies uit, *Geslachtkeuze om niet-medische redenen* (1995) waarin zij een veel minder afwijzend standpunt inneemt. Alle hiervoor genoemde thema's die spelen in het publieke debat, worden in het rapport besproken en in hoge mate gerelativeerd. Niet in alle gevallen acht de commissie geslachtsselectie als onderdeel van de gezinsplanning seksistisch of anderszins moreel verwerpelijk. Het kan louter gaan om het realiseren van een gezin met gemengde samenstelling of ouders kunnen juist de belangen van hun kind op het oog hebben. Ook zou geslachtsselectie voor kinderen niet ongunstig hoeven uit te pakken: zij zouden niet de last hoeven te dragen van het feit dat zij om hun geslacht minder gewenst zijn. De effecten op de demografische opbouw van de bevolking of op de positie van vrouwen acht de Raad gering, omdat zij verwacht dat maar een kleine groep van de mogelijkheden gebruik zal maken en dan nog vooral met het doel een gezin van gemengde samenstelling te krijgen. Over de betekenis van geslachtsselectie voor minderheden ontbreken onderzoeksgegevens. Er valt dus weinig over te zeggen.

De Raad acht het wel van belang op welke manier de geslachtsselectie tot stand komt. Zij onderscheidt drie vormen: spermascheiding, geslachtsselectieve abortus en de selectie op embryo's op geslacht bij het verrichten van PGD. Geslachtsselectieve abortus acht zij moreel en juridisch ontoelaatbaar. Aborteren louter om het geslacht van een kind is evident geen reden tot abortus, 'behoudens uitzonderlijke gevallen waarin sprake is van een noodsituatie van een vrouw'. (Gezondheidsraad, 1995, p.11). In 1995 schatte de Raad dat het bij dit type abortus in Nederland om incidentele gevallen ging. Bij spermascheiding en PGD is geen sprake van abortus: de selectie vindt plaats voor de bevruchting (KI met spermascheiding) of voor de terugplaatsing van de embryo's (IVF met PGD). De Gezondheidsraad gaat ervan uit dat zowel bij KI als bij IVF met PGD artsen in toenemende mate geconfronteerd zullen worden met de vraag om sekseselectie.

Bij PGD maakt de Gezondheidsraad een onderscheid tussen situaties waarin het geslacht al bekend is en dit gegeven zonder nadere verrichtingen 'meegenomen' kan worden in de selectie die toch al plaats vindt voor de terugplaatsing en de situatie waarin aanvullende diagnostiek nodig is. De Gezondheidsraad stelt dat in het eerste geval waarin het geslacht van het toekomstige kind al bekend is, van de arts 'weinig meer gevraagd wordt dan de keuze van de ouders te respecteren'. In het tweede geval meent de Raad dat van de artsen een uiterst terughoudende opstelling verwacht mag worden. Een dergelijke houding wordt ook geadviseerd als het om geslachtsselectie in het kader van KI gaat. In een later rapport uit 1998, *IVF; afrondende advisering* zal de raad haar standpunt bevestigen: als bij PGD het geslacht bekend is, mag de arts meegaan in de keuze van de ouders. In haar

rapport over sekseselectie (1995, p. 12) concludeert de Gezondheidsraad dat er geen aanleiding bestaat voor wettelijke maatregelen die het aanbieden van een techniek voor preconceptie-geslachtskeuze in ons land onmogelijk maken. Uitgangspunt dient immers te zijn dat de overheid de reproductieve vrijheid van de ouders in beginsel dient te respecteren en daarvan slechts mag afwijken om te voorkomen dat de belangen van anderen geschaad worden. Met haar standpunt lijkt de Gezondheidsraad in te gaan tegen de terughoudendheid of zelfs het taboe dat er in de Nederlandse samenleving bestaat tegen het selecteren van kinderen op grond van eigenschappen.

De minister heeft in 1998 een verbod op geslachtskeuze uitgevaardigd: *'Besluit verbod op geslachtskeuze om niet medische redenen'*. Dit verbod zal vervallen op het moment dat de embryowet in werking treedt.

Samenvattend

Nieuwe toepassingen van IVF en een stroom van incidenten zijn de afgelopen decennia blijven zorgen voor de continue aandacht van deskundigen en het bredere publiek. De nieuwe toepassingen van IVF betekenden een culturele inbreuk op de manier waarop traditioneel verwantschapsrelaties tot stand komen, namelijk via huwelijk en biologische afstamming. In de debatten die wij in dit hoofdstuk bespraken ging het dan ook steeds om de vraag welke vormen van planning, ouderschap en verwantschap cultureel acceptabel geacht moesten worden.

Het gebruik van IVF in situaties die resulteren in het 'gangbare' model van vader, moeder en een biologisch eigen kind riepen de minste vragen op. Naar de mening van velen was hier sprake van 'de natuur een handje helpen'. De nieuwere varianten die niet in dit traditionele model resulteren, riepen vragen op over de aanvaardbaarheid van situaties waarin sociaal en biologisch ouderschap niet samenvallen of waarbij het biologische moederschap over meerdere vrouwen verdeeld is. Het gebruik van deze toepassingen kon niet gelegitimeerd worden met verwijzingen naar het 'helpen' van de natuur. De vraag was veeleer of hier niet juist gesproken moest worden van een inbreuk op diezelfde natuur. In de discussie over de toepassingsmogelijkheid van IVF bij vrouwen in de overgang kwamen in elk geval de Gezondheidsraad en de ethische commissie van de KNMG tot de conclusie dat de natuur haar 'oriënterende functie' verloren heeft.

Een belangrijke invalshoek bij de beoordeling van alle nieuwe toepassingen vormde het belang van het kind. Welke criteria kunnen en moeten aangelegd worden om de belangen van het kind te beschermen? Bij KI, al ruim voor de introductie van IVF gelegaliseerd, is gekozen voor aansluiting bij het huwelijk. Deze keuze garandeerde het kind

een juridische vader en moeder. Geaccepteerd werd daarbij het feit dat er geen bloedbanden bestaan tussen vader en kind. IVF breidde echter de mogelijkheden aanzienlijk uit. Consensus ontbreekt over de vraag wat de prioriteit moet krijgen in de afweging van de belangen van kinderen. Moet de nadruk liggen op de biologische afstamming, huwelijk, zwangerschapszorg of opvoeding door twee ouders? Wat in de ene situatie belangrijk geacht wordt, blijkt er in een volgende situatie niet toe te doen. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat een zwangere vrouw wel het kind opvoedt maar niet de biologische moeder is (eiceldonatie) of juist het kind afstaat en wel of niet de biologische moeder is (draagmoederschap met en zonder eiceldonatie). Het gevaar dat de nieuwe toepassingen van IVF zouden opleveren voor de psychosociale ontwikkeling van kinderen valt wetenschappelijk niet te onderbouwen. Dit leidde in de debatten tot een sterke relativering van alle argumenten die handelen over de schadelijkheid van de diverse toepassingen van IVF voor kinderen.

Ondanks de vraagtekens die gezet zijn bij de diverse varianten van IVF, zijn de meeste mogelijkheden min of meer geaccepteerd geraakt. Zeker blijven variaties als het hoogtechnologische draagmoederschap of IVF voor vrouwen in de overgang omstreden. Steeds opnieuw vormde het uitgangspunt dat op het terrein van de voortplanting mensen hun eigen wensen moeten kunnen realiseren, een belangrijk argument in de afwegingen die rond de diverse toepassingen naar voren werden gebracht. Het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen vormde uiteindelijk een belangrijk argument om deze toepassingen niet te verbieden, maar te gedogen of voorzichtig mee te experimenteren.

De kwaliteit en reikwijdte van de vragen en argumenten die in deze debatten aan de orde zijn gesteld, zullen in het volgende en laatste hoofdstuk van een kritische evaluatie worden voorzien.



5 Naar een evenwichtige discussie en maatschappelijke sturing

In de voorafgaande drie hoofdstukken hebben we onderzocht op welke wijze IVF in korte tijd kon evolueren van experimentele laboratoriumtechniek tot een in brede kring aanvaarde techniek waarvan op redelijk grote schaal gebruik wordt gemaakt. In hoofdstuk 2 beschreven wij de voorgeschiedenis van de moderne voortplantingstechnologie. In de maatschappelijke discussies rondom voorbehoedsmiddelen, abortus en, in mindere mate, kunstmatige inseminatie, werd de maatschappelijk-culturele voedingsbodem gelegd voor de latere inbeddingsprocessen van en voor de discussies over, de moderne voortplantingstechnologieën waarvan we in-vitrofertilisatie centraal stelden. Deze inbeddingsprocessen en discussies vormen het onderwerp van respectievelijk hoofdstuk 3 en 4.

In dit slothoofdstuk willen we nogmaals terugkeren naar het materiaal uit de vorige drie hoofdstukken, maar ditmaal aan de hand van twee meer normatief-praktische vragen. In de eerste plaats dringt zich de vraag op naar kwaliteit van de voorlopig bereikte conclusies. Deze vraag is moeilijk te beantwoorden. Veel van het eindoordeel zal afhangen hoe men zich opstelt tegenover aantoonbare gebreken van IVF, hoe men staat tegenover de techniek zelf, en hoe men de culturele en maatschappelijke effecten van de moderne voortplantingstechnologie inschat. De verschillende visies op deze kwesties zijn in de vorige hoofdstukken aan de orde geweest in de vorm van overwegingen omtrent de wenselijkheid van de nieuwe voortplantingstechnologie. Een aantal daarvan is echter nog speculatief en hoogst omstreden, laat staan dat er zich al een brede consensus aftekent over de *afweging* van deze soms conflicterende overwegingen binnen het kader van een praktische besluitvorming. Er is nog zo veel ruimte voor legitieme meningsverschillen, dat de lezer hoe dan ook tot een eigen oordeel zal willen komen. Wij hebben er daarom voor gekozen de in de discussie naar voren gebrachte overwegingen te presenteren zonder een al te uitdrukkelijke eigen stellingname, in de overtuiging dat dit de lezer behulpzaam kan zijn bij de eigen meningsvorming. Dit wil echter niet zeggen dat we daarmee zouden afzien van iedere normatieve stelling-

name. Ook zonder de argumenten afzonderlijk en vervolgens de gemaakte afwegingen te toetsen, kan en moet er namelijk iets over de kwaliteit van de gevoerde discussie gezegd worden. Die kwaliteit wordt in essentie daardoor bepaald dat alle overwegingen zijn gehoord, en zijn meegewogen. Op dit punt, zo zullen we betogen, schort het nodige aan het debat over de moderne voortplantingstechnologie. Daarnaast zullen we nog twee overwegingen met betrekking tot de mogelijke maatschappelijk-culturele effecten van de moderne voortplantingstechnologie toevoegen, die binnen de gevoerde discussie niet of nauwelijks zijn gehoord.

Een evaluerend oordeel over de maatschappelijke besluitvorming rondom moderne voortplantingstechnologie, kan echter niet volstaan met een analyse van de wijze waarop er is *gepraat*. De kwaliteit van de besluitvorming wordt namelijk in belangrijke mate bepaald door de institutionele inbedding waarbinnen de discussies zijn gevoerd. Het debat werd niet primair gevoerd binnen een virtuele ruimte en door individuen die voor eigen rekening praatten, maar binnen specifieke institutionele kaders en door organisaties als de overheid, de Gezondheidsraad, artsen- en patiëntenorganisaties, vrouwenorganisaties en kerken. De oproep om de kwaliteit van de maatschappelijke besluitvorming te verbeteren, kan daarom niet volstaan met het aanspreken van individuen op hun bereidheid een rijk palet van overwegingen toe te laten en respectvol te luisteren naar andere partijen. De oproep moet zich ook vertalen naar het niveau van de institutionele vormgeving van het debat. Daarom sluiten wij dit hoofdstuk af met een aantal kritische observaties bij de huidige institutionele vormgeving van het voortplantingsdebat, en met een aantal concrete suggesties voor verbetering daarvan.

De opbouw van dit hoofdstuk is als volgt. We beginnen in paragraaf 1 met het recapituleren van de voornaamste overwegingen bij IVF, zoals deze in de vorige drie hoofdstukken aan de orde zijn gesteld. In deze hoofdstukken bleek echter ook dat het publieke lot van deze overwegingen heel verschillend was: sommige konden rekenen op grote publieke bijval, andere werden ternauwernood gehoord. Het is verleidelijk om dergelijke verschillen terug te voeren op hun kwaliteit: als een overweging op grote bijval blijkt te kunnen rekenen, moet dat betekenen dat dat blijkbaar een goed, geldig en dus overtuigend argument is. En het omgekeerde zou dan gelden voor de minder succesvolle overwegingen. Een dergelijke benadering loopt echter het reële gevaar slechts bestaande machtsverschillen te sanctioneren. Daarom kiezen wij in paragraaf 2 voor een meer agnostische opstelling, waarbij we het publieke succes of falen van bepaalde overwegingen relateren aan de dominante voorstellingen rondom natuur, technologie en zelfbeschikking, alsmede aan de verschillende posities van de betrokken actoren. In paragraaf 3 zetten we een aantal kritische vraagtekens bij deze constellatie. De behandelde natuur-, technologie- en zelf-

beschikkingsbeelden blijken te simpel om aan de complexiteit van natuur, technologie en ethiek recht te kunnen doen. Het publieke debat over voortplantingstechnologie zou er veel bij winnen wanneer men van deze beelden afscheid zou nemen. In paragraaf 4 tenslotte bespreken we de opstelling van de overheid ten aanzien van de voortplantingstechnologie. Deze blijkt voor een groot deel bepaald te worden vanuit dezelfde constellatie van culturele beelden en actoren, zoals die in paragraaf 3 aan de orde kwam, zodat de in paragraaf 4 naar voren gebrachte bedenkingen ook de opstelling van de overheid betreffen. Om meer maatschappelijke sturing mogelijk te maken ten aanzien van haast per definitie controversiële technologische ontwikkelingen zoals de hier besproken voortplantingstechnologie, besluiten we dit rapport met een aantal praktische suggesties.

5.1 De maatschappelijke aanvaardbaarheid van IVF

De introductie van IVF ging gepaard met de erkenning van onvrijwillige kinderloosheid als een probleem in de gezondheidszorg. Het belangrijkste argument voor IVF is dat met behulp van deze technologie inmiddels een groot aantal kinderen zijn geboren, waardoor een nog groter aantal ouders is geholpen met het realiseren van een voor hen veelal essentieel levensdoel. IVF heeft inmiddels duizenden ouders gelukkig gemaakt, en beantwoordt nog steeds aan een grote en dringende vraag bij een publiek van ongewenst kinderloze individuen en paren. Het is moeilijk om vraagtekens te plaatsen bij een technologie die zich kan laven aan zoveel succes en zoveel maatschappelijke waardering. Toch is dat de afgelopen decennia met grote vasthoudendheid gedaan door verschillende groeperingen. We kunnen deze bedenkingen indelen in drie verschillende categorieën namelijk al naar gelang ze betrekking hebben op het imperfecte karakter van deze technologie, de technologie zelf, of de lange termijn gevolgen ervan.

Bedenkingen bij de gebreken van IVF

Tot de eerste categorie behoren de onloochenbare problemen rondom de *efficiëntie* van IVF. Zelfs na twintig jaar ervaring is de trefkans bij het gebruik van deze technologie nog beperkt. Tegenover het aantal ouders dat middels deze technologie daadwerkelijk is geholpen, staat een nog steeds groter aantal wensouders voor wie alle moeite, ook na meerdere pogingen, op een teleurstelling is uitgelopen.

Met deze lage slaagkans hangt een ander probleem samen, namelijk dat van de *rest-embryo's*. Omdat de in-vitro bevruchte eicellen na inplanting in de baarmoeder lang niet altijd uitgroeien tot kinderen, is het gebruikelijk om meerdere eicellen tegelijk te bevruchten om zo de

slaagkans te vergroten. Het is echter onduidelijk c.q. omstreden wat de status is van de embryo's die uiteindelijk niet worden teruggeplant. Meningen lopen hier uiteen van 'een bevruchte eikel is een mens en heeft alle rechten van een geboren mens' tot 'embryo's zijn klompjes cellen in een laboratoriumschaaltje die geen enkele bijzondere beschermwaardigheid genieten' (Singer, 1997). Vanuit het perspectief van de beschermwaardigheid van elk menselijk leven, is het bestaan van grote hoeveelheden ingevroren rest-embryo's een groot probleem. Hoewel er enige hoop bestaat dat de trefkans van de IVF-behandeling op afzienbare termijn verbeterd kan worden, is de technologie beslist nog niet zo ver ontwikkeld dat rest-embryo's tot het verleden zullen gaan behoren (Biesboer, 2000, p.37-38).

Een derde bedenking uit deze eerste categorie betreft de *risico's voor moeder en kind* die mogelijk verbonden zijn het gebruik van de moderne voortplantingstechnologieën. 'Mogelijkerwijs', aangezien deze technologie achteraf bezien nogal halsoverkop blijkt te zijn ingevoerd, zonder systematisch onderzoek naar korte en lange termijn gevolgen voor de gezondheid. Hoewel de overheid in al haar beleidsbesluiten de klinieken verplichtte de gegevens over IVF-behandelingen te rapporteren, is van de daadwerkelijke systematische verzameling van landelijke gegevens voor een lange periode geen sprake geweest. Pas aan het einde van de jaren negentig werden de eerste studies verricht naar het verloop van IVF-zwangerschappen en naar de ontwikkeling van de IVF-kinderen. De laatste studie had betrekking op zeer jonge kinderen, terwijl het oudste Nederlandse kind inmiddels al 17 jaar oud is en de groep kinderen die nu de basisschool begint te verlaten, aanzienlijk moet zijn. Het is natuurlijk niet te hopen dat kinderen die met behulp van IVF, ICSI en/of PGD zijn verwekt hierdoor enige schade hebben opgelopen. Toch is het paradoxaal, dat in de periode waarin de zorg voor de gezondheid van het toekomstige kind zo groot is, nog zo weinig wetenschappelijke kennis bestaat over de gevolgen van zo'n ingrijpende techniek als IVF. Net als bij de 'natuurlijke' voortplanting leek men vooral te hopen dat het goed zou gaan met de IVF-kinderen en -vrouwen.

