

DRAAGMOEDERSCHAP IN BELGIË

De huidige mogelijkheden en een blik op de toekomst

Externe promotor: Mw. Stuyver Isabelle
Interne promotor: Mw. Van den Hove Tania
Academiejaar: 2022-2023

Bachelorproef voorgedragen door:
Lobke NAUDTS
tot het bekomen van de graad van
Bachelor in de Vroedkunde

DRAAGMOEDERSCHAP IN BELGIË

De huidige mogelijkheden en een blik op de toekomst

Externe promotor: Mw. Stuyver Isabelle

Interne promotor: Mw. Van den Hove Tania

Academiejaar: 2022-2023

Bachelorproef voorgedragen door:

Lobke NAUDTS

tot het bekomen van de graad van

Bachelor in de Vroedkunde

Abstract

Draagmoederschap in België	
De huidige mogelijkheden en een blik op de toekomst	
Promotiejaar:	2023
Student:	Naudts Lobke
Externe promotor:	Mevr. Stuyver Isabelle
Interne promotor:	Mevr. Van den Hove Tania
Trefwoorden:	Draagmoederschap, fertiliteitscentrum, wetgeving
Bij vele mensen neemt de wens naar een kind een centrale plaats in hun leven in, maar het vervullen van die wens verloopt niet altijd even gemakkelijk. Voor bepaalde wensouders is draagmoederschap mogelijks het laatste redmiddel om een kind te krijgen dat biologisch aan minstens één van hen verwant is (Aznar & Martínez, 2019). In België is draagmoederschap momenteel niet wettelijk geregeld, maar wordt draagmoederschap wel toegepast. Wensouders kunnen terecht in vier fertiliteitscentra voor een niet-commercieel, hoogtechnologisch draagmoederschapstraject (De Maakbare Mens, 2019). Als praktijkdeel werd er een informatiefolder opgesteld om via die weg wensouders en hun potentiële draagmoeder laagdrempelig duidelijke informatie mee te geven over wat een hoogtechnologisch draagmoederschapstraject in het UZ Gent inhoudt. Deze bachelorproef tracht een antwoord te vinden op de volgende hoofdonderzoeksvraag: “Welke toekomst is denkbaar voor een aangepast wettelijk kader omtrent draagmoederschap in België?”. De veelzijdigheid van het begrip draagmoederschap en de ethische bedenkingen die met de praktijk ervan gepaard gaan, zorgen ervoor dat een wettelijk kader tot nu toe ontbreekt (Patel et al., 2018). De draagmoeder is de juridische moeder van het kind en de wensouders dienen een adoptieprocedure te doorlopen opdat zij de juridische ouders worden (Decock et al., 2019). Een draagmoederschapsovereenkomst is niet juridisch afdwingbaar, waardoor draagmoederschap puur op het vertrouwen tussen de betrokkenen berust, wat tot schrijnende situaties kan leiden en een aantal problemen met zich meebrengt (Pluym, 2015), zoals problemen met naamgeving (Decock et al., 2019) en problemen met de terugbetaling van postnatale zorg door een vroedvrouw (Team Nursenom RIZIV, persoonlijke communicatie, 20 maart 2023). Uit deze bachelorproef kan worden geconcludeerd dat de noodzaak aan Belgische wetgeving rond draagmoederschap niet langer genegeerd kan worden. Draagmoederschap moet in al zijn vormen gereguleerd worden en aangepaste wetgeving met betrekking tot afstamming moet worden voorzien (Quina, 2021).	

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
Woord vooraf	5
Inleiding	6
1 Draagmoederschap in de brede zin van het woord	7
1.1 Laagtechnologisch versus hoogtechnologisch draagmoederschap	8
1.2 Commercieel versus altruïstisch draagmoederschap.....	9
2 Hoogtechnologisch draagmoederschap in Belgische fertiliteitscentra	11
2.1 In- en exclusiecriteria	11
2.1.1 Voor de wensouders	11
2.1.2 Voor de draagmoeder.....	13
2.1.3 Voor de eiceldonor.....	14
2.2 Aanmeldingsprocedure	15
2.3 Fertiliteitsbehandeling	16
2.4 Zwangerschap en bevalling	18
3 De huidige wetgeving in België	19
3.1 Draagmoederschap is noch geregeld, noch verboden	19
3.2 Gebrek aan helderheid over toepassing van de MBV-wet op draagmoederschap.....	20
3.3 Een draagmoederschapsovereenkomst is juridisch niet afdwingbaar	21
3.4 Overdracht van het juridische ouderschap	22
3.4.1 <i>Afstamming</i>	22
3.4.1.1 De juridische moeder.....	22
3.4.1.2 De juridische vader.....	23
3.4.2 <i>Adoptieprocedure</i>	25
3.5 Adviezen en wetsvoorstellen	27
3.5.1 <i>Raadgevend Comité voor Bio-ethiek: advies betreffende zwangerschap-voor-een-ander</i>	27
3.5.2 <i>ESHRE taskforce voor ethiek en recht: draagmoederschap</i>	28
3.5.3 <i>Nationale Raad van de Orde der Artsen: draagmoeder</i>	29
3.5.4 <i>Wetsvoorstellen</i>	29
3.5.4.1 Wetsvoorstel houdende organisatie van centra voor draagmoederschap.....	30
3.5.4.2 Wetsvoorstel tot aanvulling van het Strafwetboek met bepalingen betreffende de commercialisering van en de bemiddeling inzake draagmoederschap	30
4 Ethische bedenkingen aan de basis van dit blijvend juridisch vacuüm.....	31
4.1 Recht op een kind.....	31
4.2 Het risico van de zwangerschap overgedragen op de draagmoeder	31
4.3 Psychologische aspecten en welzijn van alle betrokkenen	32
4.3.1 <i>De draagmoeder</i>	32
4.3.2 <i>De wensouders</i>	32
4.3.3 <i>Het kind</i>	33
4.4 Invloed op persoonlijke relaties	33
4.4.1 <i>De relatie tussen de draagmoeder en haar omgeving</i>	33
4.4.2 <i>De relatie tussen de wensouders en hun omgeving</i>	33
4.4.3 <i>De relatie tussen de draagmoeder en de wensouders/het kind</i>	34
4.5 Bezorgdheid over commercialisatie van draagmoederschap	34
4.6 Bedenkingen rond afdwingbaarheid draagmoederschapcontracten	35

5	Wetgeving in het buitenland	36
5.1	Cluster 1: zowel altruïstisch als commercieel draagmoederschap verboden	36
5.2	Cluster 2: geen duidelijke regelgeving omtrent draagmoederschap	37
5.3	Cluster 3: altruïstisch draagmoederschap toegestaan, maar commercieel verboden.....	37
5.4	Cluster 4: zowel altruïstisch als commercieel draagmoederschap toegestaan.....	38
5.4.1	<i>Oekraïne</i>	38
5.4.2	<i>De Verenigde Staten</i>	39
6	Mogelijke problemen met de huidige procedure	41
6.1	Problemen met naamgeving	41
6.2	Geen moederschapsverlof of geboorteverlof, maar adoptieverlof	42
6.3	Geen terugbetaling voor postnatale zorg door een vroedvrouw.....	42
6.4	Ontvangen startbedrag en groeipakket	43
6.5	Rechtsonzekerheid voor alle partijen.....	44
6.6	Naar het buitenland om kinderwens te vervullen.....	44
7	Aanbevelingen voor een aangepast wettelijk kader.....	45
8	Praktijkdeel.....	46
9	Relevantie voor de praktijk van de vroedvrouw	48
	Algemeen besluit.....	49
	Literatuurlijst.....	52
	Bijlagen	58
	Bijlage A: Informatiefolder <i>Hoogtechnologisch draagmoederschap</i> in het UZ Gent.....	58

Woord vooraf

Na het afronden van mijn bachelorproef overheerst bij mij vooral een gevoel van dankbaarheid voor alle steun die ik heb mogen ontvangen. Aan de hand van dit dankwoord wens ik dan ook iedereen te bedanken die mij heeft geholpen om deze bachelorproef tot een goed einde te brengen.

Allereerst wil ik de docenten, gastdocenten en stagebegeleiders van de opleiding vroedkunde bedanken voor alle kennis en vaardigheden die ze me de afgelopen drie jaar hebben bijgebracht.

Daarnaast uit ik ook mijn dank ten aanzien van mijn externe promotor Isabelle Stuyver voor het verwijzen naar een aantal waardevolle theoretische invalshoeken en bijhorende wetenschappelijke literatuur. Door haar expertise als fertiliteitsconsulente op de Afdeling Reproductieve Geneeskunde van het UZ Gent werd het schrijven over dit onderwerp mogelijk gemaakt. Ze dacht met haar team mee na over mijn praktijkdeel en stond steeds klaar om mijn bachelorproef te voorzien van snelle en opbouwende feedback.

Graag wil ik ook mijn interne promotor mevrouw Van den Hove bedanken voor haar theoretische en praktische ondersteuning. De constructieve, eerlijke feedback die ik van haar mocht ontvangen en de laagdrempelige mogelijkheid tot het stellen van vragen betekenden een enorme meerwaarde.

Vervolgens een grote dankjewel aan mijn vrienden voor hun steeds voelbare steun en de nodige ontspanning tussen het schrijven door.

Een laatste dankwoord wil ik richten aan mijn ouders, zus en vriend, die me de voorbije jaren voortdurend hebben bijgestaan. Bedankt aan mijn mama voor het nalezen van mijn bachelorproef en aan mijn papa voor zijn handigheid met Word. In het bijzonder wil ik mijn vriend bedanken: hij zorgde voor frisse moed wanneer ik door de bomen even het bos niet meer zag en stond steeds klaar met goede tips en feedback.

Een oprechte dank jullie wel!

Ondergetekende draagt de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor deze bachelorproef en staat toe dat haar werk in de mediatheek van de hogeschool wordt opgeslagen, geraadpleegd, gefotokopieerd en digitaal ter beschikking wordt gesteld.

Lobke Naudts

Kalken, mei 2023

Inleiding

Het VRT-programma *Draagmoeders* en de lessen over fertiliteit in de opleiding lagen mee aan de basis van het idee om een bachelorproef over draagmoederschap te schrijven. Bij vele mensen neemt de wens naar een kind een centrale plaats in hun leven in, maar het vervullen van die wens verloopt niet altijd even gemakkelijk. Als blijkt dat een kind krijgen, ondanks de huidige fertiliteitstechnieken, niet op biologische wijze zal lukken, gaan mensen op zoek naar alternatieven om die wens alsnog te vervullen. Voor lesbische koppels, alleenstaande vrouwen en koppels waarbij de man kampt met onvruchtbaarheid, kan spermadonatie vandaag de dag al een oplossing bieden voor hun onvervulde kinderwens. Bij homoseksuele koppels, alleenstaande mannen en koppels waarbij de vrouw niet fysiek in staat is een kind te dragen, bijvoorbeeld door het ontbreken van een baarmoeder, ligt dit allemaal veel moeilijker. Zij zien draagmoederschap mogelijks als hun laatste redmiddel.

In België bestaat hiervoor geen aangepaste wetgeving (Stuyver et al., 2020). Al dertig jaar is er sprake van een juridisch vacuüm, wat veel onzekerheid met zich meebrengt voor zowel wensouders als draagmoeder en bovenal voor het kind (Pluym, 2015). Deze bachelorproef tracht een antwoord te vinden op de volgende hoofdonderzoeksvraag: “Welke toekomst is denkbaar voor een aangepast wettelijk kader omtrent draagmoederschap in België?”

In het begin van deze bachelorproef wordt kort ingegaan op wat draagmoederschap nu juist inhoudt. Nadien wordt bekeken welke alternatieven er momenteel wel al voorhanden zijn. Dit vormt meteen een eerste subonderzoeksvraag: “Welk traject staat wensouders die in België beroep doen op een draagmoeder te wachten?” Meer specifiek wordt dieper ingegaan op het hoogtechnologisch draagmoederschapstraject dat Belgische fertiliteitscentra aanbieden en de wetgeving waarop wensouders zich momenteel moeten baseren voor de praktijk van draagmoederschap. Verder wordt ook op een tweede subonderzoeksvraag een antwoord gezocht: “Welke ethische bedenkingen liggen mee aan de basis van dit blijvend juridisch vacuüm?”. Daarna wordt de wetgeving in een aantal andere landen belicht: “Zijn er landen waaraan we een voorbeeld kunnen nemen of tonen bepaalde landen ons hoe we het beter niet aanpakken?”. Daaropvolgend wordt de noodzaak aan een versterkt wettelijk kader in de verf gezet, door een antwoord te formuleren op de volgende subonderzoeksvraag: “Welke problemen brengt de huidige procedure met zich mee?”. Tenslotte worden een aantal aanbevelingen voor een aangepast wettelijk kader opgesomd en wordt de relevantie voor de vroedvrouw toegelicht.

Naast het theoretische gedeelte, komt ook de bespreking van het praktijkdeel aan bod. Er werd een informatiefolder opgesteld om via die weg wensouders en hun potentiële draagmoeder laagdrempelig duidelijke informatie mee te geven over wat een hoogtechnologisch draagmoederschapstraject in het UZ Gent inhoudt.

1 Draagmoederschap in de brede zin van het woord

Stuyver et al. (2020) beschrijven draagmoederschap als “een complexe vorm van medisch geassisteerde voortplanting”. Onder draagmoederschap verstaat men de situatie, waarbij een vrouw een kind draagt en ter wereld brengt krachtens een regeling die voor de zwangerschap met (een) andere persoon/personen is getroffen, met de bedoeling om het kind en de bijbehorende ouderlijke verantwoordelijkheid na de geboorte aan deze persoon/personen over te dragen. De vrouw die het kind draagt en ter wereld brengt, noemen we de draagmoeder en de wensouder(s) is/zijn de persoon/personen die de ouderschapsrol ten opzichte van het kind over zal/zullen nemen (Burrell & Edozien, 2014).

Voor bepaalde wensouders is draagmoederschap de laatste kans om een kind te krijgen dat genetisch aan hen gelinkt is. Ten eerste kan een draagmoeder worden ingeschakeld wanneer een vrouw, die moeder wil worden, geen baarmoeder heeft. Ze kan zonder baarmoeder geboren zijn, maar ook door aandoeningen die verwijdering van de baarmoeder vereisen, kan het zijn dat een vrouw geen baarmoeder meer heeft. Daarnaast kunnen ook functionele afwijkingen van het endometrium van de baarmoeder ervoor zorgen dat de tussenkomst van een draagmoeder noodzakelijk is om een genetisch eigen kind te kunnen krijgen. Verder is draagmoederschap ook aangewezen wanneer zwanger zijn een zeer ernstig risico voor de gezondheid van de vrouw of haar baby met zich mee zou brengen. Tot slot wordt er steeds vaker beroep gedaan op een draagmoeder in situaties waarin twee mannen een kind willen opvoeden dat biologisch verwant is met één van hen (Aznar & Martínez, 2019).

Draagmoederschap veronderstelt altijd een voorafgaand akkoord tussen de wensouders en de draagmoeder, ook wel een **draagmoederschapsovereenkomst** genoemd. Het is van essentieel belang dat de overeenkomst wordt gesloten vóór de verwekking van het kind en de overeenkomst bestaat pas wanneer minimaal de volgende zaken zijn afgesproken. De draagmoeder belooft een kind in haar baarmoeder te laten groeien én dit kind na de bevalling aan de wensouders af te staan: ze belooft dus het moederschap niet op te eisen. De wensouders beloven op hun beurt het kind op te nemen in hun gezin. Deze overeenkomst is echter niet wettelijk bindend (Pluym, 2015).

1.1 Laagtechnologisch versus hoogtechnologisch draagmoederschap

We kunnen twee vormen van draagmoederschap onderscheiden, namelijk laagtechnologisch en hoogtechnologisch draagmoederschap.

Tabel 1 (Burrell & Edozien, 2014) geeft hier een duidelijk overzicht van.

Tabel 1. Mogelijkheden voor totstandkoming van draagmoederschap.

Noot. Aangepast overgenomen uit "Surrogacy in modern obstetric practice," door C. Burrell en L. C. Edozien, 2014, *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 19(5), p. 273 (<https://doi.org/10.1016/j.siny.2014.08.004>).

Zaadcel	Eicel	Conceptie	Vorm
Wensvader	Draagmoeder	Kunstmatige inseminatie	Laagtechnologisch
Wensvader	Draagmoeder	Zelfinseminatie	Laagtechnologisch
Wensvader	Draagmoeder	Geslachtsgemeenschap	Laagtechnologisch
Donor	Draagmoeder	Kunstmatige inseminatie	Laagtechnologisch
Wensvader	Wensmoeder	IVF/ICSI en embryo transfer	Hoogtechnologisch
Donor	Wensmoeder	IVF/ICSI en embryo transfer	Hoogtechnologisch
Wensvader	Donor	IVF/ICSI en embryo transfer	Hoogtechnologisch
Donor	Donor	IVF/ICSI en embryo transfer	Hoogtechnologisch

Bij **laagtechnologisch** draagmoederschap levert de draagmoeder de eicel en wordt zij bevrucht met het semen van de wensvader. De draagmoeder stelt dus niet enkel haar baarmoeder ter beschikking, maar zal eveneens de genetische moeder van het kind zijn. Vandaar dat men dit ook wel genetisch draagmoederschap noemt (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004). Laagtechnologisch betekent dat strikt gezien voor dit soort draagmoederschap geen tussenkomst van een fertiliteitscentrum vereist is. De conceptie kan tot stand komen via kunstmatige inseminatie, maar ook geslachtsgemeenschap tussen draagmoeder en wensvader, of zelfinseminatie met semen – al dan niet van de wensvader – door de draagmoeder zijn een mogelijkheid (Pluym, 2015). Over de toepassing van laagtechnologisch draagmoederschap in België zijn geen cijfers gekend, aangezien hiervoor niet per se de tussenkomst van een fertiliteitscentrum is vereist (De Maakbare Mens, 2019).

Bij **hoogtechnologisch** of gestationeel draagmoederschap is de draagmoeder niet de genetische moeder (Klock & Lindheim, 2020). De wensmoeder (of een eiceldonor) brengt een eicel aan die via in-vitrofertilisatie [IVF] of intracytoplasmatische sperma-injectie [ICSI] bevrucht wordt met de zaadcellen van de wensvader of een spermadonor (Stuyver et al., 2020). De betrokkenheid van een donor (eicel-, zaadcel- of zelfs een embryodonor) is niet uitgesloten, bijgevolg zijn de wensouders niet noodzakelijk de genetische ouders. Het staat wel vast dat de draagmoeder geen genetische band met het kind heeft. Er is steeds een embryotransfer nodig om conceptie tot stand te brengen, wat deze vorm van draagmoederschap hoogtechnologisch maakt (Pluym, 2015).

België heeft vier fertiliteitscentra die aanvragen voor hoogtechnologisch draagmoederschap behandelen. Wensouders kunnen sinds 1992 in het Centre Hospitalier Régional [CHR] de la Citadelle van Luik terecht met hun aanvraag voor draagmoederschap. Sinds 1997 past het Universitair Medisch Centrum [UMC] Sint-Pieter in Brussel eveneens draagmoederschap toe. In 2004 is het Universitair Ziekenhuis [UZ] Gent gestart met draagmoederschapstrajecten en sinds 2016 kunnen wensouders terecht in het UZ Brussel (De Maakbare Mens, 2019).

Uit het laatste rapport van het “Belgian register for assisted procreation” [BELRAP] van 2020 blijkt dat de draagmoederschapscycli onder de noemer “andere cycli” behoren. Deze categorie omvat 9,16% van alle uitgevoerde cycli in de ziekenhuizen met een zorgprogramma reproductieve geneeskunde B die deelnemen aan de registratie. Ziekenhuizen met een zorgprogramma reproductieve geneeskunde B, de zogenoemde B-centra, onderscheiden zich van de A-centra doordat ze over een IVF-laboratorium beschikken. A-centra moeten hun patiënten doorsturen naar B-centra voor de behandeling en bewaring van gameten, alsook voor het plaatsen van embryo's in de baarmoeder. De vier Belgische fertiliteitscentra waar hoogtechnologisch draagmoederschap toegepast wordt, hebben hun gegevens aangeleverd in functie van dit rapport. Van deze “andere cycli” nemen de draagmoederschapscycli 0,05% (16 op 3044 cycli) in. Al deze zestien cycli blijken uitgevoerd te zijn met ontdooide embryo's, terwijl vorige jaren toch ook steeds een klein aandeel met verse embryo's werd uitgevoerd. We kunnen dus stellen dat in België in 2020 zestien embryo's in de baarmoeder van een draagmoeder werden geplaatst (College van Geneesheren Reproductieve Geneeskunde, 2022).

1.2 Commercieel versus altruïstisch draagmoederschap

Op basis van het al dan niet betalen van een vergoeding aan de draagmoeder, kan draagmoederschap onderverdeeld worden in een commerciële en een altruïstische vorm.

Commercieel draagmoederschap kenmerkt zich door het betalen van een vergoeding aan de draagmoeder, die de kosten die zo'n traject met zich meebrengt ruim overstijgt. De draagmoeder ontvangt een extra vergoeding voor het ter beschikking stellen van haar baarmoeder en de ongemakken en moeilijkheden die de zwangerschap en bevalling voor haar veroorzaken. Vaak wordt bij deze vorm van draagmoederschap dan ook bemiddeld door een externe draagmoederschapsorganisatie (Patel et al., 2018). Er zijn geen cijfers gekend over koppels die naar het buitenland trekken voor een commercieel draagmoederschapstraject (Stuyver et al., 2020).

Bij **altruïstisch draagmoederschap** is het motief in tegenstelling tot bij het commercieel draagmoederschap geen winstbejag, maar doen draagmoeders dit net op basis van altruïstische motieven. De draagmoeder doet dit puur uit belangeloosheid, waardoor deze vorm dan ook vaker voorkomt binnen de eigen familie of vriendenkring. Ze wil mensen helpen in het vervullen van hun kinderwens, zonder hieruit een persoonlijk voordeel te halen (Bontinck, 2010).

Dit onderscheid is in de praktijk echter niet altijd even makkelijk te maken, aangezien altruïstisch draagmoederschap ook gepaard kan gaan met een vorm van betaling. Het gaat hier dan wel over het terugbetalen van de gemaakte kosten tijdens het draagmoederschapstraject en niet over het uitbetalen van een loon voor het dragen en baren van een kind voor de wensouders. Deze vergoeding kan de gemaakte medische kosten inhouden, maar het kan eveneens over verschillende andere zaken zoals de terugbetaling van zwangerschapskleding of zelfs verplaatsingskosten gaan. Uit deze oplijsting blijkt dat er niet altijd een duidelijke grens getrokken kan worden tussen beide vormen op basis van de door de draagmoeder ontvangen bedragen (Bontinck, 2010).

