

Raadgevend Comité voor Bio-ethiek

Advies nr. 29 van 21 juni 2004 betreffende embryodonatie

Beslissing van het Comité d.d. 13 juli 1998

tot bestudering van de ethische vragen m.b.t. medisch begeleide bevruchting

Vraag om advies van 16 november 1998

van de heer M. Colla, Minister van Volksgezondheid en Pensioenen,

m.b.t. “Ethische vragen m.b.t. reproductieve geneeskunde”, en meer in het bijzonder punt 5 van deze vraag (zie verder inleiding)

Inhoud van het advies

Inleiding

A. In de praktijk

B. Ethische overwegingen

1. Ten overstaan van de donoren
2. Ten overstaan van de wensouders
3. Ten overstaan van de kinderen
4. Commercialisering van embryo's

C. Juridische aspecten en aanbevelingen

Inleiding

Door het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek werden reeds drie adviezen inzake medisch begeleide bevruchting uitgebracht:

- advies nr. 6 dd. 8 juni 1998 betreffende de ethische normen voor de optimalisering van het aanbod en van de werkingscriteria van de centra voor in-vitrofertilisatie;
- advies nr. 19 dd. 14 oktober 2002 over de bestemming van ingevroren embryo's;
- advies nr. 27 dd. 8 maart 2004 over de donatie van sperma en eicellen.

Op de plenaire vergadering van 15 december 2003 werd beslist dat een commissie de resterende vragen over zwangerschap voor een ander, voortplanting na het overlijden van de partner en embryodonatie, zou behandelen.

Dit advies handelt in het bijzonder over embryodonatie en vormt een antwoord op de volgende vraag, gesteld door de heer M. COLLA, Minister van Volksgezondheid en Pensioenen op 16 november 1998:

“5. Binnen de reproductieve geneeskunde wordt gewerkt met de donatie van sperma, eicellen en embryo's. Zijn deze drie vormen van donatie vergelijkbaar, m.a.w. dienen zij op dezelfde manier geregeld te worden? Zijn er situaties denkbaar waarbij dergelijke donatie dient afgekeurd te worden? Dient de anonimiteit van de donor in alle gevallen gevrijwaard te blijven? Is er nood aan één centrale sperma-, eicel-, en/of embryo- 'bank', zodat een grotere selectiebasis voor donoren ontstaat?”.

Voor de problematiek betreffende de donatie van sperma en eicellen wordt verwezen naar advies nr. 27 van 8 maart 2004.

A. In de praktijk

Zoals beschreven werd in advies nr. 19 van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek is schenking van ingevroren overtallige embryo's aan derden één van de mogelijke bestemmingen van deze embryo's voor alle centra voor in-vitrofertilisatie in België.

In de praktijk worden overtallige embryo's ingevroren, en naar gelang van het centrum waar de behandeling plaatsvindt, worden deze embryo's 2, 5 of meerdere jaren bewaard en wordt er onmiddellijk aan het ouderpaar gevraagd de bestemming van de resterende embryo's na verstrijking van de bewaartermijn aan te duiden. De meeste centra contacteren kort voor het verstrijken van de bewaartijd de ouders een laatste maal om de oorspronkelijk aangeduide bestemming te laten bevestigen. Niet alle oorspronkelijke ouders gaan in op de uitnodiging. Sommigen worden zelfs niet teruggevonden. In dat geval respecteren de centra de oorspronkelijk aangeduide bestemming.

Volgens sommige experts zou een overgrote meerderheid van de oorspronkelijke ouders de overtallige embryo's bestemmen voor onderzoek, een minderheid kiest voor schenking. Nogal wat mensen hebben het blijkbaar moeilijk met de gedachte dat één van "hun" genetische kinderen bij onbekenden zou opgroeien. Een embryo afstaan, dat tot stand kwam met gameten van het ouderkoppel of met donorgameten heeft blijkbaar een totaal andere symbolische betekenis dan het afstaan van eicellen of sperma. Ook al is embryodonatie voor de wensouders principieel vergelijkbaar met dubbele gametendotatie, dan nog is de beleving ervan voor de donoren totaal verschillend.