Bedenkingen bij de IVF-technologie zelf

Kenmerk van deze overwegingen uit de eerste categorie is dat zij minder zwaar zullen gaan wegen naarmate de technologie in de toekomst verbeterd wordt. Dat geldt echter niet voor de volgende bedenkingen. Deze betreffen namelijk de technologie als zodanig.

Een eerste overweging uit deze categorie betreft de *kosten* ervan. Ook al zijn de kosten per IVF-behandeling de laatste jaren aanzienlijk gedaald, er blijft een prijskaartje aan hangen. Dat betekent dat altijd de vraag kan worden gesteld of de binnen de gezondheidszorg altijd schaarse middelen wel optimaal worden gebruikt wanneer ze worden

ingezet voor de voortplanting. Kan er met dezelfde middelen elders niet een grotere gezondheidswinst worden gerealiseerd? Deze kwestie wint aan gewicht, wanneer we daarbij betrekken dat het bij IVF gaat om een technologie met een relatief bescheiden trefkans en met nog goeddeels onbekende gezondheidsrisico's, welke ons bovendien opzadelt met een ongewenste hoeveelheid rest-embryo's met een controversiële beschermwaardigheid. Bovendien blijft het goed om te bedenken dat kinderloosheid niet levensbedreigend is.

Een tweede bedenking rondom de moderne voortplantingstechnologieën die vooral door de vrouwenbeweging naar voren is gebracht, luidt dat deze technologieën vaak zeer *belastend zijn voor vrouwen*, zowel in lichamelijke als in psychische zin. IVF vereist dat vrouwen een zware hormonale behandeling ondergaan om meerdere eicellen tegelijk te 'produceren'. Dit heeft ook gevolgen voor iemands mentale gesteldheid. Hierbij kunnen nog de spanning en teleurstelling worden opgeteld die voortvloeien uit de bescheiden slaagkans van de verschillende behandelingen.

Wanneer we deze belasting bezien vanuit het oogpunt van de verdelende rechtvaardigheid, dan kan nog een andere bedenking worden geformuleerd. Omdat de moderne voortplantingstechnologieën zich vooral richten op vrouwenlichamen, zijn de *lasten en lusten ervan zeer ongelijk verdeeld over de beide seksen*. Zelfs als de oorzaak van de onvruchtbaarheid ligt bij de man, is het veelal de vrouw die het leeuwendeel van de behandeling moet ondergaan. Gevolg van de moderne voortplantingstechnologie is dus dat volstrekt gezonde vrouwen onderworpen worden aan zeer belastende medische ingrepen. Datzelfde is het geval bij eiceldonatie, waarin gezonde vrouwen belast worden om een andere, onvruchtbare, vrouw te kunnen helpen, of in het geval van IVF bij lesbische paren, waarbij een van de gezonde, vruchtbare partners zich onderwerpt aan een medische behandeling waarvan – als het goed is – beide partners vervolgens de vruchten (!) plukken. Ook daar is dus geen sprake van een gelijke verdeling van lusten en lasten. Nu is een ongelijke verdeling van lusten en lasten natuurlijk niet per definitie onrechtvaardig. Er kunnen relevante verschillen bestaan tussen de verschillende partijen die een ongelijke verdeling daarvan kunnen rechtvaardigen. Daarnaast kan de vraag worden gesteld of er sprake is van een onrechtvaardige verdeling wanneer de betrokken partijen die vrijwillig aanvaardden. Op beide punten komen wij hieronder terug.

Een andere bedenking bij de moderne voortplantingstechnologieën betreft het feit dat het daarbij gaat om vormen van *symptoombestrijding*. De behandeling is vooral gericht op het wegnemen van de gevolgen van onvruchtbaarheid, niet op het wegnemen van de oorzaken daarvan. Niet van de lichamelijke oorzaken, laat staan van meer maatschappelijke oorzaken zoals het feit dat veel vrouwen het krijgen van

kinderen lang uitstellen vanwege de vigerende arbeid-zorg verdeling tussen de seksen en de ontbrekende kinderopvang. Ook maatschappelijke oorzaken leiden onder de huidige omstandigheden tot een gemedicaliseerde vraag. Deze keuze heeft gevolgen voor de verhouding tussen degenen die de behandeling ondergaan, vrouwen, en degenen die haar uitvoeren, de artsen. Omdat met een IVF- of ICSI-behandeling de vruchtbaarheid niet wordt hersteld, zijn onvruchtbare patiënten voor de vervulling van elke kinderwens afhankelijk geworden van de toepassing van medische technologie en van degenen die deze technologie beheersen.

Bedenkingen bij de gevolgen op lange termijn

De overwegingen uit de derde categorie betreffen niet de onvolmaaktheid van de bestaande technieken, noch die technieken zelf, maar de (lange termijn) gevolgen ervan op medisch, cultureel en maatschappelijk vlak. Naar hun aard zijn deze bedenkingen het meest speculatief, en daardoor omstreden.

Een eerste aandachtspunt hier is het gegeven dat ten gevolge van de grote media-aandacht voor de moderne voortplantingstechnologie het taboe op vrouwelijke onvruchtbaarheid in belangrijke mate is gerelativeerd. Binnen allerlei publieke fora kwam dit type onvruchtbaarheid in alle openheid ter sprake, waarmee de ontmanteling van dit taboe zowel een belangrijk gevolg als een belangrijke voorwaarde vormde voor de maatschappelijke inbedding van de nieuwe voortplantingstechnologieën. Hetzelfde kan naar alle waarschijnlijkheid echter niet worden gezegd van de mannelijke onvruchtbaarheid. Hun eventuele kinderwens of problemen rondom kinderloosheid kwamen of komen niet in beeld. De ontwikkeling en toepassing van voortplantingstechnieken als IVF en ICSI droegen niet bij aan de opheffing van het *taboe op mannelijke onvruchtbaarheid*. In tegendeel. Omdat in de medische wereld de opvatting post heeft gevat dat niet individuen maar paren onvruchtbaar zijn, wordt bij deze behandelingen de onvruchtbaarheid van mannen voor de buitenwereld onzichtbaar gemaakt. Dit heeft mogelijk verstrekkende gevolgen voor de toekomstige ontwikkelingen rondom voortplantingstechnologie. Het zijn nu steeds vrouwen die worden behandeld, los van het feit wie van het paar onvruchtbaar is. De acceptatie van deze praktijk door de medici, de vrouwen en in het algemeen de maatschappij, neemt de toch al zeer zwakke stimuli weg om therapieën voor mannelijke onvruchtbaarheid te ontwikkelen die gericht zijn op mannelijke lichamen. Vanuit het hiervoor genoemde oogpunt van verdelende rechtvaardigheid is dit onwenselijk.

In de tweede plaats is gewezen op de lange termijn risico's – juridisch en psycho-sociaal – die samenhangen met het door elkaar geklutst

worden van de *verwantschapsverhoudingen* ten gevolge van draagmoederschap, eiceldonatie en KID.

Tot slot is erop gewezen dat IVF de *uitvalsbasis* vormt voor *de ontwikkeling en toepassing van nieuwe, steeds ingrijpendere technieken*. Vele hoogtechnologische medische interventies bij de voortplanting vooronderstellen of impliceren het gebruik van andere geavanceerde voortplantingstechnologieën. De uitvoering van de pre-implantatie genetische diagnose op embryo's is alleen mogelijk in combinatie met IVF. Bij de ICSI-behandeling wordt, wegens het verhoogde risico voor het mannelijke nageslacht, het gebruik van prenatale diagnostiek geadviseerd. Elk van deze technologieën brengt eigen risico's met zich mee. Het is zeer goed denkbaar dat het gecombineerde gebruik van een aantal van deze technieken tot een opstapeling van risico's voor vrouw en kind leidt en de kansen op succes verkleint. Daarnaast zijn een aantal technieken zelf omstreden, zoals negatieve en positieve eugenetica en sekseselectie.

Dit zijn de voornaamste bedenkingen, twijfels en aandachtspunten welke de afgelopen twee decennia in het publieke debat rondom de moderne voortplantingstechnologie naar voren zijn gekomen. Een groot aantal ervan heeft een uitgesproken kritisch karakter. Toch kunnen we inmiddels vaststellen dat ze de ontwikkeling en inbedding van de voortplantingstechnologie nauwelijks beïnvloed hebben. In de volgende paragraaf proberen we de oorzaken hiervan te verhelderen.

5.2 Dominante beelden, dominante actoren

In hoofdstuk I introduceerden we de dominante beelden rondom natuur, technologie en zelfbeschikking. In de daarop volgende drie hoofdstukken is onderzocht wanneer deze beelden een rol speelden in het debat rondom voortplantingstechnologie en welke actoren deze beelden op welk moment en met welk doel mobiliseerden. We willen in deze paragraaf de invloed van deze beelden op een meer systematische wijze nalopen. Ons uitgangspunt daarbij is dat het zowel van belang is *wat* iemand zegt als *wie* wat naar voren brengt. Sommige actoren hebben veel gezag en mogelijkheden om de uitkomst van de besluitvorming te beïnvloeden, andere actoren weinig. Maar hoeveel gehoor een partij vindt voor de eigen argumenten, wordt ook mede bepaald door de inhoud van wat naar voren wordt gebracht.

Misschien is het het beste te beginnen met de zelfbeschikking. Als er een begrip het voortplantingsdebat heeft bepaald, dan is het wel dit begrip. Zowel binnen de meer geïnstitutionaliseerde discussie als in de meer populaire beeldvorming in bijvoorbeeld damesbladen, over-

heerste het beeld van de individuele vrouw met een niet langs natuurlijke weg te vervullen kinderwens. In hoofdstuk 2 zagen we hoe het beeld van een normatief geladen natuur, of scheppingsorde, eerst geleidelijk maar vanaf de jaren zestig zeer rap opzij geschoven werd voor de nadruk op zelfbeschikking. Uitgangspunt van publiek-politieke discussies is dat het zelfbeschikkingsrecht van een burger zoveel mogelijk gerespecteerd dient te worden, op voorwaarde dat dit recht op zelfbeschikking gelijk wordt verdeeld over alle burgers en dat de zelfbeschikking van de één niet mag leiden tot het schaden van de legitieme belangen en rechten van de ander. In een formule: elke burger krijgt zoveel vrijheid als verenigbaar met eenzelfde vrijheid van zijn of haar medeburgers. Zelfbeschikking vormt zo, in combinatie met een gelijkheids(of non-discriminatie)beginsel en een niet-schaden beginsel, de sleutel tot discussies over zaken met een duidelijk ethische signatuur, althans in een overwegend liberaal-pluralistische samenleving als de Nederlandse. Niet verwonderlijk vormt het ook binnen de medische ethiek een sleutelbegrip. Binnen de medische ethiek bestaan een viertal basisprincipes: zelfbeschikking (autonomie), informed consent, niet-schaden en weldoen. Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt vormt het uitgangspunt van de medische ethiek; informed consent is daar een voorwaarde voor, en het niet-schaden beginsel kan er (via het gelijkheidsbeginsel) van worden afgeleid. Het weldoen beginsel staat er los van, maar heeft binnen de medische ethiek dan ook doorgaans minder gewicht dan de zelfbeschikking van de patiënt, bijvoorbeeld: een patiënt mag een behandeling weigeren, ook al is deze in de ogen van de behandelende arts belangrijk voor zijn welzijn.

Het zelfbeschikkingsrecht wordt in de eerste plaats opgevat als *negatieve* vrijheid, als het morele *vrijheidsrecht* om iets te doen of te laten zonder dat anderen zich daarmee bemoeien. Zelfbeschikking impliceert zo bijvoorbeeld een recht op voortplanting, in de zin dat niemand¹ verboden kan worden zich voort te planten. In het debat is dit recht vooral benadrukt door de artsen en de vrouwen – zowel door de vrouwen die aanspraak maken op de beschikbare voortplantingstechnologie als door feministen. Achteraf bezien kunnen we vaststellen dat de eerdere discussies over anticonceptiemiddelen en abortus hiervoor de culturele basis hebben gelegd. Het is interessant om vast te stellen dat het vroegere bezwaar tegen dit zelfbeschikkingsrecht, namelijk dat dit recht de deur wijd open zou zetten voor een hedonistische levensstijl waarin mensen maar doen wat ze lekker vinden, vanaf de jaren zestig niet of nauwelijks meer is gehoord. In wat officiële taalgebruik: de preferenties van de patiënt c.q. consument van medische technologie vormen nauwelijks nog een legitiem onderwerp van maatschappelijke meningsvorming. Integendeel, ze vormen daarvan het uitgangspunt. De voornaamste uitzondering op deze tendens vormt het debatje over de kinderwens van oudere vrouwen die de menopauze al achter zich hebben gelaten. Er werden van verschil-

lende kanten vraagtekens gezet bij de legitimiteit van de kinderwens van deze vrouwen, maar tekenend voor de kracht van het zelfbeschikkingsbeginsel was dat dergelijke vraagtekens nauwelijks maatschappelijke bijval kregen, laat staan bijval vanuit de hoek van de wetgever. De kritiek op deze oudere vrouwen nam dan ook een andere vorm aan, zoals we hieronder zullen zien.

Dat veel bedenkingen bij de nieuwe voortplantingstechnologie weinig kans hadden op een prominente plaats op de agenda van het publieke debat rondom voortplantingstechnologie, is in hoge mate te wijten aan de dominantie van dit individuele recht op zelfbeschikking. Ten eerste geldt dit voor de bedenkingen die betrekking hebben op de lage succeskans van IVF en ICSI en op de risico's voor de vrouw die van deze technieken gebruik wil maken. Wanneer zij over beide punten voldoende is geïnformeerd dan is het verder aan haar om – eventueel met behulp van haar directe privé-omgeving – tot een afgewogen besluit te komen. Wanneer zij in het volle bewustzijn besluit te kiezen voor het gebruikmaken van beide technieken, dan is dat verder niet langer een zaak voor publieke discussie. Het zou hier gaan om een private afweging waar noch artsen, noch de overheid, noch de kerken een rol mogen of kunnen spelen.

Hetzelfde geldt, zij het in wat mindere mate, voor de bezwaren die betrekking hebben op de belasting die de behandelingen met zich meebrengen voor de betrokken vrouwen, en voor de *prima facie* onrechtvaardigheid dat gezonde vrouwen soms behandeld worden voor problemen die bij de man liggen of die bij het paar samen liggen. Wanneer vrouwen zich daar vrijwillig naar schikken, welke partij heeft dan het recht daar vraagtekens bij te zetten. Op dit punt kunnen echter wel vraagtekens geplaatst worden bij de 'vrijwilligheid' van de keuze van deze vrouwen. Veel hangt hier af van de vraag of er alternatieven voorhanden zijn.

Een derde type bedenkingen had betrekking op de maatschappelijke en culturele effecten op lange termijn. Als voorbeelden hiervan zijn genoemd de bestendiging van een medische praktijk die ertoe leidt dat vrouwen voor het vervullen van elke nieuwe kinderwens afhankelijk blijven van medisch ingrijpen, met een blijvende medicalisering van de voortplanting tot gevolg; dat de medische gerichtheid op de lichamen van vrouwen wellicht bijdraagt aan een verwaarlozing van mogelijkheden onvruchtbaarheid van mannen te behandelen; dat de moderne voortplantingstechnologieën juridische en psychosociale consequenties hebben die de traditionele verwantschapsverhoudingen op losse schroeven zetten; en dat IVF een wegbereider is van andere, meer maatschappelijk omstreden technieken als pre-implantatie genetische diagnostiek, sekseselectie en eugenetica. Van dergelijke lange termijn gevolgen kan worden vastgesteld dat ze niet of nauwelijks aan de orde gesteld kunnen worden binnen de parameters

van een discussie die zich vooral richt op individuele keuzes van individuele actoren. Het is namelijk zeer betwistbaar of dergelijke lange termijn gevolgen, die bovendien vaak nog een speculatief karakter hebben, tot de verantwoordelijkheid van deze individuele vrouwen gerekend kunnen worden.

De centrale en door het merendeel van door ons aangetroffen actoren onderschreven positie van het recht op individuele zelfbeschikking, heeft zo tot gevolg dat een aantal van de naar voren gebrachte aandachtspunten niet of moeilijk op de agenda van de publieke discussie konden verschijnen, en dat andere bedenkingen al in belangrijke mate zijn gerelativeerd voordat ze goed en wel werden gearticuleerd.