In de Belgische fertiliteitscentra gaat het enkel om altruïstisch draagmoederschap, maar vaak trekken wensouders naar landen zoals Oekraïne of de Verenigde Staten om een draagmoeder te vinden. Hierbij gaat het dan niet meer om altruïstisch, maar om commercieel draagmoederschap: de som die wensouders hiervoor neertellen overschrijdt de kosten verbonden aan de zwangerschap. Vaak worden wensouders in deze landen geconfronteerd met onethische praktijken. Het is duidelijk dat wensouders er heel wat voor over hebben om hun kinderwens in vervulling te laten gaan (Quina, 2021).

2 Hoogtechnologisch draagmoederschap in Belgische fertiliteitscentra

In dit deel van de bachelorproef wordt bekeken wat wensouders die in België beroep doen op een draagmoeder te wachten staat; meer bepaald wordt dieper ingegaan op het traject dat Belgische fertiliteitscentra aanbieden. In België kunnen wensouders voor draagmoederschap terecht in het CHR de la Citadelle in Luik, in het UMC Sint-Pieter in Brussel en in de Universitaire Ziekenhuizen van Gent en Brussel (De Maakbare Mens, 2019). Heel belangrijk is dat het hier om niet-commercieel, hoogtechnologisch draagmoederschap gaat. Deze fertiliteitscentra hebben hun eigen strikte toepassingsvereisten, die voortdurend evolueren. De inclusiecriteria zijn streng en er gaat een zeer uitgebreide screening vooraf aan de effectieve goedkeuring. Er wordt sterk ingezet op psychologische begeleiding en het geven van juridisch advies, zodat geïnformeerde beslissingen kunnen genomen worden. Er gaat in elk centrum ook een bepaalde tijd over voordat het centrum een definitieve beslissing neemt, wat maakt dat al veel kandidaten wegvallen. Door die werkwijze blijven enkel de echt gemotiveerde wensouders en kandidaat-draagmoeders met de juiste intenties over en hebben er zich dan ook nog nooit echt problemen voorgedaan. Er heeft nog nooit een draagmoeder geweigerd haar kind af te staan of een wensouder geweigerd het kind in zijn gezin op te nemen na een hoogtechnologisch draagmoederschapstraject in België (Pluym, 2015).

2.1 In- en exclusiecriteria

Omdat een nationaal wettelijk kader ontbreekt, hebben de fertiliteitscentra die openstaan voor draagmoederschaapsaanvragen hun eigen in- en exclusiecriteria ontwikkeld voor het al dan niet opstarten van een dossier. De grote lijnen komen echter wel overeen (Stuyver et al., 2020). Onder dit hoofdstuk worden de voornaamste gelijkenissen en verschillen toegelicht.

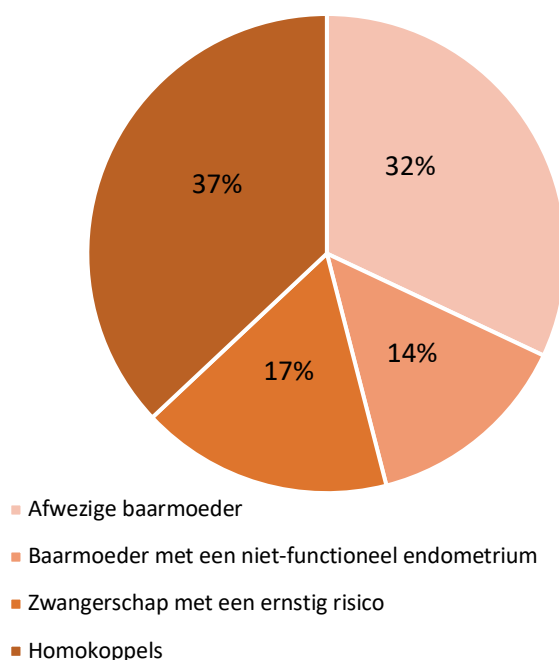
2.1.1 Voor de wensouders

Belgische fertiliteitscentra begeleiden enkel aanvragen van heteroseksuele koppels met een strikt medische indicatie om beroep te doen op een draagmoeder. Onder strikt medische indicaties verstaan we een wensmoeder met een slechtwerkende baarmoeder, een wensmoeder zonder baarmoeder of wanneer een zwangerschap een gevaar zou inhouden voor de wensmoeder en/of het ongeboren kind (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004). Wanneer de wensmoeder geen baarmoeder heeft, is ze hetzij zonder geboren zoals bij het syndroom van Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser het geval is, ofwel is haar baarmoeder weggehaald via een hysterectomie. Bij bijvoorbeeld een niet-behandelbaar syndroom van Asherman is het endometrium niet functioneel waardoor een embryo niet goed kan innestelen.

De baarmoeder functioneert bij deze vrouwen niet voldoende om een zwangerschap tot een succesvol einde te brengen, waardoor dit een indicatie kan zijn om voor draagmoederschap te kiezen. Wensmoeders met bijvoorbeeld een hart- of nieraandoening, kunnen wel zwanger worden, maar daar zou een zeer ernstig risico voor hun gezondheid of de gezondheid van hun baby mee gepaard gaan. Hierdoor is draagmoederschap in deze gevallen de enige optie om een genetisch eigen kind te krijgen (Stuyver et al., 2020).

Figuur 1 geeft de verdeling in indicaties voor draagmoederschap weer voor de aanvragen bij het UZ Gent in de periode van 2007 tot 2019. De aanvragen bestonden voor 37% uit aanvragen door homoseksuele koppels, ondanks dat dit pas mogelijk is sinds 2011. Daarnaast blijkt de afwezigheid van een baarmoeder, zowel congenitaal als verworven, de meest voorkomende medische indicatie. De groep wensmoeders met niet-functioneel endometrium of waarbij een zwangerschap te risicovol zou zijn, ziet men de laatste jaren toenemen (Stuyver et al., 2020).

Figuur 1. Indicaties voor draagmoederschap in het UZ Gent in de periode 2007-2019.



Noot. Aangepast overgenomen uit "Hoogtechnologisch draagmoederschap in België anno 2020," door I. Stuyver et al., 2020, *Tijdschrift voor geneeskunde en gezondheidszorg*, 76, p. 560 (<https://doi.org/10.2143/TVG.76.12.2003085>)

Op termijn zal er waarschijnlijk een verschuiving plaatsvinden binnen deze indicaties, aangezien sinds 2016 een pilootproject loopt in het UZ Gent dat zich richt op het uitvoeren van baarmoedertransplantaties bij vrouwen met het syndroom van Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser. In 2018 werd door de chirurgen van de Vrouwenkliniek en het Transplantatiecentrum van het UZ Gent voor het eerst in België succesvol een baarmoedertransplantatie uitgevoerd. Er wordt gewerkt met (hersen)dode donors. S. Weyers, hoofdonderzoeker van het pilootproject, beschrijft het traject als volgt: "Als wensouders weloverwogen voor een baarmoedertransplantatie hebben gekozen, volgt een grondige medische en psychische screening. Komt de

vrouw in aanmerking, dan starten we eerst een IVF-procedure op. Zodra we voldoende gezonde embryo's hebben, kunnen we overgaan tot transplantatie. Pas als na een jaar blijkt dat de baarmoeder niet wordt afgestoten en er geen andere complicaties zijn, kunnen we één van de embryo's inplanten" (Torfs, 2018). Voor zover gekend, zijn er in België nog geen baby's geboren na een baarmoedertransplantatie. In het buitenland zijn wel al gezonde kinderen geboren na een baarmoedertransplantatie: in Brazilië bijvoorbeeld werd in 2018 de eerste baby geboren na transplantatie van de baarmoeder van een overleden donor (Schepens, 2018).

Belgische fertiliteitscentra begeleiden tot nu toe nog geen alleenstaande mannen die alleenstaande vader willen worden door middel van draagmoederschap (Hiroux, 2022). Homoseksuele koppels daarentegen kunnen sinds april 2011 terecht in het UZ Gent (Universitair Ziekenhuis Gent, z.j.). De afdeling reproductieve geneeskunde van het UZ Gent is momenteel het enige centrum in België dat eiceldonatie combineert met draagmoederschap. Homoseksuele wensouders zijn genooddacht beroep te doen op een derde partij die voor hen eicellen doneert, zodat de draagmoeder geen genetische band heeft met het kind (Poirot, 2015).

Het UZ Gent stelt de eis dat de wensouders woonachtig moeten zijn in België, omdat dat volgens hun jurist veiliger is vanwege de adoptieprocedure die zal volgen (Vernooij, 2018). Het CHR de la Citadelle in Luik en het CHU Saint-Pierre in Brussel staan in tegenstelling tot het UZ Gent wel open voor buitenlandse koppels (Poirot, 2015).

Tevens brengt de wet voor Medisch Begeleide Voortplanting van 6/7/2007 een leeftijdslimiet voor de wensmoeder met zich mee, indien het de bedoeling is dat zij de eikel levert (Stuyver et al., 2020). De wegname van gameten mag immers maar tot op de dag die aan haar 46^{ste} verjaardag voorafgaat, waardoor de wensmoeder maximaal 45 jaar mag zijn (Wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten). De adoptiewet stelt dat de wensouders hun kind pas kunnen adopteren wanneer ze minstens 25 jaar oud zijn, dus brengt deze onrechtstreeks ook een minimumleeftijd met zich mee (Vlaamse Overheid, z.j.-a).

2.1.2 Voor de draagmoeder

Wensouders dienen in België zelf een potentiële draagmoeder aan te brengen (Stuyver et al., 2020). De criteria waaraan een kandidaat draagmoeder moet voldoen, verschillen van centrum tot centrum.

Zo stelt het UZ Gent bijvoorbeeld dat een draagmoeder ten minste één levend geboren kind moet hebben en haar kinderwens vervuld moet zijn. Bovendien mogen er geen medische, psychologische of gynaecologische tegenaanwijzingen zijn. De draagmoeder moet dit daarnaast doen uit vrije wil en er moet sprake van zijn ideële gronden. Daarbij komt dat de draagmoeder

inzicht moet hebben in de mogelijke psychologische impact van de behandeling en verder is het belangrijk dat ook haar eventuele partner akkoord gaat (Stuyver et al., 2020). Tenslotte moet zij ook woonachtig zijn in België, omdat dat volgens hun jurist veiliger is vanwege de adoptieprocedure die zal volgen (Vernooij, 2018).

Het CHR de la Citadelle in Luik vereist onder andere dat de draagmoeder zelf al moeder is en geen medische of verloskundige complicaties heeft gehad tijdens eerdere zwangerschappen. Vervolgens moet de draagmoeder ook akkoord gaan om zich tijdens haar zwangerschap goed te laten opvolgen en een aantal voorzorgsmaatregelen te treffen, zoals geen alcohol, drugs of tabak gebruiken en niet naar het buitenland reizen na een bepaalde zwangerschapsduur ... (Le Centre de Procréation Médicalement Assistée de l'Université de Liège [CPMA], 2015). Tenslotte vinden ook zij het noodzakelijk dat de partner van de draagmoeder toestemming geeft.

De wet voor Medisch Begeleide Voortplanting van 6/7/2007 brengt ook voor de draagmoeder een leeftijdslimiet met zich mee. Het verzoek tot implantatie van embryo's bij de draagmoeder mag wettelijk gezien namelijk maar tot op de dag die aan haar 46^{ste} verjaardag voorafgaat en de implantatie van embryo's bij de draagmoeder kan slechts tot op de dag die aan haar 48^{ste} verjaardag voorafgaat (Wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten). Voor de invoering van deze wet gebeurde het dat (schoon)moeders hun kleinkinderen ter wereld brachten, maar nu is intergenerationeel draagmoederschap in principe dus (bijna) onmogelijk geworden (Stuyver et al., 2020). Het Universitair Ziekenhuis Gent (z.j.) voert embryoterugplaatsingen uit bij een draagmoeder tot op de dag voorafgaand aan haar 45^{ste} verjaardag. Het CHR de la Citadelle in Luik legt de leeftijdsgrens voor een draagmoeder zelfs op 40 jaar (CPMA, 2015).

2.1.3 Voor de eiceldonor

Homoseksuele koppels en wensmoeders die zelf geen bruikbare eicellen hebben, zijn genooddaakt beroep te doen op een eiceldonor. Deze vrouw mag niet ook de draagmoeder zijn. Eicellen doneren kan in België in principe door vrouwen van 18 tot 37 jaar. De leeftijdslimiet is door ieder fertiliteitscentrum afzonderlijk bepaald. Mogelijke eiceldonors worden steeds medisch onderzocht en gescreend op infectieziekten en erfelijke aandoeningen. Vaak wensen fertiliteitscentra dat de vrouw bewezen vruchtbaar is; dat ze met andere woorden al eerder zwanger is geweest (De maakbare mens, 2019). Vanuit medisch oogpunt is eiceldonatie niet zo vanzelfsprekend als het doneren van zaadcellen, aangezien de eiceldonor een complete IVF-behandeling dient te doorlopen. De door deze behandeling verkregen eicellen, worden bevrucht met de zaadcellen van de wensvader.

In België zijn zowel anonieme als gekende eiceldonatie mogelijk. Bij anonieme donatie weet de donor niet aan wie ze eicellen schenkt en zal de eicel-acceptor nooit weten wie de donor is. Door slechts een beperkt aanbod aan eicellen, bestaat hiervoor een lange wachttijd: soms kan het

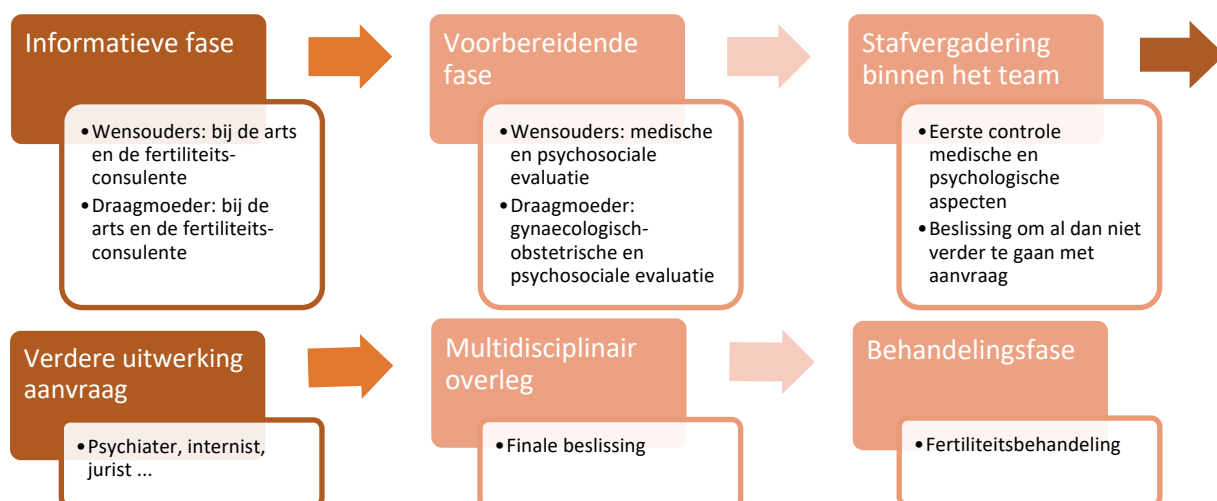
meer dan twee jaar wachten zijn op een donor. Koppels die zelf ook een donor aanbrengen, kunnen deze wachttijden omzeilen. Deze donor wordt gewisseld met de donor van een ander koppel, die ook een vrouw gevonden hebben die bereid is eicellen te doneren. Dit principe wordt ‘anonieme wisseldonatie’ genoemd (Universitair Ziekenhuis Gent, z.j.). Door voor gekende donatie te kiezen, kunnen wensouders deze wachttijden volledig ontlopen. Wanneer zij een familielid of vriendin bereid vinden om eicellen te doneren, kunnen zij direct worden behandeld. (De maakbare mens, 2019).

2.2 Aanmeldingsprocedure

Door het ontbreken van een specifiek wettelijk kader rond draagmoederschap, hebben de Belgische fertiliteitscentra door de jaren heen elk hun eigen aanmeldingsprocedure uitgewerkt. De procedure verloopt overal op een gelijkaardige manier. Een duurzame vertrouwensrelatie tussen alle betrokkenen is noodzakelijk om een draagmoederschapstraject tot een goed einde te kunnen brengen, dus zetten deze centra sterk in op begeleiding. De aanmeldingsprocedure in het UZ Gent wordt verder toegelicht.

In het UZ Gent start het traject met een informatieve fase. De wensouders en hun mogelijke draagmoeder zullen elk afzonderlijk een uitgebreid gesprek hebben met een arts en nadien met een fertiliteitsconsulente. Wanneer ze zich nadien officieel aanmelden voor het traject, volgt een eerste voorbereidende fase binnen de afdeling met een medische en psychologische evaluatie voor zowel de wensouders als hun mogelijke draagmoeder. Binnen het fertiliteitsteam worden deze eerste bevindingen besproken en wordt besloten of er wordt verdergegaan met de aanvraag. In een tweede fase wordt de aanvraag dan verder uitgewerkt in samenwerking met andere disciplines. Er wordt advies gevraagd aan een psychiater en een internist en daarnaast moeten alle betrokkenen advies gaan inwinnen bij een door het centrum voorgestelde jurist. Tijdens een multidisciplinair overleg wordt dan de finale beslissing genomen, waarna de behandelingsfase volgt (Stuyver et al., 2020).

Figuur 2. Procedure in het UZ Gent.



Tijdens hun afspraak bij een jurist zullen de wensouders en draagmoeder een draagmoederschapsovereenkomst opstellen. Dit brengt geen juridische gevolgen met zich mee, maar de verwachtingen van beide partijen worden ermee op elkaar afgestemd.

De draagmoeder kan de volgende zaken toezeggen:

- hoogtechnologisch bevrucht worden en bij zich een foetus laten ontwikkelen;
- geen geslachtsgemeenschap hebben tijdens de verwekkingsperiode;
- oplettend zijn in de periode van de zwangerschap;
- afspraken rond prenatale screening maken en abortus laten uitvoeren op vraag van de wensouders;
- zich niet hechten aan het kind;
- het draagmoederschap stilhouden;
- het kind afstaan aan de wensouders na de geboorte;
- de toestemming geven voor adoptie (dit kan ten vroegste twee maanden na de geboorte);
- toestemmen in de prenatale erkenning door de wensvader indien mogelijk.

De verbintenissen van de wensouders zijn vaak als volgt:

- gameten voorzien voor de verwekking van het kind;
- het kind opnemen in hun gezin;
- terugbetalen van de door de draagmoeder gemaakte kosten tijdens het traject;
- actie ondernemen om de wettelijke ouders van het kind te worden;
- toestaan dat er contact zal zijn tussen de draagmoeder en het kind.

Ook andere verbintenissen in kader van het draagmoederschapstraject kunnen uiteraard aangegaan worden, maar zijn zoals eerder gezegd niet juridisch afdwingbaar (Pluym, 2015).

2.3 Fertiliteitsbehandeling

Bij hoogtechnologisch draagmoederschap wordt via in vitro fertilisatie [IVF] of via intracytoplasmatische sperma-injectie [ICSI] een embryo gecreëerd dat nadien in de baarmoeder van de draagmoeder wordt geplaatst (Temmerman et al., 2011).

De vrouw die de eikel voorziet, zal een stimulatie van de eierstokken ondergaan met daaropvolgend een eicelpunctie. Meestal zal de eikel door de wensmoeder zelf geleverd worden, maar bij homoseksuele koppels zal er ook een eiceldonor bij de procedure betrokken worden (Stuyver et al., 2020). Door middel van hormonen worden de eierstokken gestimuleerd om, in de plaats van slechts één eikel, meerdere eicellen te laten rijpen. Deze fase wordt opgevolgd met bloedafnames en echografieën, waardoor het ideale tijdstip voor de eicelpunctie

kan worden bepaald. Wanneer de follikels groot genoeg zijn, worden deze tijdens de eicelpunctie onder echografie transvaginaal aangeprikt en wordt het follikelvocht opgezogen. De eicellen worden uit dit follikelvocht gehaald en worden bevrucht met de meest beweeglijke zaadcellen uit het spermastaal van de wensvader. De bevruchte eicellen ontwikkelen nog vijf dagen verder in het labo tot embryo's, waarna er één embryo in de baarmoeder van de draagmoeder gebracht wordt. Om ervoor te zorgen dat de draagmoeder op het juiste moment klaar is voor het inbrengen van dit embryo, wordt haar baarmoederslijmvlies voorbereid met hormonen. Een eenmalige injectie met humaan choriongonadotrofine [HCG] is nodig om het ovulatietijdstip te timen. Indien er nog andere embryo's van goede kwaliteit zijn, worden deze ingevroren en kunnen ze voor een volgende cyclus of zwangerschap gebruikt worden (Universitair Ziekenhuis Gent, z.j.).

Anders gezegd ondergaat de draagmoeder dezelfde IVF-procedure als wanneer ze voor zichzelf zwanger zou willen worden, met uitzondering van de eicelpunctie, dus komen hier ook dezelfde eventuele fysieke last en risico's bij kijken (De maakbare mens, 2019). Het is niet onbelangrijk dat dit vermeld wordt. In het UZ Gent is de zwangerschapskans per embryotransfer bij een draagmoeder 44%. In de periode van 2007 tot 2019 volgde na 18 van de 41 uitgevoerde embryotransfers bij een draagmoeder namelijk een positieve zwangerschapstest (Stuyver et al., 2020). Het kan dus goed zijn dat meerdere pogingen nodig zijn om tot een zwangerschap te komen. Het is belangrijk dat hier op voorhand goede afspraken over gemaakt worden, zodat de draagmoeder en de wensouders gelijke verwachtingen hebben omtrent bijvoorbeeld het aantal pogingen dat zal worden ondernomen om een zwangerschap te bekomen.

Danhieux en Defruyt (2014) hebben voor hun masterthesis de financiële aspecten van hoogtechnologisch draagmoederschap in het UZ Gent bekeken. De bedragen blijven eerder een richtbedrag, gezien het onderzoek een verzameling is van case-studies. Niettegenstaande komen hieruit wel een aantal opvallende zaken naar voor. Opmerkelijk is dat de kost voor een homokoppel bijna dubbel zo hoog ligt als voor een heterokoppel. Dit verschil kan worden verklaard door de laboratoriumkosten voor de IVF-procedure en een forfaitaire donatiekost die homokoppels zelf moeten betalen. Per zes eicellen uit de donorbank betalen ze immers een forfait dat de kosten voor de screening en behandeling van de eiceldonor omvat. In het geval van gekende donatie komen voor homokoppels bovendien de medische kosten van de eicelpunctie bij de eiceldonor erbij. Voor heterokoppels draagt de maatschappij een groot deel van de kosten van de IVF-procedure: via het terugbetalingsformulier *Medisch Begeleide Voortplanting 1* komt de mutualiteit tussen in deze kosten voor maximaal zes behandelingscycli. Bijgevolg ligt de kost voor de maatschappij hoger bij heterokoppels dan bij homokoppels.

2.4 Zwangerschap en bevalling

De draagmoeder neemt de last en de risico's van een zwangerschap over van de wensmoeder. Uit een Nederlandse studie blijkt dat draagmoeders echter naast de normale risico's op complicaties die aan een zwangerschap verbonden zijn, een hoger risico hebben op hypertensieve aandoeningen en op postpartumbloedingen (Peters et al., 2018).