Andere experts¹ melden dat de ratio embryodonatie, schenking voor onderzoek, destructie grosso modo een derde, een derde, een derde is. De schenking van een embryo aan een ander koppel is eerst en vooral een uiting van solidariteit tussen mensen met fertiliteitsproblemen en wordt significant vaker gekozen door mensen die zelf genoten van sperma-of eiceldonatie.

De indicaties voor embryodonatie zijn dezelfde als voor eiceldonatie en voor dubbele gametendotatie.

In België dateert de eerste embryodonatie van 1985. Inzicht in de technische haalbaarheid van inplanting van een genetisch totaal verschillend embryo in een baarmoeder volgt logischerwijze uit de vaststelling dat het mogelijk is om de eicel van een donor in te planten in de baarmoeder van een andere vrouw. Er werd gedacht aan embryodonatie als alternatief voor het tekort aan eiceldonoren en omwille van de beschikbaarheid van overtallige embryo's, ook al maakt de afwezigheid van elke genetische band tussen het embryo en de ontvangster of haar partner er een bijzondere procedure van.

Kandidaten ontvangers voor embryodonatie zijn meestal vrouwen of paren die reeds jaren met fertiliteitsproblemen kampen. De meeste centra leggen een leeftijdsgrens op en weigeren een embryo in te planten bij vrouwen boven een bepaalde leeftijd (de grens varieert tussen de 40 en de 50 jaar). De rechtvaardiging hiervoor steunt zowel op medische gronden (er zijn meer verwickelingen bij een zwangerschap boven een bepaalde leeftijd), als op ethische gronden. Alhoewel sommige leden van het Comité oordelen dat ouders op hogere leeftijd de ontwikkelingskansen van het kind niet belemmeren, zijn anderen van mening dat vanaf een bepaalde leeftijd de ouders in het algemeen over minder energie beschikken. Enkel onderzoek kan uitmaken of dat nadelig is voor het kind.

¹ Laruelle C., Englert Y. « Devenir des embryons surnuméraires et risques de grossesse multiple en Fécondation in Vitro. Qu'en pensent les couples ? » Rev.Med.BruX.1996 ; 17, pp.115-9

Zelfs als de man, binnen het paar, geen fertiliteitsproblemen heeft kunnen wensouders eerder voor embryodonatie opteren, wanneer de vrouw de leeftijdsgrens voor eicel- of embryodonatie nadert en de wachtlijst voor eiceldonatie te lang is.

Alle embryodonaties zijn anoniem. De wensouders blijven onbekend voor de donoren. De donoren zijn niet gekend door de wensouders. Ook als de geheimhouding over de wijze van zijn conceptie ten overstaan van het kind wordt opgeheven is het voor hem onmogelijk om zijn biologische ouders terug te vinden.

Sommige centra aanvaarden enkel vrouwen die binnen een stabiele heteroseksuele relatie leven. Anderen aanvaarden ook alleenstaande vrouwen en zouden ook lesbische koppels aanvaarden. Deze laatsten melden zich echter niet aan in de praktijk. Het lijkt inderdaad weinig waarschijnlijk dat geen van beide vrouwen in het koppel over eicellen zou beschikken. In alle centra wordt aan counseling gedaan en worden de motivaties van het paar of van de vrouw besproken evenals de problemen die achteraf kunnen opduiken, onder meer wat de geheimhouding betreft ten overstaan van het kind over zijn conceptie. Niettegenstaande de meeste counselors, binnen de context van gameten- en embryodonatie, aan de toekomstige ouders aanraden om aan het kind, zo snel mogelijk, de ware toedracht over zijn conceptie toe te vertrouwen blijkt dat, in de praktijk, binnen heteroseksuele paren, de ouders het geheim meestal bewaren en het risico nemen dat het kind, op latere leeftijd, toevallig de waarheid achterhaalt. Rekening houdend met de lijdensweg van ouders met fertiliteitsproblemen is de kans dat mensen uit hun omgeving en dus ook uit de onmiddellijke omgeving van het kind weet hebben van de manier waarop het kind tot stand kwam nochtans groot. De kans dat het geheim toevallig wordt opgeheven is dus reëel.