Punten die wel prominent aanwezig waren, betroffen vooral de problemen die dit zelfbeschikkingsrecht zelf oproept. Eerder stelden we al dat dit recht in de praktijk onlosmakelijk verbonden is met, en wordt begrensd door, twee andere ethische basisbeginselen: het non-discriminatie beginsel en het niet-schaden beginsel. Deze beide beginselen samen stellen een grens aan het zelfbeschikkingsrecht in de vorm van de volgende beslisregel: iemands recht op zelfbeschikking wordt slechts begrensd door het gelijke recht van anderen. Het non-discriminatie beginsel zagen we vooral aan het werk in de discussie over de rechten van lesbische en alleenstaande vrouwen op medische technologie. Hoewel er van verschillende kanten, vooral confessionele hoek, is geprobeerd deze vrouwen uit te sluiten van het gebruik van voortplantingstechnologie. Vanuit de kant van de vrouwenbeweging is juist op grond van het non-discriminatie beginsel met succes betoogd dat er geen enkele basis is voor een dergelijke uitsluiting. Er is minstens een *prima facie* verplichting om onvruchtbare vrouwen met een kinderwens gelijk te behandelen, ongeacht hun seksuele voorkeur of huwelijkse staat. De enige voor alle betrokkenen legitieme reden om deze verplichting naast zich neer te leggen berust op het niet-schaden beginsel. Als aannemelijk is dat het hebben van lesbische of alleenstaande ouders schadelijk is voor het kind, dan is er sprake van een belangenconflict tussen aanstaande moeder en aanstaand kind, dat naar alle waarschijnlijkheid het zelfbeschikkingsrecht van de moeder zou inperken. Maar empirisch onderbouwde onderzoeksgegevens die erop wijzen dat kinderen met lesbische of alleenstaande ouders slechter af zouden zijn, ontbreken tot op de dag van vandaag.² De enige plaats waar dit niet-schaden beginsel met een zekere plausibiliteit is ingezet, is in verband met de discussie over 'oudere moeders': een goede opvoeding zou vanwege de leeftijd van de moeder niet zijn gegarandeerd. Het klopt met onze diagnose tot nu toe, dat tegenover dit argument meteen naar voren werd gebracht dat ook in het geval van een (veel) oudere moeder een goede opvoeding nog wel degelijk tot de mogelijkheden behoort getuige de vele voorbeelden van opvoedende grootmoeders, en dat een dergelijk bezwaar ook zou (moeten) gelden voor (veel) oudere vaders. In de praktijk wordt in dit verband,

zoals we hebben gezien, aan het niet-schaden beginsel recht gedaan door het suggereren van een substituut-vader in de nabije omgeving van het kind.

Het zelfbeschikkingsprincipe, opgevat als *negatief* recht, is in belangrijke mate bepalend geweest voor het verloop van de discussie. Maar daarmee is niet het hele verhaal verteld. In de eerste plaats herbergt het zelfbeschikkingsrecht ook nog een meer *positief* of *claimrecht*: niet het vrijheidsrecht om gevrijwaard te blijven van (negatieve) bemoeienis door andere partijen, maar een claimrecht op de actieve hulp van die anderen. Concreet: er is sprake van een negatief recht wanneer het gebruik van voortplantingstechnologie niet wordt verboden. Er is sprake van een positief recht wanneer de samenleving op de een of andere manier verplicht is de mogelijkheid te scheppen van het gebruik van dergelijke technologie. In het eerste geval bestaat er geen wettelijk verbod op het gebruik maken van voortplantingstechnologie, in het tweede geval betaalt de verzekering of het ziekenfonds de behandeling. Wil er sprake zijn van een positief moreel recht op voortplantingstechnologie, dan is er sprake van een zwaardere bewijslast. Dan moet namelijk aan een drietal voorwaarden zijn voldaan. Positieve morele rechten regelen zaken die a) van groot belang zijn voor iemands welzijn, b) herhaaldelijk worden bedreigd, en waarbij c) andere partijen daadwerkelijk in staat zijn gehoor te geven aan de plicht die met dit recht correleert. Met een aantal concrete voorbeelden: mensen hebben een moreel recht op een bestaansminimum omdat dat onloochenbaar van groot belang is voor hun welzijn, dit bestaansminimum zonder ingrijpen door derden niet altijd gegarandeerd is, en de samenleving als geheel in staat geacht kan en mag worden dit minimum te garanderen. Dat vruchtbaarheid voortdurend wordt bedreigd, blijkt simpelweg uit de vele gevallen van onvruchtbaarheid. De overige twee voorwaarden zetten ons echter op het spoor van de twee andere elementen van de hier onderzochte constellatie, namelijk de dominante beelden van de natuur en de technologie.

We hebben kunnen vast stellen dat de beelden van de natuur als normatief geladen orde enerzijds en die van de zelfbeschikking anderzijds, zich lange tijd tot elkaar verhielden als communicerende vaten: hoe meer natuur, hoe minder zelfbeschikking, en vice versa. Toch is de relatie tussen beide elementen niet per definitie antagonistisch, zo bleek in de voorafgaande hoofdstukken. De natuur speelt namelijk een belangrijke rol bij het rechtvaardigen van het positieve morele recht op voortplantingstechnologie: we hebben daarop recht omdat het verlangen naar biologisch eigen kinderen door en door natuurlijk is en de bevrediging ervan wezenlijk voor ons welzijn. Minder ingrijpende oplossingen van ongewenste kinderloosheid zoals KID en adoptie, worden minderwaardig aan IVF beschouwd omdat ze per definitie een scheiding aanbrengegen tussen het genetische en het sociale ouderschap, en dus minder dicht bij de natuur blijven. De technologie

speelt de hoofdrol bij het vervuld zijn van de derde voorwaarde. Tot voor zeer kort was het onzin om te spreken over positieve morele rechten in gevallen van ongewenste kinderloosheid, omdat geen enkele partij verplicht kon worden deze kinderloosheid te verhelpen, eenvoudigweg omdat niemand dat kon. Zolang de technieken nog veel te wensen overlaten, is het nog steeds onzin om te spreken over een 'recht op biologisch eigen kinderen'. Spreken over een dergelijk recht op voortplantingstechnologie is echter allang geen uitzondering meer, hoewel dit recht nog steeds niet wettelijk is vastgelegd.³

Zelfbeschikking, natuur en technologie vormen zo een krachtige cocktail welke de maatschappelijke inbedding van voortplantingstechnologie in belangrijke mate heeft gefaciliteerd. Een optimistisch beeld van technologische vooruitgang speelt vooral een grote rol ten aanzien van de eerder genoemde bedenkingen die betrekking hadden op het onvolmaakte karakter van voortplantingstechnologie. Dat de lage succeskans en de mogelijke gezondheidsrisico's voor moeder en kind moeite hadden om tot de publieke agenda door te dringen, heeft – behalve met het eerder genoemde argument van de vrijwillige keuze van de patiënt/consument – ook alles te maken met – het vertrouwen dat de voortplantingstechnologieën juist via het gebruik ervan sneller en efficiënter zouden worden. Alleen een dergelijk technologie-optimisme kan de paradox verklaren dat in een periode als de huidige, waarin de zorg voor de gezondheid van het toekomstige kind zo groot is, nog zo weinig wetenschappelijke kennis bestaat over de gevolgen van zo'n ingrijpende techniek als IVF. Hetzelfde vertrouwen in de technologische vooruitgang ontdoet ook de controversiële kwestie van de rest-embryo's enigszins van haar scherpte: in de toekomst zal IVF meer trefzeker worden en daarmee zullen rest-embryo's vanzelf tot het verleden gaan behoren.

Populaire opvattingen over wat wel en niet natuurlijk is, zijn vooral van belang geweest in verband met bedenkingen die vanuit de vrouwenbeweging naar voren werden gebracht. Zo blijkt dat de inzet van medische technieken als IVF en ICSI vooral op weinig bezwaren stuit wanneer deze is gericht op het tot stand brengen van de 'natuurlijke' voortplantingsorde, dat wil zeggen: binnen de cultureel geprivilegieerde context van het heteroseksuele kerngezin waarin het nageslacht verwant is aan beide ouders. Dat vrouwen vrijwillig een belastende behandeling ondergaan, zelfs wanneer zij zelf gezond en vruchtbaar zijn maar hun partner niet, heeft alles te maken met de veronderstelde natuurlijkheid van deze asymmetrie tussen de seksen. Dat voortplantingstechnologie vooral vrouwen belast, wordt door de medische professe met biologische argumenten onderbouwd. De ongelijke verdeling van lusten en lasten kan in dat geval niet onrechtvaardig zijn, omdat zij buiten de sfeer van het menselijke ingrijpen valt en daarmee buiten de sfeer van de ethische beoordeling. In dat

geval is spreken van een onrechtvaardige verdeling ongeveer even zinvol als een dijk vermanend toespreken nadat deze is doorgebroken.

De discussie over de moderne voortplantingstechnologieën blijkt in hoge mate bepaald te zijn geworden door culturele vanzelfsprekendheden rondom de ethische prioriteit van individuele zelfbeschikking, rondom natuurlijke en biologische noodzakelijkheden, en rondom technologie en het progressieve karakter daarvan. Gezamenlijk bepaalden deze drie voorstellingen de parameters waarbinnen gesproken en gedacht werd. Eerder noemden wij het debat over voortplantingstechnologie 'onevenwichtig', omdat bepaalde overwegingen niet of nauwelijks konden doordringen tot de publieke agenda. In de voorafgaande paragraaf hebben we proberen te laten zien wat hierbij de rol was van zelfbeschikking, natuur en technologie. Het heeft echter geen zin om te spreken over 'onevenwichtigheid' wanneer de hier behandelde vanzelfsprekendheden inderdaad zijn wat ze pretenderen te zijn: vanzelfsprekend. Aan deze vraag is de volgende paragraaf gewijd.

5.3 De vanzelfsprekendheden nader bekeken

De maatschappelijke inbedding van de moderne voortplantingstechnologie is in belangrijke mate gefaciliteerd doordat actoren een beroep konden doen op vanzelfsprekende voorstellingen met betrekking tot natuur, technologie en zelfbeschikking. Maar hoe vanzelfsprekend zijn dergelijke vanzelfsprekendheden? Daar valt, mede op basis van de historische reconstructies in de voorafgaande hoofdstukken, het een en ander op af te dingen.

Natuur

Vele partijen hebben zich, in verband met de verschillende medisch-technologische interventies binnen de voortplanting, beroepen op de natuur:

- Het is natuurlijk dat mannen en vrouwen trouwen, dat ze kinderen krijgen, en dat vrouwen daar de directe zorg voor dragen. Dus moet er worden getrouwd, moeten condoom en pil verboden worden, moeten homoseksuelen worden veroordeeld, en moeten vrouwen voor de kinderen zorgen terwijl de man werkt.
- De natuur moet door de cultuur worden ingeperkt, aangezien mensen zich anders zullen overgeven aan seks voor louter het plezier. Anticonceptie is te ontmoedigen, ditmaal echter niet uit naam van de natuur maar juist om de natuurlijke begeerten in zedelijke banen te leiden.

- Seksuele verlangens zijn natuurlijk en dus mogen deze niet worden onderdrukt en in een maatschappelijk corset geperst. Condoom en pil moeten daarom worden toegelaten, zodat het verlangen zich op een natuurlijke manier kan uitdrukken.
- Condoom, pessarium en pil zijn tegennatuurlijk; alleen periodieke onthouding is toegestaan
- Er bestaat geen tegennatuurlijker vorm van anticonceptie dan de periodieke onthouding.
- Wie geen kinderen kan krijgen, moet zich bij dit natuurlijke gegeven neerleggen.
- Vrouwen hebben recht op alle geavanceerde technologie voor het realiseren van hun natuurlijke verlangen naar kinderen.
- Het is tegennatuurlijk dat vrouwen na hun menopauze met behulp van de technologie toch nog een kind krijgen.
- Draagmoeders die hun kind vrijwillig afstaan zijn ontaard, aangezien ze de natuurlijke binding met het door hen gedragen kind ontkennen.
- In het geval van een draagmoeder, is de vrouw die via haar eikel een genetische binding met het kind heeft, de natuurlijke moeder.
- In het geval van een eiceldonor, is de vrouw die het kind draagt en baart de natuurlijke moeder, ook al is dat kind in genetisch opzicht niet van haar maar van de donor.
- De technologie bevrijdt ons uit onze afhankelijkheid van de natuur; we hoeven ons niet langer neer te leggen bij de grenzen die zij ons oplegt. Ook onvruchtbare paren kunnen nu een kind krijgen.
- De voortplantingstechnologie richt zich vooral op vrouwen, omdat de natuur nu eenmaal heeft bepaald dat vrouwen, en niet mannen, kinderen baren.
- In het laboratorium doen we niets anders dan de natuur als het ware een handje te helpen.

Vaak wordt op de natuur een beroep gedaan om via haar bovenmenselijke gezag een grens te stellen aan het menselijke streven: wat natuurlijk is *kan* noch *mag* veranderd worden. Even vaak echter verschijnt zij ten tonele als onrechtvaardige en nukkige tiran, tegen wier willekeur we met behulp van onze technologie in verzet komen. Op het ene moment wordt zij ingezet om de bestaande zeden van een waarmerk te voorzien, op een ander moment om die zeden aan de schandpaal te nagelen als tegen-natuurlijke menselijke constructies. En op nog weer een ander moment wordt zij voorgesteld als iets kwetsbaars dat met inzet van al onze cultuur dient te worden beschermd. Zoals een natuurreservaat in Nederland alleen in stand gehouden kan worden dankzij voortdurend menselijk ingrijpen, dankzij een overdosis cultuur kortom, zo lijkt de ontplooiing van de natuurlijke kinderwens alleen mogelijk dankzij de inzet van de meest vergevorderde technologie. De toepassing van IVF in combinatie met eiceldonatie of draagmoederschap vergt bijvoorbeeld vele culturele inspanningen om de schijn van het natuurlijke gezin te construeren.

De natuur heeft kortom vele woordvoerders. Maar zelf spreken doet zij niet. Dit zeggen is niet hetzelfde als ontkennen dat natuurlijke grenzen bestaan, maar het dient wel als aansporing om ieder beroep op de natuur – als normatieve grens, als te overwinnen tiran, als met alle culturele middelen te beschermen reservaat – met gepast wantrouwen te bezien en via een verder debat aan nader onderzoek te onderwerpen. Wanneer homoseksuele relaties (op grond van het maatschappelijk zeer goed ingebedde gelijkheidsbeginsel) met verbluffend gemak gelijk gesteld blijken te kunnen worden aan heteroseksuele relaties, wordt het dan ook niet tijd om eens kritisch te kijken naar het gemak waarmee we genetisch ouderschap superieur stellen aan sociaal ouderschap? En is het geen tijd om eens verder te praten over de vraag of het verlangen inderdaad geheel op conto van de natuur kan worden geschreven, en niet medebepaald wordt door sociale druk? En wanneer technologie zich erop laat voorstaan dat zij zich niet neerlegt bij natuurlijke grenzen, waarom dan wel halt gehouden voor het mannelijke lichaam? Het heeft weinig zin om te verlangen naar een discussie waarin men zich niet voortdurend zou beroepen op de natuur. Maar er kan en moet wel naar worden gestreefd om dergelijke verwijzingen uitdrukkelijk tot onderwerp te maken van een publieke discussie.

Technologie

In de vorige paragraaf zagen we dat het vertrouwen in de technologische vooruitgang een belangrijk element vormde in de maatschappelijke aanvaarding c.q. omarming daarvan. De door de technologie zelf geschapen problemen zullen door diezelfde technologie op den duur uit de wereld worden geholpen. En dat is maar goed ook, zo luidt een veel gehoord argument, want de technologische ontwikkeling zelf valt niet of nauwelijks te sturen. Toch is hier sprake van een merkwaardige paradox. Zeggen dat de huidige onvolmaaktheden van de voortplantingstechnologie zoals een lage efficiëntie mogelijke gezondheidsrisico's voor moeder en kind, en de zich in laboratoria opstapelende rest-embryo's, zich ten gevolge van de technologische vooruitgang vanzelf zullen oplossen, impliceert immers dat ethische bekommernis voor een deel deze ontwikkeling van de technologie kan sturen. Spreken van *vooruitgang* kan namelijk alleen wanneer we pragmatisch-ethische maatstaven zoals efficiency, veiligheid en geen rest-embryo's in het geding brengen. De pleitbezorgers van het technologie-optimisme ontkennen echter aan de andere kant dat de ontwikkeling van de technologie onderwerp kan zijn van democratische controle en maatschappelijke sturing omdat de ethiek altijd achter de technologie-ontwikkeling aan zou lopen, in plaats van medebepalend te kunnen zijn voor de richting daarvan. Het is echter één van de twee: ofwel men gelooft dat de ontwikkeling van de technologie beantwoordt aan een interne logica en dan accepteert men dat het geen zin heeft a priori te vertrouwen op technologische *vooruit-*

gang, ofwel men houdt vast aan het idee van vooruitgang en accepteert daarmee de mogelijkheid en noodzaak van maatschappelijke invloed op de richting waarin de technologie zich ontwikkelt.

Het zal op basis van onze reconstructie van de ontwikkeling van voortplantingstechnologie duidelijk zijn, dat wij sterk willen pleiten voor de tweede optie. We hebben laten zien dat de ontwikkeling van de voortplantingstechnologie onlosmakelijk verbonden is met het maken van beleid. Beide zijn het resultaat van een keuzeproces waarin bepaalde sociale actoren, te weten IVF-artsen, hun beroepsorganisatie, sommige ethici, de Gezondheidsraad, politici en ambtenaren, patiënten en hun organisaties, als ook de media, een doorslaggevende rol hebben gespeeld. Al deze actoren hebben zich laten leiden door hun eigen motieven, waaronder ook ethische. Het uiteindelijke resultaat is bepaald door zowel objectief-technische als sociaal-ethische factoren, waarbij het vaak onmogelijk is helder de grens tussen beide aan te geven. Wat 'objectief' technisch mogelijk en onmogelijk is, wordt namelijk vaak medebepaald door de hoeveelheid moeite die is gedaan het onmogelijke mogelijk te maken, en hoeveel moeite men in een bepaald geval bereid is te doen, wordt weer mede bepaald door sociale factoren als ethische overwegingen.

Deze sociale c.q. ethische invloeden zijn dermate in het oog springend, dat de werkelijk interessante vraag is waarom het technologie-determinisme, zij het inmiddels vaak wel in een afgezwakte vorm, toch nog zo populair is. Wellicht kan deze paradox worden verklaard door erop te wijzen dat sommige actoren die de ontwikkeling van technologie en haar maatschappelijke inbedding proberen te bepalen, als onderdeel van hun strategie vaak gebruik maken van dit soort deterministische opvattingen aangaande de onstuitbaarheid en heilzaamheid van de technologische vooruitgang. Wie wil voorkomen dat de richting van een technologische ontwikkeling wordt veranderd, heeft er alle belang bij die richting als gedetermineerd als noodzakelijk voor te stellen. Vervolgens kan men erop vertrouwen dat het eerst geschapen technologische aanbod *vervolgens* vanzelf een bijbehorende vraag zal creëren en zo zichzelf met terugwerkende kracht zal legitimeren. Voor een ander deel is het determinisme een gevolg van een passieve opstelling. Zo is het bijvoorbeeld waarschijnlijk dat de politieke instemming met de toepassingen van IVF in combinatie met eiceldonatie en draagmoederschap de indruk heeft gewekt dat technologie, in dit geval IVF, een autonome kracht is waaraan de maatschappij zich eerder of later moet aanpassen. In beide gevallen geldt dat een ongeclausuleerd technologie-determinisme het proces van maatschappelijke *verantwoording* frustreert, en daarmee de democratische controle op vormen van technologie die de samenleving ingrijpend veranderen.

