

## Maatschappelijke ontwikkelingen rond KID

J.K. de BRUYN

Kunstmatige inseminatie met donorsperma is één van de meest toegepaste behandelingen uit het scala van de, ethisch beladen, medisch geassisteerde voortplantingstechnieken. Juridisch lijkt zelfinseminatie met sperma van een voor de recipiënte bekende donor slechter te regelen te zijn dan inseminatie die heeft plaatsgevonden in de reguliere hulpverlening. Een wetsvoorstel, waarbij de mogelijkheid van anonimiteit voor de spermadonor wordt opgeheven, wordt dezer dagen in het parlement behandeld. Ter voorkoming van deze restrictieve wetgeving, werd ongeveer 10 jaar geleden een tweelokettensysteem ingevoerd, waarbij naast volstrekt anonieme donoren, ook donoren die het goed vinden dat hun persoonsidentificerende gegevens aan het kind worden verstrekt, in het bestand worden opgenomen. Daarnaast werd een zogeheten donorpaspoort bij zowel anonieme als op den duur voor het kind bekende donoren geïntroduceerd. Deze zelfbeschrijving bevat naast de fysieke en sociale gegevens van de donor, ook zijn motivatie en een score op 35 karaktertrekken. Inmiddels wordt dit systeem door andere landen overgenomen. In Nederland zal dit tweelokettensysteem naar het zich laat aanzien juist worden opgeheven.

*Trefwoorden: kunstmatige inseminatie; donorsperma; anonimiteit; donorpaspoort; juridische aspecten; spermadonor*

Binnen het scala van vruchtbaarheidsbevorderende behandelingen zijn slechts weinig behandelingen ethisch, psychologisch en juridisch zo beladen als het draagmoederschap, de embryodonatie, eiceldonatie en spermadonatie. De eerste drie behandelingen komen in Nederland relatief weinig voor. De reden hiervoor is voornamelijk te zoeken in de medisch-technische problemen en persoonlijke last die deze behandelingen met zich mee brengen. Te denken valt aan de noodzakelijke behandeling van de eiceldonor en de belasting van de draagmoeder. De juridische problematiek is, in het geval dat de biologische moeder niet gelijk is aan de juridische/sociale moeder, eveneens gecompliceerd (1, 2, 3). Psychosociaal en

maatschappelijk kunnen hierbij tal van ingewikkelde constructies en complicaties te verwachten zijn. Zodoende worden in Nederland slechts enkele tientallen zwangerschappen op jaarbasis gerealiseerd, meestal individueel beoordeeld door medisch-ethische commissies in daarvoor aangewezen ziekenhuizen. De spermadonatie daarentegen betreft in Nederland een veel hoger aantal, namelijk 1200 – 2800 zwangerschappen op jaarbasis (4, 5). Hoewel hierbij uiteraard veel minder medische consequenties en een veel lagere belasting voor de donor te verwachten zijn, moet toch ook hierbij rekening worden gehouden met psychosociale gevolgen, alsmede de juridische consequenties die van toepassing zijn. Het onderwerp is dan ook regelmatig onderwerp van maatschappelijk en politiek debat. In deze bijdrage wordt stilgestaan bij de historie, sociale en legale aspecten van spermadonatie (ook wel aangeduid als KID: kunstmatige inseminatie met donorsperma).