Sommige leden van het Raadgevend Comité wezen er reeds op, in vorige adviezen, dat dergelijke behandelingen kaderen binnen een wensgeneeskunde. Men zou hier ook over een vorm van therapeutische hardnekkigheid t.o.v. een fertiliteitsprobleem kunnen spreken. Waarom geen adoptie?

Paren of vrouwen die zich aanmelden voor embryodonatie hebben hier meestal reeds over nagedacht en weigeren adoptie als antwoord op hun fertiliteitsprobleem omwille van zeer uiteenlopende redenen. Ten eerste omdat de adoptieprocedures bijzonder slopend zijn en er te weinig kinderen beschikbaar zijn. Ten tweede omdat ze vaak te horen kregen dat er problemen zijn met geadopteerde kinderen, die meestal een trauma overhouden aan hun vroegere belevingen en minstens moeten verwerken dat hun moeder hen verliet.

De moeilijkheid om te rouwen over een fertiliteitsprobleem is des te groter omdat het voor velen binnen onze maatschappij, om als vrouw een positief zelfbeeld te ontwikkelen, nog steeds nodig is kinderen te baren of minstens te kunnen baren. Zelf een zwangerschap beleven, en voor de partner, zijn vrouw begeleiden tijdens haar zwangerschap, lijkt voor vele vrouwen en mannen een absolute noodzaak voor een geslaagd leven.

Ook al lijkt adoptie het voor de hand liggende antwoord op een fertiliteitsprobleem, het is niet de keuze van diegenen die zich aanmelden bij een fertiliteitscentrum. Sommige paren, die zich aanmeldden voor embryodonatie, hadden reeds geadopteerde kinderen. De drang voor velen om zelf zwanger te zijn, en dankzij die zwangerschap een positief zelfbeeld te verwerven, werd hier onvoldoende door beantwoord.

Ook al werd in de wetenschappelijke literatuur de eerste embryodonatie beschreven als “prenatale adoptie” – die term werd naderhand niet meer gebruikt – toch lijkt het hier om een totaal andere beleving te gaan.

Bij embryodonatie, zoals bij eiceldonatie, groeide het embryo in de buik van de moeder, en kwam het op “een natuurlijke wijze” ter wereld. De hechting met de moeder is waarschijnlijk gelijkwaardig aan de hechting tijdens een natuurlijke gewenste zwangerschap en binnen een koppelrelatie is ook de rol van de vader, die de zwangerschap van zijn vrouw begeleidt, vergelijkbaar.

B. Ethische overwegingen

Voor de leden van het Raadgevend Comité is embryodonatie ethisch aanvaardbaar. Wel dient erop te worden gewezen dat, zoals bij donatie van gameten (advies nr.27), men ook bij embryodonatie aandacht zou hebben voor het behoud van het humane karakter dat past bij het doorgeven van het leven, dat het belang van het kind, zijn gezondheid en levenskwaliteit zou prevaleren en dat tenslotte duidelijk zou blijken dat het ouderlijk project werkelijk authentiek is.

De leden van het Comité vinden het, binnen de huidige socio-culturele context in onze maatschappij, waar voor velen het baren van zelf gedragen kinderen nog steeds bijdraagt tot het verwerven van een positief zelfbeeld als vrouw, ethisch verantwoord tot terugplaatsing van embryo's, die dankzij de inbreng van andere koppels tot stand zijn gekomen, over te gaan.

Alle leden van het Comité vinden dat, binnen een democratische staat, opvattingen inzake zinvolle seksualiteitsbeleving behoren tot de inhoud van verschillende levensbeschouwingen, zij het met respect voor ieders overtuiging.