Zelfbeschikking

Er is dus voldoende reden om de vanzelfsprekende opvattingen van natuur en technologie kritisch te bezien, wat tot gevolg zal hebben dat een aantal van de overwegingen betreffende de wenselijkheid van de moderne voortplantingstechnologie prominenter op de agenda van het publieke debat zal (moeten) verschijnen. Geldt datzelfde voor de vanzelfsprekendheid van het zelfbeschikkingsbeginsel, het gelijkheidsbeginsel en het niet-schaden beginsel, die tesamen het liberale type ethiek vormen dat in onze samenleving dominant is? Wij menen van wel, hoewel we erkennen dat een ieders antwoord op deze vraag in zekere mate bepaald zal worden door zijn of haar (partij)politieke signatuur.

Wij vertrekken vanuit een – betwistbare, betwiste – gesecculariseerde opvatting van ethiek: ethische normen en waarden worden ons niet van bovenaf opgelegd, maar kunnen worden begrepen als menselijke antwoorden op vragen aangaande het (samen)leven. Hoe fundamenteeler dergelijke problemen zijn, des te universeler de geldigheidsaanspraak van de als antwoord naar voren gebrachte normen en waarden. Op welke problemen vormde de liberale ethiek oorspronkelijk een antwoord? Hiervoor moeten we waarschijnlijk terug naar de godsdiensttwisten uit de 16e en 17e eeuw. Sinds deze tijd heeft men in het Westen geleerd dat het heel wel mogelijk is vreedzaam samen te leven wanneer men verschillende geloven aanhangt – of zelfs atheïst is – op voorwaarde dat men van religie een privé-kwestie maakt en zich in de publieke ruimte conformeert aan bepaalde verkeersregels. Dit type ethische reflectie, dat zich buigt over de vraag ‘hoe moeten we handelen opdat anderen niet (onnodig) geschaad worden?’, resulteert in het formuleren van *onpartijdige*, het directe eigenbelang overstijgende handelingsregels. Daarom wordt deze ethiek wel aangeduid als *handelings- of regelethiek*. Voorbeelden van zulke regels zijn ‘Gij zult niet doden’, ‘Je moet je aan je belofte houden’ en ‘Je mag iedere religie aanhangen die je wilt’. De regelethiek buigt zich over de vraag ‘hoe *samen* te leven?’. Deze vraag doet zich natuurlijk met name voor wanneer er zich op dat gebied problemen voordoen, wat altijd het geval is wanneer er sprake is van partijen met conflicterende belangen. De regelethiek werpt zich in zulke gevallen op als onpartijdige scheidsrechter. Dat kan zij met enige geloofwaardigheid doen, omdat de regelethiek *minimalistisch* is, dat wil zeggen: zich slechts uitspreekt over een bepaald type ethische vragen. Hoe iemand zijn of haar leven wil inrichten is zijn of haar zaak, zolang anderen er maar niet de gevolgen van hoeven te dragen: jij mag doen en laten wat je wilt, zolang je andere mensen er niet door schaadt. Zelfbeschikking dus. Aan dit minimalisme dankt de regelethiek de *neutraliteit* die noodzakelijk is om voor zoveel mogelijk (conflicterende) levensbeschouwingen aanvaardbaar te zijn en zo haar functie van onpartijdige verkeersregelaar te kunnen vervullen.

Dat betekent dat de liberale ethiek kan functioneren door veel ethische kwesties te privatiseren. Dit minimalisme is daardoor behalve de kracht ook de primaire zwakte van de regelethiek: zij biedt namelijk nauwelijks antwoorden op vragen die voor veel mensen niet alleen van fundamenteel belang zijn, maar die soms bovendien ook om een gemeenschappelijk oordeel vergen. Religieuze vragen zijn daarvan een voorbeeld, maar ook meer algemene vragen als 'Wat is een goed leven', 'Wil ik wel in staat gesteld worden te *kiezen* tussen een gehandicap kind of een abortus?' of 'Wat voor een samenleving is dat, waarin de menselijke voortplanting steeds meer in de greep van de technologie komt?'. Dit type vragen vergt een ander type ethische reflectie en debat, dat wij aanduiden als *levensethiek*⁴, omdat deze zich richt op de vraag hoe te leven, wie we willen zijn. De vraag naar de geldigheid van bestaande voorkeuren, preferenties, is hiervan een onderdeel.

De cruciale vraag is nu of een type ethiek dat gericht is op de onpartijdige regulering van belangenconflicten, volstaat voor een goede afweging over voortplantingstechnologie. Er zijn een vijftal redenen om te twifelen aan de *reductie* van ethiek tot zelfbeschikking/gelijkheid/niet-schaden.

1. wanneer we vertrekken vanuit ieders recht op zelfbeschikking, wordt het onmogelijk een debat te voeren over de legitimiteit van iemands voorkeuren;
2. het zelfbeschikkingsidoom is niet sterk waar het gaat om het rekening houden met lange termijn risico's;
3. wanneer men het debat over voortplantingstechnologie beziet, moet men vast stellen dat het de facto niet lukt om alle ethische kwesties te herformuleren in termen van de regelethiek, of om ze te verbannen naar de privé-sfeer;
4. meer zelfbeschikking leidt tot meer verantwoordelijkheid, maar is dat altijd winst?
5. zelfbeschikking en maatschappelijke solidariteit lijken zich omgekeerd evenredig tot elkaar te verhouden: hoe meer van het een, des te minder van het ander. Zijn we bereid deze prijs te betalen?

We lichten deze vijf bedenkingen kort toe.

Legitimiteit van voorkeuren

Een eerste reden om te twifelen aan de vanzelfsprekendheid van de zelfbeschikkingsethiek is de daaruit voortvloeiende onmogelijkheid om ethische vragen te stellen bij wat mensen (menen te) *willen*. De liberale regelethiek *vertrekt vanuit* de bestaande, feitelijk aanwezige wensen, verlangens en voorkeuren van de burger. Een oordeel vellen over de legitimiteit of geldigheid van deze preferenties, wijst zij van de hand als aanmatigend en paternalistisch. Niet waarom mensen iets willen, maar wat ze willen, is relevant. Toch is het wel degelijk mogelijk bestaande preferenties zelf onderwerp te maken van een ethische

discussie, als we 'ethisch' breder definiëren dan in termen van de liberale regelethiek. In de discussie over de moderne voortplantingstechnologie gaat het bijvoorbeeld om het verlangen naar genetisch ouderschap. Omdat dit verlangen als *uitgangspunt* van de discussie wordt aanvaard, staat het zelf niet ter discussie. Daardoor komen alternatieven voor IVF als adoptie, kinderloosheid, co-ouderschap en KID nauwelijks op een serieus te nemen manier aan de orde. Ook de sociale druk op vrouwen om kinderen te willen, is niet of nauwelijks aan de orde gesteld binnen het kader van het debat over voortplantingstechnologie. Evenmin zijn er, in nauwe samenhang met het vorige punt, vraagtekens geplaatst achter de bereidheid van vrouwen om een belastende medische behandeling te ondergaan, zelfs wanneer het hun partner is die onvruchtbaar is en niet zij zelf. De discussie over dergelijke kwesties was al gesmoord in 'natuur' en 'zelfbeschikking' voordat zij goed en wel was gestart. Dat men daarmee afziet van de mogelijkheid dat er alternatieven bestaan voor het 'technologische parcours' wanneer men kinderen wil, of van een soort 'inspanningsverplichting' om lusten en lasten van de voortplanting eerlijker te verdelen over beide seksen, wordt zodoende van de agenda van het publieke debat geweerd. Het zou een aanzienlijke kwaliteitsverhoging van het debat betekenen wanneer ook in alle openheid werd gediscussieerd over de preferenties van de betrokken actoren, en de wijze waarop deze preferenties wellicht zijn medebepaald door de omstandigheden.

Inschatting lange termijn gevolgen

Een tweede reden waarom het zelfbeschikkingsrecht minder vanzelfsprekend is dan het vaak wordt voorgesteld, is dat dit recht vaak op gespannen voet verkeert met een verantwoordelijke inschatting van de lange termijn gevolgen. Het niet-schaden beginsel werkt vooral goed wanneer we het toepassen op actuele belangenconflicten, of wanneer dergelijke conflicten zich in de nabije toekomst zullen voordoen. Wanneer eventuele schade zich ofwel op lange termijn voordoet (en daardoor altijd min of meer speculatief van karakter zal zijn) ofwel wanneer het betwistbaar is of er daadwerkelijk sprake is van 'schade' omdat de normen aan de hand waarvan we dat vaststellen zelf omstreden zijn, verliest het niet-schaden beginsel in snel tempo aan gewicht, scherpte en belang. In dit verband hebben we eerder genoemd het risico dat de huidige IVF-praktijk a) verhindert dat er geïnvesteerd wordt in het zoeken naar therapieën voor mannelijke onvruchtbaarheid, b) traditionele opvattingen over verwantschapsverhoudingen op losse schroeven zet en c) de uitvalsbasis vormt voor de ontwikkeling en toepassing van nieuwe, steeds verder ingrijpende technieken. Het niet-schaden beginsel is ongeschikt wanneer we ons rekenschap willen geven van dergelijke lange termijn gevolgen. De zelfbeschikkingsethiek is daarmee goeddeels blind voor lange termijn gevolgen waarvan zowel de waarschijnlijkheid als wenselijkheid

omstreden zijn. Dat is de eerste reden waarom we vraagtekens moeten zetten bij de vanzelfsprekendheid van de zelfbeschikking.

Gemarginaliseerde ethische kwesties

In de derde plaats blijkt de voortplantingstechnologie een aantal ethische vragen op te roepen die niet bevredigend behandeld kunnen worden in termen van het zelfbeschikkingsrecht, althans als we onder 'bevredigend' verstaan: enigszins in overeenstemming met onze morele intuïties. Voorbeelden van dergelijke kwesties zijn bijvoorbeeld sekseselectie en eugenetica. De huidige communis opinio is dat beide vormen van medische technologie niet moeten worden aangeboden. Iemands zelfbeschikkingsrecht impliceert in deze gevallen blijkbaar niet het recht om vrijelijk van deze technieken gebruik te maken. Toch is niet of nauwelijks in te zien hoe deze technieken zouden kunnen worden verboden op grond van het niet-schaden beginsel: als men sowieso over meer embryo's beschikt dan men zal inplanten, waarom dan niet enigszins geselecteerd? En men kan toch niet volhouden dat men een kind schade berokkent door te zorgen dat het een bepaalde sekse heeft, of bepaalde wenselijke eigenschappen als gezondheid of intelligentie. Dat we hier toch huiverig tegenover staan, laat zich dan waarschijnlijk ook niet verklaren vanuit de liberale regelethiek, maar uit het feit dat ons ethische repertoire rijker is dan deze regelethiek en ook put uit levensethische bronnen. Aan de in brede kring gedeelde afkeer van sekseselectie ligt in de meeste gevallen niet het niet-schaden beginsel ten grondslag, maar de overtuiging dat het niet uit moet maken of je als jongen of als meisje wordt geboren omdat men in een samenleving als de onze ongeacht sekse vergelijkbare levenskansen zou behoren te hebben. En het verzet tegen eugenetica stoelt waarschijnlijk meer op een afkeer van de geïmpliceerde vooronderstelling dat het mogelijk is mensen 'objectief' in te delen langs een soort kwaliteitschaal, dan op de angst een 'verbeterd' kind te schaden. In het voorbeeld van de eugenetica speelt mogelijk nog een andere overweging een rol, namelijk de twijfel of we er wel naar moeten streven (onwenselijke) eigenschappen van individuen langs technologische weg te repareren. Zou het niet de voorkeur verdienen om ons in te spannen voor een samenleving waarin het ook goed toeven is voor mensen die minder gezond, minder intelligent, minder – noem maar op – muzikaal zijn? Dat is een vraag die verwijst naar een (collectieve) identiteitsvraag: wie willen we zijn, in wat voor soort samenleving willen we leven? En zulke vragen liggen ten enen male buiten het bereik van de liberale regelethiek.

Toename verantwoordelijkheid

Dit brengt ons op onze vierde bedenking bij de vanzelfsprekendheid van de zelfbeschikking, namelijk het gegeven dat een toename in zelfbeschikking altijd gepaard gaat met een toename aan verantwoorde-

lijkheid. Het is de vraag of dat altijd aangemerkt kan of moet worden als vooruitgang. Die vraag kan tegenwoordig echter nauwelijks op een serieuze manier worden gesteld. In onze cultuur immers is een toename aan keuzevrijheid immers ongeveer identiek aan vooruitgang. Meer vrijheid en dus meer kunnen kiezen, zijn belangrijke waarden van het humanisme. Maar ook binnen confessionele kring bestaat er een invloedrijk verhaal over het belang van zelf kunnen kiezen. Dat de mens uit het Paradijs wordt verdreven wanneer hij/zij eet van de boom van de kennis van goed en kwaad, is dat geen parabel voor volwassen worden, voor het afscheid van de onbezorgde maar ook onverantwoordelijke kinderjaren, en de noodzakelijke overgang naar de volwassenheid? Er bestaan kortom binnen onze cultuur en samenleving invloedrijke motieven die het moeilijk maken het zelfbeschikkingsrecht, opgevat als meer en meer keuzevrijheid, in twijfel te trekken. Toch, is het werkelijk vooruitgang wanneer een aanstaande moeder dankzij de moderne technologie mag kiezen tussen een gehandicapt kind of een abortus? Is het ook voorstelbaar dat mensen ten gevolge van de moderne voortplantingstechnologie worden opgezadeld met *onmogelijke* keuzes, welke de kwaliteit van het bestaan bepaald niet verhogen? Een dergelijke kwestie kan binnen het kader van de regelethiek niet aan de orde worden gesteld – reden om de vanzelfsprekendheid van dit zelfbeschikkingsrecht te problematiseren.

Afname maatschappelijke solidariteit

Tenslotte, er is nog een vijfde reden om de vraagtekens te zetten bij de vanzelfsprekendheid van het zelfbeschikkingsrecht. Deze bedenking betreft de kwestie van maatschappelijke solidariteit. Solidariteit, in concreto: de bereidheid om mee te helpen aan het oplossen van de problemen van een ander, berust in hoge mate op een gebrek aan keuzevrijheid, zelfbeschikking, bij die ander. Wij zijn met name bereid tot solidariteit in situaties waarin er sprake is van overmacht, van een ongeluk dat iemand overkomt. Dus: hoe meer zelfbeschikking, des te minder solidariteit. Nu is 'solidariteit' behalve een positief klinkend begrip, ook belastend, dus niet iedereen zal er rouwig om zijn dat zelfbeschikking en solidariteit omgekeerd evenredig zijn. Toch is dit wel een kwestie waarover in alle openheid en duidelijkheid zou moeten worden gedebatteerd, zeker in verband met de voortplantingstechnologie. Toen het krijgen van kinderen nog vooral een kwestie van 'het overkomt je' was, was maatschappelijke solidariteit met ouders niet moeilijk. Vanaf het moment dat dankzij de anticonceptiemiddelen niemand meer veroordeeld wordt tot het krijgen van kinderen, is deze maatschappelijke solidariteit aan erosie onderhevig: als het krijgen van kinderen een individuele keuze is binnen het kader van de zelfbeschikking, waarom zou ik daar dan voor moeten bloeden? Deze kwestie speelt nu al op de werkplek, waar van kinderloze werknemers solidariteit wordt gevraagd met collega's met kinderen. Het is te verwachten dat dit debat nog aan scherpte zal winnen wan-

neer mensen niet alleen niet hebben verhinderd dat ze kinderen kregen, maar deze kinderen actief en met veel moeite op de wereld hebben gezet. Hoe solidair moeten we zijn met een collega die drie maal per week voor een echo naar het ziekenhuis moet? En meer algemeen: met iemand die kinderen zo bewust heeft gekregen? Deze kwestie zal vooral spelen wanneer er een extra beroep op maatschappelijke solidariteit wordt gedaan, zoals in het geval van gehandicapte kinderen. Wie daar bewust voor *kiest*, kan zo iemand nog wel een legitiem beroep doen op maatschappelijke solidariteit?

Ons punt is niet dat we de waarde van het zelfbeschikkingsrecht willen betwisten. Dit recht moet worden beschouwd als een fundamenteel cultuurgoed, en wordt dat in Nederland ook door zeer uiteenlopende partijen. Maar dat erkennen impliceert niet dat we het hele ethische debat er aan moeten onderschikken. Waar we voor willen waarschuwen is dat belangrijke vragen met betrekking tot de voortplanting nauwelijks kunnen worden gesteld binnen de publieke ruimte, omdat ze als het ware worden opgezogen door het 'zwarte gat' van het zelfbeschikkingsrecht. Door alles direct te herleiden tot individuele keuzes van vrije subjecten, verdwijnen belangrijke vragen van de publieke agenda. De rond het zelfbeschikkingsrecht opgebouwde regelethiek is belangrijk, maar *onvoldoende* voor een goede, evenwichtige afweging aangaande de moderne voortplantingstechnologie. Misschien mogen we het als volgt formuleren: hoe langer we een beroep op ieders individuele zelfbeschikkingsrecht kunnen uitstellen, des te meer wint het debat over de voortplantingstechnologie aan kwaliteit en aan rijkdom van gezichtspunten. Zodoende erkennen we namelijk dat de moderne voortplantingstechnologie een bredere betekenis heeft dan alleen een tegemoetkoming aan de wensen en noden van individuele onvruchtbare patiënten – een inzicht dat binnen de parameters van de liberale regelethiek nauwelijks kan worden uitgedrukt.