### KID in historisch perspectief

KID lijkt een behandelingsvorm te zijn van deze tijd. Kunstmatige voortplantingstechnieken worden vaak geassocieerd met technisch vernuft en zijn in de ogen van velen een product van het hedendaags (ontkerkelijk) denken. Dit is echter niet helemaal terecht. In de oergeschriften van diverse religieuze stromingen zijn al voorbeelden van het gebruik van sperma van anderen dan de partner te vinden. In het oude testament van de Bijbel, bijvoorbeeld, was reeds sprake van een spermadonor, zij het dat het daar over een voor alle betrokkenen bekende spermadonor handelde. Een vrouw, die anders ongewenst kinderloos zou blijven, werd geholpen met het sperma van haar zwager (7). In het Hindu-geloof is zelfs een paar duizend jaar eerder al sprake van een vorm van spermadonatie. De godheid vroeg daarbij mannen van een ander (lees: vreemd) volk om als spermadonoren op te treden toen de "eigen" mannen van het oervolk door een oorlog waren uitgeroeid. Het automatisme van de combinatie van het biologisch en sociaal vaderschap is zo door de eeuwen heen regelmatig doorbroken. Vaak was daarvoor een legitieme of sociale reden. Spermadonatie is een historisch gegeven dat doorgetrokken kan worden tot op de dag van vandaag. De eerste medische beschrijving van succesvolle kunstmatige inseminatie waarbij semen buiten het lichaam werd opgevangen waarna het bij de vrouw werd ingebracht, is gepubliceerd in 1789 door een Franse arts (7). Kort na de eerste wereldoorlog werd behandeling, waarbij gebruik gemaakt werd van donorsemen, vooral toegepast in Frankrijk en Engeland. In het calvinistische Nederland duurde het tot vlak na de Tweede Wereld-

---

*Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Gynaecologie/Fertiliteit, sectie KID en Andrologische Cryopreservatie. De auteur is bestuurslid van de Nederlands-Belgische Vereniging voor Kunstmatige Inseminatie.*

Correspondentie: drs. J.K. de Bruyn, androloog. Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Gynaecologie/Fertiliteit, sectie KID en Andrologische Cryopreservatie.  
e-mail: J.K.de\_Bruyn@lumc.nl

oorlog (1948), voordat KID als een reguliere behandelingsvorm binnen de gynaecologische praktijk een plaats kreeg (7). Zolang het patriërchaat en daarmee samenhangende vermeende mannelijke superioriteit in onze maatschappij bestond, rustte op de mannelijke infertiliteit een zwaar taboe. Het stilzwijgen over de somatische oorzaak van een mannelijke onvruchtbaarheid leidde er zelfs toe, dat het ontbreken van een adequate spermatogenese verward werd met mannelijk seksueel dysfunctioneren binnen de relatie. Nog steeds worden in de volksmond impotentie en infertiliteit vaak ongelukkigerwijs door elkaar gehaald (8). Zolang het taboe van mannelijke onvruchtbaarheid stilzwijgend werd geaccepteerd, werden ook alternatieve vormen van voortplanting, zoals KID, verzwegen. Dit gegeven werd nog eens versterkt door de visie van veel religies dat gebruik maken van buitenechtelijke gameten t.b.v. de voortplanting een vorm van overspel was. Vanuit dit perspectief gezien is het niet verwonderlijk dat over deze behandelingsvorm in het begin heel geheimzinnig gedaan werd en deze uitsluitend beschikbaar was voor gehuwden. Aanvankelijk werd zelfs in codewoorden over de KID-behandeling gesproken, opdat ook andere medewerkers van een betreffende kliniek niet op de hoogte zouden zijn. Zo heet zelfs tot op de dag van vandaag deze behandeling in bijvoorbeeld het Leids Universitair Medisch Centrum de "kamer 126-behandeling" genoemd, naar het kamernummer waar de inseminaties ooit plaatsvonden. Vaak ook eiste de medicus een volledig stilzwijgen over de KID door het paar naar kind en omgeving, niet in de laatste plaats ter bescherming van de emotionele en maatschappelijke positie van de man. Op deze manier hoefde zijn schaamtevolle onvruchtbaarheid niet openbaar te zijn. Het kind had hier in principe geen last van, uitgaande van 'wat niet weet, wat niet deert'. De spermadonor was hierbij uiteraard anoniem. Het donorschap was uitsluitend een daad van altruïstische naastenliefde (9). Het kind zou nooit weten dat het een KID-kind was en de donor werd aldus gevrijwaard voor eventuele claims voor als het mis zou gaan. Bij paren waar de mannelijke onvruchtbaarheid reeds in de omgeving bekend was werd of de behandeling geweigerd, of werd aangeraden een uitgebreide leugen te vertellen, waardoor de omgeving toch de man als biologische verwekker zou zien (10). In de midden van de zeventiger jaren kwam in Nederland de sociale indicatie voor KID onder de aandacht. Lesbische paren en later ook alleenstaande vrouwen kwamen in aanmerking voor een KID-behandeling. Hiermee werd het automatisme van de geheimhouding over KID doorbroken (11). Eerst uitsluitend bij deze manloze recipiënten, die de KID-achtergrond uiteraard niet naar kind en omgeving konden verzwijgen. Later volgden echter ook heteroseksuele paren met openheid, deels vanuit principiële overwegingen, deels uit praktische redenen, zoals het moeilijk vinden om met een geheim te leven.