Tijdens de zwangerschap neemt de draagmoeder beslissingen over haar eigen lichaam en eventueel de foetus. Op voorhand zijn wel afspraken gemaakt die opgenomen zijn in de draagmoederschapsovereenkomst, maar uiteindelijk is het de draagmoeder die beslissingen maakt en kan zij tot niets gedwongen worden. Heel vaak zijn afspraken gemaakt over de rol van de wensouders tijdens de zwangerschap: hoe zullen de doktersbezoeken verlopen, hoe vaak en op welke manier zal er contact gehouden worden met elkaar enzovoort (De maakbare mens, 2019). Verder worden ook afspraken over prenatale screening gemaakt en bespreken de wensouders en draagmoeder samen wat er zal gebeuren bij een afwijkend resultaat. Deze verbintenis kan de draagmoeder echter niet verplichten om bij een afwijkend resultaat voor een zwangerschapsafbreking te kiezen. Omgekeerd heeft de draagmoeder de toestemming van de wensouders niet nodig om voor een zwangerschapsafbreking te gaan (Pluym, 2015). Het traject zal vanaf de screening tot de positieve zwangerschapstest begeleid worden in een fertiliteitscentrum, maar de draagmoeder mag bevallen in een ziekenhuis naar keuze. Ook over de bevalling worden vaak op voorhand afspraken gemaakt, zoals of de wensouders erbij mogen zijn. Meteen na de geboorte wordt de baby overgedragen aan de wensouders, die op dat moment nog niet de juridische, maar wel de sociale ouders zijn (De maakbare mens, 2019).

3 De huidige wetgeving in België

Dit hoofdstuk beschrijft wat wensouders die in België beroep doen op een draagmoeder wettelijk gezien te wachten staat: op welke wetgeving moeten wensouders zich momenteel baseren voor de praktijk van draagmoederschap en welke adviezen of wetsvoorstellen zijn de revue al gepasseerd?

3.1 Draagmoederschap is noch geregeld, noch verboden

Door het gebrek aan Belgische wetgeving omtrent draagmoederschap, is zowel de praktijk van draagmoederschap, als de bemiddeling daarin niet verboden. Zolang er geen expliciet burgerrechtelijk of strafrechtelijk verbod op komt, is draagmoederschap in België dus toegelaten. We hebben het hier dan wel over altruïstisch draagmoederschap, waarbij er geen sprake is van financiële motieven en winstbejag. Hoewel er ook voor commercieel draagmoederschap (nog) geen expliciet verbod beschreven staat in de wet en dit dus geen afzonderlijk misdrijf is, kan dit wel aanleiding geven tot andere strafrechtelijke misdrijven, zoals gezien in de zaak van baby Donna (Pluym, 2015).

Donna werd in 2005 geboren uit een Belgische draagmoeder. De draagmoeder was tegen betaling zwanger geworden via zelfinseminatie met de zaadcellen van een Belgische wensvader. De draagmoeder heeft tijdens de zwangerschap een miskraam verzonnen en nadien de baby verkocht aan een Nederlands koppel, dat meer geld bood. Volgens de rechtbank was er sprake van commercieel draagmoederschap tussen de draagmoeder en de Belgische wensouders alsook tussen de draagmoeder en de Nederlandse wensouders en moesten alle partijen als (mede)daders gezien worden. Uiteindelijk werden de Belgische wensouders vrijgesproken door het Hof van beroep; dat de wensvader de biologische vader was, heeft die beslissing mee beïnvloed. De draagouders en Nederlandse wensouders werden wel veroordeeld voor de koop/verkoop van een kind, wat de menselijke waardigheid van het kind aantast. Het is opmerkelijk dat in zo'n situatie de wensouders vaak minder zwaar worden bestraft dan de draagouders, omdat men van mening is dat zij goede bedoelingen hebben en vooral handelen vanuit hun sterke kinderwens, terwijl draagmoeders dit vooral doen voor de financiële beloning die ermee gepaard gaat (Pluym, 2015). Opmerkelijk is dat uiteindelijk werd beslist dat Donna bij het Nederlandse koppel mocht blijven, omdat ze na zes maanden bij hen te verblijven een familieband met hen had opgebouwd (Neyt, 2015).

Wie zich aan commercieel draagmoederschap waagt, kan in België dus niet veroordeeld worden voor het commercieel draagmoederschap als misdrijf op zich, maar zaken zoals ontierende behandeling van het kind, schriftvervalsing of het verkrijgen van een onwettige adoptie zijn wel strafbaar en gaan onvermijdelijk gepaard met het commercieel draagmoederschap. Het is wel zo dat dit zelden al heeft geleid tot een vervolging of een zware veroordeling (Pluym, 2015).

3.2 Gebrek aan helderheid over toepassing van de MBV-wet op draagmoederschap

De wet inzake Medisch Begeleide Voortplanting [MBV] en de bestemming van overtallige embryo's en gameten van 27 juli 2007 behandelt onder andere de toepassing van in vitro fertilisatie en kunstmatige inseminatie, de anonimiteit van donoren, informatieverplichtingen en afstammingsrechtelijke gevolgen. Draagmoederschap werd buiten beschouwing gelaten bij het opstellen van deze wet, maar bij hoogtechnologisch draagmoederschap worden technieken toegepast die wel door deze wet worden geregeld. Daarom rijst de vraag in hoeverre deze wet van toepassing is op draagmoederschap. Het komt erop neer dat indien er bij de uitvoering van een draagmoederschapsprocedure gebruik wordt gemaakt van één van de medisch begeleide voortplantingstechnieken die onder het toepassingsgebied van de wet vallen, de regels van die wet moeten worden nageleefd (Pluym, 2015).

Eigenlijk kunnen de wensouders en de draagmoeder niet worden beschouwd als donor, ontvanger of wensouder, zoals gedefinieerd in de MBV-wet. Een donor heeft niet de intentie dat er een afstammingsband zal worden vastgesteld tussen hem of haar en het ongeborn kind, terwijl dit is wat de wensouders net wel willen. De draagmoeder kan evenmin ontvanger van gameten of een embryo worden gezien, aangezien het hier niet gaat om donatie. Ook kunnen noch de draagmoeder, noch de wensouders beschouwd worden als wensouders zoals de MBV-wet het beschrijft. Door deze interpretatie krijgt deze wet enkel toepassing op het vlak van afname van gameten, af te sluiten overeenkomsten en algemene zaken zoals de bevoegdheid van de centra of de gewetensclausule. Daarnaast laat de wet enkel anonieme embryodonatie toe. Wanneer de gameten van de wensouders gebruikt worden en in de baarmoeder van hun draagmoeder worden geplaatst, is dit niet anoniem. Wanneer men de wensouders beschouwt als individuele gametendonoren, wat wel anoniem is toegestaan, kan men dit omzeilen. Zoals eerder gezegd kunnen de wensouders bovendien niet gezien worden als donoren. Aan de afstammingswetgeving verandert er door deze wet helaas niets (Pluym, 2015).

Om te beginnen betreft deze wet de leeftijdsvoorwaarden met betrekking tot de wegname van gameten, het verzoek tot implantatie van embryo's of inseminatie met gameten en de effectieve implantatie van embryo's of inseminatie met gameten. Ook de toepassing van de gewetensclausule is toepasselijk op draagmoederschap. Daarnaast bepaalt de wet eveneens welke terugbetalingen mogelijk zijn doorheen dit traject en hoeveel embryo's per poging in de baarmoeder van de draagmoeder mogen worden gebracht. Tot slot moeten de wensouders aangeven wat met hun overtallige embryo's zal gebeuren; deze worden maximaal vijf jaar bewaard in het centrum. Verlengingen zijn mogelijk. Indien de wensouders niet vragen om deze bewaartermijn te verlengen, zullen de overtallige embryo's na vijf jaar het lot ondergaan dat de wensouders voorafgaand aan de behandeling gekozen hebben: schenken aan wetenschappelijk onderzoek, vernietiging of donatie (Wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten).

3.3 Een draagmoederschapsovereenkomst is juridisch niet afdwingbaar

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek bespreekt in zijn advies betreffende draagmoederschap (2004) waarom een draagmoederschapsovereenkomst in België juridisch niet afdwingbaar is. Ten eerste is er het principe van de onbeschikbaarheid van het menselijk lichaam, waardoor het lichaam geen onderwerp mag zijn van een contract. Ten tweede verbiedt het principe van de onbeschikbaarheid van de staat van personen dat de individuele wil de regelgeving voor de vaststelling van afstammingsbanden zou beïnvloeden. Ten derde speelt ook het onbeschikbaar en onvervreemdbaar recht van de moeder om haar afstammingsband te bepalen tegenover het kind dat zij ter wereld zal brengen mee. Anders geformuleerd kan geen contract worden opgesteld over bijvoorbeeld “de verhuur van een baarmoeder” of “bruikleen van een baarmoeder”. Daarnaast moet de wetgeving rond afstamming worden nagevolgd - niemand kan hier anders over beslissen.

Ondanks dat bij juridische geschillen niet kan teruggegrepen worden op deze eerder gemaakte overeenkomst tussen wensouders en draagmoeder, is het toch aangeraden deze zeker op te stellen. Aangezien de afspraken tussen wensouders en draagmoeder slechts gebaseerd zijn op vertrouwen, kan een draagmoederschapsovereenkomst dienen als een informele overeenkomst waarin de verwachtingen van beide partijen op elkaar worden afgesteld, met het besef dat deze afspraken niet afdwingbaar zijn. Ook de Belgische fertiliteitscentra laten hun patiënten bij een jurist langsgaan om zo’n overeenkomst op te stellen. Hierbij wordt dan expliciet vermeld dat de overeenkomst geen juridische gevolgen met zich meebrengt, maar toch worden de onderlinge verhoudingen verduidelijkt. Een draagmoederschapsovereenkomst biedt echter vanwege de niet-afdwingbaarheid geen garantie op een succesvol verloop van het draagmoederschapstraject. Wanneer één van de partijen weigert haar verbintenissen na te komen, kan hier geen juridisch gevolg aan gegeven worden. De draagmoeder belooft een kind in haar baarmoeder te laten groeien én dit kind na de bevalling aan de wensouders af te staan. De draagmoeder kan echter zonder de toestemming van de wensouders voor abortus kiezen, binnen de wettige termijn uiteraard, en ze kan ook weigeren het kind af te staan voor adoptie. De wensouders beloven op hun beurt het kind op te nemen in hun gezin, maar ook zij kunnen hier niet toe gedwongen worden (Pluym, 2015). In het UZ Gent is het nog niet voorgekomen dat een draagmoeder weigert het kind af te staan (Stuyver et al., 2020). Onderzoek in Nederland heeft echter aangetoond dat grondige screening van de medische, psychologische én juridische aspecten de kans op een goede afloop van het traject voor alle partijen enorm doet toenemen (Winkel et al., 2010).

3.4 Overdracht van het juridische ouderschap

Gezien er geen enkel recht uit een draagmoederschapsovereenkomst ontstaat, gaat de overdracht van het juridische ouderschap uit van de bestaande wettelijke bepalingen over de vaststelling van ouderschap en adoptie (Decock et al., 2019). Deze worden hieronder besproken.

3.4.1 *Afstamming*

Een kind kan maximum twee juridische ouders hebben, namelijk een moeder en een vader of meemoeder. In sommige situaties staat de afstamming automatisch vast, terwijl in andere gevallen de afstamming nog moet vastgelegd worden door middel van een erkenning of een gerechtelijke vaststelling. Zo wordt de vaststelling van de moederlijke afstamming steeds bepaald door vermelding van de moeder op de geboorteakte en zorgt de vaderschapsregel of meemoederschapregel ervoor dat de tweede ouderlijke afstammingsband soms ook vanzelf vast staat. In bepaalde omstandigheden kan dat worden aangevochten, wanneer later naar voren komt dat één van de afstammingsbanden niet overeenstemt met de biologische werkelijkheid. Wanneer deze betwisting afkomstig is van de persoon die zegt zelf de biologische ouder te zijn, zal een succesvolle betwisting vanzelf die ouderlijke afstammingsband tot stand brengen (Decock et al., 2019).

3.4.1.1 De juridische moeder

De Belgische wetgeving baseert zich voor de moederlijke afstamming op het principe “Mater semper certa est”, waardoor de vrouw die het kind gebaard heeft automatisch de juridische moeder is (Decock et al., 2019). Anoniem bevallen wordt resoluut verworpen in België, dus de afstamming langs moederszijde staat vast door vermelding op de geboorteakte van de vrouw die van het kind bevallen is. Bijgevolg zal de draagmoeder dus steeds de juridische moeder zijn. De wensmoeder kan dit moederschap niet betwisten, aangezien zij niet zal kunnen bewijzen dat de draagmoeder niet bevallen is van het kind. Bijgevolg is de weg van adoptie de enige manier waarop de wensmoeder de juridische moeder van haar kind kan worden (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004). De draagmoeder kan hier echter ten vroegste twee maanden na de geboorte haar goedkeuring voor geven en een adoptieproces in België kan zeker tot twee jaar duren. In de tussentijd blijft de draagmoeder dus gewoon de juridische moeder, die het het uiteindelijke gezag heeft over het kind (De maakbare mens, 2019).

Vroeger was het in België mogelijk om als wensmoeder het kind van een draagmoeder, die anoniem in het buitenland was bevallen, te erkennen en gezien er dan bezit van staat was ten opzichte van de wensmoeder, kon dit moederschap niet meer betwist worden: het kind had de wensmoeder als wettelijke moeder. Decock et al. definiëren het bezit van staat als “de daadwerkelijke uitoefening van rechten en nakomen van verplichtingen die uitsluitend

voortvloeien uit een ouder-kindrelatie, ongeacht of het beoogde kind een wettelijke gevestigde afstammingsband heeft ten aanzien van die ouder” (2019). Omdat de wensmoeder het kind al die tijd behandeld zou hebben als haar eigen kind, vond de wet met andere woorden dat dit opwoog tegen de biologische band en was betwisting onmogelijk. Sinds de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof gaat dit nu niet meer op die manier in zijn werk: de rechter maakt nu een afweging tussen het belang van bezit van staat en de biologische realiteit (Decock et al., 2019). Wanneer nu de naam van de wensmoeder vermeld staat in de geboorteakte, gaat dit om onderschuiving van het kind, en kan zowel de wensvader, de wensmoeder zelf, als de draagmoeder dit moederschap betwisten. Dit is in België echter nog niet gebeurd (Pluym, 2015).

In België is anoniem bevallen wettelijk niet mogelijk, maar in Frankrijk, Luxemburg en Italië is het wel toegelaten. Bijgevolg is het als draagmoeder mogelijk om doelbewust voor een anonieme bevalling in het buitenland te kiezen, zodat haar naam niet vermeld zal staan in de geboorteakte van het kind. Men kan zich dan de vraag stellen of het voor de wensmoeder dan mogelijk is om op die manier haar eigen naam op de geboorteakte van het kind te laten noteren, wanneer ze doet alsof ze anoniem is bevallen en zich nu bedenkt (Vanoverschelde, 2017). Hierover kon de gevonden literatuur geen duidelijkheid scheppen.

3.4.1.2 De juridische vader

Afhankelijk van de burgerlijke staat van de draagmoeder en de wensouders, moet de wensvader een verschillende weg afleggen om de juridische vader te worden. Eerst worden de mogelijkheden voor een heteroseksueel wensouderkoppel opgelijst en daarna wordt beschreven hoe dit zit voor homoseksuele koppels.

Indien de **draagmoeder en de wensvader beiden ongehuwd** zijn, kan de wensvader zijn vaderschapsband vaststellen door erkenning bij de burgerlijke stand (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004). Omdat de draagmoeder ongehuwd is, staat de ouderlijke afstammingsband van een tweede juridische ouder niet automatisch vast door de vaderschapsregel (of de meemoederschapsregel). Daarom kan een ongehuwde wensvader gemakkelijk het kind erkennen en dit reeds tijdens de zwangerschap, mits de goedkeuring van de draagmoeder (Decock et al., 2019). Er moet rekening gehouden worden met het feit dat een vader een kind niet kan erkennen, indien er een huwelijksbeletsel bestaat tussen hem en de moeder. Wanneer de draagmoeder de zus of halfzus van de wensvader is, mogen zij volgens de wet niet huwen en is er bijgevolg een verbod tot erkenning. In dat geval kan de wensvader zijn vaderschap gerechtelijk laten vaststellen (Pluym, 2015). Sinds 1 januari 2019 is het echter mogelijk dat de rechtbank wel een ontheffing van een huwelijksbeletsel toestaat (Decock et al., 2019).

Indien de **draagmoeder ongehuwd is, maar de wensvader gehuwd is**, kan de wensvader het kind erkennen, mits officiële erkenning door de rechtbank. De echtgenote van de wensvader,

de wensmoeder, moet op de hoogte worden gebracht van de erkenning en de rechtbank kan dit enkel afwijzen als niet bewezen is dat de wensvader de biologische vader is. Dit betekent dat als de draagmoeder niet gehuwd is, de wensvader het kind kan erkennen en de wensmoeder erbij betrokken wordt (Decock et al., 2019; Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004).

Indien de **draagmoeder gehuwd is en de wensvader niet**, dan staat door de vaderschapsregel of de meemoederschapsregel automatisch vast dat de echtgeno(o)t(e) van de draagmoeder de juridische vader of meemoeder is. Deze regels houden in dat een kind geboren tijdens het huwelijk of binnen 300 dagen na de ontbinding of de nietigverklaring van het huwelijk, de (ex-)echtgeno(o)t(e) van de draagmoeder tot vader of meemoeder heeft (Decock et al., 2019).

Wanneer de draagmoeder gehuwd is met een man, wordt deze door de vaderschapsregel automatisch aangesteld als de juridische vader van het kind. De wensvader kan de vaderlijke afstamming echter betwisten door te bewijzen dat de aangeduide vader niet de biologische vader is en de vordering tot betwisting zal maar gegrond zijn indien hij zelf kan aantonen dat hij de biologische vader van het kind is. Indien dit succesvol verloopt, zal er automatisch een afstammingsband tussen het kind en de wensvader ontstaan. Belangrijk is dat de wensvader het vaderschap van de echtgenoot echter niet zal kunnen betwisten als de echtgenoot zijn toestemming gegeven heeft in de daad die tot de voortplanting geleid heeft, al zou de rechtspraak hier echter wel soepel mee omgaan (Pluym, 2015).

Indien de draagmoeder gehuwd is met een vrouw, wordt deze door de meemoederschapsregel aangesteld als de juridische meemoeder van het kind en kan de wensvader deze afstammingsband enkel betwisten door bewijs te leveren dat de meemoeder niet heeft toegestemd in de daad die tot voortplanting geleid heeft (Decock et al., 2019). Ook in dit geval zal de wensvader moeten bewijzen de biologische vader te zijn (Pluym, 2015).

Belgische fertiliteitscentra starten enkel een draagmoederschapstraject op indien de eventuele echtgeno(o)t(e) van de draagmoeder akkoord gaat en bijgevolg zal de wensvader in deze situatie dit vaderschap/meemoederschap nooit kunnen betwisten en zal ook hij de adoptieprocedure moeten doorlopen om de juridische vader te kunnen worden van zijn kind.

Indien de **draagmoeder en wensvader beiden gehuwd** zijn, maar niet met elkaar, is de echtgeno(o)t(e) van de draagmoeder in de regel de juridische vader/meemoeder. De wensvader kan, zoals hierboven beschreven, deze vaderlijke/meemoederlijke afstamming betwisten door aan te tonen dat de vader/meemoeder niet heeft toegestemd in de daad die tot de komst van het kind heeft geleid. Daarbij is het ook noodzakelijk om aan te tonen dat de eventuele aangeduide vader niet de biologische vader is en dat hijzelf wel de biologische vader is. Wanneer de gehuwde wensvader het kind erkent, wordt de wensmoeder hiervan op de hoogte gebracht (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004).

Het komt er met andere woorden op neer dat de wensvader het kind enkel kan erkennen wanneer hij kan aantonen dat hij de biologische vader van het kind is en dat de vader/meemoeder niet heeft ingestemd met dit draagmoederschap. Wanneer de wensvader gehuwd is, wordt de wensmoeder hier mee in betrokken.

Bij **homoseksuele koppels** kan slechts één van de wensvaders het kind op de hierboven beschreven manieren eventueel erkennen. De tweede wensvader dient sowieso de adoptieprocedure te doorlopen om zijn ouderschap te vestigen (Decock et al., 2019). Als de draagmoeder gehuwd is en dit vaderschap/meemoederschap niet betwist kan worden, dienen beide wensvaders de adoptieprocedure te volgen.

3.4.2 Adoptieprocedure

De enige weg waarlangs de wensmoeder ook de juridische moeder van het kind kan worden, is via adoptie (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004). Wanneer de wensvader niet kan aantonen dat de echtgeno(o)t(e) van de draagmoeder niet heeft toegestemd met het draagmoederschap, moet ook de wensvader deze procedure volgen om de wettelijke vader te kunnen worden. Bij homoseksuele koppels zal minstens één van beide wensvaders deze procedure moeten doorlopen. Het volgen van de adoptieprocedure, laat de wensouders toe een afstammeling te krijgen met dezelfde rechten als een eigen kind, zonder dat het hun biologisch eigen kind hoeft te zijn. De adoptie doet een nieuwe, fictieve afstamming ontstaan. De draagmoeder en haar eventuele echtgeno(o)t(e) kunnen hier ten vroegste twee maanden na de geboorte hun toestemming voor geven (Decock et al., 2019; Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004).

Er zijn twee vormen van adoptie mogelijk: gewone en volle adoptie. Bij gewone adoptie behoudt de geadopteerde zijn rechten in zijn oorspronkelijke familie. De geadopteerde zal kunnen erven van zowel zijn oorspronkelijke familie, als van de adoptieouders, maar niet van de bloedverwanten van de adoptieouders omdat er geen verwantschap ontstaat tussen het geadopteerde kind en de familie van de adoptieouders. Deze vorm van adoptie kan herroepen worden en kan ook worden herzien. Bij draagmoederschap is een volle adoptie de meest voor de hand liggende keuze. Het geadopteerde kind heeft dan hetzelfde statuut als wanneer het geboren zou zijn uit de wensouders en behoort na adoptie niet meer tot het gezin van de draagmoeder. De wensouders zijn de juridische ouders en geven het kind hun naam. Er ontstaat door volle adoptie ook een verwantschapsband met de familie van de wensouders en het geadopteerde kind zal ook van hen kunnen erven (Decock et al., 2019).

De adoptie moet een wettelijke basis hebben en kan alleen doorgaan in het hoger belang van het kind (Decock et al., 2019). Volgens de wet kan een kind geadopteerd worden door een alleenstaande, door een gehuwd koppel, door een koppel dat wettelijk samenwoont of door een koppel dat al voor minstens drie jaar feitelijk samenwoont. Verder moeten de wensouders ook het bij wet verplichte voorbereidingsprogramma gevolgd hebben en moeten ze geschikt verklaard zijn door de familierechter. De wensouders moeten minstens 25 jaar oud zijn om een minderjarig kind te kunnen adopteren (Vlaamse Overheid, z.j.-a).