5.4 De rol van de overheid

In de vorige paragraaf hebben we geprobeerd 'natuur', 'technologie' en 'zelfbeschikking' wat minder vanzelfsprekend te maken, om langs deze weg enige 'ideologische' of *discursieve* ruimte te creëren voor een meer evenwichtige discussie over de voortplantingstechnologie en voor een vorm van beleid dat zich uitdrukkelijker, ook inhoudelijk, richt op het controleren en beïnvloeden van de ontwikkeling ervan. We hebben echter eerder vastgesteld dat de rol van de overheid bij de ontwikkeling en de maatschappelijke inbedding van IVF relatief terughoudend was. Van een poging om deze ontwikkeling te sturen was nauwelijks sprake. In hoofdstuk 3 is beschreven hoe IVF snel en gedogenderwijs werd ingevoerd in de medische praktijk. Deze opstelling valt deels te verklaren vanuit de hiervoor behandelde vanzelfspre-

kendheden rondom natuur, technologie en zelfbeschikking. In een pluralistische samenleving zal de overheid geneigd zijn het zelfbeschikkingsrecht van haar burgers zo veel mogelijk te respecteren, en zich dus niet als zedenmeester op te stellen maar als onpartijdige scheidsrechter. De overheid heeft zich dus wel gebogen over vraagstukken betreffende de verdeling van medische kosten, maar zich geen inhoudelijk oordeel aangemeten over de ontwikkelingen binnen de moderne voortplantingstechnologie. Evenmin heeft zij geoordeeld over de 'natuurlijkheid' van de kindervens zelf, terwijl zij zich met betrekking tot de geconstateerde gebreken van de huidige technologieën vooral heeft laten leiden door een vertrouwen in toekomstige technologische ontwikkelingen.

Om de houding van de overheid ten aanzien van de voortplantingstechnieken te begrijpen, moeten we ons bovendien realiseren in welke politiek spanningsveld het departement van Volksgezondheid opereert. Het veld van de gezondheidszorgpolitiek wordt gekenmerkt door het bestaan van een complex netwerk van particuliere organisaties, het departement van Volksgezondheid, externe adviesraden, uitvoerende en toezichthoudende organen, organisaties van medici en patiënten en de parlementaire politieke partijen. Typerend voor de verhoudingen binnen dit netwerk is dat er een duidelijk machtscentrum ontbreekt en dat de meeste besluiten worden genomen in overleg tussen het departement en de relevante organisaties. Het departement van Volksgezondheid wordt, in haar grondwettelijke plicht iedereen een adequate gezondheidszorg te garanderen, bijgestaan door externe organen waarvan de rol in het beleid verankerd is in de wet.

Daarnaast is het departement voor kennis over wetenschappelijke ontwikkelingen sterk afhankelijk van de adviezen van de Gezondheidsraad. De beslissingen over de invoering van nieuwe behandeltechnieken vallen grotendeels binnen de autonomie van het medische beroep en de gezondheidszorginstellingen zijn niet verplicht het ministerie hierover op de hoogte te stellen. Zolang de adviezen van de externe colleges daartoe geen aanleiding geven, is het niet gebruikelijk dat het ministerie een specifiek beleid voor een nieuwe technologie of behandeling gaat voeren, behalve als er vanuit het parlement of de maatschappij op wordt aangedrongen.

De Gezondheidsraad speelt een bijzondere rol in het beleidsnetwerk van de gezondheidszorg. Tot haar taken behoort niet alleen de beoordeling van de stand van zaken van de biomedische kennis, maar ook een bezinning op de ethische en maatschappelijke gevolgen van de ontwikkelingen op dit terrein. Omdat de Gezondheidsraad zich bovendien vaak als het eerste gezaghebbende orgaan uitspreekt over kwesties van medische, ethische en maatschappelijke aanvaardbaarheid van nieuwe technieken en behandelmethoden, geven haar adviezen,

de daarin genoemde problemen en aangedragen oplossingen, vaak richting aan de maatschappelijke en politieke discussies en aan de besluitvorming. Afwijkende probleemformuleringen, aangedragen door groepen die niet tot het netwerk van de gezondheidszorgpolitiek behoren, worden door de beleidsontwikkelaars meestal niet opgepakt. Ze worden gezien als dissidente geluiden die weinig gewicht in de schaal leggen.

De beschreven processen van de maatschappelijke inbedding van IVF werden gedomineerd door een beperkt aantal actoren. Enerzijds waren het de deskundigen die de medische technologie beoordeelden en de samenhangende ethische vraagstukken definieerden en er oplossingen voor aandroegen (IVF artsen en de Gezondheidsraad). Anderzijds waren het potentiële gebruikers, onvrijwillig kinderloze paren georganiseerd in de NVBR, en later lesbische vrouwen, die op het gebruik van de IVF-technologie aanspraak maakten. Zowel de deskundigen als de patiënten beschouwden de IVF-technologie als een gegeven. De vraag of de IVF-technologie ingevoerd diende te worden werd nimmer expliciet gesteld. De besluitvorming over de schaal en de voorwaarden waaronder IVF mocht worden toegepast, lag formeel binnen bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Maar de overheid stelde zich volgzzaam op en liet de normstelling over aan de medische praktijk en het middenveld. Daar heerste de opvatting dat onvrijwillige kinderloosheid een gezondheidsprobleem van individuele patiënten is dat met de inzet van medische middelen verholpen diende te worden.

Bij de ontwikkeling en uitvoering van het beleid heeft het ministerie van Volksgezondheid niet alleen rekening te houden met het maatschappelijke draagvlak binnen het netwerk van de gezondheidszorg, maar ook met het politieke draagvlak binnen het Kabinet en in de Tweede Kamer. De controversiële medisch-ethische onderwerpen zijn politiek lastig. Zolang de druk vanuit de Tweede Kamer niet te hoog is, wordt binnen het departement aan dit soort onderwerpen lage prioriteit gegeven. Zo werd in de beginperiode van IVF, onder dreiging van de oprichting van particuliere klinieken, het politiek niet-omstreden besluit genomen IVF onder het vergunningenstelsel te plaatsen. Maar bij ontbrekende politieke druk kon vervolgens lang worden gewacht met het verlenen van vergunningen en kon IVF voor een tijdje van de agenda worden afgevoerd.

Hetzelfde mechanisme herhaalde zich eind jaren tachtig bij de totstandkoming van de Kabinetsnotitie. Maar hier speelde ook een ander aspect een rol; er ontbrak een heldere politieke visie over de uitgangspunten voor de notitie en over de wijze waarop de meest omstreden kwesties geregeld dienden te worden. De ambtenaren vroegen zich af of de toen bestaande praktijk (KID ook toegankelijk voor alleenstaande en lesbische vrouwen, IVF voor heteroseksuelen) gehandhaafd moest

blijven of niet; en zo niet, in welke richting zouden de oplossingen dan moeten gaan? Welke voorwaarden dienden gesteld te worden aan het gebruik van donorzaad en donoreicellen? Hoe moest het bewaren en beschikken over gameten worden geregeld? Waar diende de grens te liggen bij het verrichten van handelingen met restembryo's bij IVF? (Archief Ministerie van VWS, 1987)

De praktijkvolgende opstelling van de overheid betekende een feitelijke delegatie van haar verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de zorg. De beoordeling van de kwaliteit van de IVF-behandeling werd aan de Gezondheidsraad en de beroepsbeoefenaren overgelaten. De beroepsgroep heeft deze verantwoordelijkheid onvoldoende serieus genomen, getuige het feit dat na twintig jaar praktijk de effectiviteit van IVF voor de meeste indicaties nog niet is bewezen en het wetenschappelijk onderbouwd inzicht in de risico's en langetermijneffecten van deze behandeling voor kinderen en vrouwen ontbreekt. Tegelijkertijd kwamen, met de medewerking van de overheid, de materiële voorwaarden voor de grootschalige toepassing van IVF tot stand. De capaciteit van IVF-klinieken en de financiering van de behandeling beantwoordden aan de steeds groeiende vraag. Deze situatie kon ontstaan omdat enerzijds het proces van beleidsontwikkeling en besluitvorming op het ministerie traag verliep. Anderzijds trad het ministerie weinig doortastend op om de tijdige uitvoering van haar eigen besluiten te bewerkstelligen (zoals in het geval van de verlening van vergunningen, controle op de naleving van de toegestane indicaties, de verplichting tot centrale registratie van gegevens over IVF-behandelingen).

De rol van het departement van Volksgezondheid bleef dan ook beperkt tot het vaststellen van een raamwerk voor de medische dienstverlening. In de politieke debatten in de Tweede Kamer werd vooral aan die maatschappelijke aspecten van de voortplantingstechnologie aandacht besteed die met juridische middelen op te lossen of te kanaliseren zijn, dat wil zeggen het (commerciële) draagmoederschap, de kwestie van de anonimiteit van donoren en de bestemming van embryo's in vitro. De culturele betekenis van nieuwe, medisch geassisteerde voortplantingspraktijken kwam niet of nauwelijks aan de orde.

In het verloop van het proces van inbedding van IVF kunnen we een aantal factoren identificeren, die hebben bijgedragen aan het ontbreken van aandacht bij de overheid en de politiek voor brede, culturele verschuivingen die met de verspreiding van nieuwe voortplantingspraktijken samenhangen. Aan enkele factoren, namelijk de opvattingen over zelfbeschikking, natuur en technologie die het debat domineerden, is in de vorige paragrafen aandacht besteed. Hier willen we nog op twee andere oorzaken wijzen.

De eerste heeft te maken met de manier waarop de burgers bij de ontwikkeling van het beleid zijn betrokken en hoe het maatschappelijk belang wordt geïnterpreteerd. We hebben al gezien dat het volksgezondheidsbeleid tot stand komt in overleg tussen het departement en een aantal partijen uit het veld. In dat overleg speelt de overheid gelijktijdig twee rollen; die van een partij in het netwerk en die van besluitnemer, arbiter. In beide rollen moet de overheid het algemeen maatschappelijk belang op het oog hebben. Ook bij de invoering van de nieuwe voortplantingstechnieken. Maar hoe luisterde de overheid naar de stemmen uit de samenleving, wie werd erkend als partij in het overleg? Terugkijkend op de processen van inbedding van IVF zien we twee groepen burgers die in deze processen aanwezig waren: de onvruchtbare paren georganiseerd in de NVRB (nu bekend onder de naam Freya) en de lesbische vrouwen. Beide groepen hadden een direct belang bij IVF. De NVRB zette zich in voor de snelle en groot-schalige invoering van IVF in de medische praktijk, de lesbische vrouwen eisten gelijke toegang tot het gebruik van kunstmatige bevruchtingstechnieken. Aan deze eisen is in de loop der jaren tegemoet gekomen. Door deze versmalling van de dialoog met de burgers tot direct belanghebbenden konden brede culturele verschuivingen ongeproblematiseerd blijven.

Als verdere oorzaak voor het gebrek aan aandacht voor de culturele betekenis van nieuwe voortplantingspraktijken willen we het ontbreken van een structuur noemen, waarin dit soort vraagstukken op een voor het beleid zinvolle manier aan de orde gesteld kunnen worden. Geen enkel adviesorgaan heeft tot taak zich te buigen over de maatschappelijke wenselijkheid van de vertechnisering van de voortplantingspraktijken. En voor het departement van Volksgezondheid is het ook niet bij voorbaat duidelijk welk gewicht toegekend dient te worden aan de soms tegenstrijdige geluiden uit de publieke debatten. Bovendien zijn kritische meningen die niet in termen van het dominante discours van de natuurlijkheid van de kindervens, individuele zelfbeschikking en technologische vooruitgang zijn gevat, in het publieke debat gemakkelijk te marginaliseren. Deze marginalisering kan los van de inhoudelijke merites van deze bijdragen optreden.

5.5 Naar een meer actieve rol van de overheid

In dit rapport hebben we laten zien dat de ontwikkeling en verspreiding van voortplantingstechnieken geen autonome processen zijn. Diverse maatschappelijke actoren beïnvloedden de richting van deze ontwikkelingen, en in die zin waren ze betrokken bij de sturing ervan. We hebben vastgesteld dat het proces van maatschappelijke inbedding van IVF onevenwichtig is verlopen en een aantal wezenlijke vraagstuk-

ken kwam onvoldoende aan de orde. De vraag dringt zich op, of het proces van maatschappelijke inbedding van de voortplantingstechnologie en de politieke besluitvorming voor verbetering vatbaar is? Op welke manier kan aan het proces van technologieontwikkeling en -inbedding vorm worden gegeven waardoor de kans op het optreden van de geconstateerde tekortkomingen wordt geminimaliseerd? In deze afsluitende paragraaf willen we een aantal suggesties aandragen. Daarbij richten we ons voornamelijk op de mogelijkheden die de overheid zou kunnen benutten om haar dubbele rol in het beleidsnetwerk van de gezondheidszorg optimaler te vervullen.

Om te beginnen wijzen we naar beleidsopties die zonder ingrijpende verschuivingen in het beleidsnetwerk gerealiseerd kunnen worden. Tot de traditionele rol van de overheid behoort de bevordering van meerdere alternatieve oplossingen voor de problemen bij de voortplanting. Voorlichting, preventie en maatregelen die het krijgen van kinderen op jongere leeftijd mogelijk maken, maken daar deel van uit. In deze studie is ook geconstateerd dat er weinig behandelingstechnieken bestaan die gericht zijn op het duurzaam herstel van de vruchtbaarheid van individuele mannen en vrouwen. Er is gesteld dat de ontwikkeling van kennis over en therapieën voor mannelijke onvruchtbaarheid achterloopt ten opzichte van behandelingen die gericht zijn op vrouwen. We hebben ook het vermoeden uitgesproken dat de populariteit van IVF als oplossing voor onvruchtbaarheid een belemmering kan zijn voor de – vanuit het oogpunt van gelijkheid en autonomie bij de voortplanting – wenselijke correctie van deze onevenwichtige situaties. We zien dan ook voor de overheid een actieve rol weggelegd bij de sturing van de gewenste ontwikkeling van de medische technologie. Via verstrekking van gerichte subsidies en het opzetten van stimuleringsprogramma's zouden 'beschermde ruimtes' gecreëerd kunnen worden voor de ontwikkeling van nieuwe medische kennis en behandeltechnieken voor onvruchtbaarheid. Om de kansen te vergroten dat de ontwikkelde kennis bij de maatschappelijke wensen zal aansluiten, kan het ontwikkelingsproces in de vorm van maatschappelijke experimenten worden gegoten, hetgeen later in deze paragraaf aan de orde zal komen.

De processen van maatschappelijke inbedding van de voortplantingstechnologie worden door meerdere actoren gedragen. Vanuit het traditionele perspectief op sturingsvraagstukken kan worden betoogd dat de positie van de overheid in het veld van de gezondheidszorgpolitiek nadelig werkt op haar vermogen deze processen te sturen. Enerzijds werd er (en wordt er nog steeds) vanuit de politiek vooral verwacht dat de overheid normstellend zou optreden. Anderzijds was (en is nog steeds) de overheid als één van de actoren in het beleidsnetwerk niet volledig vrij in het uitstippelen van haar beleid. Ze is voor kennis en effectieve uitvoering van haar beleid afhankelijk van de medewerking van andere actoren en ze wordt geacht met hun opvat-

tingen en belangen rekening te houden. Het streven naar een consensus binnen zo'n netwerk is in de Nederlandse politieke cultuur een belangrijke voorwaarde voor besluitvorming. Consensus is vaak het resultaat van een compromis. Het bereiken ervan wordt vergemakkelijkt, indien aan sommige controversiële aspecten, waarover onzekerheid bestaat, geen aandacht wordt besteed. Dat kan gebeuren indien de actoren die kritische kwesties aan de orde stellen, buiten het beleidsnetwerk van de gezondheidszorg staan en bovendien hun bezorgdheid formuleren in termen die deels op gespannen voet staan met het dominante vertoog over natuur, techniek en zelfbeschikking. Dat deze aspecten grotendeels buiten het aandachtsveld van het beleidsnetwerk vallen, heeft dus een functie maar ook een prijs. De vraagtekens die bij de effectiviteit en veiligheid van IVF in de jaren tachtig door een paar dissidenten zijn geplaatst, worden pas jaren later in het beleidsnetwerk opgepakt. Aan andere zorgen zoals de voortschrijdende medicalisering van de voortplanting, de gerichtheid op het lichaam van de vrouw, de verdere ontwikkelingsrichting van de voortplantingstechnologie, wordt tot nu toe nog nauwelijks aandacht besteed.

We moeten constateren dat in de processen van maatschappelijke inbedding van IVF de overheid noch haar rol als een onderhandelaar in het beleidsnetwerk, noch als een arbiter optimaal heeft gespeeld. De eventuele concentratie van aandacht op een van deze rollen, als de manier om beleidsvoering te verbeteren, is niet goed mogelijk. Het afwegen van belangen en de zorgvuldigheid van bestuur behoren tot de verantwoordelijkheden van de overheid en voor het voeren van een effectief beleid heeft ze zowel het politieke als maatschappelijke draagvlak nodig. De overheid, in dit geval het departement van Volksgezondheid, moet overleggen om te kunnen besturen. In het overleg moet zij echter haar plicht niet vergeten om de burgers die niet direct bij het onderwerp zijn betrokken, te vertegenwoordigen en hun belangen te behartigen.