### **KID in politiek perspectief**

Maatschappelijk kwam door de grotere openheid omtrent KID deze behandelingsvorm meer in de belangstelling te staan. Vanuit de confessionele hoek be-

stond echter grote weerstand tegen KID. De reden was dat KID als een vorm van overspel gezien kon worden. Tevens maakte KID het mogelijk dat alternatieve gezinsvormen konden ontstaan, die het alleenrecht op voortplanting binnen het door God gesancioneerde huwelijk doorkruisten.

Vanuit de kleine confessionele partijen werd in 1988 een initiatief wetsvoorstel (12) ingediend, met als doel de anonimiteit van de spermadonor te doorbreken. Het oorspronkelijke motief voor dit wetsvoorstel was een poging om de algemene KID-praktijk een halt toe te roepen. De toenmalige minister van Justitie, ook van confessionelen huize, deed zelfs in de pers de uitspraak dat hij het een welkom neveneffect zou vinden wanneer, als gevolg van het wetsvoorstel, het lesbisch en alleenstaand ouderschap als eerste zouden komen te vervallen (13). Tegelijkertijd ontstond in de maatschappij een tendens, waarbij het kennen van de biologische wortels voor het evenwichtig ontwikkelen van een individu als onontbeerlijk werd gezien (14, 15). Vooral de politiek links georiënteerden omarmden het recht van het kind te mogen weten van wie het afstamt. Opmerkelijk is hierbij dat zowel uiterst rechts als links elkaars argumenten gebruikten om hun eigen standpunt te ondersteunen. De KID-hulpverlening, tot dan toe in Nederland zeer heterogeen samengesteld, verenigde zich in een beroepsvereniging, de Nederlands-Belgische Vereniging voor Kunstmatige Inseminatie (NBVKI), die als gesprekspartner van de wetgever zou kunnen optreden (16). Zij vreesde, dat met het doorbreken van de anonimiteit van de spermadonor, een enorme terugloop van donoren zou plaatsvinden. Door deze terugloop zou, met een toenemende vraag aan KID, het aantal bevruchtingen buiten de reguliere hulpverlening toenemen, waardoor gevreesd werd o.a. voor KID-toerisme naar België of Denemarken (17). Daarnaast speelde de vrees voor een 'zwartzaadcircuit', waarin het sperma niet meer gecontroleerd zou zijn op HIV en een ongewenst groot aantal kinderen van één donor gerealiseerd zou worden. Ook het kunnen verkrijgen van semen via internet werd mogelijk. Binnen al deze alternatieven zou het kind nog steeds geen toegang hebben tot zijn afstammingsgegevens (18). Ook de voorstanders van het wetsvoorstel waarin de anonimiteit van de donor wordt opgeheven, voorzagen problemen met een abrupte invoering van deze wet. Zo stelde de stichting Afstammingskinderen dat het meest negatieve aspect van KID was, dat ouders geheimhouding omtrent KID betrachtten (19). Dit familiegeheim werd als potentieel zeer traumatisch voor het kind beschouwd. Kinderen zouden liefst alles van de donor moeten kunnen weten, maar toch op z'n minst zijn algemene gegevens. Bij snel invoeren van de opheffing van de anonimiteitswaarborg voor de spermadonor vreesde men dat ouders weer meer geheimhouding omtrent de behandeling zouden betrachten. In antwoord op deze ontwikkelingen en ter voorkoming van een abrupte invoering van de opheffing van de anonimiteit, nam de NBVKI begin jaren negentig twee initiatieven. In samenwerking met de faculteiten Psychologie van de Universiteiten van Leiden en Utrecht werd een zogeheten donorpas-