Het Vlaams Centrum voor Adoptie regelt alle adopties van een kind dat in België verblijft door adoptieouders die in Vlaanderen wonen. Deze adopties gebeuren zonder bemiddeling van een erkende adoptiedienst en de procedure bestaat uit een aantal stappen. Ten eerste moeten de wensouders zich aanmelden en registreren bij het Vlaams Centrum voor Adoptie. Het centrum registreert dan hun aanmelding waarna ze een nummer krijgen op basis van de aanmeldingsdatum. De tweede stap is een verplicht ééndaags voorbereidingsprogramma bij Steunpunt Adoptie, dat 250 euro kost. De wensouders zullen doorheen deze dag informatie krijgen over adoptie, de adoptiedriehoek, pedagogische en psychologische aspecten bij de opvoeding, de procedure, de juridische gevolgen en mogelijke nazorg. Enkel degene die adopteert moet deelnemen, dus indien één van de wensouders het kind al heeft kunnen erkennen, moet deze de voorbereiding dus niet meevolgen. Achteraf krijgen de wensouders een attest van voorbereiding van Steunpunt Adoptie dat één jaar geldig is (Kind en Gezin, 2021).

Daarna zal de adoptiedienst de ouders die afstand doen van hun ouderlijke rechten uitnodigen voor een informatief gesprek. De draagmoeder en haar eventuele partner kiezen zelf of ze hierop ingaan, aangezien dit niet verplicht is. Toestemming geven voor adoptie kan ten vroegste twee maanden na de geboorte en gebeurt bij een notaris of voor de familierechter of voor de vrederechter (Kind en Gezin, 2021).

De volgende stap is dan het indienen van een verzoekschrift tot adoptie op de griffie van de familierechtbank in het arrondissement waar ze wonen, wat hen 165 euro zal kosten. Voor het indienen van dit verzoekschrift kunnen ze eventueel een beroep doen op een advocaat. Samen met het verzoekschrift moeten ze de volgende zaken indienen: een bewijs van nationaliteit, een kopie van de geboorteakte van de wensouder, een uittreksel uit de huwelijksakte of het bevolkingsregister waaruit blijkt dat de wensouder wettelijk samenwoont, of een bewijs dat deze minstens drie jaar effectief samenwoont, een verklaring van de gewone verblijfplaats van het kind, een kopie van de geboorteakte van het kind en het attest van voorbereiding van Steunpunt Adoptie. Bij de adoptie van een gekend kind, is een maatschappelijk onderzoek niet verplicht. Het kan echter wel dat een familierechter beslist om toch een maatschappelijk onderzoek te laten voeren bij de kandidaat-adoptieouder om de geschiktheid vast te stellen (Kind en Gezin, 2021).

Tenslotte spreekt de familierechter op basis van deze gegevens het adoptievonnis uit. De duur van de adoptieprocedure hangt af van verschillende factoren zoals hoe snel de voorbereiding gevolgd wordt, of er al dan niet een maatschappelijk onderzoek moet gebeuren ... Gemiddeld gezien duurt het één jaar om de volledige procedure te doorlopen, maar het kan in België soms tot twee jaar de tijd nemen voor het adoptievonnis wordt uitgesproken (Kind en Gezin, 2021).

Figuur 3. Adoptieprocedure.



Danhieux en Defruyt (2014) hebben voor hun masterthesis de financiële aspecten van hoogtechnologisch draagmoederschap bekeken. De kosten voor een volledige adoptie, na een hoogtechnologisch draagmoederschapsprocedure in België waarbij alle betrokken partijen de Belgische nationaliteit hebben, konden volgens hen in 2014 variëren van €1500 tot zelfs €3000.

3.5 Adviezen en wetsvoorstellen

Door de jaren heen zijn verschillende adviezen en wetsvoorstellen al de revue gepasseerd, maar tot nu toe werd nog geen enkel wetsvoorstel wet. De meningen over draagmoederschap lopen dan ook sterk uiteen. Wetsvoorstellen die in het verleden zijn ingediend, variëren van het volledig verbieden tot het reguleren van draagmoederschap onder strikte voorwaarden. Voor veel van deze voorstellen lag de zaak van 'baby (D)onna' aan de basis. In dit gedeelte worden de twee meest recente wetsvoorstellen toegelicht en wordt ook aandacht besteed aan de adviezen die hierbij aan de basis lagen.

3.5.1 Raadgevend Comité voor Bio-ethiek: advies betreffende zwangerschap-voor-een-ander

In 2003 werd aan het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek gevraagd of er sluitende wetgeving voor draagmoederschap moet komen in België en hoe deze er dan zou moeten uitzien. In 2004

publiceerde het comité hierover dan de volgende aanbevelingen met betrekking tot de overdracht van het juridisch ouderschap, de controle van de praktijk en de medische voorwaarden voor draagmoederschap (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004). Dit advies moet uiteraard worden beschouwd binnen de correcte tijdsgeest, maar deze aanbevelingen hebben de basis gevormd voor de huidige wetsvoorstellen en zijn dus nog steeds zeer relevant.

Ten eerste zou het mogelijk moeten zijn voor de wensouders om het kind **onmiddellijk na de geboorte te kunnen adopteren**, voorafgegaan door een **preadoptieverklaring**, waarin de draagmoeder verklaart dat ze de zwangerschap voor de wensouders op zich zal nemen. Wensouders dienen zich hierin te laten begeleiden door een door de overheid opgericht centrum. Het comité is het niet eens over of deze verklaring van preadoptie dan afdwingbaar zou moeten zijn. Daarnaast zouden deze centra ook verantwoordelijk moeten zijn voor de **sociale, psychologische en juridische counseling** van alle partijen en moeten ze betrokken zijn bij het **bewaken van de voorwaarden voor een geldige draagmoederschapsovereenkomst**. De leden van het comité zijn voorstander van een **wettelijk verbod op commercialisatie van draagmoederschap**. De draagmoeder mag wel vergoed worden voor de aan de zwangerschap gerelateerde kosten, met vastlegging van de aanvaardbare vergoedingen voor de draagmoeder. Om af te sluiten doet het comité nog een aanbeveling over de indicaties om beroep te doen op een draagmoeder. Ze raden aan om het draagmoederschap de eerste jaren **enkel onder strikte medische indicaties** toe te laten. Als uit een evaluatie de relatieve veiligheid van deze procedures blijkt, kan eventueel worden gedacht aan verbreding van de inclusiecriteria. Draagmoederschap om niet-medische redenen (esthetisch of carrièreplanning) mag echter nooit mogelijk zijn. Tenslotte stellen ze voor een **federale evaluatiecommissie** op te richten die de zorgvuldigheid van de praktijk controleert en raden ze ten sterkste aan **follow-up studies** te organiseren.

3.5.2 ESHRE taskforce voor ethiek en recht: draagmoederschap

Voor een periode van meer dan tien jaar, van 2001 tot 2014, heeft de taskforce voor ethiek en recht van de European Society for Human Reproduction and Embryology [ESHRE] een reeks ethische stellingnames opgesteld over specifieke morele kwesties die verband houden met medisch begeleide voortplanting. In 2005 publiceerden ze hun 10^{de} statement, over draagmoederschap. Dit advies moet uiteraard worden beschouwd binnen de context van het publicatietijdstip, maar de ethische bedenkingen zijn vandaag nog steeds van toepassing (Shenfield et al., 2005).

Voorzichtigheid is geboden bij het uitbreiden van de indicaties voor draagmoederschap, vanwege de risico's en onzekerheden voor alle betrokkenen die ermee gepaard gaan. Daarom raadt ESHRE aan draagmoederschap enkel toe te passen om **medische redenen**. **Commercieel draagmoederschap is onaanvaardbaar**. De draagmoeder kan volgens hen wel een vergoeding

ontvangen van de aan het draagmoederschapstraject verbonden kosten en voor het inkomen dat ze tijdens de zwangerschap zal mislopen. Alle betrokken partijen moeten afzonderlijk worden **geadviseerd en gescreend**. ESHRE raadt volgende **leeftijdsgrenzen** aan voor de draagmoeder: maximum 35 jaar bij laagtechnologisch draagmoederschap en maximum 45 jaar bij hoogtechnologisch draagmoederschap. Volgens hen is het vereist dat de vrouw minstens één kind heeft en een **bedenkingsperiode** wordt aanbevolen, zodat alle partijen weloverwogen keuzes maken. Om meerlingzwangerschappen te voorkomen, wordt sterk aangeraden slechts **één embryo per poging** in de baarmoeder van de draagmoeder te plaatsen. Er moeten **langetermijn-follow-up studies** georganiseerd worden om inzicht te krijgen in de psychologische gevolgen voor de draagmoeder, wensouders en het kind. Om af te sluiten is het belangrijk dat de wensouders goed beseffen dat de draagmoeder het recht heeft om tegen hun wil en in strijd met de oorspronkelijke overeenkomst **beslissingen te nemen over de zwangerschap** (Shenfield et al., 2005).

3.5.3 Nationale Raad van de Orde der Artsen: draagmoeder

De Nationale Raad van de Orde der Artsen (2010) heeft draagmoederschap in 2010 onrechtstreeks goedgekeurd door een aantal deontologische aanbevelingen naar buiten te brengen. De Nationale Raad zet op die manier zelf een aantal richtlijnen uit die de praktijk van draagmoederschap zouden moeten ondersteunen. Draagmoederschap mag enkel worden toegepast in **onomkeerbare medische situaties**; niet om gemak- of esthetische redenen dus. Daarnaast moet de draagmoeder aan een **medisch, psychologisch en sociaal onderzoek** onderworpen worden en moet ze reeds een zwangerschap hebben doorgemaakt. **Tot slot wordt commercialisering van draagmoederschap uitgesloten**, maar wordt wel gesteld dat vergoedingen, om de ongemakken van de draagmoeder te compenseren, toegestaan zouden zijn.

3.5.4 Wetsvoorstellen

Een aantal parlementsleden van de toenmalige politieke partij sp.a hebben eind 2019 hun wens om draagmoederschap juridisch te kaderen kracht bijgezet door twee wetsvoorstellen in te dienen. Een indicatie van de noodzaak van een wettelijke regeling betreffende draagmoederschap kan geïllustreerd worden aan de hand van de prioritering van beide onderstaande wetsvoorstellen door de politieke partij Vooruit in 2021. Dit houdt in dat het voorstel in datzelfde politieke jaar wordt aangesneden, wat de kans op de totstandkoming van een wet aanzienlijk vergroot. Voor een wettelijke doorbraak heeft dit echter nog niet gezorgd, aangezien er nog steeds geen sluitend wettelijk kader is gecreëerd, wat nogmaals de complexiteit van dit onderwerp aantoont (Brinckman, 2021).

3.5.4.1 Wetsvoorstel houdende organisatie van centra voor draagmoederschap

Het “Wetsvoorstel houdende de organisatie van centra voor draagmoederschap” kaderde binnen de zoektocht naar het **wettelijk regelen van hoogtechnologisch draagmoederschap**. De uitwerking van dit wetsvoorstel gebeurde met het advies van het Comité voor Bio-ethiek betreffende zwangerschap-voor-een-ander in het achterhoofd (Wetsvoorstel 5 december 2019 houdende organisatie van centra voor draagmoederschap, Parl.St. Kamer, 0855).

Het voorstel is opgebouwd aan de hand van enkele duidelijk geformuleerde componenten. Een eerste is dat hoogtechnologisch draagmoederschap enkel kan plaatsvinden in **erkende fertiliteitscentra**, zodat zowel de wensouders als de draagmoeder de mogelijkheid hebben om professioneel ondersteund te worden. Bovendien kunnen **zowel gehuwde als niet gehuwde koppels, ongeacht het geslacht**, een beroep doen op hoogtechnologisch draagmoederschap. Een derde component betreft de regel dat fertiliteitscentra over de mogelijkheid beschikken om het draagmoederschap te weigeren “indien de wettelijke voorwaarden niet vervuld zijn of indien ze het strijdig oordelen met het welzijn van een van de partijen”. Dit is de zogenaamde **gewetensclausule**. De **wettelijke voorwaarden** zoals hierboven vermeld impliceren een juridisch kader dat heldere criteria bepaalt waaraan partijen moeten voldoen om draagmoeder of wensouder te kunnen zijn. Bovendien wordt er in het wetsvoorstel gesteld dat de rechten en plichten van elke partij moeten geïntegreerd worden in een **draagmoederschapsovereenkomst**. Een laatste component is een **wijziging van het afstammingsrecht**. Volgens Belgisch recht is de vrouw die bevalt de juridische moeder van het kind en moet er een adoptie plaatsvinden door de wensouders. Dit wetsvoorstel wil dit wijzigen door bij draagmoederschap de wensouders automatisch als ouders te noteren (Wetsvoorstel 5 december 2019). Het wetsvoorstel is echter tot op heden niet aangenomen door het parlement.

3.5.4.2 Wetsvoorstel tot aanvulling van het Strafwetboek met bepalingen betreffende de commercialisering van en de bemiddeling inzake draagmoederschap

Het tweede wetsvoorstel van de parlementsleden van de toenmalige politieke partij sp.a (cf. supra) heeft als doel “**het commercieel draagmoederschap en de publiciteit ervoor strafbaar te stellen**”. Er was immers een gemeenschappelijke deler vast te stellen bij eerdere wetsvoorstellen ten aanzien van draagmoederschap: het afkeuren van eender welke vorm van commercieel draagmoederschap. Dit resulteerde in het “Wetsvoorstel tot aanvulling van het Strafwetboek met bepalingen betreffende de commercialisering van en de bemiddeling inzake draagmoederschap”, dat weliswaar minder diepgaand is uitgewerkt dan het bovenstaande wetsvoorstel. Het opzet van dit wetsvoorstel betreft het strafbaar stellen van “commercieel draagmoederschap en het aanbieden ervan of het maken van reclame ervoor” met als doel het verbieden van kinderhandel (Wetsvoorstel 17 oktober 2019 tot wijziging van het Strafwetboek wat betreft het commercieel draagmoederschap, Parl.St. Kamer, 0366). Ook dit wetsvoorstel is tot op heden niet aangenomen door het parlement.

4 Ethische bedenkingen aan de basis van dit blijvend juridisch vacuüm

Het fenomeen draagmoederschap werpt heel wat ethische vragen op, die er tot nu toe mee voor gezorgd hebben dat er in België nog steeds geen wetgeving bestaat over dit onderwerp. Welke ethische bedenkingen liggen mee aan de basis van dit blijvend juridisch vacuüm?

4.1 Recht op een kind

Het **hebben van een kind lijkt een recht te zijn geworden**. Infertiliteit wordt niet langer geaccepteerd als een onvermijdelijk lot, maar wordt beschouwd als een medisch behandelbaar probleem (Temmerman et al., 2011). Het recht om een kind te krijgen is echter geen vanzelfsprekend recht. Het is niet omdat iets als belangrijk beschouwd wordt, dat dit betekent dat het een recht is. Sommige mensen ervaren een on vervulde kinderwens als een tekort in hun leven. Een relatie met eigen kinderen is iets unieks, onafhankelijk of er nu een genetisch verwantschap is of niet. Daarom is het mogelijks verantwoord dat er speciale centra bestaan om deze kinderwens alsnog te vervullen, zodat eenieder op deze manier die unieke relatie kan ervaren. Daartegenover kan worden gediscussieerd over de vraag of dit niet te ver gaat. In de eerste plaats zijn de medische wereld en de ziekteverzekeringen er om te ondersteunen bij levensnoodzakelijke medische noden en niet om wensen te vervullen. Toch gaat België hierin mee en worden bijvoorbeeld zes IVF-behandelingen terugbetaald (Wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten). De vraag rijst over er dan ook terugbetalingen mogen worden voorzien voor draagmoederschapstrajecten. Sommige experts halen aan dat er belangrijkere medische behoeften zijn dan het vervullen van een kinderwens, maar anderen verdedigen een financiële tussenkomst wel omdat we **kinderloos zijn nu ook kunnen zien als een probleem met mogelijks psychische gevolgen** (Quina, 2021).

4.2 Het risico van de zwangerschap overgedragen op de draagmoeder

Een draagmoeder neemt de **medische risico's** die een zwangerschap met zich meebrengt over van de wensmoeder en, in geval van hoogtechnologisch draagmoederschap, ook de **risico's** verbonden aan het IVF-traject (Patel et al., 2018). Uit een Nederlandse retrospectieve cohortstudie blijkt dat draagmoeders een hoger risico hebben op hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap en er wordt ook een hoger risico op postpartumbloedingen gerapporteerd (Peters et al., 2018). Het is bewezen dat een oudere multipara een grotere kans heeft op complicaties. Bovendien stijgen samen met de leeftijd van de draagmoeder ook de risico's voor het kind (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004). Ook de leeftijd van de eiceldonor, die in vele gevallen de wensmoeder is, heeft invloed op de zwangerschapskansen en -uitkomst. Daarom raadt de taskforce voor ethiek en recht van ESHRE een leeftijdsgrens van

35 jaar aan bij laagtechnologisch draagmoederschap en een leeftijdsgrens van 45 jaar bij hoogtechnologisch draagmoederschap. Daarnaast is ook sterk aanbevolen dat de draagmoeder al minstens één kind heeft, dat zij met andere woorden bewezen vruchtbaar is (Shenfield et al., 2005). Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (2004) stelt een leeftijdsgrens van 40 jaar voor de draagmoeder voor. Verder moet ze in goede gezondheid zijn, een voltooide kinderwens hebben en mag ze geen eerdere zwangerschapscomplicaties hebben gehad enzovoort. ESHRE beveelt sterk om per poging slechts één embryo in de baarmoeder van de draagmoeder te brengen om meerlingzwangerschappen te voorkomen. Bij meerlingzwangerschappen stijgen de gezondheidsrisico's voor de draagmoeder en de baby dan ook exponentieel. In uitzonderlijke gevallen kunnen eventueel maximaal twee embryo's worden getransfereerd (Shenfield et al., 2005). Ook het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek raadt dit aan. De vraag kan dus worden gesteld of het ethisch verantwoord is om de medische last van een zwangerschap en de daaraan verbonden risico's over te dragen naar een andere vrouw.

4.3 Psychologische aspecten en welzijn van alle betrokkenen

4.3.1 De draagmoeder

Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (2004) vreest dat wanneer de **draagmoeder gehecht geraakt aan het ongeboren kind**, dit ernstige psychologische gevolgen met zich zou meebrengen wanneer zij het kind nadien moet afstaan. Het zou kunnen dat de draagmoeder het kind weigert af te staan en wanneer ze het wel afstaat, zou er misschien een hoger risico op postnatale depressie kunnen zijn. Op die manier kunnen conflicten met de wensouders ontstaan. Anderzijds, wanneer **er onvoldoende hechting** is van de draagmoeder naar het kind toe, is de kans misschien groter dat zij gezondheidsrisico's neemt tijdens de zwangerschap zoals overmatig alcoholgebruik en daardoor het kind onvoldoende beschermt. Jadva et al. (2012) tonen door middel van een longitudinale studie een **normaal mentaal welbevinden** van draagmoeders tien jaar na de procedure.

4.3.2 De wensouders

Dat de overeenkomst die de wensouders met de draagmoeder sluiten niet afdwingbaar is, zorgt voor veel onzekerheid. Dit maakt dat de wensouders zich **kwetsbaar en angstig** voelen. Dit kan leiden tot een moeilijke relatie met de draagmoeder vanaf de zwangerschap tot wanneer de overdracht van de ouderschapsrechten een feit is (Patel et al., 2018).

4.3.3 *Het kind*

Een belangrijk ethisch principe is “**het belang van het kind**”. Men kan zich de vraag stellen of geboren worden uit een draagmoeder wel in het belang is van het kind. Er heerst de bezorgdheid dat dit de identiteitsvorming van het kind zou kunnen beïnvloeden (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004). Meerdere studies stellen echter vast dat er tien jaar na de geboorte geen psychologische verschillen zijn tussen kinderen die via draagmoederschap werden geboren en kinderen die via andere geassisteerde voortplantingstechnieken of na natuurlijke verwekking werden geboren (Jadva et al., 2012; Golombok et al., 2013; Söderström-Anttila et al., 2015).

4.4 Invloed op persoonlijke relaties

4.4.1 *De relatie tussen de draagmoeder en haar omgeving*

De **relatie tussen de draagmoeder en haar partner** kan veranderen tijdens het traject. Tijdens de fase van de kunstmatige inseminatie of embryotransfer wordt seksuele onthouding verwacht. Daarnaast is het belangrijk dat de partner van de draagmoeder haar volledig steunt. Als de partner het kind niet als het zijne/hare beschouwt, zou deze steun kunnen ontbreken of ontoereikend kunnen zijn. Daarom is het belangrijk dat zowel de draagmoeder als haar partner voldoende ondersteund worden. Door het kind af te staan, zou het voor de **kinderen van de draagmoeder** kunnen overkomen alsof hun moeder bereid is haar eigen kinderen te verlaten. Ook door **familieleden** kan dit draagmoederschap worden ervaren als een breuk met traditionele familiebanden en de daaruit voortvloeiende rollen; voor haar ouders kan het misschien aanvoelen alsof zij er een kleinkind verkrijgen dat nadien wordt afgestaan. Ook **vrienden en kennissen** kunnen dit draagmoederschap afkeuren. De keuze om draagmoeder te worden kan het sociaal netwerk van de draagmoeder mogelijks doen afslanken (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004).

4.4.2 *De relatie tussen de wensouders en hun omgeving*

Het zou kunnen voorkomen dat de omgeving van de wensouders negatief reageert op het inschakelen van een draagmoeder om een kind te kunnen krijgen (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004).

Onderzoek uit het Verenigd Koninkrijk laat zien dat gezinnen ontstaan na draagmoederschap vergelijkbare ouder-kindrelaties vertonen als gezinnen ontstaan na een spontane bevruchting en na donatie (Golombok, 2015). Het is ook aangetoond dat er in gezinnen ontstaan na draagmoederschap een grotere openheid over het gezinsverhaal is dan in gezinnen waarin een kind geboren is na donatie (Jadva et al., 2015).

4.4.3 *De relatie tussen de draagmoeder en de wensouders/het kind*

Een andere ethische kwestie die aan de orde is gesteld, heeft betrekking op wat de relatie tussen de genetische moeder, de draagmoeder en de sociale moeder zou kunnen zijn. De vraag dringt zich op of een kind dat via draagmoederschap wordt geboren het recht heeft om de **identiteit te kennen van alle mensen die betrokken waren bij zijn conceptie en bevalling** (Patel et al., 2018). Als de wensouders besluiten om de betrokkenheid van een derde persoon geheim te houden voor het kind, wat vaak het geval is bij medisch geassisteerde voortplanting in het algemeen, kan dit voor bijkomende problemen zorgen wanneer de draagmoeder een familielid of vriendin is. In dat geval kan de draagmoeder het verbergen van haar betrokkenheid mogelijks interpreteren als ondankbaarheid. Langs de andere kant kan haar verwachting dat het kind op de hoogte wordt gebracht door de wensouders gezien worden als een teken dat zij toch iets in de plaats verwacht voor haar hulp in het vervullen van hun kinderwens; namelijk toezichtrecht op het kind (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004).