In recente adviezen draagt de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998 en 1999) een aantal suggesties aan hoe het sturingsvermogen van het departement in het beleidsnetwerk van de gezondheidszorg verbeterd zou kunnen worden. Volgens de Raad is het nodig dat de overheid zich binnen het beleidsnetwerk actief, open en communicatief opstelt. De overheid dient in het overleg permanent aanwezig te zijn en actief te optreden als 'netwerk manager' en procesbewaker. Daarnaast dient de houding van de overheid flexibel te zijn. In sommige situaties moet zij als regisseur optreden, in andere als dirigent, soms inschuivend, soms uittreidend. (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1999)

De suggesties van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg zijn gericht op effectiever optreden van de overheid in het bestaande

beleidsnetwerk van de gezondheidszorg. Maar we hebben gezien dat juist de gesloten structuur van het netwerk, zowel wat betreft de actoren als het type vraagstukken dat aan de orde wordt gesteld, ertoe hebben bijgedragen dat bij de inbedding van IVF wezenlijke aspecten niet aan de orde kwamen. Deze naar binnen gerichte oriëntatie van het gezondheidszorgnetwerk vertoont opvallende overeenkomsten met de netwerken waarin nieuwe technologieën worden ontwikkeld. Wegens het relatief gesloten karakter van de processen van technologieontwikkeling komen ook daar sommige belangrijke aspecten niet in het zicht van ontwerpers. Daardoor zijn de kansen op het ontstaan van ongewenste maatschappelijke effecten van de technologie aanzienlijk, terwijl met een andere organisatie van het ontwerpproces die wellicht verkleind zouden kunnen worden. In een in 1987 verschenen rapport 'Constructief Technologisch Aspectenonderzoek' (Daey Ouwens et al.) stelden technologieonderzoekers dat, om de kans op het optreden van ongewenste effecten van technologie zoveel mogelijk te beperken en de kans op gewenste effecten te vergroten, het proces van technologieontwikkeling en inbedding moet worden verbreed. De gepostuleerde verbreding houdt in dat meerdere categorieën actoren bij het proces worden betrokken en dat aan bredere aspecten van de ontwikkeling aandacht wordt besteed. Sindsdien is deze aanpak verder ontwikkeld en staat nu bekend als *Constructive Technology Assessment* (CTA), als een nieuwe benadering voor het management van technologie in de maatschappij (Rip et al., 1995, Schot en Rip, 1997). Centraal in deze aanpak staat het moduleren van de gaande processen, zodat tijdig wordt geanticipeerd op de toekomstige effecten van technologie, zodat voldoende over de technologie en haar maatschappelijke inbedding wordt geleerd en over al deze processen wordt gereflecteerd. Een van de methoden om dit te realiseren is het opzetten en uitvoeren van maatschappelijke experimenten.

In ons voorstel voor de verbetering van de processen van de maatschappelijke inbedding van voortplantingstechnologie zien we een actieve rol voor de overheid weggelegd, welke voortvloeit uit haar verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat burgers een stem hebben in het beleid. Bij de uitwerking ervan maken we gebruik van de suggesties van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en van inzichten ontleend aan de *Constructive Technology Assessment*. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg wijst op het belang van een permanente aanwezigheid van de overheid bij het overleg en op het vervullen van de rol van 'netwerk manager' en regisseur van het overlegproces. In deze rol zou het departement er o.i. op toe moeten zien dat de netwerken waarin de processen van inbedding zich afspelen, voldoende heterogeen zijn samengesteld, zodat verwacht kan worden dat een breed scala aan aspecten aan de orde komt. Zo'n ingrijpende wijziging in het beleidsnetwerk van de gezondheidszorg zal niet eenvoudig te realiseren zijn. Daarom kan men in eerste instantie beginnen met het opzetten van maatschappelijke experimenten waarin

geleerd kan worden onder welke condities het proces van inbedding van nieuwe voortplantingstechnieken evenwichtiger kan verlopen.

De maatschappelijke experimenten zouden aan een aantal, deels aan de CTA benadering ontleende, voorwaarden moeten voldoen. Ze zouden in de fase voorafgaande aan de inbedding plaats moeten vinden en kleinschalig zijn. Beide voorwaarden zijn gericht op het verzekeren dat een experiment niet tegelijkertijd een voortijdige en krachtige impuls zal geven aan de institutionele en culturele inbedding van technologie in kwestie, voordat een zorgvuldige afweging over de maatschappelijke wenselijkheid van de invoering ervan gemaakt kan worden. Door erop toe te zien dat tijdens het experiment geen beduidende materiële en personele infrastructuur ontstaat, kan de overheid voorkomen dat haar beleidskeuze tot de sanctionering van de gegroeide situatie wordt beperkt. De experimenten zouden breed moeten worden opgezet. Dat wil zeggen dat naast degenen die bij de eventuele invoering van een nieuwe technologie direct belang hebben, ook kritische actoren een partij in het experiment dienen te zijn. Het verloop van het debat over IVF heeft namelijk laten zien dat kritische geluiden die op belangrijke kwesties wezen, vaak afkomstig waren van groepen of zelfs individuen die geen direct belang hebben (gehad) bij de invoering en snelle verspreiding van IVF en ICSI en andere voortplantingstechnologieën. Binnen het experiment zou geanticipeerd moeten worden op de wenselijke en onwenselijke effecten van de eventuele invoering van een technologie in kwestie op het leven van de diverse betrokkenen en op de maatschappij, op de culturele betekenissen van de voortplanting, van het krijgen van kinderen, familierelaties, man-vrouw verhoudingen. Er wordt dus geleerd hoe technologie en cultuur in elkaar grijpen. Om deze leereffecten mogelijk te maken zouden alle deelnemers aan het experiment niet alleen aangemoedigd maar in principe ook bereid moeten zijn over hun eigen rol en over de betekenis van het experiment te reflecteren. De uitkomsten van deze leerprocessen en reflecties kunnen dan benut worden bij de vormgeving aan een meer evenwichtig proces van maatschappelijke inbedding van nieuwe voortplantingstechnieken. Door de accumulatie van inzichten uit meerdere experimenten kan de institutionele en inhoudelijke verbreding van het netwerk waarin het gezondheidszorgbeleid gestalte krijgt, op termijn een uitvoerbare optie worden.

De verbreding van het netwerk kan in eerste instantie tot grotere onenigheid leiden. Het ontbreken van consensus kan worden opgevat als een serieuze belemmering voor een tijdige besluitvorming. Zelfs indien het metterdaad tot vertragingen zou leiden (wat gezien de lengte van het huidige besluitvormingstraject nauwelijks een geloofwaardig argument is), zijn de te verwachten baten de moeite van het risico waard. Door de vergroting van de pluriformiteit in het debat en het ontwikkelen van alternatieven kunnen burgers en burgercollec-

tieven direct bij het politieke proces van inbedding betrokken worden en hun kennis en creativiteit zal het proces verrijken. Indien in een vroege invoeringsfase van de voortplantingstechnologie aan een breed spectrum van aspecten recht wordt gedaan, kan men uiteindelijk tot een serie van deels overlappende overeenstemmingen komen die als een robuuste basis voor de besluitvorming kan dienen. Ons pleidooi voor het opzetten van experimenten en voor de verbreding van het netwerk waarin de inbedding van nieuwe technologieën gestalte krijgt, betekent niet dat de rol van de overheid als arbiter aan belang zou inboeten. Uit de speltheorie is bekend dat overleg ‘in de schaduw van hiërarchie’ het bereiken van maatschappelijk optimale uitkomsten bevordert. De overheid kan haar verantwoordelijkheid voor het nemen van besluiten en voor het stellen van regels niet volledig aan netwerken delegeren.

5.6 Terug naar ‘Nooitgeworden’?

We besluiten door terug te gaan naar het begin. In hoofdstuk 1 schetsen we de contouren van een Nederland dat er nooit is gekomen. Dit alternatieve, niet gerealiseerde Nederland werd vooral daardoor gekenmerkt dat maatschappelijke problemen niet via de weg van de medische *high tech* werden opgelost. In plaats van ons te storten op de ontwikkeling van medische technieken die toch op zijn best als symptoombestrijding zijn te zien, werd volop geïnvesteerd in strategieën van sociale preventie. Een substantieel deel van moderne problemen rondom onvruchtbaarheid, kan immers worden teruggevoerd op het feit dat vrouwen om allerlei maatschappelijke oorzaken het krijgen van kinderen voor zich uit schuiven. Een eerlijker verdeling van de zorg over beide seksen, en betere mogelijkheden voor vrouwen om werk en zorg te combineren, kan dus veel medisch ingrijpen overbodig maken. Dat geldt ook voor het investeren in voorlichting over veilig vrijen, aangezien geslachtsziekten een belangrijke oorzaak van onvruchtbaarheid vormen. Een tweede belangrijk element van dit nooit geworden Nederland, is de relativering van het biologische ouderschap ten gunste van het sociale ouderschap. Wellicht klinkt dit naïef, maar we moeten ons realiseren dat de hedendaagse nadruk op het biologische ouderschap niet alleen een oorzaak is van de moderne voortplantingstechnieken, maar daarvan naar alle waarschijnlijkheid ook een product zijn. Wie meent dat het primaat van het biologische boven het sociale ouderschap in de natuur ingeschreven zou liggen, doet er goed aan zich te herinneren voor hoeveel tegenstrijdige culturele doelen, waarden en normen deze natuur zich heeft laten mobiliseren. Een derde element van dit alternatieve Nederland betrof de richting waarin de medische technologie zich ontwikkelde: minder hoog technologische oplossingen, meer onderzoek naar het weg nemen van de oorzaken van de onvruchtbaarheid, en meer onderzoek naar mannelijke onvruchtbaarheid.

Natuurlijk, of een dergelijk alternatief inderdaad tot de mogelijkheden had behoord, blijft een kwestie van speculeren. We kunnen het niet weten. Maar het tegendeel kan evenmin worden aangetoond, hoe groot ook de verleiding altijd is om de feitelijk gevolgde koers achteraf te voorzien van het keurmerk 'noodzakelijk' en 'best mogelijk'. Wat we in deze studie wel aannemelijk hebben proberen te maken is dat dit alternatieve Nederland nooit een serieuze kans heeft gehad. Daarvoor ontbraken de instituties waarbinnen de argumenten boven tafel hadden kunnen komen die voor zo'n ontwikkelingsrichting pleitten. Het heeft weinig zin om terug te verlangen naar het moment waarop de keuzes nog open waren. De ontwikkeling van de moderne voortplantingstechnologieën vormen een feit dat zich niet meer gemakkelijk ongedaan laat maken. Niet alleen deze technologieën bestaan nu al, ze zijn inmiddels ook verweven geraakt of aan het raken met andere technologieën (klonen, sekse selectie, pre-implantatie diagnostiek, enzovoorts), er zijn ook netwerken van (deels nieuwe) actoren en belangen omheen ontstaan, normen en waarden zijn gevormd, verwachtingen en houdingen ontstaan. Dat laat zich niet meer geheel wegdenken. Dit wil overigens niet zeggen dat deze constellatie van technieken, praktijken, actoren, belangen, normen, waarden, verwachtingen en houdingen stabiel zou zijn. Integendeel, meer aandacht voor de minder rooskleurige kanten van de nieuwe technologieën kan wel degelijk leiden tot een maatschappelijk leer-effect. En evenmin is onmogelijk de maatschappelijke oorzaken van onvruchtbaarheid meer krachtadig aan te pakken. Nieuwe technologische ontwikkelingen kunnen bestaande technieken obsoleet maken, en ga maar door. Hoe de situatie zich zal ontwikkelen, is kortom niet te voorspellen. Waar we echter wel naar kunnen streven is dat er over twintig, dertig jaar niet weer een schets van een 'nooit geworden' Nederland geschreven zal worden, die zich net als de huidige schets uit hoofdstuk 1 zal laten lezen als een staalkaart van ten onrechte nooit overwogen, en daardoor gemiste kansen.

Noten

1. Althans, wanneer er geen andere overwegingen zijn die dit recht 'overrulen'. In de ethiek bestaan geen absolute rechten; er zijn altijd uitzonderingen mogelijk, zij het dat deze wel uitdrukkelijk gerechtvaardigd moeten kunnen worden.
2. Het is interessant dat, wanneer dergelijke empirisch onderbouwde conclusies wel voorhanden zou zijn, dit waarschijnlijk wel een reden zou zijn bij de preferenties van de moeder die desondanks vast houdt aan haar recht om via voortplantingstechnologie een kind ter wereld te brengen. Dat zou namelijk bij voorbaat al duiden op een gebrek aan moederliefde. Maar bij ontstentenis van dergelijke onderzoeksgegevens blijft dit bij speculatie.
3. In de praktijk blijkt er vooral sprake te zijn van een bijzondere vorm van financiering waarbij de verzekeringen en de ziekenfondsen drie IVF behandelingen per bereikte zwangerschap vergoeden zonder IVF formeel in het verstrekkingspakket op te nemen.
4. Vgl. T. Swierstra, Kloneren in de polder. Het maatschappelijke debat over kloneren in Nederland: februari 1997 – oktober 1999, Rathenau Instituut, 's Gravenhage 2000. Studie 39

Summary

In the year 2001, a significant number of women and men have problems fulfilling their wish for a child. One in five women trying to get pregnant with their first child is consulting a doctor if pregnancy is not forthcoming. Subsequently, half of those women chose to undergo a medical intervention intended to stimulate fertility. Since the 1980s, IVF (in vitro fertilisation) has been one of these interventions. It can be concluded that IVF has gained a clear place within the range of medical options in cases of infertility. At this moment, 1.5 per cent of children are procreated by means of IVF. At the same time, IVF has been the subject of constant debate in the last two decades. This debate has been nourished partly by a continual stream of new indications (IVF in cases of male infertility, among other things), technical innovations (such as the use of IVF for genetic diagnostics) and new groups wishing to use IVF (lesbian or single women). In this report, we analyse the manner in which IVF has become socially embedded in Dutch society and we explore the cultural implications.

From these analyses, we have attempted to formulate an answer to the two principal questions of this study:

How should the developments in the field of reproduction technology be assessed?

and

To what extent have social and political influences affected developments in medical technology, and – in a more normative sense – should this influence be increased or not?

Since the 1980s, all hope and energy have been concentrated on high-tech solutions to infertility. In the first chapter, we set a near-utopical alternative, opposed to this high-tech approach. In this alternative scenario, heavy investments are made in social prevention strategies. The purpose of these investments is that women no longer are more or less forced to postpone having babies. Social parenthood is favoured over biological parenthood. Investments are also made in medical technology, not purporting to symptom relief, but focusing instead on eliminating the causes of female and male infertility.

Using this utopical sketch, we would like to show that there is not necessarily only one option to solve infertility, but instead, there are a number of possibilities. Nevertheless, this alternative development

path will seem unrealistic to most. This can be explained by three dominant cultural concepts of:

Nature. Only biological parenthood counts as adequate. Other types of parenthood, such as adoption, are seen as inferior. It is also thought that nature itself determines that most of the medical technology interventions focus on the female body.

Technological development. This is often represented as a process of steady improvement that cannot be influenced, unless negligibly. For this reason, it is believed that we should not judge the 'growing pains' of new technology too harshly. Moreover, it would be pointless to speculate about alternative techniques, since the direction of technological development supposedly cannot be influenced in any case.

Ethical progress. This supposedly entails that people increasingly claim their right to self-determination. The only limitation of this right is that everyone has the same right. With regard to reproduction, the right to self-determination implies people's right to reproduce in the manner that they think is best, on the condition that others – especially the child – do not suffer any damage.

This report critically examines these three deep-rooted cultural facets in order to strip modern reproduction technology of its naturalness and its technical necessity. For this purpose, we describe who constitute themselves as spokesmen of nature, and when and for what purpose; why certain options with respect to reproduction have persevered and others have not; how and by whom the technological supply and social needs are brought together; and why it often seems as if self-determination is the only or the decisive moral principle that should play a role in the assessment of modern reproduction technology.

Reproductive technologies have been accepted and have found their way into Dutch society relatively quickly. This ease of acceptance can partly be explained by social and cultural changes in the field of reproduction that had evolved before the introduction of IVF. As a result, a certain 'pre-structure' already existed. In chapter 2, this pre-structure is broadly outlined. The problems the chapter deals with are: avoiding unwanted pregnancies by means of contraceptives and abortion; the introduction of the first artificial reproduction, and demographical shifts with respect to parenthood.

Over the last century, the main issue in this field has been avoiding unwanted pregnancies, rather than realising a strongly cherished wish for a child. Birth control by means of contraceptives and abortion was controversial until the 1960s and 1970s. The influential churches most doctors were strongly opposed to any form of birth control.

The supporters were clearly in a minority. The Government took the stand that the subject concerned a part of life that should be left to the responsibility of the parents. It can be concluded that legislation did not keep up with the more liberal practices that gradually developed in the fields of contraceptives as well as abortion.

The big break occurred in the 1960s and 1970s, when first the question of contraceptives was solved, and subsequently the question of the 'greater evil', abortion. The churches as well as other experts lost moral authority. The traditional marriage morale, stressing unbreakable unity between marriage, sexuality and reproduction, began to disappear. Birth control undermined this 'natural' unity. Sex without marriage and sex without reproduction became a possibility. In view of the future, it was important that women became familiar with a number of aspects involved with reproduction technology, such as controlling and planning pregnancies, the use of medical means and interventions that are medically not strictly necessary, and the disconnection of sexuality and reproduction. In addition, the abortion issue prepared the way for a number of other relevant changes. The use of terminology such as autonomy, individual freedom of choice, right to abortion and freedom of reproduction was new and would be used with verve in the future reproduction debate. And, finally, within the abortion debate the rise of interest groups can be detected. The experts were replaced as the main players in the debate as those directly involved raised their voices. The same applies to the debate about IVF. It is not a debate between experts, but of various interest groups demanding their right to speak.

IVF is not the first form of artificial reproduction available to women and men with infertility problems. After World War II, children were procreated by means of artificial insemination (AI) on a small scale. By the end of the 1950s, a public debate evolved about the various applications of AI. Doctors, the churches and two Government commissions examined this issue. In general, AI using the sperm of the woman's husband was quite accepted. However, when used for unmarried women, AI was unanimously rejected. The discussion concentrated mainly on the use of anonymous sperm donors. There were major objections against this option. Undermining marriage morale and infringing on the interests of the child were perceived as risks. The confidentiality deemed necessary was thought to cause psychological distress to the child. In 1970, in spite of all objections, the Government extended legal fatherhood to men giving their wives permission for AID (artificial insemination by donors).