poort ontwikkeld (16). Dit document is een zelfbeschrijving van de donor, 8 pagina's groot, waarin zowel zijn maatschappelijke, sociale, als zijn fysieke kenmerken zijn opgenomen. Daarnaast scoort de donor zelf op een 35-tal karakterkenmerken en beschrijft hij zichzelf en zijn motivatie voor zijn donorship in dit document als statement naar het geïnteresseerde kind. Aan alle donoren werd gevraagd dit paspoort in te vullen. Als tweede initiatief werd in Leiden het zogeheten B-loket gecreëerd (20), wat op verschillende plaatsen in den lande is overgenomen. Dit is een systeem, waarbij naast volstrekt anonieme donoren, ook donoren in het bestand worden opgenomen die akkoord gaan met het verstrekken van hun persoonsidentificerende gegevens op verzoek van het kind vanaf diens zestiende levensjaar. Ouders kunnen tijdens de intakefase kiezen voor een volstrekt anonieme donor (A-loket) of voor een op den duur voor het kind bekende donor (B-loket) (21). Het ziekenhuis heeft een verklaring van de B-loketdonor dat hij ermee instemt, dat zijn gegevens, indien de wensouders na de geboorte van het kind een notariële verklaring bij de notaris hebben laten passeren op naam van het kind, naar deze notaris worden verstuurd. De notaris voegt deze gegevens bij de acte van het kind, waardoor uitsluitend het kind het recht krijgt deze na het 16e levensjaar in te zien. Belangrijk hierbij is dat er juridisch geen familierechtelijke banden tussen donor en kind ontstaan. Hierdoor is de donor gevrijwaard van erfrechtelijke of andersoortige claims. Het wetsvoorstel, waarin de anonimiteit zou worden opgeheven beoogt dat uitsluitend met B-donoren gewerkt zou mogen worden. Dit werd door de diverse kabinetten na 1988 regelmatig op de politieke agenda gezet. Met het verstrijken van de jaren leek er een steeds groter politiek draagvlak voor te vinden, naar mijn persoonlijke mening zeker niet uitsluitend vanwege de inhoud van dit wetsvoorstel. Electorale motieven lijken hierbij, zeker bij de linkse partijen, te hebben meegespeeld. Het roepen dat je als politicus gaat staan voor de rechten van het kind, ongeacht de daadwerkelijk consequenties van het een en ander, klinkt aantrekkelijk voor de kiezer. De pers besteedde iedere keer ruimschoots aandacht aan dit onderwerp. Waarschijnlijk is alleen al het feit dat het hier over sperma gaat voor veel journalisten genoeg reden geweest er aandacht aan te besteden. Ongelukkigerwijs was deze journalistieke verslaglegging vaak verre van waarheidsgetrouw. Mede hierdoor leeft inmiddels in Nederland bij een groot deel van de bevolking reeds het idee dat de anonimiteit van de donor is opgeheven, terwijl dit wettelijk nog steeds niet zo is. De gevolgen van deze verkeerde publieke veronderstelling zijn echter al wel merkbaar geweest. Het aantal spermadonoren bij de instellingen is schrikbarend afgenomen. Landelijk telde Nederland in 1990 nog zo'n 1000 spermadonoren. In 1997/98 was dit aantal geslonken tot 511 (4). Sommige klinieken zijn gesloten. In andere klinieken zijn er aanzienlijke wachtlijsten gekomen. Het aantal B-loketdonoren groeide daarentegen langzaam maar gestaag. Bij de invoering van het B-loket in Leiden in 1991, bijvoorbeeld, verklaarde een kleine 20% van de aanwezige A-loket-