Draagmoederschap houdt altijd risico's in voor de relatie tussen de wensouders en de draagmoeder. De **betrokkenheid van de draagmoeder** kan eventueel als te opdringerig ervaren worden of de draagmoeder zou mogelijks kunnen vinden dat zij net onvoldoende betrokken wordt in de opvoeding van het kind. Uit een studie van Patel et al. (2018) blijkt dat de meeste wensouders een **goede relatie** met de draagmoeder rapporteren. Toen de kinderen één jaar oud waren, hadden de meesten nog steeds contact met de draagmoeder en waren ze van plan dit later aan het kind te vertellen. Wanneer de kinderen tien jaar oud waren, was het contact met de draagmoeder enigszins afgenomen, maar sommigen hadden nog steeds een goede relatie. 90% van de kinderen was tegen zijn tiende verjaardag op de hoogte van het draagmoederschap en had hierover positieve gevoelens. Ook Imrie en Jadva (2014) konden concluderen dat draagmoeders in de meeste gevallen in contact blijven met de wensouders en het kind. Bovendien beschouwen de meeste draagmoeders die relaties als positief.

Uit een studie van Zadeh et al. (2018) blijkt dat de meeste jongeren die weten dat zij geboren zijn uit een draagmoeder, hierover een neutrale houding hebben. De jongeren die contact hebben met hun draagmoeder, ervaren dit **contact als positief**. Het grootste deel van de jongeren die geen contact hebben, is geïnteresseerd om wel contact te hebben.

4.5 **Bezorgdheid over commercialisatie van draagmoederschap**

Hoewel er vanuit ethisch oogpunt zeker argumenten zijn om de commercialisering van draagmoederschap te overwegen, weegt vooral de mening van tegenstanders van commercieel draagmoederschap door (Quina, 2021). ESHRE haalt diverse argumenten **tegen commercieel draagmoederschap** aan, zoals schending van de menselijke waardigheid en instrumentalisering van het menselijk lichaam. Er heerst bezorgdheid over het risico op uitbuiting en misbruik van

kwetsbare vrouwen door gedwongen draagmoederschap, vooral in situaties waarin er grote financiële verschillen zijn tussen de wensouders en de draagmoeder (Shenfield et al., 2005). Loodrecht daarop staat het recht van vrouwen om beslissingen te nemen over hun eigen lichaam (Patel et al., 2018). De commercialisering van draagmoederschap zou ook als gevolg hebben dat wensouders meer en hogere kosten hebben, doordat er in België een gebrek is aan draagmoeders. Hierdoor kan het altruïstisch karakter verdwijnen en kan er sociale onrechtvaardigheid ontstaan, doordat niet iedereen de financiële middelen heeft om een draagmoeder te betalen (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2004). Als commercieel draagmoederschap wordt toegestaan, zou het vaker voorkomen en zou het mogelijks gebruikt kunnen worden voor andere dan medische redenen (Quina, 2021).

Met al deze argumenten in het achterhoofd, lijkt **altruïstisch draagmoederschap de enige aanvaardbare vorm**. De draagmoeder zou volgens ESHRE wel de medische kosten en de aan de zwangerschap gerelateerde kosten mogen terugbetaald krijgen door de wensouders (Shenfield et al., 2005). Dan rijst natuurlijk de vraag waar de grens ligt voor het onderscheid tussen commercieel en altruïstisch draagmoederschap (Quina, 2021).

4.6 Bedenkingen rond afdwingbaarheid draagmoederschapscontracten

De leden van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (2004) hebben verschillende visies over het afdwingbaar maken van een draagmoederschapsovereenkomst. Hoewel een juridisch afdwingbare overeenkomst enerzijds een **betere bescherming** zou kunnen bieden voor alle betrokkenen, kan dit anderszijds leiden tot **uitbuiting** van de draagmoeder. “In hoeverre kunnen de wensouders de levensstijl van de draagmoeder doorheen de zwangerschap bepalen?”, “Tot wanneer heeft de draagmoeder nog het recht om zich te bedenken?”, “Kan de draagmoeder dan aansprakelijk gesteld worden voor een slechte zwangerschapsuitkomst?” zijn slechts enkele voorbeelden van de vele bedenkingen die hiermee gepaard gaan (Dickenson & Van Beers, 2020).

5 Wetgeving in het buitenland

In dit deel van de bachelorproef wordt de Belgische wetgeving vergeleken met de buitenlandse wetgeving omtrent draagmoederschap. Op die manier wordt bekeken of er waardevolle elementen en/of valkuilen verbonden zijn aan de wetgeving in andere landen. Zijn er landen waaraan we een voorbeeld kunnen nemen of tonen bepaalde landen ons hoe we het beter niet aanpakken? De aanwezigheid van wetgeving betekent namelijk niet dat alles er goed verloopt, wat kan geïllustreerd worden aan de hand van de schrijnende situaties die soms gepaard gaan met het toelaten van commercieel draagmoederschap. Algemeen kunnen landen op basis van hun wetgeving ten aanzien van draagmoederschap ondergebracht worden in één van de volgende vier clusters. De eerste cluster betreft landen of regio's waarin **zowel altruïstisch als commercieel draagmoederschap verboden** zijn (onder meer Frankrijk en Duitsland). De tweede cluster omvat landen of regio's **zonder duidelijke regelgeving** omtrent draagmoederschap (onder meer België). De derde cluster bestaat uit landen of regio's die draagmoederschap van een wettelijke basis hebben voorzien, maar die **altruïstisch draagmoederschap toestaan en commercieel draagmoederschap verbieden**. De vierde en laatste cluster betreft landen en/of regio's waarin draagmoederschap wettelijk is geregeld en **zowel altruïstisch als commercieel draagmoederschap is toegestaan** (onder meer Oekraïne, Cyprus en enkele Amerikaanse staten).

5.1 Cluster 1: zowel altruïstisch als commercieel draagmoederschap verboden

Commercieel draagmoederschap is in een aantal Europese landen uitdrukkelijk verboden (Aznar & Martínez, 2019). De wetgeving van onze buurlanden, Frankrijk en Duitsland, inclusief eventuele gevolgen zal beknopt worden toegelicht ter illustratie.

In Frankrijk worden sinds 1994 alle overeenkomsten, zowel van altruïstische als commerciële aard, met betrekking tot draagmoederschap nietig verklaard op basis van filosofische, ethische en medische redenen. Later werd de rol van de tussenpersoon beschouwd als een strafbaar feit. Het verbod leidde de afgelopen decennia tot discussie omtrent de inschrijving van kinderen door individuen of koppels die naar het buitenland getrokken zijn in functie van een draagmoederschapsovereenkomst. De Franse regelgeving impliceert echter dat zelfs wanneer de wensouders de genetische ouders zijn, ze niet de juridische ouders kunnen zijn (Courduriès, 2018). Dit gegeven, met andere woorden het niet kunnen inschrijven van kinderen geboren door draagmoederschap ongeacht het biologische verwantschap, werd terecht gewezen door enkele arresten van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (Europees Hof voor de Rechten van de Mens, 2019).

In Duitsland wordt draagmoederschap sinds 1990 beschouwd als een schending van het recht op de menselijke waardigheid, waardoor zowel altruïstisch als commercieel draagmoederschap verboden is op het Duitse grondgebied. De restrictieve regelgeving in Duitsland heeft net zoals in Frankrijk als gevolg dat Duitse burgers naar het buitenland trekken in functie van een draagmoederschapsprocedure. Individuen of koppels die het kind nadien willen adopteren, stuiten echter vaak op de Duitse regelgeving, wat net zoals in Frankrijk onduidelijke situaties en lange procedures voortbrengt (König, 2018).

5.2 Cluster 2: geen duidelijke regelgeving omtrent draagmoederschap

In een aantal Europese landen bevindt de nationale regelgeving inzake draagmoederschap zich anno 2023, net zoals in België, nog steeds in een juridisch vacuüm. Deze landen hebben elk een andere manier om met de juridische gevolgen van het ontbreken van die regelgeving om te gaan. Ter illustratie wordt de situatie in een derde buurland, Luxemburg, toegelicht.

Hoewel er in Luxemburg geen regelgevend kader bestaat met betrekking tot draagmoederschap, is er wel enige vorm van ambitie merkbaar om een aantal aspecten te regelen. Er werd in 2017 een wetsontwerp opgesteld dat elke draagmoederschapsovereenkomst als nietig beoogt te categoriseren, maar wel te voorzien in de mogelijkheid om kinderen in Luxemburg te erkennen indien ze geboren zijn via draagmoederschap in het buitenland. Dit wetsontwerp is echter nog niet vertaald in de regelgeving (Alegre et al., 2020; Du Bois et al., 2020).

5.3 Cluster 3: altruïstisch draagmoederschap toegestaan, maar commercieel verboden

Altruïstisch draagmoederschap is onder bepaalde voorwaarden wettelijk toegestaan in onder meer Nederland, het Verenigd Koninkrijk, Griekenland, Portugal en Denemarken. Commercieel draagmoederschap is verboden in deze landen (Aznar & Martínez, 2019; März, 2021). De situatie in ons vierde buurland, Nederland, wordt toegelicht en ook op de situatie in het Verenigd Koninkrijk wordt dieper ingegaan, omdat er draagmoederschapsorganisaties werkzaam zijn.

Zoals hierboven gesteld is altruïstisch draagmoederschap onder bepaalde voorwaarden legaal in Nederland. Bovendien is het sinds de Embryowet uit 2018 mogelijk om gameten van slechts één van de twee wensouders te gebruiken, waardoor het ook voor koppels van hetzelfde geslacht mogelijk is om een beroep te doen op een draagmoeder in Nederland. Wensouders worden volgens het Nederlandse recht echter niet automatisch als de juridische ouders beschouwd, aangezien er eerst een adoptieprocedure moet plaatsvinden waarbij de draagmoeder formeel afstand doet van het kind. Het bevorderen van commercieel

draagmoederschap is onwettig. Advertenties plaatsen op sociale media om een draagmoeder te zoeken of diensten als draagmoeder aan te bieden zijn eveneens verboden (Europees Instituut voor Bio-ethiek, 2021).

Ook in het Verenigd Koninkrijk is altruïstisch draagmoederschap onder bepaalde voorwaarden legaal. Draagmoederschapsovereenkomsten zijn er echter niet wettelijk afdwingbaar, met als gevolg dat ook in het Verenigd Koninkrijk de draagmoeder het wettelijke recht heeft om het kind te houden, ongeacht eventuele eerdere overeenkomsten of contracten. De regelgeving verbiedt daarnaast uitdrukkelijk elke vorm van commercieel draagmoederschap inclusief het plaatsen van advertenties omtrent draagmoederschap. In het Verenigd Koninkrijk zijn echter drie draagmoederschapsorganisaties werkzaam, die een uitzondering vormen op de regel die derden verbiedt draagmoederschapsovereenkomsten te sluiten (Surrogacy Agreements Act, 2023).

5.4 Cluster 4: zowel altruïstisch als commercieel draagmoederschap toegestaan

In Europa is commercieel draagmoederschap enkel in Rusland en Oekraïne legaal. Belgische wensouders trekken soms naar deze landen voor een commercieel draagmoederschapstraject. Daarnaast is ook de Verenigde Staten een populair bestemming voor commercieel draagmoederschapstoerisme (Aznar & Martínez, 2019). In wat volgt zal de situatie in Oekraïne en de Verenigde Staten worden toegelicht.

5.4.1 Oekraïne

Commercieel draagmoederschap is sinds 2002 legaal in Oekraïne. Hoewel er geen officiële cijfers worden vrijgegeven, wijzen schattingen op enkele duizenden geboorten per jaar in functie van commercieel draagmoederschap. Het land is namelijk een populaire bestemming voor buitenlandse koppels met een kinderwens (Marinelli et al., 2022). De voornaamste verklarende factor voor deze populariteit is het feit dat de wensouders de juridische ouders van het kind worden, indien het kind na hoogtechnologisch draagmoederschap ter wereld is gekomen. Het is op deze manier immers eenvoudiger om een paspoort te verkrijgen voor het kind en het bijgevolg naar huis te brengen (Europees Instituut voor Bio-ethiek, 2022). Daarnaast zijn de draagmoederschapscontracten ook effectief juridisch afdwingbaar en zijn de kosten die verbonden zijn aan het commercieel draagmoederschap vaak relatief betaalbaar (Marinelli et al., 2022).

Er zijn wel bepaalde beperkingen opgelegd aan het draagmoederschap. Om te beginnen kunnen alleen echtgenoten als juridische ouders geregistreerd worden, dus moeten de wensouders gehuwd zijn. Bovendien wordt in Oekraïne enkel het heteroseksueel huwelijk erkend, wat

betekent dat homoseksuele koppels niet als wensouders kunnen optreden. Dit kan worden verklaard door het feit dat homoseksualiteit nog steeds op veel weerstand botst in Oekraïne (Quina, 2021). Het controversiële karakter van dergelijke praktijken met betrekking tot ethiek wordt versterkt door het gewapende conflict in de regio. Kinderen die door draagmoederschap zijn geboren, kunnen niet of moeilijk worden overgedragen aan hun wensouders, waardoor de kwetsbare positie van draagmoeders nog wordt verhoogd (Marinelli et al., 2022).

5.4.2 De Verenigde Staten

Tot nu toe is draagmoederschap noch verboden, noch toegestaan in België en daar maakt de organisatie *Men Having Babies* goed gebruik van (Dedecker, 2019). Herhaaldelijk vestigde deze non-profitorganisatie zich al in Brussel met een beurs waarop Europese homoseksuele koppels zich kunnen laten informeren en adviseren over commercieel draagmoederschap in de Verenigde Staten. De koppels krijgen uitleg over hoe ze beroep kunnen doen op een draagmoeder en een eiceldonor en over de financiële kost. Andere homokoppels komen er over hun ervaringen met de organisatie getuigen (De Maakbare Mens, 2021). Ook heterokoppels doen veelvuldig beroep op een draagmoeder uit de Verenigde Staten (Pluym, 2015).

In sommige Amerikaanse staten is commercieel draagmoederschap legaal en bestaan er zelfs bemiddelingsorganisaties die wensouders en draagmoeders met elkaar in contact brengen en de nodige regelingen treffen. Wensouders tellen 120 000 tot 150 000 euro neer voor een kind, waar gemiddeld zo'n 30 000 euro van overblijft voor de draagmoeder. De komst van deze organisatie lokt telkens, terecht, reacties uit en dit vooral door het commerciële karakter (Dedecker, 2019). Als er nu iets is waar alle Belgische politieke partijen het wel over eens zijn, is het dat commercieel draagmoederschap bij ons uit den boze is (De Maakbare Mens, 2021).

Tegelijkertijd is het wel net omdat draagmoederschap nog niet wettelijk geregeld is bij ons, gezinsvormen zoals co-ouderschap niet wettelijk ondersteund worden en adoptie voor homokoppels ook niet eenvoudig verloopt, dat zij grensoverschrijdend commercieel draagmoederschap soms als de beste optie zien. Sinds 2006 kunnen ook koppels van hetzelfde geslacht een kind adopteren in België, maar in de praktijk loopt dit niet altijd even vlot. Bij een binnenlandse adoptie kunnen de biologische ouders meebeslissen over het type gezin dat hun kind zal adopteren en bij een internationale adoptie kunnen de regels van het internationaal privaatrecht restricties opleggen (Decock et al., 2019). Door het gebrek aan regels rond draagmoederschap, is er geen wettelijk kader om bij problemen op terug te vallen. Het hele traject berust zich dus enkel en alleen op vertrouwen, wat dit een zeer risicovolle keuze maakt. Sinds 2011 kunnen homoseksuele koppels voor een draagmoederschapstraject terecht in het UZ in Gent (Universitair Ziekenhuis Gent, z.j.). Dit is zeker een stap in de goede richting, maar om de lange procedure en de juridische onzekerheid te omzeilen, wagen heel wat homokoppels zich nog steeds aan een commercieel traject in het buitenland. Ook voor co-ouderschap waarbij een homokoppel bijvoorbeeld een kind krijgt samen met een alleenstaande vriendin, is er

momenteel geen wettelijke omkadering (De Maakbare Mens, 2021). Wanneer een organisatie als *Men Having Babies* dan alle nodige informatie over het praktische, financiële en juridische aspect kan bieden en kan beloven dat het hele traject door ervaren bemiddelaars geregeld zal worden, is het ergens wel begrijpelijk dat sommige homokoppels dit overwegen. Dit zet nog maar eens in de verf hoe belangrijk het is dat er zo snel mogelijk een wettelijke omkadering voor draagmoederschap komt.

Recent is hier nog een heel mooi voorbeeld van in de media gekomen. Endocrinoloog G. T'Sjoen en zijn man radioloog M. Vansevenant mochten op 19 maart 2023 hun zoontje verwelkomen, dat via een draagmoeder in Los Angeles ter wereld kwam. Ze kwamen via de organisatie *Men having babies* in contact met een agentschap dat hen aan hun draagmoeder gelinkt heeft. Hun draagmoeder deed dit weliswaar voornamelijk voor de financiële vergoeding die ze hiervoor kreeg, maar werd wel uitgebreid gescreend. De draagmoeders moeten onder meer in goede gezondheid zijn, eerder zelf al kinderen hebben gekregen, een ondersteunend netwerk hebben dat achter hun beslissing staat en al financiële zekerheid hebben. In de Verenigde Staten en Canada is het mogelijk vooraf een contract op te stellen, zodat de wensouders al vanaf de geboorte de juridische ouders van hun kind zijn. Wanneer zij vervolgens terugkeren naar België met een geboorteakte of een rechterlijke beslissing waarop hun beide namen staan, worden heterokoppels die via draagmoederschap in het buitenland een kind kregen meestal allebei als ouder geregistreerd. De ambtenaar kan namelijk niet zeker zijn dat het niet de wensmoeder is die van het kind bevallen is. Voor homokoppels ligt dit echter moeilijker, omdat in de Belgische wetgeving geen meevaderschap bestaat. Eén van hen wordt dan als vader erkend, terwijl de andere een adoptieprocedure moet doorlopen. Sommige gemeenten zijn wel al bereid twee vaders in te schrijven. Sommige parketten verzetten zich ook niet langer wanneer in bepaalde gemeenten twee vaders als de juridische ouders worden geregistreerd. T'Sjoen en Vansevenant hopen op een welwillende ambtenaar die hen allebei als ouders van hun kind wil inschrijven (Peuteman, 2023).

6 Mogelijke problemen met de huidige procedure

Om de noodzaak aan een versterkt wettelijk kader in de verf te zetten, worden in dit onderdeel enkele mogelijke problemen met de huidige procedure in kaart gebracht.

6.1 Problemen met naamgeving

Dat de wensouders niet meteen de juridische ouders van het kind zijn, heeft invloed op de naam die het kind krijgt. De naam van een kind wordt gekozen bij de geboorteaangifte. Decock et al. (2019) beschrijven de regel als volgt: “Indien de afstamming langs vaderszijde/meemoederszijde en langs moederszijde tegelijkertijd komt vast te staan, draagt het kind ofwel de naam van zijn vader/meemoeder, ofwel de naam van zijn moeder, ofwel één die samengesteld is uit hun twee namen, in de door hen gekozen volgorde met niet meer dan één naam voor elk van hen.”

In geval van een **heteroseksueel koppel** zal de wensmoeder steeds eerst de adoptieprocedure moeten doorlopen opdat zij de juridische moeder van het kind kan worden, dus zal het kind haar naam niet kunnen dragen tot de adoptieprocedure rond is. Indien de wensvader het kind kan erkennen, kan het kind wel de naam van de wensvader krijgen. Als de wensvader het kind echter niet kan erkennen, wil dit zeggen dat door de vaderschapsregel of meemoederschapsregel de partner van de draagmoeder als juridische vader/meemoeder werd aangeduid. Dan krijgt het kind de naam van de draagmoeder, haar partner of een combinatie van de twee. Pas wanneer de adoptieprocedure is afgerond, kan het kind dan de naam van de wensmoeder, van de wensvader of één die is samengesteld uit hun twee namen krijgen. Bij **homoseksuele koppels** kan slechts één van de wensvaders het kind eventueel erkennen. De tweede wensvader dient sowieso de adoptieprocedure te doorlopen om zijn ouderschap te vestigen. Zoals hierboven beschreven zal het kind vanaf de geboorte de naam van één van de wensvaders kunnen dragen indien het lukt om het kind te erkennen. De andere wensvader zal sowieso moeten wachten tot het adoptievonnissen is uitgesproken om zijn naam door te geven. Als de draagmoeder gehuwd is en dit vaderschap/meemoederschap niet betwist kan worden, dienen beide wensvaders de adoptieprocedure te volgen en draagt het kind de naam van de draagmoeder en/of haar partner totdat de adoptieprocedure rond is (Decock et al., 2019).

Het kan soms twee jaar duren voordat een adoptie in België volledig rond is, dus moeten de wensouders in het slechtste geval twee jaar wachten voordat hun kind ook hun naam kan dragen (Kind en Gezin, 2021). Dat de wensouders in de tussentijd enkel de sociale ouders zijn en nog niet de juridische, zorgt ervoor dat bijvoorbeeld het kind inschrijven in een crèche ingewikkelder verloopt en ook bij medische beslissingen over het kind is het woord van de juridische ouders van belang (De maakbare mens, 2019).

6.2 Geen moederschapsverlof of geboorteverlof, maar adoptieverlof

De wensouders kunnen geen beroep doen op de verlofstelsels waar andere ouders wel van kunnen genieten na het krijgen van een kindje.

Om als werknemer of zelfstandige recht te hebben op moederschapsverlof of moederschapsbescherming, moet er een zwangerschap en bevalling aan vooraf gegaan zijn. Werknemers die bevallen zijn, hebben recht op vijftien weken moederschapsverlof en zijn beschermd tegen ontslag tot een maand na de bevallingsrust. Moeders die als zelfstandige werken, hebben recht op twaalf weken moederschapsverlof. In het geval van draagmoederschap, is de wensmoeder niet zelf bevallen en heeft ze hier bijgevolg geen recht op. De draagmoeder heeft hier wel recht op. Vaders en meemoeders hebben sinds 1 januari 2023 recht op twintig werkdagen geboorteverlof. Wensvaders hebben hier geen recht op, tenzij ze het kind toch hebben kunnen erkennen zoals onder *Overdracht van het juridische ouderschap* beschreven (Vlaamse Overheid, z.j.-b).