The existence of AI meant that before the introduction of IVF, people had a chance to become familiar with the concept of reproduction without sexuality, with gametes outside the body, and with pregnancies by means of medical intervention.

In chapter 2, the rise of various new forms of parenthood is briefly discussed, alongside contraception, abortion and AI. This subject derives its relevance from the fact that an important part of the discussion about reproduction technology concerns the matter of which groups of women are eligible for an IVF treatment. Should IVF be available for single people and lesbian couples as well? In the 1970s, the afore-mentioned groups started to demand the right of motherhood and invoke AID, albeit on a very modest scale. This signified a break with the previous period, in which most women (95%) married and where children, as a rule, were born within the marriage.

Subsequently, in the next two chapters, the political and cultural embedding of IVF is the subject matter. In chapter 3, the focus is on the political process allowing for the institutional embedding of IVF into health care. Matters pertaining to the medical assessment of IVF as a treatment for infertility, the evolving demand for this treatment, the progress and application of the regulatory policy of the Government, and the manner in which IVF is financed.

The introduction of IVF was accompanied by public controversy about allowing a series of new practices, which have in principle become viable thanks to IVF. Examples of these new practices are full surrogate motherhood, experiments with human embryos, the development of cloning techniques or techniques for genetic selection and manipulation of people. This controversy formed a potential threat for the social acceptance of IVF. The fact that this threat never became reality can be explained by the simultaneous occurrence of other processes. For example, remarkably little attention was paid to the extremely low effectiveness of IVF and its safety records for the health of the women and their children. Possible risks were mostly played down, and the medical spokesmen made optimistic estimates about the rapid increase in the success rates of IVF. In the media, the problems of infertile women received a great deal of attention, the dominant tone being positive and compassionate. Their wish for a child was presented as deep-rooted, compelling and unchangeable. The predominant message was that each woman could have a baby by means of IVF, if only she would persevere long enough. In the eyes of infertile women and doctors, IVF, as a treatment for infertility, was not connected to any controversial aspect. Extension of the application options and financing by the Health Service was demanded. In this way, the grief of individual infertile women was not only made publicly visible; it was also given a social and political dimension. It concerned large groups of patients who could not be offered an adequate treatment because of lack of finance.

The Government requested the Health Council of the Netherlands (*Gezondheidsraad*) to prepare an advisory report, and followed a wait-

and-see policy. Although, in 1985, the Ministry of Public Health ordered that performing IVF treatments be dependent on a licence that incorporated an obligation to collect information on the effectiveness and risks of IVF, this policy was hardly practised until the 1990s. The assessment of the Health Council on IVF as a treatment for infertility was positive. Its main concern was the possible detrimental effects to the psychological and social development of children procreated outside a heterosexual relationship by means of IVF and AID. According to the Council, the acceptable forms of surrogate motherhood and treatments of gender cells and embryos should be regulated through legislation. The policy principles laid down by the Government in 1988 basically followed the advice of the Health Council. The IVF treatment as such was no longer under discussion. Surrogate motherhood was considered undesirable. Research on so-called rest embryos would only be allowed in rare exceptions, but it remained unclear which type of research would qualify as such. The subsequent debate in the Parliament showed the dissension between the parties about almost all controversial matters. However, by the end, Parliament saw no urgent reason to instigate an alteration of the course chosen by the Government.

Critical comments about IVF originated from two groups: conservative Christians and the women's lib movement. The former pleaded for the unconditional protective principle for (rest) embryos, the latter pointed to the medical risks for women and children and the cultural shift in attitudes toward children. This group proclaimed a warning against the increasing social pressure on women to become a mother, entailing an inclination to over-medicate, against the danger of gender selection and against the 'quality requirements' demanded of children, which can be realised by means of the reproduction techniques. However these critical comments have not significantly influenced either the policy or the medical practice. The women's lib movement was divided about the extent of suitability of the autonomy principle for women, so heavily contested during the abortion issue. Some found the concept of autonomy no longer sufficient to assess IVF, while others invoked the principle of freedom of choice as their 'right' to the use of the available reproduction techniques.

In the second half of the 1980s, the first clinical data on IVF became available. These seemed scant in contrast to the expectations raised by the media. The new data did not, however, lead to a change of the medical opinion about the technique. The positive image, in the meantime, had become socially rooted within society: the number of treatments performed kept growing at an explosive rate, and the indications were steadily expanded. Only recently have more critical comments have been heard from the medical corner.

During all these years, the control policy was carried out at an extremely slow pace. By the end of the 1990s, the Government saw no other alternative than sanctioning the practice as it had evolved. In spite of the interference of politicians in medically assisted reproduction, the medical world managed to retain its authority over the IVF technique.

The innovative element of IVF is that the fertilising process can take place completely outside the female body, which creates the possibility to make any combination of ova, sperm cells and women who will carry the embryo. On top of this, research can be carried out on embryos procreated outside the body, and, before replacing, it can be selected on desired features.

In chapter 4, the cultural implications of various IVF applications are discussed. Topics include IVF serving the basic family, the use of IVF by lesbian couples and single women, ovum donation and surrogate motherhood, and the selection of embryos. In each of the debates arising from these applications, the central issue was which forms of planning, parenthood and relation should be deemed culturally acceptable.

The use of IVF in situations resulting in the 'standard' model of father, mother and their biological child evoked the least number of questions. It was most commonly thought that this was the equivalent of 'giving nature a hand'. The variants where social and biological parenthood no longer coincide, or where biological motherhood is divided among a number of women, led to a significantly greater amount of debate. In brief, this pertained to applications not leading to the traditional basic family and contravening culturally the way kinship and relations traditionally occur, namely through marriage and biological descent.

An important approach to assessing all new applications is 'the interest of the future child'. Consensus is not apparent about the issue of what should take priority in determining the interests of children. Should the focus be on biological descent, marriage, pregnancy care or being raised by two parents? What is deemed essential in one case does not seem to matter in another.

A lot of attention has been given to lesbian couples and single mothers using IVF, being co-habitation forms without the biological father. In the 1980's, the Health Council and the IVF Working Group (*Werkgroep IVF*), part of the Association for Family and Juvenile Rights (*Vereniging van Familie- en Jeugdrecht*), took the point of view that application of IVF should be limited as much as possible to heterosexual relations, and that lesbian couples and single women should only be eligible for IVF in highly exceptional cases. Based on this debate, it can be concluded that the acceptance of lesbian relations has increased rapidly. In February 2000, the Equal Treatment Commission

(Commissie Gelijke Behandeling) judges that exclusion based on homosexual inclination is contrary to the legislation. Growing up in a lesbian family was not seen as disadvantageous for the development of the child. The recommendations of the Commission were adopted by the Minister of Public Health. According to the Commission, however, excluding single women was not considered to be an impermissible distinction. The educative qualities of single mothers were considered questionable.

Ovum donation was another subject of intense debate by the end of the 1980s. The assessment of IVF by means of donated ova strongly varied per case. For heterosexual (married) couples in a fertile age, ovum donation is not very controversial. The interests of the child were not considered to be at risk. In this case, ovum donation is simply seen as equal to the long accepted practice of sperm donation. In this chapter, we point out the differences that actually do exist.

IVF with ovum donation is controversial, especially in cases of women in their menopause and of surrogate mothers. Despite the recommendations by the Health Council (1997) as well as the Royal Dutch Medical Association (*KNMG*) (1996) to carry out scientific research into IVF and ovum donations for women in their menopause, little has been heard of initiatives towards this end.

Many reservations exist concerning surrogate motherhood with or without ovum donation. The Government labelled surrogate motherhood in whatever form as an undesirable phenomenon with great inherent risks to the children. In 1989, the hi-tech variant of surrogate motherhood (IVF with the ovum cell of the woman who wishes to be a mother) was explicitly excluded, but the low-tech variant (with the ovum cell of the surrogate mother) was not legally prohibited. More recently, in 1997, the Health Council pleaded in favour of high-tech surrogate motherhood, enabling those wishing to be parents to have a child that is genetically fully theirs. In the meantime, a small-scale survey into high-tech surrogate motherhood is almost completed.

In spite of the questions that a number of IVF variants have raised, most possibilities appear to have been accepted to some extent. However, a few variants, such as high-tech surrogate motherhood or IVF for women in their menopause, remain controversial. Apart from the interest of the child, the basic argument that people should be enabled to realise their own wishes in the subject of reproduction constituted an important argument in the assessment of the various applications. In the end, the right to self-determination of women proved to be an important argument not to prohibit these applications, but to allow them or to carefully experiment with them.

In the final chapter, the quality and scope of the questions and arguments raised in these debates are critically evaluated. For this purpose, we first list the normative and practical objections to IVF, as they have arisen from the public debate of the last two decades. We analyse to what extent these arguments have actually been heard, and in cases where they have not been heard, how this lack of influence can be explained. For this subject, we revert to the culturally dominant images – introduced in the first chapter – of nature's technological progress and ethics, and to the dynamics of social embedding of IVF as discussed. Finally, in section 4, we discuss the position of the Government with respect to reproduction technology.

We categorise the objections raised into three categories. The first group pertains to the imperfect character of IVF technology, i.e. a low success rate, the problem of rest embryos and possible risks to mother and child. The second category contains objections pertaining to the technology itself: its high cost, the pressure it puts on women, the unequal distribution of the benefits and the burdens among the sexes, and the fact that IVF is a symptom relief, rather than a means for resolving the causes of infertility. The third category consists of objections pertaining to the possible long-term consequences of using IVF. The existing technologies unwillingly confirm the existing taboo on male infertility, removing the already insubstantial stimuli to develop therapies for male infertility directed towards the male body. Overthrowing traditional kinship and relationships has inherent risks of a legal, psychological and social nature, and the existing techniques prepare the way for controversial techniques such as eugenics and gender selection.

These objections hardly ever managed to carry any weight. This can be partly imputed to the principle of individual self-determination being so deep-rooted. All these objections tend to slip off the agenda if these are the individual woman's own choice. Apart from the self-determination principle, the optimism about technological progress proves to be a powerful tool to wave aside the existing or future problems pertaining to reproduction technology. In everyday life, the only limitation to a woman's right to self-determination seems to be the possible damage to the child. Nature plays a part in this matter as well. If nature determines that the wish for a child is fundamental, the right to self-determination changes from a negative right of freedom to a positive right of claim. The non-genetic parenthood is automatically deemed to be inferior.

In a critical evaluation, it is apparent that objections can be raised about the three deep-rooted cultural concepts, as mentioned above. In summary, it appears that invoking nature defends a significant number of incompatible normative points of view. The image of a technological development that cannot be influenced seems equally

untenable. The analysis of the processes of embedding has made clear to what extent the development of modern reproduction technology has been influenced by a large number of societal parties, each with their own interests and ethical convictions. Finally, the exclusive importance adhered to self-determination is itself not beyond dispute. Several arguments can be made to oppose this principle: it may unjustly prevent a discussion about a person's actual preferences; it may prevent timely awareness of long-term risks; not all ethical issues allow for a good translation in terms of this principle, etc. With these comments, we do not have the intention to detract from the value of the self-determination principle. However, we do wish to create space for this principle to be compared to other standards and values that may be conflicting. By questioning the people's unthinking acceptance of the current concepts of nature, technology and ethics, a 'discursive' space can evolve to enable a more balanced decision process regarding to new reproduction technologies.

However, creating a space is not sufficient. Government should also move away from its predominantly passive attitude. For an important part, this attitude resulted from the position of the authorities at the centre of a network of other parties on which Government was dependent in certain ways. The Health Council plays a central part in this matter. It provides the Healthcare department with scientific knowledge, and offers directive opinions about the medical, ethical and social degree of acceptance of new techniques and treatment methods. The organisations of patients and doctors proved to be influential as well, while the political parties showed little interest in controversial medical and ethical subjects during the period researched in this paper. The Government listened primarily to groups of civilians with a direct interest in new reproduction technologies. As a consequence, broad cultural shifts, resulting from the new technologies, largely escaped the attention of politicians. The lack of a structure giving room for discussing the cultural meaning of the new reproduction practices also was a factor.

Based on the analysis we have carried out, we conclude the paper with a number of suggestions to improve the process of development and embedding of new reproduction techniques. Firstly, the least radical policy option is stimulating multiple solutions for the problems of reproduction. Information on and prevention of infertility are among those, as well as grants for developing know-how and treatment techniques that are focused not only on the body of the infertile woman, but also on the body of the infertile man. The new treatments should target the long-term recovery of the fertility of individual men and women.

A second suggestion corresponds with the Government's duty to represent civilians that are not directly involved in a subject, and act

in their interests. The endeavour for consensus by means of compromise is central to the Dutch policy culture. In some cases, the consequence is that controversial matters, such as the objections to IVF as mentioned, are preferably excluded from the agenda. On one hand, the Government should ascertain the heterogeneous composition of the networks hosting the processes of embedding, to enable a maximum variety of aspects to be discussed. On the other hand, the Government should take responsibility for making decisions and regulations, and should not delegate making and observing regulations to these networks. Finding a better form for the processes of development and embedding of reproduction techniques can best evolve by means of a number of social experiments.

Literatuur

Alberda, A.Th., et al. (1987). Resultaten van in vitro-fertilisatie in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt in 1986. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 131, nr.48, pp.2194-2197.

Algemeen Dagblad Extra. (1983). Eindelijk Moeder. Daarin: Van Baar, G., Christine Li hoopte 5 jaar op een wonder. *Algemeen Dagblad Extra*, 16 mei.

Archief Ministerie van VWS. (1987). *Interne nota aan de Minister en de Staatssecretaris met betrekking tot notitie IVF/kunstmatige voortplanting*. DG Vgz/GBO/MBO 1544, 6 april.

Attwood Statistics (1968). *Sexualiteit in Nederland: Wat wij denken wat wij doen*. Amsterdam: De Geïllustreerde Pers.

Baart,S.& Feenstra, G. (1994). 'Ik durf te verdedigen dat die grens omhoog moet'. 'Onvruchtbaarheid op zestigjarige leeftijd is geen afwijking'. *De Volkskrant*, 11 januari.

Bangma, P. (1971). *Huisarts en anticonceptie: Een onderzoek naar de houding van huisartsen in Nederland ten aanzien van geboorteregeling*. Amsterdam: Scheltema & Holkema.

Beets, G. & Verloove-Vanhorick. (1992). *Een slimme meid regelt haar zwangerschap op tijd*. Amsterdam: Swets en Zeitlinger.

Beijer, D. de. (1986). De kwaliteit van het leven. *De bazuin*, 24 oktober, pp.2-3.

Berkel, D. van. (1985). Het kwaliteitskind: Nieuwe technologieën en de perfectionering van het kind. *Marge*, 9, nr.10, pp.524-529.

Berkel, D. van et al. (1999). Differences in the attitudes of couples whose children were conceived through artificial insemination by donor in 1980 and in 1996. *Fertility and sterility*, 71, nr.2, pp.226-231.

Biesboer, F. (2000). *Klonen ter discussie: Verslag van vijf discussiebijeenkomsten*. Den Haag: Rathenau Instituut.

Bruijn de, J. (1979). *Geschiedenis van de abortus in Nederland*. Amsterdam: Van Gennep.

Buitendijk, S., (2000). *IVF pregnancies: outcome and follow-up*, dissertatie, Universiteit Leiden.

CBS. (1999) *Vital events: Past, present and future of the Dutch population*. Voorburg: CBS.

CDA, Wetenschappelijk Instituut voor het. (1988). *Zinvol leven. Een christen-democratische bijdrage aan de discussie over draagmoederschap, kunstmatige inseminatie, gift en in vitro fertilisatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.

Centrum voor Staatkundige Vorming. (1956). *Geboorteregeling als middel tot verlichting van de bevolkingsdruk in Nederland: is bevordering van staatswege geoorloofd of verwerpelijk?* Den Haag: Centrum voor Staatkundige Vorming.

Chabot, B.E. (1968). *Over argumenten voor en tegen abortus provocatus*. Amsterdam: Hakkert.

College voor Zorgverzekeringen. (2000). *CVZorgcijfers 1995-1999*. www.cvz.nl (overige publicaties).

Commissie Keuzen in de zorg (Commissie Dunning). (1991). *Kiezen en delen*. Rijswijk: Ministerie van WVC.

Commissie Gelijke Behandeling. (2000). *Oordeel 2000-004* (inzake toelatingsbeleid IVF-klinieken). www.cgb.nl (oordelen).

Cramer, J. (1985). De ontwikkeling van nieuwe voortplantingstechnologieën. Het dilemma tussen individuele rechten en kollektieve verantwoordelijkheid. *Wetenschap en Samenleving*, 6, pp.6-15.

Cyrus-Gooswit, L. et al. (1976). *Anticonceptiegedrag, deel II: Resultaten*. Zeist: NISSO.

Daey Ouwens, C., Van Hoogstraten, P., Jelsma, J., Prakke, F., Rip, A. (1987). *Constructief Technologisch Aspectenonderzoek. Een Verkenning*. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Dermout, S. M. (2001). *De eerste logeerparij: hoogtechnologisch draagmoederschap*. Lezing op het IXe symposium van het Studiegroep Onvruchtbaarheid en Reproductieve Technieken "SORT". Amsterdam, 19 maart.

Deveer, J.M. (1969). *Humanae Vitae en huisarts*. *Katholiek Artsenblad*, 48, pp.332-335.

Dijke, A, van. & Terpstra, L. (1991). *Wel kinderen, geen man: Lesbisch en 'alleenstaand' moederschap*. Den Haag: Warray.