donoren zich bereid voortaan via het B-loket te doneren (22). Inmiddels is dat zo'n 50%. Zeker niet bij alle spermabanken is hierin een gelijke trend te zien. Het toenemen van het percentage B-loket in het bestand lijkt erg afhankelijk te zijn van de mening en signatuur van de individuele spermabank. In een enquête onder de spermabanken in Nederland in 1997 varieerde het percentage B-loketdonoren van 0% tot 29,6% (met één uitzondering van 46%) (4). Bij de opheffing van de anonimiteitswaarborg voor de donor is echter een groter aantal donoren nodig voor een zelfde aantal zwangerschappen aangezien het per donor, op psychologische gronden, wenselijk is minder kinderen te kunnen verwekken dan bij voor de volstrekt anonieme donor. Bij anonieme donoren hoeft slechts naar de kans van consanguaniteit, als medisch criterium, gekeken te worden om dit maximum te bepalen. Bij bekende donoren dient hierin ook de psychologische draaglast voor de donor over 20 jaar te worden betrokken. Inmiddels ziet het er naar uit dat in Nederland toch het wetsvoorstel waarin de definitieve opheffing van de anonimiteit is geregeld, zal worden aangenomen. Hierbij zal dan waarschijnlijk een overgangperiode van zo'n twee jaar worden toegepast (12). Hoe deze overgangsregeling gestalte zal gaan krijgen is vooralsnog niet geheel duidelijk. Opvallend is te noemen, dat andere landen in Europa momenteel het huidige Nederlandse model (d.w.z. gebruikmaken van een donorpaspoort en een A- en B-loket) roemen en erover denken het over te nemen (België, Groot-Brittannië, Noorwegen en ook Canada) (23, 24). Zelfs Zweden, waar de anonimiteitswaarborg voor spermadonoren in 1985 al is opgeheven, denkt er notabene over deze regeling terug te schroeven, aangezien de laatste evaluatieonderzoeken wijzen op een tegengesteld effect van de wet dan wat bij invoering ervan werd beoogd (25). De kans dat Nederland zich hier iets van aantrekt is echter klein. Het wetsvoorstel is inmiddels door de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangenomen. De behandeling en aanneming in de Eerste Kamer zijn eind 2001 of begin 2002 te verwachten.

### **KID in juridisch perspectief**

Juridisch lijkt KID niet zo ingewikkeld. Zonder volledig te willen en kunnen zijn (de auteur is geen jurist) komt het juridisch in de praktijk vaak neer op het volgende (3). Binnen een heteroseksuele relatie (getrouwd of samenwonend) is de man die met de vrouw getrouwd is, of de man die bij de burgerlijke stand aangeeft met toestemming van de vrouw de vader te zijn, de juridische vader van het kind. De Nederlandse wet kijkt dus in de eerste plaats niet naar het gegeven of er een biologische verwantschap bestaat tussen vader en kind. Er is in Nederland overigens wel de mogelijkheid om het vaderschap te ontkennen. Als men kan bewijzen (zoals bij KID het geval is) dat er geen biologische verwantschap tussen vader en kind bestaat, kan een ontkenning van het vaderschap gehonoreerd worden. Te denken valt aan een echtscheidingssituatie. Ontkenning van het vaderschap is echter weer uitgesloten als de man voor de verwekking van het kind opdracht heeft gegeven tot