Waar de wensouders wel beroep op kunnen doen, is adoptieverlof. Bij het adopteren van een minderjarig kind, heeft elke adoptieouder recht op zes weken adoptieverlof. Sinds 1 januari 2019 wordt dit adoptieverlof om de twee jaar met één week verlengd en dat gaat door tot 2027. In 2027 zal de maximale duur van het adoptieverlof elf weken bedragen. Sinds 1 januari 2023 genieten adoptieouders dus van drie weken extra adoptieverlof, die ze wel tussen beide adoptieouders moeten verdelen. Het is niet zo dat ze nu elke drie weken extra krijgen. Het adoptieverlof moet van start gaan binnen de twee maanden nadat het kind is ingeschreven als gezinslid in het bevolkingsregister. De wensouders zijn tijdens hun adoptieverlof beschermd tegen ontslag. Ook hebben ze zoals elke ouder recht op ouderschapsverlof. Dit bedraagt per kind vier maanden en kan ook flexibeler opgenomen worden (Vlaamse Overheid, z.j.-b). Een kanttekening hierbij is dat wensouders pas recht hebben op adoptieverlof en ouderschapsverlof vanaf de adoptie rond is, maar dit kan in België wel tot twee jaar duren (Kind en Gezin, 2021).

6.3 Geen terugbetaling voor postnatale zorg door een vroedvrouw

Het rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering [RIZIV] voorziet zorgverleners van nomenclatuur voor het attesteren van uitgevoerde geneeskundige verstrekkingen. Dit bestaat uit een gecodeerde lijst van geneeskundige verstrekkingen die de mutualiteit volledig of deels terugbetaalt. Art. 9a van de nomenclatuur voor geneeskundige verstrekkingen omvat de handelingen waarvoor de bekwaming van een vroedvrouw vereist is in het kader van pre-, peri- of postnatale verzorging binnen het terrein van de verloskunde, de fertiliteitsbehandeling, de gynaecologie en de neonatologie. (Team Nursenom RIZIV, persoonlijke communicatie, 20 maart 2023).

Momenteel vertrekt de nomenclatuur voor postnatale zorg door een vroedvrouw vanuit de biologische moeder, wat ervoor zorgt dat **wensouders niet kunnen genieten van terugbetaling door de mutualiteit** wanneer zij tijdens het eerste levensjaar van hun kind beroep willen doen op een vroedvrouw. Met de biologische moeder wordt hier de vrouw bedoeld die het kind gebaard heeft. Zij is niet altijd genetisch verwant met de baby, zoals bij draagmoederschap vaak het geval is. In dit kader omvatten de postnatale zorgen het postnataal onderzoek van moeder en kind waarbij het in uitzonderlijke gevallen toegelaten is dat het kind niet aanwezig is tijdens de postnatale verstrekkingen. Zo kan een vroedvrouw bijvoorbeeld tijdens de opname van het kind in een ziekenhuis, bij een afstandskind of bij het overlijden (in utero of perinataal) van het kind deze verstrekkingen wel attesteren voor de verzorging verleend aan de moeder, zelfs in afwezigheid van het kind. Omgekeerd, het attesteren van een postnataal onderzoek in afwezigheid van de biologische moeder is niet mogelijk. De vroedvrouw verleent immers begeleiding en verzorging aan de bevallen vrouw (de biologische moeder) en geen pediatrische zorg (Team Nursenom RIZIV, persoonlijke communicatie, 20 maart 2023).

Volgens M. Reyns, voorzitter van de Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, stond dit onderwerp al herhaaldelijk op de agenda op de commissie voor vroedvrouwen binnen het RIZIV en werd er al herhaaldelijk gepleit om de nomenclatuur ook bij uitzonderlijke situaties vanuit de baby te laten vertrekken. Tot nu heeft dit helaas nog niet tot veranderingen geleid. De partijen rond de tafel zijn niet overtuigd van dit idee (persoonlijke communicatie, 22 maart 2023).

Wensouders kunnen wel begeleid worden door een vroedvrouw, maar dienen het honorarium zelf te betalen. De vroedvrouw maakt een factuur op en zal op deze manier kunnen betaald worden. Kersverse ouders hebben normaal gezien recht op de volledige terugbetaling van een dagelijks bezoek door de vroedvrouw gedurende de eerste vijf dagen na de bevalling en nadien mogen ze nog zes keer beroep doen op hun vroedvrouw, verspreid over het eerste levensjaar van hun baby. Indien de vroedvrouw dit kan motiveren in het dossier, kunnen er nog drie extra controles worden terugbetaald en bij verwikkelingen kunnen op voorschrift van een arts nog eens extra bezoeken worden voorzien. Ook deze extra bezoeken kunnen niet aan wensouders worden terugbetaald (Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, 2023).

6.4 Ontvangen startbedrag en groeipakket

In Vlaanderen krijgen ouders een startbedrag van 1190,68 euro voor de geboorte of de adoptie van een kind. Binnen één gezin is het niet mogelijk om voor hetzelfde kind het startbedrag voor geboorte en adoptie te ontvangen. Het gezin van de draagmoeder zal met andere woorden het startbedrag voor de geboorte van de baby ontvangen, waarna de wensouders het startbedrag voor de adoptie van dit kind zullen ontvangen vanaf het deel uitmaakt van hun gezin. Hierna zullen de wensouders, zoals alle Vlaamse gezinnen, maandelijks het groeipakket uitbetaald krijgen om hen te ondersteunen in de opvoeding van hun kind (Vlaamse Overheid, z.j.-c).

6.5 Rechtsonzekerheid voor alle partijen

Door het uitblijven van Belgische wetgeving over draagmoederschap, bevindt draagmoederschap zich “in een juridisch vacuüm”, met juridische onzekerheid voor zowel de draagmoeder, de wensouders en het toekomstige kind tot gevolg (Pluym, 2015). Hoewel de grondige selectieprocedure die fertiliteitscentra hanteren tot nu toe heeft gezorgd voor goede ervaringen, wordt het dringend tijd dat België in aangepaste wetgeving voorziet (Stuyver et al., 2020). Momenteel kan de draagmoeder zich nog bedenken en het kind weigeren af te staan, zolang de adoptieprocedure niet is afgerond. Daartegenover staat dat de wensouders kunnen weigeren het kind op te nemen in hun gezin, aangezien zij toch niet meteen als de juridische ouders worden beschouwd. Deze onzekerheid zorgt voor nog meer mentale belasting gedurende het traject en het is in het belang van het toekomstige kind dat hierrond duidelijke regelgeving komt (De Maakbare Mens, 2019).

6.6 Naar het buitenland om kinderwens te vervullen

Sommige wensouders trekken naar het buitenland om daar beroep te doen op een draagmoeder. Op die manier kunnen ze de strikte inclusiecriteria en lange procedure van Belgische fertiliteitscentra omzeilen. Sommige landen hanteren namelijk niet dezelfde strikte inclusiecriteria en staan soms zelfs draagmoederschap om niet-medische redenen toe. Dat in België de wensouders steeds zelf hun mogelijke draagmoeder moeten aanbrengen, is voor sommigen het duwtje in de rug richting een commercieel draagmoederschapstraject in het buitenland (Stuyver et al., 2020). Grensoverschrijdend draagmoederschap is echter niet zonder risico. Bij het terugkeren naar België kunnen ze te maken krijgen met problemen van internationaal privaatrecht. De oorzaak van die problemen is het verschil in de aanpak van de wetgeving rond draagmoederschap in de betrokken landen. Oekraïne en de Verenigde Staten zijn populaire bestemmingen voor Belgische wensouders. Via commerciële draagmoederschapstrajecten in deze landen zullen de wensouders aangewezen worden als de juridische ouders, wat strijdig is met de Belgische wetgeving. In België is de draagmoeder net de juridische moeder is. De buitenlandse geboorteakte zal bijgevolg strijdig zijn met de Belgische wetgeving, waardoor wensouders problemen krijgen met het verkrijgen van een Belgisch paspoort voor hun baby en zo niet meteen met hun baby terug naar hun thuisland kunnen reizen. Zo heeft baby Samuel, geboren uit een Oekraïense draagmoeder voor een Belgisch homokoppel, meer dan een jaar in een Oekraïens weeshuis moeten verblijven en duurde het bijna drie jaar alvorens het Belgisch consulaat hem na vele ingewikkelde procedures uiteindelijk een paspoort wou geven (Pluym, 2015). Indien beroep wordt gedaan op een draagmoeder uit de Verenigde Staten, ontstaan de problemen bij terugkomst in België. Wanneer de wensouders terugkeren naar België met een geboorteakte of een rechterlijke beslissing waarop hun beide namen worden vermeld, aanvaardt de ambtenaar van de burgerlijke stand dit niet zomaar (Peuteman, 2023).

7 Aanbevelingen voor een aangepast wettelijk kader

In een ideale wereld zou een internationale wettelijke regeling een oplossing kunnen bieden voor de huidige complexe en gevarieerde regelgeving met betrekking tot draagmoederschap. Er is nog geen uniforme internationale wetgeving die internationaal draagmoederschap aanpakt, ondanks het aanzienlijk aantal problemen die eruit kunnen voortvloeien (Maydanyk & Moskalenko, 2020). Ook Europese wetgeving lijkt nog lang niet op komst. Wetgevers staan vaak afkerig ten opzichte van het opgeven van hun autonomie met betrekking tot wetgeving, waardoor het ontwikkelen van een uniforme internationale of Europese regeling momenteel nog vrijwel onhaalbaar lijkt. Een meer realistische oplossing is het ijveren voor Belgische wetgeving die het draagmoederschap in al zijn mogelijke vormen regelt. Deze nieuwe wetgeving moet de onzekerheid voor alle partijen wegnemen, maar bovenal voor het kind (Pluym, 2015).

De beste oplossing zou zijn om een soort van middenpositie in te nemen tussen het toelaten van zowel altruïstisch als commercieel draagmoederschap en het verbod van alle vormen van draagmoederschap. Ten eerste kan worden geopteerd voor het **verbieden van commercieel draagmoederschap**; ethisch gezien is dit ook verantwoord. Er moet echter duidelijkheid geschetst worden over welke vergoedingen toegestaan zijn en vanaf wanneer van commercialisatie gesproken wordt. Er moet dan ook nagedacht worden over wat men doet met wensouders die in het buitenland beroep doen op commercieel draagmoederschap. Verder lijkt een wet die enkel hoogtechnologisch draagmoederschap regelt, zoals in recente wetsvoorstellen geopperd wordt, niet voldoende. Vervolgens moet een **aanpassing van het afstammingsrecht** doorgevoerd worden: de wensouders moeten meteen de juridische ouders zijn, zonder bijkomende procedures te moeten doorlopen. Tenslotte zou deze nieuwe wetgeving allesomvattend moeten zijn door **zowel hoog- als laagtechnologisch draagmoederschap** te regelen (Quina, 2021). De nadruk van de wetgeving zou wel op hoogtechnologisch draagmoederschap kunnen liggen, omdat dit de beste garantie geeft dat de draagmoeder afstand zal doen van het kind (Temmerman et al., 2011). Men kan overwegen wensouders te overtuigen om voor hoogtechnologisch draagmoederschap, begeleid door een team van experts na een grondige screeningsprocedure, te kiezen in plaats van voor laagtechnologisch draagmoederschap, dat ongecontroleerd en buiten de ziekenhuissfeer plaatsvindt. Dit kan door wensouders die beroep doen op hoogtechnologisch draagmoederschap te belonen met een voordeel: de volledige juridische erkenning van hun relatie met het kind. Wensouders die een kind krijgen via laagtechnologisch draagmoederschap, krijgen dat voordeel dan niet (Pluym, 2015).

8 Praktijkdeel

Bij de start van het schrijven aan deze bachelorproef had ik het idee om een informatiefolder op te stellen voor wensouders en hun potentiële draagmoeder, die overwegen om een draagmoederschapstraject aan te gaan. Oorspronkelijk dacht ik een algemene folder te maken die ook informatie bevat over praktische zaken zoals de adoptieprocedure en het adoptieverlof.

Wensmoeder Greet geeft in een interview met De Greef et al. (2019) aan dat bundeling van concrete informatie over draagmoederschap wenselijk is:

Er zijn veel websites, maar ik moest zelf alles bij elkaar sprokkelen. Vooral het contact met overheidsinstanties kon beter, zowel voor grote als voor kleine dingen. Een voorbeeld: eerst dacht ik dat ik vakantie zou kunnen nemen om voor ons kindje te zorgen zodra het geboren was. Ik dacht daarvoor bij de RVA terecht te kunnen, maar ik werd afgeblaft en kreeg de boodschap dat ik nergens recht op zou hebben. Later hoorde ik bij de ziekteverzekering dat ik recht had op adoptieverlof.

Mijn externe promotor Isabelle Stuyver stelde voor om ons oor eens te luisteren te leggen bij de vroedvrouwen van het donatieteam van de Afdeling Reproductieve Geneeskunde van het UZ Gent, die de draagmoederschapstrajecten mee opvolgen, en hieruit kwam naar voor dat ze inderdaad nood hebben aan een overzichtelijke folder. Het zou dan wel om een informatiefolder gaan die de focus legt op duidelijke informatie over een hoogtechnologisch draagmoederschapstraject in het UZ Gent.

Uit een Canadees onderzoek (Fantus, 2020) blijkt dat wensouders en hun potentiële draagmoeder nood hebben aan duidelijke gecentraliseerde informatie die laagdrempelig te raadplegen is. Persoonlijke blogs over ervaringen van draagmoeders of wensouders bezorgen hen vaak angst, dus zou het goed zijn die angst weg te nemen door betrouwbare informatie online beschikbaar te stellen. Daarnaast wordt de vroegtijdige betrokkenheid van zorgverleners die hen van duidelijke informatie voorzien, door wensouders en draagmoeders als een meerwaarde ervaren tijdens hun beslissingsproces (Su et al., 2020). Hieruit kan besloten worden dat het verspreiden van een duidelijke informatiefolder vanuit het UZ Gent een toegevoegde waarde zal bieden in het beslissingsproces van wensouders en hun mogelijke draagmoeder.

Het doel van deze folder is om wensouders en hun potentiële draagmoeder laagdrempelig duidelijke informatie mee te geven over wat een hoogtechnologisch draagmoederschapstraject in het UZ Gent nu precies inhoudt. De folder schetst kort wat draagmoederschap inhoudt en welke alternatieven er zijn, in willekeurige volgorde, namelijk: bewust kinderloos blijven, adoptie of pleegzorg. Er wordt ook stilgestaan bij de on vervulde kinderwens en het rouwproces dat daarmee onvermijdelijk gepaard gaat. Daarnaast bevat de folder info over wie in aanmerking komt voor een hoogtechnologisch draagmoederschapstraject in het UZ Gent, het verloop van de aanmeldingsprocedure en het verloop van de fertiliteitsbehandeling. Er wordt een extra woordje uitleg gegeven over de procedure wanneer draagmoederschap gecombineerd zal worden met eiceldonatie. Tot slot komen ook de psychologische, juridische en financiële aspecten van het draagmoederschapstraject kort aan bod.

Een infofolder is laagdrempelig: de folder kan worden meegegeven tijdens een eerste infogesprek in het fertiliteitscentrum of kan zelfs al online raadpleegbaar zijn, nog voor wensouders zich tot een fertiliteitscentrum hebben gericht. Op die manier zouden wensouders en hun potentiële draagmoeder al beter geïnformeerd naar een eerste informatiegesprek kunnen komen en hebben ze meteen een duidelijke leidraad over wat hen allemaal te wachten zou staan. Het was haalbaar om een kwaliteitsvolle folder met correcte informatie te ontwikkelen binnen de vooropgestelde tijd. Als evidence-based zorgverlener en als gezondheidspromotor is het de taak van een vroedvrouw om patiënten van wetenschappelijk onderbouwde informatie en adviezen te voorzien (De Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016). Deze folder is gebaseerd op eerder gepubliceerde folders van het UZ Gent, namelijk de folders “Medisch begeleide voortplanting”, “Behandeling met donorsperma” en “Eiceldonatie”, die op hun website terug te vinden zijn. Hieruit werd de informatie die van toepassing is op draagmoederschap gehaald en dit werd tot één geheel herleid. Ook de interne procedure over draagmoederschap van de Afdeling Reproductieve Geneeskunde ligt aan de basis van deze folder. Deze werd niet toegevoegd in bijlage, omdat dit om een intern protocol gaat dat niet verspreid mag worden. Informatie over het juridische en financiële luik haalde ik uit de literatuur gebruikt voor mijn bachelorproef. Het uitwerken van deze infofolder bracht minimale kosten met zich mee: de uitwerking gebeurde in het gratis programma *Canva*, waardoor het enkel de drukkosten betreft. De kost voor het afdrukken bedraagt €2,5 per folder, in kleur. Het ontwerp is echter zo gemaakt dat er ook voor gekozen kan worden om dit zwart-wit af te printen, wat de kosten nog wat zou drukken. Het is belangrijk om te vermelden dat het hier nog maar om een eerste versie van de folder gaat, die nog moet nagelezen worden en van feedback moet voorzien worden door professionals - vroedvrouwen, fertiliteitsconsulenten en fertiliteitsartsen - en het doelpubliek - wensouders en kandidaat-draagmoeders - zodat deze folder optimaal op hun noden kan afgestemd worden.

9 Relevantie voor de praktijk van de vroedvrouw

In België kunnen wensouders in vier fertiliteitscentra terecht voor hoogtechnologisch draagmoederschap, waarbij de draagmoeder niet de genetische moeder van het kind is. Deze bachelorproef zet op een rijtje wat wensouders precies te wachten staat tijdens zo'n traject, zodat zorgverleners hen hierin ook optimaal kunnen begeleiden. Er wordt eerder op zeldzame wijze beroep gedaan op een draagmoeder, maar dit betekent niet dat we deze wensouders niet moeten voorzien van de juiste begeleiding en informatie. (De maakbare mens, 2019)

Ten eerste kunnen vroedvrouwen, als bewakers van de fysiologische zwangerschap, arbeid en het postpartum - competentie 1, preconceptioneel, tijdens de zwangerschap, arbeid en bevalling of zelfs tijdens het kraambed ingeschakeld worden door wensouders en draagmoeders (De Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016). Het is dan ook belangrijk dat iedere vroedvrouw hierover een kennis bezit. Daarnaast zijn vroedvrouwen bewakers van de psychosociale situatie - competentie 4 (De Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016). Kennis over het traject dat de wensouders doormaken en de adoptieprocedure die hen nog te wachten staat om de juridische ouders van hun kind te kunnen worden, is essentieel voor een goede begeleiding. Het kind zelf niet kunnen dragen en daarnaast de onzekerheid die het gebrek aan een wettelijk kader met zich meebrengt, is zeer belastend voor wensouders (Pluym, 2015). Weet hebben van wat de draagmoeder doormaakt, helpt om haar hierin zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen. Vervolgens spelen vroedvrouwen, werkzaam op een fertiliteitsafdeling, als gezondheidspromotor een belangrijke rol tijdens het hele draagmoederschapstraject - competentie 5 (De Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016). Het is hun taak om de wensouders, de draagmoeder en haar eventuele partner te begeleiden tijdens dit traject, voornamelijk door counseling en het verstrekken van juiste informatie en adviezen.

Tot slot kunnen vroedvrouwen werkzaam in de eerste lijn kunnen zeer veel betekenen voor kersverse ouders. Dit is in het geval van draagmoederschap voor de wensouders niet anders. Dat wensouders de begeleiding door een vroedvrouw niet vergoed krijgen door de mutualiteit, is iets dat ons als vroedvrouw zeker aangaat. Vroedvrouwen zijn er immers voor moeder én kind tot de eerste verjaardag van het kind. Bovendien staan zelfstandige vroedvrouwen na enkele weken de ouders voornamelijk nog bij in het kader van de zorg aan de baby, aangezien de biologische moeder dan normaal gezien volledig hersteld is. Om dit hiaat in de regeling rond terugbetaling van verstrekte zorgen te compenseren, zouden vroedvrouwen hun verstrekte zorgen kunnen attesteren op naam van de draagmoeder, mits haar toestemming uiteraard. In feite is dit fraude, maar dit is momenteel de enige manier om terugbetaling te verkrijgen. Een aanbeveling zou daarom kunnen zijn om ook wanneer de biologische moeder niet aanwezig is de terugbetaling te voorzien vanuit het RIZIV.

Algemeen besluit

Vooruitgang in de huidige geassisteerde voortplantingstechnieken heeft voor een verschuiving in de traditionele opvattingen over ouderschap gezorgd (Frati et al., 2021). De wetgeving hinkt momenteel echter nog achter de feiten aan. Er is nood aan een aangepast wettelijk kader omtrent draagmoederschap in België.

België heeft vier fertiliteitscentra die aanvragen voor draagmoederschap behandelen: het CHR de la Citadelle in Luik, het UMC Sint-Pieter in Brussel en de Universitaire Ziekenhuizen van Gent en Brussel (De Maakbare Mens, 2019). Het gaat om niet-commercieel, hoogtechnologisch draagmoederschap. Deze fertiliteitscentra hebben hun eigen strikte toepassingsvereisten, die voortdurend evolueren. Wensouders kunnen enkel omwille van een medische indicatie bij de wensmoeder beroep doen op een draagmoeder en sinds 2011 kunnen homokoppels terecht in het UZ te Gent. De inclusiecriteria zijn streng en er gaat een zeer uitgebreide screening vooraf aan de effectieve goedkeuring (Stuyver et al., 2020). Uiteindelijk zal een eikel van de wensmoeder of een eiceldonor bevrucht worden door een zaadcel van de wensvader. Dit embryo zal dan, na voorbereiding van het baarmoederslijmvlies, in de baarmoeder van de draagmoeder geplaatst worden (Universitair Ziekenhuis Gent, z.j.). Opvallend is dat homokoppels bijna dubbel zoveel betalen als heterokoppels (Danhieux & Defruyt, 2014).

Door het gebrek aan Belgische wetgeving omtrent draagmoederschap, wordt de praktijk ervan impliciet toegelaten. Commercieel draagmoederschap kan echter wel gepaard gaan met strafrechtelijke misdrijven. Draagmoederschap werd buiten beschouwing gelaten bij het opstellen van de MBV-wet, maar omdat bij hoogtechnologisch draagmoederschap technieken worden toegepast die wel door deze wet worden geregeld, moeten bij gebruik van die technieken de regels van die wet worden nageleefd. Een draagmoederschapsovereenkomst is niet juridisch afdwingbaar. Bij juridische geschillen kan hier dus niet op teruggegrepen worden, desondanks is het toch aangeraden deze op te stellen (Pluym, 2015). De overdracht van het juridische ouderschap van de draagmoeder naar de wensouders gaat uit van de bestaande wetgeving over de vaststelling van het ouderschap en adoptie. De draagmoeder is altijd de juridische moeder, volgens het principe “Mater semper certa est”. De wensmoeder zal bijgevolg altijd een adoptieprocedure moeten doorlopen. De wensvader kan in bepaalde situaties het kind echter wel al meteen erkennen. Bij homoseksuele koppels kan slechts één van de wensvaders het kind in bepaalde situaties eventueel erkennen, terwijl de tweede wensvader sowieso de adoptieprocedure zal moeten doorlopen (Decock et al., 2019). Een adoptieprocedure duurt in België gemiddeld één jaar en kan tot twee jaar de tijd nemen (Kind en Gezin, 2021).