Voor sommige leden kunnen de embryo's enkel worden ingeplant bij vrouwen die binnen een stabiele heteroseksuele relatie leven. Andere leden beroepen zich op de permanente evolutie van het begrip “familie” binnen onze maatschappij en vinden dat kinderen evenzeer kunnen opgroeien binnen monoparentale families of binnen homoseksuele koppels. Vooralnog hebben studies aangetoond dat kinderen die opgroeien in lesbische koppels, daar geen nadeel van ondervinden. Verder onderzoek daaromtrent is evenwel nodig. Ze oordelen dat uitsluiting van alleenstaande vrouwen of van vrouwen die binnen een lesbisch koppel leven als een discriminatie zou kunnen overkomen.

Alle leden van het Comité zijn het er echter mee eens dat het ethisch onaanvaardbaar zou zijn om zorgverstrekkers te verplichten, tegen hun morele overtuiging in, patiënten te behandelen. Het Comité is er dus voorstander van dat de verschillende fertiliteitscentra eigen criteria hanteren bij alle vormen van donatie. De Staat dient er wel over te waken dat de gehanteerde criteria er niet toe leiden dat bepaalde groepen van de maatschappij zouden worden uitgesloten als kandidaatouders, evenzeer als er moet op worden gelet dat voor alle consultants duidelijk is welke criteria door het betreffende fertiliteitscentrum gehanteerd worden.

1. Ten overstaan van de donoren

Voor bepaalde paren of vrouwen is het ethisch meer verantwoord om overvallige ingevroren embryo's een kans op leven te bieden, dan ze af te staan voor onderzoek of te vernietigen.

Sommige ouders wensen hun overtallige embryo's te schenken aan andere personen die net zoals zij vruchtbaarheidsproblemen hebben. Zoals we reeds hoger opmerkten is dit niet altijd voor iedereen even evident. Sommige ouders hebben het moeilijk met de gedachte dat er ergens op de wereld een genetische afstammeling van hen leeft waar ze niets van afweten en ook niets meer zullen over horen. Ze bestemmen hun overtallige embryo's eerder voor onderzoek, wat latere vernietiging betekent, of in een minderheid der gevallen onmiddellijk voor destructie. Hun belangen druisen desnoods in tegen de belangen van de wensouders die op een wachtlijst staan, en soms tegen de morele overtuiging van de zorgverstrekkers. Volgens sommige leden van het Comité druisen hun belangen tevens in tegen de eventuele belangen van het embryo. Het lijkt niettemin ethisch verantwoord om aan het oorspronkelijk ouderpaar of aan de oorspronkelijke moeder het beschikkingsrecht toe te kennen over zijn/haar embryo's. Het Comité stelt dus voor om de in de praktijk geldende procedure te volgen. Het oorspronkelijke ouderpaar of de oorspronkelijke ouder bepaalt bij het begin van de procedure welke de bestemming is van de embryo's die na de bewaartermijn overblijven. Zoals reeds gesteld in advies nr.19 lopen de meningen van de leden uiteen over de noodzaak om tegen het einde van de bewaartermijn de oorspronkelijke ouder(s) terug aan te schrijven of niet. Voor sommige leden is het duidelijk dat indien de ouders het centrum intussen niet meer contacteerden om de oorspronkelijke bestemming te wijzigen dit betekent dat ze bij hun eerste standpunt blijven. Voor anderen is anticipatie over de resterende embryo's bij het begin van de behandeling irrelevant. Deze leden vinden dat de ouders opnieuw moeten worden aangeschreven aan het einde van de bewaartermijn.

We verwijzen hier eveneens naar advies nr. 19 voor de ethische discussie i.v.m. de bestemming van de embryo's in geval van meningsverschil tussen de partners van het oorspronkelijk paar, na echtscheiding of overlijden van één der ouders.

2. Ten overstaan van de wensouders

De ouder(s) die in aanmerking komen voor embryodonatie heeft (hebben) meestal reeds een lange lijdensweg achter de rug. Ze wensen een kind en blijken weinig eisen te stellen. In tegenstelling met wat mogelijk is in de praktijk met spermadonatie, waar de meeste centra er voor zorgen dat de donor zo veel mogelijk lijkt op de steriele partner wat fysische kenmerken betreft, kan er minder gematcht worden tussen wensouders en oorspronkelijke ouders. Men tracht wel een etnische concordantie te vinden.