een daad die de zwangerschap tot gevolg kan hebben gehad (26, 27). Met andere woorden, als de man voor een KID behandeling de kliniek schriftelijk het verzoek doet een KID-behandeling bij zijn partner in te stellen, kan hij er op een later moment niet meer op terugkomen. Bij ongehuwden ligt dit wat gecompliceerder. Schriftelijke intentieverklaring kan hierbij van groot belang zijn. Bij lesbische paren en alleenstaande vrouwen zal het in geval van KID meestal zo zijn dat het kind geen juridische vader heeft. De biologische verwekker (donor) kan, zolang hij het kind niet erkent, niet tot het vaderschap gedwongen worden, omdat er geen seksuele gemeenschap tussen vrouw en donor heeft plaatsgevonden. Een addertje onder het gras is er echter als donor en recipiënte elkaar kennen en de donor regelmatig deel uit maakt van de opvoedingsituatie van het kind. In een dergelijk geval zou er sprake kunnen zijn van het begrip *family life* (28, 29), waardoor er wel degelijk claims door alle drie de betrokken partijen zouden kunnen plaatsvinden. In het geval van een KID-behandeling via een reguliere instelling, met gebruikmaking van een donor uitgezocht door de instelling, kennen recipiënte en donor elkaar niet en zal de donor ook niet bij de recipiënte over de vloer komen. Zo ontstaat er dus geen familierechtelijke band tussen donor en kind. Juridisch ingewikkelde situaties zijn derhalve voornamelijk te vinden bij de concepties die hebben plaatsgevonden in de privé-sfeer, al dan niet gerealiseerd door gemeenschap of zelfinseminatie. De meeste donorzaken betroffen ruzies tussen recipiënte en donor, vaak jaren nadat het kind was geboren (30); bijvoorbeeld omdat de donor bezoekrechte eiste, of de recipiënte een vorm van financiële ondersteuning verlangde. Echter, ook al spreken de recipiënte en de donor hun wensen goed af en houden zij zich daaraan, dan toch dient men rekening te houden met de onontvremdbare juridische rechten van het kind. De afspraken tussen moeder en donor kunnen alleen gaan over wat zij zelf wel of niet zouden doen. Over de (basale juridische) rechten van het kind (als derde partij) kunnen zij niets afspreken. Men kan bijvoorbeeld, juridisch gezien, niet afspreken dat het kind geen financiële claim op de donor zal leggen. Dat kan alleen het kind zelf bepalen. Inseminaties in de thuis-situatie, zeker als de donor zich regelmatig met het kind bemoeit (hoe weinig dan ook), zijn juridisch gezien dus slecht te regelen (5), dit in tegenstelling tot de KID via de reguliere instellingen, waarbij gebruik wordt gemaakt van een voor de recipiënte onbekende donor. Juridisch doet het er niet toe of deze donor in een veel later stadium voor het kind traceerbaar zal zijn. Expliciet wordt ook in het nieuwe wetsvoorstel, waarin de anonimiteit van de donor wordt opgeheven, een juridische familierechtelijke band tussen donor en kind nadrukkelijk uitgesloten.