Verschillende adviezen en wetsvoorstellen zijn de revue al gepasseerd. Tot nu toe werd nog geen enkel wetsvoorstel wet. Het wetsvoorstel houdende organisatie van centra voor draagmoederschap en het wetsvoorstel tot aanvulling van het Strafwetboek met bepalingen betreffende de commercialisering van en de bemiddeling inzake draagmoederschap trachten

hoogtechnologisch draagmoederschap in Belgische fertiliteitscentra te regelen, maar het commercieel draagmoederschap en de publiciteit ervoor strafbaar te stellen (Wetsvoorstel 5 december 2019; Wetsvoorstel 17 oktober 2019). Beide voorstellen zijn gebaseerd op het advies betreffende zwangerschap-voor-een-ander van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (2004). Het feit dat dit advies bijna twintig jaar oud is, maar nog steeds zeer relevant is en de basis vormt van huidige wetsvoorstellen, toont aan hoe lang men al bezig is met dit proces.

Men kan zich afvragen of het hebben van een kind wel een recht is, of het ethisch verantwoord is dat de last en risico's gelinkt aan een zwangerschap worden overgedragen aan een andere vrouw en of het wel in het belang van het kind is om geboren te worden uit een draagmoeder? Onder andere deze ethische bedenkingen liggen mee aan de basis van dit blijvend juridisch vacuüm. Het zijn complexe vragen waar niet iedereen dezelfde mening over heeft en mede daarom is het zo moeilijk voor de wetgever om hieromtrent een goed aangepast wettelijk kader te voorzien (Patel et al., 2018).

Als de Belgische wetgeving wordt vergeleken met de buitenlandse wetgeving omtrent draagmoederschap, zien we dat er een grote verdeeldheid in regelgeving heerst. In buurlanden Frankrijk en Duitsland zijn alle vormen van draagmoederschap verboden, wat soms tot schrijnende situaties kan leiden (Courduriès, 2018; König, 2018). Luxemburg bevindt zich net als België in een juridisch vacuüm (Alegre et al., 2020; Du Bois et al., 2020). In Nederland is altruïstisch draagmoederschap toegelaten, maar moeten wensouders net als in België een adoptieprocedure doorlopen (Europees Instituut voor Bio-ethiek, 2021). In Oekraïne en de Verenigde Staten daarentegen is commercieel draagmoederschap toegestaan, met als gevolg dat Belgen soms hun toevlucht nemen tot die landen om beroep te doen op een draagmoeder, met alle gevolgen van dien (Aznar & Martínez, 2019).

Het gebrek aan een wettelijk kader brengt heel wat problemen met zich mee. Om te beginnen zal het kind, indien beide wensouders de adoptieprocedure moeten doorlopen, pas hun naam kunnen dragen als de adoptie rond is (Decock et al., 2019). In het slechtste geval moeten de wensouders dus twee jaar wachten voordat hun kind ook hun naam kan dragen (Kind en Gezin, 2021). Daarbij komt dat de wensouders geen recht hebben op moederschapsverlof of geboorteverlof. Van zodra de adoptie rond is, hebben zij gelukkig wel recht op adoptieverlof en ouderschapsverlof (Vlaamse Overheid, z.j.-b). Vervolgens kunnen wensouders het eerste levensjaar van hun kind wel begeleid worden door een vroedvrouw, maar dienen zij het honorarium zelf te betalen (Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen, z.j.). Momenteel vertrekt de nomenclatuur voor postnatale zorg door een vroedvrouw vanuit de biologische moeder, waardoor er geen terugbetaling is wanneer de draagmoeder niet aanwezig is (Team Nursenom RIZIV, persoonlijke communicatie, 20 maart 2023). De wensouders ontvangen wel een startbedrag voor de adoptie van hun kind, waardoor men dit kan zien als een compensatie voor de niet-terugbetaalde zorg door de vroedvrouw (Vlaamse overheid, z.j.-c; M. Reyns, persoonlijke communicatie, 22 maart 2023). Verder zorgt de huidige procedure voor

rechtsonzekerheid voor alle partijen en nog het meest voor het kind: de draagmoeder kan weigeren het kind af te staan en de wensouders kunnen weigeren het kind op te nemen in hun gezin (De Maakbare Mens, 2019). Het laatste probleem dat beschreven wordt is dat wensouders soms naar het buitenland trekken om hun kinderwens elders te vervullen. Dit zorgt soms voor schrijnende verhalen en zeer lange procedures alvorens de wensouders hun kind naar België kunnen brengen en het hier ook kunnen erkennen (Pluym, 2015).

Hoewel het opstellen van aangepaste wetgeving omtrent draagmoederschap uitdagend is voor de wetgever, is het van cruciaal belang dat dit proces in een stroomversnelling komt. Er kan geconcludeerd worden dat het invoeren van aangepaste wetgeving omtrent draagmoederschap in België in de nabije toekomst haalbaar is, mits er meer inspanningen worden geleverd. De nood aan wetgeving is alleszins hoog. De beste oplossing zou zijn om een soort van middenpositie in te nemen tussen het toelaten van zowel altruïstisch als commercieel draagmoederschap en het verbod van alle vormen van draagmoederschap. Daarnaast moeten de wensouders meteen de juridische ouders kunnen zijn, zonder bijkomende procedures te moeten doorlopen (Quina, 2021). Er staat de Belgische wetgever een moeilijke, maar uiterst dringende taak te wachten.

Het praktijkdeel, een informatiefolder over hoogtechnologisch draagmoederschap in het UZ Gent, zal een toegevoegde waarde bieden in het beslissingsproces van wensouders en hun mogelijke draagmoeder, waardoor ze goed geïnformeerde keuzes zullen kunnen maken (Su et al., 2020). Als evidence-based zorgverlener en als gezondheidspromotor is het de taak van een vroedvrouw om patiënten van wetenschappelijk onderbouwde informatie en adviezen te voorzien (De Federale Raad voor de Vroedvrouwen, 2016). De folder is echter nog maar een eerste versie, die nog moet nagelezen worden en van feedback moet voorzien worden door professionals - vroedvrouwen, fertiliteitsconsulenten en fertiliteitsartsen - en het doelpubliek - wensouders en kandidaat-draagmoeders - zodat deze folder optimaal op hun noden kan afgestemd worden.

Literatuurlijst

- Alegre, L., Andreu, M., & Crespo, S. (2020). Gestational surrogacy: a european overview and the spanish case. A feasible proposal? (Themis competition 2020). <https://www.ejtn.eu/PageFiles/18747/TH-2020-03%20ES.pdf>
- Aznar, J., & Martínez Peris, M. (2019). Gestational Surrogacy: Current View. *The Linacre Quarterly*, 86(1), 56–67. <https://doi.org/10.1177/0024363919830840>
- Bontinck, N. (2010). *De bestraffingsratio van commercieel draagmoederschap* [Masterproef 'Master in de rechten']. Universiteit Gent.
- Brinckman, B. (2021, 23 september). Vooruit wil draagmoederschap uit juridisch vacuüm. *De Standaard*. https://www.standaard.be/cnt/dmf20210922_97606160
- Burrell, C., & Edozien, L. C. (2014). Surrogacy in modern obstetric practice. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 19(5), 272–278. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2014.08.004>
- College van Geneesheren Reproductieve Geneeskunde (2022). Report 2020 of the College of Physicians in Reproductive Medecine. In *Belgian Register for Assisted Procreation*. <https://www.belrap.be>
- Courduriès, J. (2018). At the nation's doorstep: the fate of children in France born via surrogacy. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 7, 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2018.11.003>
- Danhieux, K., & Defruyt, L. (2014). *Economisch onderzoek van draagmoederschap* [Masterthesis]. Universiteit Gent.
- Decock, G., Janssens, V., Laes, D., Nys, H., Ossieur, S., Timmerman, K. & Vande Moortel, J. (2019). *Recht voor verpleegkundigen en vroedvrouwen*. (14de editie). Wolters Kluwer.
- Dedecker, A. (2019, 23 september). *Men Having Babies: beurs voor homokoppels die tot 150.000 euro neertellen voor een kind*. BRUZZ. <https://www.bruzz.be/samenleving/men-having-babies-beurs-voor-homokoppels-die-tot-150000-euro-neertellen-voor-een-kind>
- De Federale Raad voor de Vroedvrouwen. (2016). *Het beroeps- en competentieprofiel van de Belgische vroedvrouw*. FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu. https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_frvv_bijlage_beroepsprofiel.pdf

- De Greef, E., Vermeire, L., & Abbeloos, M. (2019, 7 december). De moeilijke weg van draagmoeders en wensouders. BRUZZ. <https://www.bruzz.be/wetenschap/de-moeilijke-weg-van-draagmoeders-en-wensouders-2019-12-07>
- De Maakbare Mens. (2019, 8 augustus). *Draagmoederschap vandaag*. <https://www.demaakbaremens.org/themas/vruchtbaarheid/draagmoederschap/zwan-ger-voor-een-ander-draagmoederschap-vandaag/>
- De Maakbare Mens. (2021, 9 november). *Opinie: als een kind een onzeker avontuur is*. <https://www.demaakbaremens.org/als-een-kind-een-onzeker-avontuur-is/>
- De Nationale raad van de Orde der Artsen (2010). *Draagmoeder*. Orde der artsen. <https://ordomedic.be/nl/adviezen/deontologie/commercialisatie-van-de-geneeskunde/draagmoeder-1>
- Dickenson, D., & Van Beers, B. (2020). Surrogacy: New Challenges to Law and Ethics. *The new bioethics*, 26(4), 293–297. <https://doi.org/10.1080/20502877.2020.1835205>
- Du Bois, D., Dupong, E., & Videira, D. (2020). Family law in Luxembourg: overview. *Thomas Reuters: practical law*.
- Europees Instituut voor Bio-ethiek. (2021). Nederland: eerste draagmoederschap voor een mannelijk paar. <https://www.ieb-eib.org/nl/nieuws/begin-van-het-leven/draagmoederschap/nederland-eerste-draagmoederschap-voor-een-mannelijk-paar-2043.html>
- Europees Hof voor de Rechten van de Mens. (2019). Protocol 16: Advisory opinion concerning the recognition in domestic law of a legal parent-child relationship between a child born through a gestational surrogacy arrangement abroad and the intended mother. Request no. P16-2018-001. <https://hudoc.echr.coe.int/fre?i=003-6380464-8364383>
- Fantus, S. (2020). A Report on the Supports and Barriers of Surrogacy in Canada. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada*, 42(6), 803–805. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.01.016>
- Frati, P., La Russa, R., Santurro, A., Fineschi, B., Di Paolo, M., Scopetti, M., Turillazzi, E., & Fineschi, V. (2021). Bioethical issues and legal frameworks of surrogacy: A global perspective about the right to health and dignity. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 258, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.12.020>

- Golombok, S. (2015). Modern families: parents and children in new family forms. *Choice Reviews Online*, 52(12), 52–6458. <https://doi.org/10.5860/choice.191573>
- Golombok, S., Blake, L., Casey, P., Roman, G. D., & Jadv, V. (2013). Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12015>
- Hiroux, D. (2022, 2 juni). Alleenstaande wenspapa wil kind via draagmoeder maar vangt bot bij ethische commissie: “Er is nood aan wetgeving”. [vrtnws.be](https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/06/02/draagmoeder-ethische-commissie/). <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2022/06/02/draagmoeder-ethische-commissie/>
- Imrie, S., & Jadv, V. (2014). The long-term experiences of surrogates: relationships and contact with surrogacy families in genetic and gestational surrogacy arrangements. *Reproductive Biomedicine Online*, 29(4), 424–435. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2014.06.004>
- Jadv, V., Blake, L., Casey, P. G., & Golombok, S. (2012). Surrogacy families 10 years on: relationship with the surrogate, decisions over disclosure and children’s understanding of their surrogacy origins. *Human Reproduction*, 27(10), 3008–3014. <https://doi.org/10.1093/humrep/des273>
- Jadv, V., Imrie, S., & Golombok, S. (2015). Surrogate mothers 10 years on: a longitudinal study of psychological well-being and relationships with the parents and child. *Human Reproduction*, 30(2), 373–379. <https://doi.org/10.1093/humrep/deu339>
- Kind en Gezin (2021). *Een gekend kind adopteren*. <https://www.kindengezin.be/nl/thema/adoptie/ik-wil-adopteren/een-gekend-kind>
- Klock, S. C., & Lindheim, S. R. (2020). Gestational surrogacy: medical, psychosocial and legal considerations. *Fertility and Sterility*, 113(5), 889–891. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.03.016>
- König, A. (2018). Parents on the Move: German Intended Parents’ Experiences with Transnational Surrogacy. In Springer eBooks (pp. 277–299). Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78670-4_13
- Le Centre de Procréation Médicalement Assistée de l’Université de Liège [CPMA]. (2015, 29 mei). *La gestation pour autrui (GPA) - Le principe*. CPMA. <http://cpma-ulg.be/les-traitements/parentalite-alternative/le-principe/>

- Marinelli, S., Del Rio, A., Straccamore, M., Negro, F., & Basile, G. (2022). The armed conflict in Ukraine and the risks of inter-country surrogacy: the unsolved dilemma. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 26(16), 5646-5650. https://doi.org/10.26355/eurev_202208_29497
- März, J. W. (2021). Challenges Posed by Transnational Commercial Surrogacy: The Jurisprudence of the European Court of Human Rights. *European Journal of Health Law*, 28(3), 263–280. <https://doi.org/10.1163/15718093-bja10045>
- Maydanyk, R. A., & Moskalenko, K. V. (2020). Towards creation of unified regulation on surrogacy in Europe: recent trends and future perspectives. *Wiadomości Lekarskie*, 73(12), 2865–2870. <https://doi.org/10.36740/wlek202012227>
- Neyt, G. (2015). Baby Donna: nu 10 en door vriendjes gepest omdat haar ouders haar ‘gekocht hebben’. *Het Nieuwsblad*. https://www.nieuwsblad.be/cnt/dmf20150522_01695310
- Patel, N. U., Jadeja, Y. D., Bhadarka, H. K., Patel, M., Patel, N., & Sodagar, N. R. (2018). Insight into different aspects of surrogacy practices. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 11(3), 212. https://doi.org/10.4103/jhrs.jhrs_138_17
- Peters, H. E., Schats, R., Verhoeven, M. O., Mijatovic, V., De Groot, C. J., Sandberg, J., Peeters, I. P., & Lambalk, C. (2018). Gestational surrogacy: results of 10 years of experience in the Netherlands. *Reproductive Biomedicine Online*, 37(6), 725-731. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.09.017>
- Peuteman, A. (2023). Topdokter Guy T’Sjoen: ‘Dankzij een draagmoeder zijn we nu een volwaardig Gezin’. *Knack*.
- Pluym, L. (2015). Draagmoederschap naar Belgisch en Nederlands recht. *Familie & Recht*. <https://doi.org/10.5553/fenr/.000019>
- Poirot, P. (2015, 15 mei). GPA: la Belgique, un modèle singulier qui repose sur le don d’une mère porteuse. BFM TV. https://www.bfmtv.com/societe/gpa-la-belgique-un-modele-singulier-qui-repose-sur-le-don-d-une-mere-porteuse_AN-201505150066.html
- Quina, T. (2021). Het verbod op commercieel draagmoederschap bekeken vanuit mensenrechtelijk en rechtsvergelijkend perspectief [Masterthesis].

- Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. (2004). *Advies nr. 30 van 5 juli 2004 betreffende zwangerschap-voor-een-ander (draagmoederschap)*. https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/advies0-zwangerschap-voor-een-ander.pdf
- Schepens, W. (2018, 5 december). *Medische primeur: vrouw met baarmoeder van overleden donor baart gezonde baby*. *vrtnws.be*. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2018/12/05/medische-primeur-vrouw-met-baarmoeder-van-overleden-donor-baart/>
- Shenfield, F., Pennings, G., Cohen, J. D., Devroey, P., De Wert, G., & Tarlatzis, B. C. (2005). ESHRE Task Force on Ethics and Law 10: Surrogacy. *Human Reproduction*, 20(10), 2705–2707. <https://doi.org/10.1093/humrep/dei147>
- Söderström-Anttila, V., Wennerholm, U., Loft, A. G., Pinborg, A., Aittomäki, K., Romundstad, L. B., & Bergh, C. (2015). Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families—a systematic review. *Human Reproduction Update*, dmv046. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmv046>
- Stuyver, I., Vanbrabant, P., Van Glabeke, L., De Croo, I., Peters, N., & De Sutter, P. (2020). Hoogtechnologisch draagmoederschap in België anno 2020. *Tijdschrift voor geneeskunde en gezondheidszorg*, 76, 556–562. <https://doi.org/10.2143/TVG.76.12.2003085>
- Su, Y., Yuki, M., & Hirayama, K. (2020). The experiences and perspectives of family surrogate decision makers: A systematic review of qualitative studies. *Patient Education and Counseling*, 103(6), 1070–1081. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.12.011>
- Surrogacy Agreements Act. (2023). UK legislation: Surrogacy Agreements Act 1985; updated. <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1985/49>
- Temmerman, M., De Sutter, P., Stevens, L., Valcke, L., & Bauwelinck, B. (2011). Draagmoederschap durven regelen. *SAMENLEVING EN POLITIEK (BRUSSEL)*, 18(5), 50–59. <https://biblio.ugent.be/publication/1860551>
- Torfs, M. (2018, 10 december). *Baarmoeder getransplanteerd in Gent: vrouw zou over een jaar alsnog zwanger kunnen worden*. *vrtnws.be*. <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2018/12/10/baarmoeder-primeur-uz-gent>
- Universitair Ziekenhuis Gent. (z.j.). *Reproductieve geneeskunde*. <https://www.uzgent.be/patient/zoek-een-arts-of-dienst/vrouwenkliniek/reproductieve-geneeskunde>

- Vanoverschelde, Y. (2017, 28 september). *Zijn anonieme of discrete bevallingen alternatieven voor het vondelingenluik?* vrtnews.be. <https://www.vrt.be/vrtnews/nl/2017/09/28/zijn-anonieme-of-discrete-bevallingen-alternatieven-voor-de-vond/>
- Vernooij, K. (Red.). (2018, 27 oktober). *IVF-draagmoederschap voor homostellen in België de normaalste zaak*. KRO-NCRV. <https://pointer.kro-ncrv.nl/ivf-draagmoederschap-voor-homostellen-in-belgie-de-normaalste-zaak>
- Vlaamse Beroepsorganisatie van Vroedvrouwen (2023). *Nomenclatuur voor vroedvrouwen Vanaf 1 januari 2023*. <https://www.vroedvrouwen.be/nomenclatuur>
- Vlaamse Overheid. (z.j.-a). *Een gekend kind adopteren*. [www.vlaanderen.be. https://www.vlaanderen.be/een-gekend-kind-adopteren](https://www.vlaanderen.be/een-gekend-kind-adopteren)
- Vlaamse Overheid. (z.j.-b). *Verlof en tijdelijk minder werken*. [www.vlaanderen.be. https://www.vlaanderen.be/werken/verlof-en-tijdelijk-minder-werken](https://www.vlaanderen.be/werken/verlof-en-tijdelijk-minder-werken)
- Vlaamse Overheid. (z.j.-c). *Startbedrag*. Groeipakket. <https://www.groeipakket.be/tegemoetkomingen/startbedrag>
- Wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten. (2007, 27 juli). Geraadpleegd van https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/6_juli_2007.pdf
- Wetsvoorstel 17 oktober 2019 tot wijziging van het Strafwetboek wat betreft het commercieel draagmoederschap, *Parl.St.* Kamer, 0366
- Wetsvoorstel 5 december 2019 houdende organisatie van centra voor draagmoederschap, *Parl.St.* Kamer, 0855
- Winkel, E., Roumen, F. J., & Dermout, S. (2010). Draagmoederschap na ivf in het buitenland: DILEMMA'S BIJ DE BEGELEIDING. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154(33), 1561–1565.
- Zadeh, S., Ilioi, E., Jadvá, V., & Golombok, S. (2018). The perspectives of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation. *Human Reproduction*, 33(6), 1099-1106. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey088>

Bijlagen

Bijlage A: Informatiefolder *Hoogtechnologisch draagmoederschap* in het UZ Gent



INHOUD

1	<u>INLEIDING</u>	1
2	<u>CRITERIA TER AANVAARDING</u>	3
3	<u>VOORBEREIDENDE FASE</u>	4
4	<u>DE BEHANDELING</u>	6
5	<u>IN GEVAL VAN EICELDONATIE</u>	11
6	<u>PSYCHOLOGISCHE IMPACT</u>	13
7	<u>PRAKTISCH</u>	13
8	<u>ZWANGERSCHAP</u>	14
9	<u>CONTACTGEGEVENS</u>	15

1 INLEIDING

Deze brochure is bedoeld voor zowel kandidaat-draagmoeders, als voor koppels met een onvervulde kinderwens die eventueel in aanmerking komen voor hoogtechnologisch draagmoederschap:

- Heteroseksuele koppels waarbij de vrouw niet zwanger kan worden omwille van
 - Afwezigheid van een baarmoeder
 - Niet-functioneel endometrium
 - Zwangerschap zou een ernstig risico vormen voor moeder en/of kind
- Homoseksuele koppels

U vindt hier objectieve informatie over hoogtechnologisch draagmoederschap en over wat u kunt verwachten doorheen dit traject. Het is een schriftelijke aanvulling op uw gesprek met de arts of vroedvrouw. Voor meer informatie of inlichtingen over uw persoonlijke situatie kunt u bij hen of bij de andere leden van het fertiliteitssteam terecht.

ROUW OM DE ONVERVULDE KINDERWENS

Wie een onvervulde kinderwens heeft, staat vaak stil bij hoe groot de kinderwens is en wat ouderschap betekent. Daarbij hoort een rouwproces. Rouw is een natuurlijke reactie op verlies. Bij ongewenste kinderloosheid gaat het over meerdere aspecten: een kind verliezen dat nooit geboren werd, de controle over de eigen vruchtbaarheid verliezen, de kans op eigen genetische kinderen verliezen, het einde van een genetische lijn enzovoort. Daarom is het beter om de stap naar een draagmoederschapstraject niet te snel te zetten en tijd te nemen om dit allemaal te verwerken.

Een rouwproces gaat gepaard met verschillende emoties en kan soms lang en pijnlijk zijn. Rouwgevoelens zijn ook niet bij iedereen even intens. Veelvoorkomende rouwgevoelens zijn:

- Ontkenning: 'Dit kan mij toch niet overkomen'. Ontkenning is een afweermechanisme waarmee we ons wapenen tegen hevige emoties.
- Aggressie: Een uiting van onmacht. U kan kwaad zijn op zichzelf, op uw partner, mogelijk op de hele wereld. U kan het gevoel hebben dat u onrechtvaardig behandeld wordt.
- Schuld: 'Wat heb ik fout gedaan waardoor dit ons overkomt?' U kunt worstelen met het gevoel elkaar niet te kunnen geven waar jullie beiden zo naar verlangen.
- Verdriet: Als koppel voelen jullie een verlies.