De wensouders worden er gedurende de counseling op voorbereid dat de helft van de ingevroren embryo's de ontgooing niet overleeft en de slaagkans van in-vitrofertilisatie zich reduceert tot 35 à 40%. Dit is zo voor alle ingevroren embryo's, ook wanneer ze bij de eigen moeder worden teruggeplant. Meestal worden er 2 embryo's teruggeplant, die afkomstig zijn van hetzelfde ouderpaar. Bij in-vitrofertilisatie worden vaak verschillende embryo's teruggeplaatst om de slaagkans te verhogen vermits niet alle embryo's zich hechten en tot ontwikkeling komen.

De praktijk van meerlingenzwangerschappen roept echter enkele praktische en ethische vragen op. Meerlingenzwangerschappen gaan inderdaad gepaard met meer medische complicaties voor de moeder tijdens de zwangerschap en tijdens de geboorte van de kinderen. Verder dient opgemerkt dat, hoe diep de kinderwens ook is, niet alle toekomstige ouder(s) er op voorbereid zijn om plots meerdere kinderen tegelijk op te voeden. Sommige leden van het Comité benadrukken dat het wenselijk is om de terugplaatsing van het aantal embryo's drastisch te beperken en pleiten ervoor dat ook in de praktijk van embryodonatie slechts één embryo zou worden teruggeplaatst.

Tijdens de counseling wordt aan de wensouder(s) meestal aangeraden zo snel mogelijk het kind of de kinderen op de hoogte te brengen van de modaliteiten van zijn (hun) conceptie. Niettemin blijkt dat de meeste wensouders dit verzwijgen.

3. Ten overstaan van de kinderen

Zoals uitvoerig beschreven in advies nr. 27 kan men ethische bezwaren hebben ten overstaan van embryodonatie indien men vindt dat het recht van het kind om zijn ouders te kennen moet begrepen worden als het recht van het kind om zijn genetische ouders te kennen. Zoals reeds in voornoemd advies geargumenteed werd, is voor de leden van het Comité het relationele en pedagogische ouderschap vaak minstens even belangrijk als het genetische. De leden van het Comité vinden dus dat de eventuele schade die het kind zou kunnen ondergaan, omwille van de onmogelijkheid om ooit informatie in te winnen over zijn genetische afstamming, onvoldoende opweegt tegen het belang van de wensouders om hun kinderwens te verwezenlijken, om zich te verzetten tegen anonieme donatie.

In België gebeurt actueel embryodonatie, in de praktijk, in volledige anonimiteit. De wensouders zijn anoniem voor de oorspronkelijke ouders, en omgekeerd. De centra hanteren de anonimiteitsregel omdat ze ervan uitgaan dat de oorspronkelijke ouders liever niet weten bij wie, en waar, hun embryo wordt ingeplant om aldus gemakkelijker het eventuele rouwproces te verwerken. Ze zijn eveneens van mening dat een dergelijke regel de wensouders beschermt tegen ongewilde inmenging van het oorspronkelijk paar in de opvoeding van de kinderen.

De centra bewaren de gegevens over de genetische afstamming van het kind omwille van medische redenen.

Sommige leden van het Comité achten het wenselijk en ethisch verantwoord om de dubbele anonimiteitsregel te bewaren. Anderen denken dat hierdoor het belang van het kind zou kunnen geschaad worden. En, ook al verzetten ze zich niet tegen de praktijk van anonieme embryodonatie, toch vinden ze dat het recht van het kind om zijn genetische afstamming te kennen voldoende belangrijk is om te pleiten voor de invoering van bekende donatie, naast anonieme donatie. Naar analogie met wat in advies nr. 27 over donatie van sperma en eicellen werd uitgewerkt, stellen ze een tweesporenbeleid voor. Aan de oorspronkelijke ouder(s) zou de mogelijkheid gegeven worden om voor bekende donatie te kiezen of niet. De wensouders zouden kunnen kiezen tussen bekende en anonieme donoren.