#### Literatuur

- Kalkman-Bogerd LE. Kunstmatige Voortplanting en Draagmoederschap. Tijdschr Gezondheidsrecht, 1996; 199-200.
- Heida A. De gerechtelijke vaststelling van het vaderschap. Tijdschr. Familie- en Jeugdrecht 1997; 115-119.
- Broekhuijsen-Molenaar AML. Juridische aspecten van kunstmatige bevruchting. In: Helmerhorst FM, Moors JPC, Broekhuijsen-Molenaar AML. Rond Onvruchtbaarheid. 138-150. Versluys. Houten 1990.
- Bruyn JK de. Spermabanken in Nederland 1990-1997. Nederlands-Belgische Vereniging voor Kunstmatige Inseminatie NBVKI. 5-18 Leiden 1998.
- Dijke A van, Terpstra L. Wel kinderen; geen man. Utrecht: Warray, 1991.
- Bruyn JK de. Psychologische aspecten van kunstmatige bevruchting. In: Helmerhorst FM, Moors JPC, Broekhuijsen-Molenaar AML. Rond onvruchtbaarheid. 125-130. Versluys. Houten 1990.
- Levie LH. Inseminatio Artificialis. Leiden: Stafleu, 1975.
- Bruyn JK de. Seksuologische Dysfuncties en de fertilologische Consequenties daarvan. Infertiliteit, Gynaecologie en Verloskunde. Organon, 188-191, Oss 1994.
- Bierkens P. Spermadonorschap en Geheimhouding. Tijdschr De Psycholoog 1992; 2.
- Kremer J, Leenen HJJ. De anonimiteit van de donor bij kunstmatige inseminatie met donorsperma in historisch perspectief. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 33-34.
- Bruyn JK de, Graaff IA de, Brewaeijs A, Helmerhorst FM. Geheimhouding onder KID patiënten, een vergelijking 1986/87 - 1996/97. Ned Tijdschr Obst Gyn 1998; 6.
- Wetsvoorstel Donorgegevens Kunstmatige Inseminatie. 1992-1993; TK., 23 207.
- Vrij Nederland 1992; 92.6, 21-22
- Reinders JS, Hammerstein-Schoonderwoerd WCE, Doek JE. Kunstmatige Voortplanting Recht en Ethiek. Rechtsk. Afd. Vh. Thijmgen. Tjeenk Willink. Utrecht 1989.
- Berkel D van, Graaf W de. Is er leven mogelijk zonder biologische vader? Ned Tijdschr Psychol 1991; 46: 68-73.
- Bruyn JK de (red). Advice on Medical Technical Aspects of Artificial Insemination with Donor semen; The Dutch Consensus. NBVKI / NVOG / VKGN. Medical Scientific Council of the Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale toetsing (CBO). CBO Utrecht 1992/1997.
- Oudhof GT. Op zwart zaad. Utrecht 1999; 46-52.
- Bruyn JK de, Hogerzeil HV, Hoksbergen RAC, Kloosterman MD, Knijn GCM, Monteyne MEC, Velde ER te. Open brief aan de leden van de Tweede Kamer der Staten Generaal inzake wetsvoorstel Donorgegevens Kunstmatige Inseminatie. Advies Medisch Technische Aspecten Kunstmatige Donorinseminatie. CBO, 1992; 68-71, Utrecht.
- Bruyn JK de, Hogerzeil HV, Hoksbergen RAC, Kloosterman MD, Knijn GCM, Monteyne MEC. Communiqué van de Werkgroep Afstamming en Donorinseminatie. Advies Medisch Technische Aspecten Kunstmatige Donorinseminatie. CBO, 1992; 59-61, Utrecht.
- Bruyn JK de. The Two Alternative System. Proc 10th Int Congr Psychosom Obst Gyn (ISPOG), Stockholm 1992.
- Bruyn JK de, Graaff IA de, Brewaeijs A, Helmerhorst FM. Knowing the Unknown; Donor Insemination couples choices for an anonymous/identifiable donor. ESHRE abstr 1996; 53-55. Oxford: Oxford University Press.
- Bruyn JK de, Harmsel JG ter, Voorst C van, Bergh CG van den, Helmerhorst FM, Graaff IA de, Hendriks DJF, Zwindeman AH. De anonimiteit van spermadonoren; wat zij er zelf van vinden! Med. Contact. 1994; 26: 863-865.
- Bruyn JK de. The Dutch Experience, proc ESHRE-congr, Lausanne 2001.
- Gotlieb C. The Swedish Experience, proc ESHRE-congr, Lausanne 2001.
- Gotlieb C, Lalos O, Lindblad F. Disclosure of donorinsemination to the child: The impact of Swedish legislation on couples' attitudes. Hum Reprod 2000; 2: 2052-2057.
- Burgelijk Wetboek BW Boek 1. Artikel 207. Lid 1.
- Dossierkennis 24649, Herziening afstammings- en adoptierecht. Kluwer, 1998; 26.
- EVRM. Europees Verdrag Rechten van de mens, artikel 8. Lid 1 en 2.

29. Hoge Raad der Nederlanden; 26 januari 1990 NJ 1990. 630.  
30. Boer J de. Geen KIK zonder alimentatie. *Ned. Juristenblad* 1997; 1792.

### Summary

*Social and legal trends in artificial donor insemination in The Netherlands. Bruyn JK de. Ned Tijdschr Klin Chem 2001; 26: 309-313.*

Artificial insemination with donor semen is the most common of the ethically burdened fertility treatments. From a juridical perspective, self insemination with a personally related donor is complicated and not advisable. A proposition of law in The

Netherlands was instigated to end the possibility of anonymous sperm donation. To avoid restrictive legislation which was first proposed in The Netherlands some 10 years ago, a two-files system had been adopted in the nineties in which, alongside the completely anonymous sperm donors, a group of for the child identifiable sperm donors were admitted. Besides this, a donor passport was introduced for both the anonymous and the identifiable donor. This passport contains social and physical traits of the donor as well as 35 character charts as a self-description of the donor and his motivation to become sperm donor. Unfortunately this two-file system will be abandoned soon.