Direcks, A. (1986a). Heeft de DES-geschiedenis ons iets geleerd? In: *Vrouwenbureau GRAEL, Verzamelde inleidingen gehouden op de feministische hoorzitting over voortplantingstechnologieën en genetische manipulatie*, pp.5-7, maart 1986. Brussel: Regenboog-fractie in het Europese Parlement.

Direcks, A. (1986b). *Iederéén kan toveren met een eitje: Overeenkomsten tussen DES (DiEthylSilbestrol) en IVF (In vitro fertilisatie)*. Amsterdam: Opleiding P.V.O.

Dr. Wiardi Beckman Stichting. (1955). *Bevolkingsgroei en maatschappelijke verantwoordelijkheid*. Amsterdam: Arbeiderspers.

Emancipatieraad, adviesraad van de regering voor het emancipatiebeleid. (1996). *Het late ouderschap: over uitstel en afstel. Advies maatschappelijke consequenties uitgesteld ouderschap*. Den Haag: Emancipatieraad.

Edwards, R & Steptoe, P. (1980). *Een kwestie van leven*. Utrecht: Uitgeverij L.J. Veen.

Eijk, P. van der. (1984). De buisbaby in het ziekenfondspakket? *De Tijd*, 23 november, pp.16-20.

Elle. (2000). Ik wil een kind: Bewust alleenstaande moeders. *Elle*, juli.

Elsevier. (2000). Wel of geen kinderen. *Elsevier*, 18 maart.

Englert, Y. & Govaerts, I. (1998). Oocyte donation: particular technical and ethical aspects. *Human reproduction*, 13, supplement 2, pp.90-97.

Enschede, Ch.J. (1966). Abortus op medische indicatie en strafrecht. *Nederlands Juristenblad*, 41, pp.1349-1353.

Ermers, J.(1986a). Fremdkörper in de schoot van de vrouwenbeweging. *Nemesis*, 2, nr.3, pp.92-97.

Ermers, J. & Wilkens, L. (1986b). Nieuwe voortplantingstechnieken, in: Baart, I. & Baerveldt, M. (red.) *Dokteren aan vrouwen; medicalisering van vrouwenlevens*. pp.83-95. Amsterdam: SUA.

Gezondheidsraad. (1960). *Kunstmatige inseminatie bij de mens*. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Gezondheidsraad. (1984). *Interimadvies inzake In vitro fertilisatie*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad. (1986). *Advies inzake kunstmatige voortplanting*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad. (1992). *Jaaradvies 1991*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad. (1995). *Geslachtskeuze om niet-medische redenen*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad. (1996). *ICSI*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad. (1997). *Het Planningsbesluit IVF*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad. (1998). *IVF: afrondende advisering*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Golombok, S. & Murray, C. (1999). Social versus biological parenting: family functioning and socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *Journal of child psychology and psychiatry*, 40, nr 4, pp.519-527.

Glasbergen, P & Zandanel, R. (1976). *Bevolkingsgroei en welvaartsstaat. Een sociologische interpretatie van veranderend fertiliteitsgedrag in Nederland*. Assen/Amsterdam: Van Gorcum.

Gonggrijp, F. (1984). Reageerbuismoeder Manja Verhorst: Vier jaar wachten hoeft niet meer. *De Telegraaf*, 14 juli

GPV. (1986). *Op koers naar morgen*. Verkiezingsprogramma

Groenewold, J. (1984). Geboren op 5 augustus 1984. De eerste reageerbuis-tweeling van Nederland. *Libelle*, november, pp.10-17.

Gunning, K.F., Van de Kar, A.J.F., Los, J.A., Mélotte-Athmer, A.W.M. (1989). Advies van de commissie inzake in-vitro-fertilisatie aan het bestuur van het NAV (en de persoonlijke toelichtingen bij het rapport van een aantal commissieleden). *VITA Humana*, 5, pp.160-168.

Haan, G., Steen, R.van, & Rutten, R. (1989). *Evaluatie van in vitro fertilisatie*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.

- Hall, E.V. van. (1985). De begeleiding van het infertiele paar. in: Rolland, R., Ubachs, J.M.H. & Heineman, M.J. (red.). *Fertiliteitsstoornissen; onderzoek en behandeling*. pp.221-228. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge.
- Hall, E.V. van. (1986). Over manipulatie van de menselijke voortplanting. *Medisch Contact*, 41, nr.46, pp.1479-1482.
- Heek, F. van. (1963). Het Nederlandse geboortepatroon en de godsdienstfactor gedurende de laatste halve eeuw. *Mens en Maatschappij*, 38, pp. 81-103.
- Herdelijk schrijven van de Generale Synode der Nederlandse Hervormde Kerk betreffende het huwelijk*. (1952). Den Haag.
- Hiddinga, A. (1986). Regulering van de reageerbuisbaby. *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, juli, pp.32-36.
- Hofstee, E.W. (1981). *Korte demografische geschiedenis van Nederland van 1800 tot heden*. Haarlem: Van Dishoek.
- Holtrust, N. (1993). *Aan moeders knie. De juridische afstammingsrelatie tussen moeder en kind*. Nijmegen: Ars Aequi Libri.
- Holtrust, N & Hondt, W.A. (1987). *Bewust Ongehuwd Moeder*. Baarn: Ambo.
- Hooghiemstra et al. (1994). Oudere moeders. Als je nu zegt 'wij doen het niet' moet je over tien jaar om. *NRC-Handelsblad*, 15 januari.
- Jansen, C. & Teepe, L. (1979). *Bewust Ongehuwd Moeder*. Amsterdam: BOM.
- KEMO. (1991). Kunstmatige voortplanting en erfelijkheidsdiagnostiek. In: *KEMO jaarverslag 1989 en 1990*, pp. 9-15. Den Haag: Gezondheidsraad.
- KEMO. (1994). *Advies aan de medisch-ethische toetsingscommissie van de Rijksuniversiteit Limburg inzake het protocol 'pre-embryo diagnostiek van erfelijke aandoeningen'*. Den Haag: Gezondheidsraad. (niet openbaar)
- Ketting, E. (1978). *Van misdrijf tot hulpverlening: een analyse van de maatschappelijke betekenis van abortus provocatus in Nederland*. Alphen aan den Rijn: Samson.

Kirejczyk, M. (1987). Onvruchtbaarheid als oorzaak en gevolg: Medische risico's. In: Onstenk, A. en Wilkens, L. (red.), *Voortplanting als bio-industrie. Vrouwen, kwaliteitskinderen en de beheersing van de vruchtbaarheid*. pp.67-85. Amsterdam: Sara/Van Genneep.

Kirejczyk, M., Ploeg, I. van der. (1991). Zwangere paren: Medische technologie en maatschappelijke constructies rond vruchtbaarheid en voortplanting. In: Bouw, C. et al. (red.), *Macht en onbehagen: Veranderingen in de verhoudingen tussen vrouwen en mannen*. pp.139-153. Amsterdam: SUA.

Kirejczyk, M. (1995). In vitro fertilisatie, een oplossing voor mannelijke onvruchtbaarheid? In: R. Hoksbergen (red.), *Hoe ver gaan we? Moderne voortplanting in feitelijk en ethisch perspectief*. pp.94-102. Baarn: Ambo.

Kirejczyk, M. (1996). *Met technologie gezegend? Gender en de onstreden invoering van in vitro fertilisatie in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: Jan van Arkel

Kirejczyk, M. (2000). Enculturation through Script Selection: Political Discourse and Practice of In Vitro Fertilization in The Netherlands. In: A. Rudinow Saetnan, N. Oudshoorn & M. Kirejczyk (eds), *Bodies of Technology: Women's Involvement with Reproductive Medicine*. pp. 183-206. Columbus: Ohio State University Press.

Kleijwegt, M. & Scherphuis, A. (1994). Oude moeders en het woelige baren. *Vrij Nederland*, nr.2, 15 jan.

Klinkhamer, G. (1983). Hoe de natuur een handje geholpen wordt. *Margriet*, 10 juni.

Korenromp, M. et al (1993). Zwangerschaps beëindiging op genetische indicatie. *Tijdschrift voor verloskundigen*, 18, pp.263-267.

Koudstaal, J. (1999). *Course and outcome of Dutch IVF pregnancies*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Utrecht.

Kousbroek, R.(1994). De god der wetenschappen. *NRC-Handelsblad*, 7 januari.

Kremer, J. (1982). *Onderzoek en behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen, kunstmatige inseminatie en adoptie*. Voorlichtingsbrochure AZU.

Kremer, J., Frijling, B.W. & Nass, J.L.M. (1981). Donorinseminatie en privacy: Psychosociale aspecten van geslaagde KID bij een op 'privacy' gericht beleid. *Medisch Contact*, 36, nr. 2. pp.41-44.

Kremer, J. (2000). *Landelijke IVF resultaten*. NVOG-net, Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.
<http://212.206.120.175/home.asp>.

KRO perszaken en publiciteit (1968). *Huwelijk in cijfers*. Hilversum

Commissie Verveen. (1965) *Kunstmatige inseminatie bij de mens*. Den Haag: Staatsuitgeverij.

Levie, L.H. (1971). Geheimhouding, één facet van de KID-problematiek. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 115, nr.8, pp.330-332.

Liefbroer, A. (1998). Gezinsklimaat: tolerant, maar minder vrijblijvend. *Demos*. 14, nr.3, pp. 20-24.

Medisch Contact. (1996). IVF op latere leeftijd. *Medisch contact*, 51, pp. 620-627.

Milikowski, H.Ph. (1969). Tolereren of accepteren? *Tijdschrift voor maatschappelijk werk*. pp.492-498.

Nabrink, G. (1978). *Seksuele hervorming in Nederland: Achtergronden en geschiedenis van de Nieuw-Malthusiaanse Bond (NMB) en de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (NVSH) 1881-1971*. Nijmegen: SUN.

NVOG. (1998a). *Vruchtbaarheid bij mannen*. www.novg.nl.

NVOG. (1998b). *Richtlijn 9, Indicaties voor IVF*. www.novg.nl.

NVOG. (1999). *Richtlijn 17, Onderzoek en behandeling van mannelijke subfertiliteit*. www.nvog.nl.

Outhof, G.T. (2000). Het wetsvoorstel 'Wet donorgegevens kunstmatige inseminatie' en de (tegengestelde) belangen van het kind. *Tijdschrift voor Familie en Jeugdrecht*, 10, p.229-237.

Outshoorn, J.V. (1986). *De politieke strijd rondom de abortus wetgeving in Nederland 1964-1984*. Dissertatie Amsterdam: VU.

Pam, M. (1994). Baas in eigen buik. *NRC-Handelsblad*, 7 januari.

Ploeg, I. van der.(1998). *Prosthetic Bodies: Female Embodiement in Reproductive Technologies*. Proefschrift, Maastricht: Universiteit van Maastricht.

Pols, B. (1989). Het vervolg op 'Dijkzigt en geelzucht'. Levenslang veroordeeld tot condoom. *NRC-Handelsblad*, 16 januari.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (1998). *Advies Besturen in Overleg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (1999). *Ethiek met beleid: Advies over beleid bij ethische vraagstukken in de gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Raad voor het Jeugdbeleid. (1988). *Ouderschap zonder onderscheid. Een beleidsadvies over belangen van kinderen bij verantwoord ouderschap en kunstmatige voortplanting*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Radio en televisie over abortus provocatus. (1967). *Medisch contact*, 22, pp. 499-504.

Rathenau Instituut. (1996). *Meeste Nederlanders tegen geslachtskeuze*. Bericht aan het parlement. Den Haag: Rathenau Instituut.

Rip, A. (1995). Introduction of New Technology. Making Use of Recent Insights from Sociology and Economics of Technology. *Technology Analysis And Strategic Management*, 7, nr.4, pp.417-431.

Rip, A., Misa, T., Schot, J. (eds.) (1995). *Managing Technology in Society: The Approach of Constructive Technology Assessment*. London: Pinter Publishers.

RPF. (1986). *Waar het op aan komt: Bijbels verantwoord beleid*. Verkiezingsprogramma.

Sauer, M.V. et al. (1988). Survey of attitudes regarding the use of siblings for gamete donation. *Fertility and sterility*, 49, pp.721-722.

Scheltema-Joustra, A. (1949). Geboortenregeling in Nederland en enige andere Europese landen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 93, nr.4, pp.4263-4269.

Scherphuis, A. (1984). Vroeger legde je je erbij neer als je geen kinderen kon krijgen. Nu krijg je weer hoop bij ieder nieuw stuk in de krant. *Vrij Nederland*, 45, 5 december, p.18-19.

Schneewind, J.B. (1998). *The Invention of Autonomy. A History of Modern Moral Philosophy*. Cambridge: Cambridge University Press.

Schot, J. & Rip, A. (1977). The Past and Future of Constructive Technology Assessment. *Technological Forecasting and Social Change*, 54, pp. 251-268.

SGP. (1986). *In trouw recht doen*. Verkiezingsprogramma.

Singer, P. (1997). *Tussen leven en dood. De teloorgang van onze traditionele ethiek*. Utrecht: Jan van Arkel.

Staatsblad, (1988). 379, *Besluit van 11 augustus 1988, houdende wijziging van de algemene maatregelen van bestuur, bedoeld in de artikelen 1, eerste lid, en 18, eerste lid, van de Wet ziekenhuisvoorzieningen*. (Stb.1971, 268), 26 augustus.

Staatscommissie Bevolkingsvraagstuk. (1974). *Geboorte en gezinsvorming in Nederland; ontwikkelingen en vooruitzichten*. Leidschendam.

Staatscourant. (1985a). *Besluit niet-klinische buitenlichamelijke bevruchting ziekenfondsverzekering*. nr.113, 19 juni.

Staatscourant. (1985b). *Besluit tijdelijke regeling In vitro Fertilisatie*. nr.141, 24 juli.

Staatscourant. (1989). *Wet ziekenhuisvoorzieningen, Planningsbesluit in vitro fertilisatie*. nr. 147, 31 juli.

Staatscourant. (1998). *Planningsbesluit in-vitrofertilisatie*. nr.95.

Stemerding, D. (1995). The Entrenchment of Human Genome Technology in Society: on Shifting Boundaries between Private and Public Discourses. In: Schomberg, R. von (ed.). *Contested Technology: Ethics, Risk and Public Debate, International Centre for Human and Public Affairs*. pp.143-154. Tilburg.

Swierstra, T. (2000). *Kloneren in de polder: Het maatschappelijk debat over klonen in Nederland februari 1997 – oktober 1999*. Den Haag: Rathenau Instituut.

Tweede Kamer der Staten Generaal. (1988). TK 1987-1988, 20706 *Kabinetsnotitie Kunstmatige bevruchting en draagmoederschap* nr. 1 en 2.

Tweede Kamer der Staten Generaal. (1989). TK 1988-1989 UCV 45, 45^{ste} *vergadering van de Vaste Commissies voor Justitie en voor de Volksgezondheid, behandeling van de notitie Kunstmatige bevruchting en draagmoederschap*.

Tweede Kamer der Staten Generaal. (1998). *Besluit verbod geslachtskeuze om niet medische redenen*. Brief 18 juni, 1998 van Minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Tweede Kamer der Staten Generaal. (1990). TK, 1989-1990, 20 620 *Brief van de Staatssecretaris Simons van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur* nr. 13 en 14.

Thurlings, J.M.J. (1971). *De wankele zuil: Nederlandse katholieken tussen assimilatie en pluralisme*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt.

Treffers, P.E. (1965). *Abortus provocatus en anticonceptie*. Dissertatie Amsterdam: UvA.

Trimbos, C.J.B.J. (1961). *Gehuwd en ongehuwd*. Hilversum: Paul Brand.

VARA-enquête. Televisie wijdt tweede uitzending aan abortus provocatus (1967). *Medisch Contact*, 22, pp. 745-749.

Veenhoven, R. & Hentenaar, F. (1975). *Nederland over abortus*. Den Haag: Stimezo.

Vereniging voor Familie en Jeugdrecht. (1985). *Bijzondere wijzen van voortplanting, draagmoederschap en de juridische problematiek* (intern rapport).

Velde, E.R. te et al. (1984). In vitro-bevruchting en embryo-transplantatie: van experiment tot behandelingsmethode bij infertiliteit. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 128, nr.43, pp.2039-2054.

Velde, E.R. te. (1991). *Zwanger worden in de 21^{ste} eeuw: steeds later, steeds kunstmatiger*, Rijksuniversiteit Utrecht, rede uitgesproken op 19 november.

Viva. (1985). Kinderen krijgen. De nieuwste methodes: hoe ver kun je gaan? *Viva*, nr.49, p.48-55.

Volkscrant, De. (1983). Eerste Nederlandse reageerbuisbaby is gezond. *De Volkscrant*, 16 mei.

Volkscrant, De. (1985). Reageerbevruchting kan in fondspakket. *De Volkscrant*, 28 augustus.

Volkscrant, de. (1997). Borst wil IVF na menopauze niet vergoeden. *De Volkscrant*, 10 maart.

Wetzels, A.M.M. (1994). Biologische en chemische methoden ter verbetering van de kwaliteit van sperma. In: Slager, E., Schoemaker, J. en Gerris, J.M.R., *Fertiliteitsonderzoek en behandeling anno 1994*. Pp.176-180. Organon BV.

Winter, E.R. de. (1966). *Enkele aspecten van de abortus provocatus*. Deventer: Kluwer.

Wijnberg, R. (1949). Voorbehoedsmiddelen tegen zwangerschap. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 93, nr.4, pp.4242-4245.

Zeilmaker, G.H. (1988). Biologische Aspecten van IVF. In: *Symposium IVF in Nederland: wordt vervolgd!*, Programma Abstracts, pp.3-4. KU Nijmegen.

Zipper, J. (1986). Geboortetechnologie: over medici, meesters en moeders. *Socialisties-Feministische Teksten*, 9, pp. 35-53. Baarn:Ambo.

Zipper, J. (1987). De fictie van de natuurlijke voortplanting: Debat over reproductieve technologie. *Lover*, pp. 22-30.