Zoals ook reeds in het eerder advies over gametendonatie beschreven, vinden alle leden van het Comité dat de wensouders het recht hebben op geheimhouding tegenover het kind over de wijze van zijn conceptie, maar oordelen ze tevens dat, om latere traumata te vermijden die het gevolg kunnen zijn van een plotse onthulling van het geheim, of van het aanvoelen van het bestaan van een geheim, binnen de familie, het wenselijk is het kind of de kinderen zo snel mogelijk op de hoogte te brengen van de modaliteiten van zijn conceptie. Tot op heden bestaan er geen wetenschappelijke gegevens om uit te maken of de bekendmaking van de conceptie tot identiteitsproblemen bij de kinderen kan leiden.

4. Commercialisering van embryo's

Alle Belgische centra hanteren het principe van niet-commercialisering van menselijk materiaal. De embryo's worden dus gratis gedoneerd. Vermits de donatie geen specifieke kosten veroorzaakt voor de oorspronkelijke ouders is er ook geen vergoeding voorzien.

Voor de ethische ondersteuning van het principe van niet-commercialisering van menselijk materiaal verwijzen we nogmaals naar advies nr. 27 over gametendonatie. Voor de ethische discussie rond het principe van niet-commercialisering verwijzen we tevens naar Advies 28. Dit ethisch debat zal verder uitgewerkt worden in een toekomstig advies van het Comité.

C. Juridische aspecten en aanbevelingen

Aangezien de juridische moeder van een kind de vrouw is die het kind baart, stelt embryodonatie in België geen juridisch probleem voor de moeder. Artikel 318, §4 B.W. voorziet de onmogelijkheid voor de wettige echtgenoot van de moeder om zijn vaderschap te betwisten indien hij voorafgaandelijk heeft toegestemd met donatie, voor zover de geboorte van het kind hiervan het gevolg is. Wel moet ook hier worden gepreciseerd hoe het bewijs van de instemming van de echtgenoot met de inplanting van een embryo, verkregen door donatie, kan worden geleverd.

Hetzelfde principe moet van toepassing worden bij ongehuwde paren, om enerzijds te vermijden dat de niet gehuwde partner achteraf weigert het kind te erkennen of a contrario de moeder, of later het kind zelf, het vaderschap van de partner betwist. Geen van de mannelijke partners, gehuwd of ongehuwd, kunnen inderdaad hun vaderschap bewijzen, vermits ze de biologische vader niet zijn.

Het valt dus aan te raden dat de paren die zich aanbieden als wensouders voor embryodonatie een document zouden ondertekenen waarin ze zich kenbaar maken als onbetwistbare ouder, terwijl aan dergelijk document een juridische waarde moet gegeven worden, zoals het Comité heeft aanbevolen in het geval van gametendonatie.

In de mate dat de centra het principe van anonimiteit hanteren, zowel voor de donoren als voor de wensouders, zijn ze er verantwoordelijk voor om deze anonimiteit blijvend te waarborgen. Indien de regelgeving ter zake zou veranderen dient ervoor gezorgd dat deze verandering niet retroactief kan opereren en dat de termen van vroegere afspraken niet kunnen herzien worden.

Het advies werd voorbereid in beperkte commissie 98/3 – quater – 2004, samengesteld uit:

Covoorzitters	Verslaggever	Leden	Bureaulid
L. Cassiers F. Mortier	M. Roelandt	A. André M. Baum J. Dalcq-Depoorter E. De Groot P. Devroey M. Dumont R. Lallemand Th. Locoge G. Pennings P. Schotsmans S. Sterckx F. Van Neste A. Van Steirteghem G. Verdonk	M. Roelandt

Lid van het secretariaat: V. Weltens

Deskundige: Professor P. Devroey, VUB.

De werkdocumenten van de beperkte commissie 98/3 – quater – 2004 – vragen om advies, persoonlijke bijdragen van de deskundigen en de experts, notulen van de vergaderingen, geraadpleegde documenten – zijn bewaard als bijlagen 98/3 – quater – 2004 op het documentatiecentrum van het Comité en kunnen aldaar worden geraadpleegd en gekopieerd.