*Key-words: artificial insemination; donor semen; anonymity; donor passport; legislation; fertility; sperm donor*

*Ned Tijdschr Klin Chem 2001; 26: 313-328*

## Endocrinologisch laboratoriumonderzoek in de diagnostiek en de behandeling ten bate van de geassisteerde voortplanting bij de vrouw

E. ANCKAERT en J. SMITZ

In het kader van de diagnose van infertiliteit wordt bij de vrouw een endocrinologisch laboratoriumonderzoek uitgevoerd. Anovulatie is een belangrijke oorzaak van infertiliteit. Op basis van hormoonbepalingen kan anovulatie worden ingedeeld in vier groepen: hyperprolactinemie, hypo-, normo- en hypergonadotroop hypogonadisme. Deze vier verschillende endocrinologische entiteiten herkennen is belangrijk aangezien zij elk worden behandeld met een specifieke ovulatie-inductietherapie. Bij ovulatie-inductie streeft men naar mono-ovulatie. Nochtans is de kans op de ontwikkeling van multiple follikels niet gering. Daarom is een minimale monitoring van de therapie door middel van laboratoriumonderzoek en ovariële echografie toch aan te bevelen. Indien er naast ovulatoire stoornissen tevens mechanische of ernstige andrologische factoren een rol spelen bij de infertiliteit, is men aangewezen op superovulatie voor in-vitrofertilisatie (IVF) of intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI). Voorafgaand aan superovulatie-inductie wordt een suppressie van het endogene luteïniserend hormoon (LH) geïnduceerd door middel van gonadotropine-releasing hormone (GnRH)-agonisten en recentelijk ook met GnRH-antagonisten. Hierdoor kunnen de negatieve effecten van premature LH-pieken tijdens de ovariële stimulatie met gonadotropines worden vermeden. Bij superovulatie is een nauwkeu-

rige monitoring van de ovariële respons noodzakelijk, enerzijds om de efficiëntie van de therapie te volgen, anderzijds om het potentieel levensbedreigend ovariëel hyperstimulatie syndroom te kunnen vermijden. Dit overzicht vat de verschillende therapieschema's samen en documenteert de hormonale en echografische follow-up ervan. De bepaling van humaan choriongonadotropine (hCG) in serum speelt een belangrijke rol, niet alleen in de diagnose van zwangerschap, maar ook omdat fertiliteitsbehandelingen gepaard gaan met een verhoogd risico op spontane miskraam, ectopische zwangerschap en meerlingzwangerschap. De enorme vooruitgang in de technische mogelijkheden en indicatiestelling van laboratoriumonderzoek zijn aanleiding voor uitvoerige bespreking van de belangrijkste hormoonbepalingen in de fertiliteitskliniek.

*Trefwoorden: ovulatie-inductie; kunstmatige voortplanting; geassisteerde voortplanting; hormoonbepaling; endocrinologie*

Ongeveer 15% van alle koppels wordt met infertiliteit geconfronteerd. Men spreekt van infertiliteit indien een koppel met regelmatige coïtus binnen 2 jaar niet tot een zwangerschap komt, of een zwangerschap niet à terme kan gedragen worden. In 30% van de gevallen is de predominerende oorzakelijke factor toe te schrijven aan de man, eveneens in 30% aan de vrouw. In de overige gevallen zijn beide partners subfertiël of liggen onbekende factoren aan de basis van de infertiliteit (idiopatische infertiliteit). De groep van infertiele patiënten bestaat uit steriele en subfertiële patiënten. Steriele patiënten kunnen nooit op natuurlijke wijze tot een zwangerschap komen. De term steriel kan van toepassing zijn op de man of op de vrouw

*Fertiliteitslaboratorium, Centrum voor Reproductieve Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis -Vrije Universiteit Brussel, België*

Correspondentie: Dr. E. Anckaert, Fertiliteitslaboratorium, Centrum voor Reproductieve Geneeskunde, AZ-VUB, Laarbeeklaan 101, 1090 Brussel, België,  
e-mail: Ellen.anckaert@az.vub.ac.be