Toch maken al die gevoelens na verloop van tijd langzaam maar zeker plaats voor aanvaarding. Als jullie er nood aan hebben, kunnen jullie doorheen het rouwproces begeleiding zoeken bij de fertiliteitsconsulenten van de afdeling. Pas als jullie het verlies aanvaard hebben en een plaats gegeven hebben, kan de tweede fase echt van start gaan: een alternatief kiezen.

1

OP ZOEK NAAR EEN ALTERNATIEF

Als vaststaat dat je als koppel geen kind kan verwekken omwille van de onmogelijkheid om een kind te dragen, zijn de opties in willekeurige volgorde:

- Bewust kinderloos blijven
- Adoptie
- Pleegzorg
- Draagmoederschap

BEWUST KINDERLOOS BLIJVEN

Het ouderschap definitief opgeven kan een bewuste keuze zijn. Werk, hobby's, sociale contacten en vrijetijdsbesteding kunnen voldoening bieden en een leven betekenis geven. Kinderloosheid hoeft dat niet in de weg te staan. Koppels die daarvoor willen praten, kunnen op consultatie bij de fertiliteitsconsulenten.

ADOPTIE OF PLEEGZORG

Voor andere koppels is adoptie een goed alternatief om een gezin uit te bouwen. In België bestaan procedures voor binnenlandse en buitenlandse adoptie. Ook pleegzorg is een waardevol alternatief. Met vragen over adoptie of pleegzorg kunt u terecht bij de fertiliteitsconsulenten.

DRAAGMOEDERSCHAP

Draagmoederschap is een complexe vorm van medisch begeleide voortplanting. We spreken van medisch begeleide voortplanting wanneer men vruchtbaarheidstechnieken inzet met het doel een zwangerschap tot stand te brengen. Bij hoogtechnologisch draagmoederschap wordt de eicel van de wensmoeder (of eiceldonor) via de ICSI-techniek bevrucht door het semen van de wensvader en het hieruit ontstane embryo wordt in de baarmoeder van een draagmoeder geplaatst. Hierdoor wordt een zwangerschap tot stand gebracht bij een draagmoeder, met de bedoeling dat het kind na de bevalling wordt afgestaan aan de wensouders. Zowel heteroseksuele als homoseksuele wensouders kunnen een aanvraag voor draagmoederschap indienen. We gaan niet in op aanvragen van alleenstaanden. In België dienen wensouders zelf hun kandidaat draagmoeder mee te brengen.

2

2 CRITERIA TER AANVAARDING

Hier vindt u de huidige criteria voor patiënten die in aanmerking komen voor draagmoederschap. Deze voorwaarden zijn niet exhaustief en zijn steeds onderhevig aan wijzigingen, alsook aan wettelijke aanpassingen.

VOOR DE WENSoudERS

- De wensouders dienen woonachtig te zijn in België;
- Leeftijdsgrenzen zoals bepaald door de ART-wet van 6/7/2007:
 - Wensmoeder: max. 45 jaar (wegname van gameten mag maar tot op de dag die aan de 46ste verjaardag voorafgaat)
 - Wensvader: max. 66 jaar
- De wensouders zijn minstens 25 jaar, aangezien dit de ondergrens is voor adoptie;
- De draagmoederschaapaanvraag kent een duidelijke medische indicatie en de wensouders verkeren in een goede, algemene gezondheid;
- Aanvragen voor een tweede kind binnen de relatie via draagmoederschap zijn bespreekbaar.

VOOR DE DRAAGMOEDER

- De kandidaat-draagmoeder dient woonachtig te zijn in België;
- Leeftijdsgrenzen zoals bepaald door de ART-wet van 6/7/2007:
 - Draagmoeder: max. 44 jaar (embryotransfer mag maar tot op de dag die aan de 45ste verjaardag voorafgaat)
- De kandidaat-draagmoeder moet minstens één levend gebaard kind hebben en een vervulde kinderwens;
- Haar obstetrische voorgeschiedenis mag geen pathologie vermelden die een verhoogd risico op complicaties in de volgende zwangerschap impliceert;
- Ze moet in goede algemene gezondheid verkeren;
- Haar motivatie is ideëel en er is een akkoord van haar (eventuele) partner en gezin.

VOOR DE EVENTUELE EICELDONOR

- Leeftijdsgrens:
 - Anonieme donor: max. 36 jaar
 - Gekende donor: max. 39 jaar (bij voorkeur);
- De donor is bij voorkeur bewezen vruchtbaar, waarmee wordt bedoeld dat ze minstens éénmaal zwanger werd;
- De donor mag geen drager zijn van erfelijke en/of infectieuze ziekten.

3

3 VOORBEREIDENDE FASE

INTAKEGESPREK WENSoudERS

Voor de wensouders staat een intakegesprek bij de arts en bij één van de fertiliteitsconsulenten op de planning.

Tijdens het intakegesprek met de **arts** wordt een medisch dossier opgemaakt, waarbij voornamelijk het helder stellen van de medische indicatie voor draagmoederschap aandacht krijgt. Daarnaast vindt een medische evaluatie van beide partners plaats. De aanvragen voor serologische screening bij beide partners, alsook het uitvoeren van een semenanalyse worden besproken. Deze worden pas uitgevoerd na de interne stafbespreking.

Tijdens het intakegesprek met de **fertiliteitsconsulente** gebeurt een psychosociale evaluatie. Ook worden de verdere stappen in deze eerste fase tot aanvaarding van het dossier duidelijk geschetst.

INTAKEGESPREK EN TOESTEMMING KANDIDAAT-DRAAGMOEDER

De kandidaat-draagmoeder en haar eventuele partner zullen ook een intakegesprek hebben bij de arts en bij één van de fertiliteitsconsulenten.

Tijdens het intakegesprek met de **arts** wordt een medisch dossier van de kandidaat-draagmoeder opgemaakt en vindt een gynaeco-obstetrische evaluatie plaats. Een recent gynaecologisch onderzoek wordt gevraagd, alsook een verslag van de obstetrische voorgeschiedenis.

Tijdens het intakegesprek bij de **fertiliteitsconsulente** gebeurt een psychosociale evaluatie. Ook worden de verdere stappen in deze eerste fase tot aanvaarding van het dossier duidelijk geschetst.

GOEDKEURING OF WEIGERING VAN DE BEHANDELING

KLINISCH PSYCHOLOGISCHE STAF VAN DE AFDELING REPRODUCTIEVE GENEESKUNDE

De aanvraag wordt besproken op de Klinisch Psychologische staf van de Afdeling Reproductieve Geneeskunde; dit is een interne stafbespreking. De wensouders en kandidaat draagmoeder kunnen op een vooraf afgesproken moment contact opnemen met de fertiliteitsconsulente in verband met het advies gegeven op de stafvergadering.

Na positief advies start het opstellen van het dossier ter presentatie voor de multidisciplinaire vergadering.

Bij negatief advies worden de wensouders hiervan schriftelijk op de hoogte gebracht.

4

MULTIDISCIPLINAIRE VERGADERING

Voor het opstellen van het dossier voor de multidisciplinaire vergadering worden volgende stappen doorlopen. Deze afspraken worden gecoördineerd door de psychologen en de voedervrouwen van het referentieteam draagmoederschap.

- Serologische testing bij de wensouders en semenanalyse bij de wensvader: deze resultaten worden besproken met de behandelende arts op een geplande consultatie;
- Afspraak met de psychiater voor de wensouders en de draagmoeder met haar eventuele partner (individuele gesprekken);
- Algemeen internistisch onderzoek bij de kandidaat draagmoeder in het kader van draagmoederschap, alsook een uitgebreide bloedanalyse;
- Opstarten proefcyclus bij de draagmoeder: zo kan een inschatting worden gemaakt van de tijd die nodig is voor de opbouw van het endometrium, zodat tijdens de stimulatie van de wensmoeder/eiceldonor de draagmoeder met haar gesynchroniseerd kan worden. Hiervoor wordt een afspraak bij de behandelend arts ingepland en vervolgens een afspraak bij de voedervrouwen van het referentieteam draagmoederschap;
- Afspraak met een door het centrum gekozen jurist voor alle partijen in verband met mogelijke juridische implicaties (een bewijs wordt gevraagd);
- Afnames psychologische vragenlijsten van alle betrokkenen; de kandidaat draagmoeder dient deze op de afdeling in te vullen.

Het dossier wordt vervolgens voorgesteld op een multidisciplinaire vergadering, in aanwezigheid van de betrokken internist en psychiater. De patiënten worden telefonisch van het advies op de hoogte gebracht door de fertiliteitsconsulente.

5

4 DE BEHANDELING

Na goedkeuring wordt voor alle betrokkenen samen een afspraak bij de behandelende arts gepland, alsook op dezelfde dag een afspraak met de verantwoordelijke voedervrouw. De behandelende arts zal de effectieve behandeling bespreken (medicatie voor de wensouders en de kandidaat-draagmoeder, beleid inzake bevruchting en transfer ...) Tijdens het gesprek met de voedervrouw wordt praktische informatie toegevoegd. Er wordt een kostenraming en een informed consent met betrekking tot draagmoederschap ingevuld. De wensouders krijgen ook de toestemmingsformulieren mee voor intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI) en het invriezen van embryo's.

Tijdens het natuurlijke bevruchtingsproces wordt de eicel bevrucht in de eileider, waarna de bevruchte eicel zich naar de baarmoeder verplaatst en zich daar nestelt. Bij ICSI gebeurt de bevruchting van de eicel buiten het lichaam van de vrouw. Hierbij worden eicellen kunstmatig bevrucht door één enkele zaadcel in de eicel in te brengen met een fijne naald.

De belangrijke stappen in deze behandeling zijn:

- Stimulatie van de eierstokken om meerdere rijpe eicellen te ontwikkelen (wensmoeder/eiceldonor);
- Aanprikken van de follikels en aspireren van de eicellen (wensmoeder/eiceldonor);
- Bewerking van het spermastaal (wensvader);
- Bevruchting van de eicellen in het laboratorium en transfer van één embryo in de baarmoeder (draagmoeder);
- Embryo's invriezen.

Hieronder volgt een korte omschrijving van de verschillende stappen van de behandeling.

STIMULATIE VAN DE EIERSTOKKEN BIJ DE WENSMOEDER/EICELDONOR

De kans op slagen wordt mee bepaald door het aantal eicellen dat we per behandeling verkrijgen. Om meerdere eicellen tot ontwikkeling te brengen, moeten de eierstokken gestimuleerd worden. Dit gebeurt met een natuurlijk hormoon, het follikelstimulerend hormoon [FSH], dat tijdens de spontane cyclus door een hersenkiertje, de hypofyse, wordt afgescheiden. Tijdens de cyclus wordt de productie van dit hormoon door het lichaam zo geregeld, dat slechts één eicel tot rijping komt. Voor een ICSI-behandeling is het wenselijk om meerdere eicellen tot rijping te brengen. Daarom wordt een deel van de activiteit van de hypofyse tijdelijk stilgelegd. Dat kan kortstondig en gelijktijdig met de stimulatie (enkele dagen onderhuidse injecties) of al verschillende weken vóór de stimulatie (eenmalige inspuiting met een langwerkend product). De medicatie die we hiervoor gebruiken, werkt heel selectief op de productie van het FSH en heeft geen enkel nadelig effect.

6

FSH wordt dagelijks via een onderhuidse inspuiting toegediend. Gemiddeld duurt een stimulatie 12 dagen, maar dat kan variëren van 7 tot 21 dagen. Er zijn verschillende hormoonproducten op de markt. De arts zal met u bespreken welk product voor uw behandeling het meest geschikt is. Het verloop van de stimulatie volgen we nauwgezet op via echografie en eventueel bijkomende bloedonderzoeken. Dat is noodzakelijk om de stimulatie te kunnen bijsturen én om het ogenblik te bepalen waarop de eicellen rijp zijn voor bevruchting in het lab. Op het ogenblik dat een aantal follikels, de blaasjes waarin de eicellen zich bevinden, een diameter van ongeveer 18 tot 20 mm hebben bereikt en als de resultaten van de bloedanalyse normaal zijn, wordt de laatste stap van de eicelrijping op gang gebracht via een inspuiting met humaan choriongonadotrofine [HCG]. De eicelpunctie gebeurt 34 tot 38 uur na deze injectie. Het is dus belangrijk dat de inspuiting met HCG gebeurt op het afgesproken tijdstip (meestal tussen 20 en 24 uur).

EICELPUNCTIE BIJ DE WENSMOEDER/EICELDONOR

Met een fijne naald prikken we onder transvaginale echografische controle de follikels aan door de schedewand heen. Het follikelvocht met de eicel erin wordt aangezogen. Dat gebeurt meestal onder bewuste sedatie samen met lokale verdoving. In uitzonderlijke gevallen is een algemene anesthesie mogelijk, maar enkel als dit medisch aangewezen is. Bij algemene verdoving dienen we een krachtig maar kortwerkend slaapmiddel toe onder toezicht van een anesthesist. Welke vorm van verdoving we gebruiken, moet vooraf worden besproken met uw behandelende arts.

Hoe dan ook moet u na de punctie nog enkele uren onder medisch toezicht blijven. De kans op verwikkelingen, zoals een bloeding of infectie, is heel klein. Uit de follikel die wordt aangeprikt, komt een kleine hoeveelheid bloed in de buikholte terecht. Dat gebeurt trouwens ook bij een natuurlijke eisprong. Deze kleine bloeding stopt bijna steeds vanzelf. Ook kan de plaats waar de naald door de schedewand is gegaan nog wat nabloeden.

Het is uitzonderlijk dat er door de punctie een infectie ontstaat; een risico kleiner dan 1/1000. Daarom geven we geen preventieve antibiotica; behalve bij risicogevalen. Als u in de dagen na de punctie toch koorts zou krijgen, moet u dit onmiddellijk aan een voedervrouw of arts melden.

BEWERKING VAN HET SPERMA

De ochtend van de eicelpunctie wordt het sperma in het laboratorium voorbereid. Het sperma kan thuis of in een aangepaste ruimte in ons centrum worden geproduceerd. In beide gevallen moet u het sperma binnen het uur aan het laboratorium bezorgen. Het zaad moet tijdens het transport op lichaamstemperatuur blijven. U kunt ook vóór de behandeling een staal laten invriezen. Dat kan nuttig zijn als er een kans bestaat dat de partner op de dag van de eicelpunctie niet kan aanwezig zijn of als we problemen voorzien met de productie van het zaad. Het kan namelijk gebeuren dat het laboratorium vraagt om een tweede ejaculaat te produceren.

7

MICRO-INJECTIE VAN ZAADCELLEN (ICSI)

Na de eicelpunctie worden de proefbuisjes met de eicellen naar het laboratorium gebracht. We brengen de eicellen over naar een cultuurmedium en onder de microscoop pikken we met een fijne naaldje één zaadcel op die we rechtstreeks in de eicel injecteren. Eén dag later kunnen we in het laboratorium nagaan of de eicellen bevrucht zijn. ICSI leidt (gemiddeld) tot de bevruchting van 70 procent van de geïnjecteerde rijpe eicellen. Als er een bevruchting plaatsvindt, is de kans op zwangerschap dezelfde als na een gewone IVF-behandeling. Deze kans hangt uitsluitend af van de kwaliteit van het embryo dat in de baarmoeder van de draagmoeder wordt geplaatst. Een normaal bevruchte eicel is op dat ogenblik nog niet gedeeld, maar bevat twee voorkernen die onder de microscoop zichtbaar zijn; één afkomstig van de eicel en één van de bevruchtende zaadcel.

Eén dag na de punctie belt het centrum u op om het resultaat van de bevruchting te melden en om het ogenblik van de embryotransfer af te spreken. De embryo's worden meestal vijf dagen na de eicelpunctie in de baarmoeder van de draagmoeder gebracht. Normaal bevinden de embryo's zich dan in het blastocyststadium.

Bij een embryo in het blastocyststadium kunnen we twee celtypes onderscheiden: de kiemknop, die de foetus wordt, en de trofocodermcellen, waaruit de moederkoek zich later vormt. Die worden ondersteund door een vloeistof die toeneemt in een holte. Deze holte wordt groter naarmate de blastocyst groeit. Een blastocyst wordt dan ook verdeeld op de kwaliteit van de kiemknop, de trofocodermcellen en de status van de expansie.

De kans op implantatie van een embryo dat er perfect uitziet, bedraagt nooit meer dan 50 procent en is afhankelijk van de leeftijd van de vrouw. Dat komt omdat de voortplanting in het algemeen en die van een mens in het bijzonder niet volmaakt is. Veel embryo's, ook bij een natuurlijke bevruchting, dragen genetische defecten die zich niet noodzakelijkerwijs manifesteren tijdens de eerste celdelingen, maar die de latere ontwikkeling en dus ook de implantatie van het embryo verhinderen.

Er is geen verband aangetoond tussen de gezondheid van het kind en de kwaliteit van het embryo.

8

EMBRYOTRANSFER BIJ DE DRAAGMOEDER

Aangezien de cyclus van de draagmoeder zal moeten gelijk lopen met die van de wensmoeder/eiceldonor, zodat vijf dagen na de eicelpunctie een verse embryotransfer kan plaatsvinden, zal het baarmoederslijmvlies van de draagmoeder worden voorbereid met hormonen (oestrogeen en progesteron). Inspuitingen zijn doorgaans niet nodig. Wel wordt in een aantal gevallen het ovulatietijdstip getimed door een eenmalige injectie van HCG.

Een embryo overbrengen naar de baarmoeder is een eenvoudige procedure. Er is geen ziekenhuisopname of verdoving nodig. Het embryo wordt met een katheter uit het laboratoriumschaaltje opgenomen en via de baarmoederhals in de baarmoederholte gebracht onder echografische controle. Het is wel belangrijk dat uw blaas daarbij goed gevuld is. Zo kunnen we de baarmoeder beter in beeld brengen en ligt het baarmoederlichaam beter op één lijn met de baarmoederhals.

In de baarmoeder blijft het embryo zich verder ontwikkelen tot het klaar is voor de eigenlijke innesteling. Er is geen enkel bewijs dat rust onmiddellijk na de transfer of de dagen erna de innesteling van het embryo bevordert. Of de draagmoeder al dan niet zwanger wordt, hangt voornamelijk af van de kwaliteit van het embryo. De kans op de innesteling van een embryo is gemiddeld 30 tot 40 procent (en nooit meer dan 50 procent). Om die reden werden vroeger systematisch twee of zelfs meer embryo's teruggeplaatst om de kans op zwangerschap te verhogen. In een draagmoederschapstraject zal echter steeds een enkelvoudige embryotransfer gebeuren om meerlingzwangerschappen te vermijden. Er zal dus nooit meer dan één embryo in de baarmoeder van de draagmoeder worden geplaatst.

Na één of twee mislukkingen rijst frequent de begrijpelijke vraag 'waarom?'. Sommige paren vragen zich af of het niet te wijten is aan uitwendige en beïnvloedbare omstandigheden zoals stress, rust enzovoort. In de meeste gevallen is het uitblijven van zwangerschap echter een gevolg van een natuurlijke selectie en toeval.

9

EMBRYO'S INVRIEZEN

Wanneer na een embryotransfer één of meerdere embryo's van goede kwaliteit overblijven, kunnen we ze bewaren in vloeibare stikstof; dit wordt cryopreservatie genoemd. De embryo's worden meestal ingevroren op dag vijf. Zo kan de embryoloog enkel de verder evoluerende embryo's selecteren. Als de embryo's van onvoldoende kwaliteit zijn, worden ze aan hun natuurlijk lot overgelaten. Een klein aantal embryo's overleeft het invries- en ontdooiproces niet.

De kans om zwanger te worden na transfer van embryo's die na het ontdooien nog vitaal zijn, is bijna even groot als voor verse embryo's. Ook bij ingevroren embryo's wordt slechts één embryo per keer ontdood en in de baarmoeder van de draagmoeder geplaatst.

De transfer van een ontdood embryo kan in een natuurlijke cyclus gebeuren, als die regelmatig is, of na voorbereiding van het baarmoederslijmvlies met hormonen. Inspuitingen zijn doorgaans niet nodig. Wel wordt in een aantal gevallen het ovulatietijdstip getimed door een eenmalige injectie van HCG.

Het invriezen en bewaren van embryo's houdt een belangrijke investering in voor het centrum. Wettelijk zijn we verplicht u op voorhand te vragen om een keuze te maken uit verschillende opties als u geen gebruik meer zou maken van de ingevroren embryo's:

- Ontdooien, met vernietiging tot gevolg;
- Ontdooien en schenken voor wetenschappelijk onderzoek met uiteindelijk vernietiging tot gevolg.

Alle mogelijke opties staan ook uitgebreid beschreven in het toestemmingsformulier dat u moet ondertekenen voor de start van de behandeling.

Ingevroren embryo's bewaren we maximaal vijf jaar. Het beschikingsrecht over embryo's behoort toe aan het koppel en is niet overdraagbaar op de afzonderlijke partners. In geval van onenigheid, scheiding of overlijden van één van de partners ondergaan de embryo's de beschikking die vooraf met u is afgesproken.

10

5 IN GEVAL VAN EICELDONATIE

WAT IS EICELDONATIE?

Eiceldonatie is het afstaan van onbevuchte eicellen door een donor. Homoseksuele koppels of vrouwen die zelf niet over (geschikte) eicellen beschikken, kunnen beroep doen op een eiceldonor. Deze vrouw mag niet ook de draagmoeder zijn. De wensouders dienen hiervoor een verzoekschrift naar de afdeling te richten. Dit wordt hen meegegeven door de fertiliteitsconsulent. Dit verzoek wordt dan verder besproken op de stafvergadering.

Eiceldonatie is medisch gezien niet zo vanzelfsprekend als spermadonatie. Van de eiceldonor wordt gevraagd een complete ICSI-behandeling te ondergaan. De eicellen die uit die behandeling voortvloeien, worden bevrucht met de zaadcellen van de wensvader.

Er zijn twee manieren waarop eicellen gedoneerd kunnen worden in geval van een draagmoederschapstraject in ons centrum: anonieme en gekende donatie.

ANONIEME WISELDONATIE

Dit houdt in dat de wensouders zelf een donor aanbrengen, die wordt gewisseld met een donor van een koppel dat eveneens een vrouw bereid vindt om eicellen af te staan. Bijgevolg weet de donor niet aan wie ze eicellen schenkt en kennen de wensouders nooit de identiteit van de donor.

GEKENDE DONATIE

Dit houdt in dat de donor en de wensouders elkaar kennen.

HOE GAAN WE IN ONS CENTRUM TE WERK?

Voor de start van de behandeling komt de mogelijke eiceldonor naar de Afdeling Reproductieve Geneeskunde voor een gesprek met de arts, de vroedvrouw en de fertiliteitsconsulente. Bij de arts krijgt zij medische informatie over de behandeling, terwijl de vroedvrouw instaat voor de verwerking van gegevens, coördinatie van de behandeling en praktische tips. De consulente bespreekt met haar (en eventueel haar partner) de psychische aspecten van het doneren van eicellen.

In tegenstelling tot bij gekende donatie, is bij anonieme donatie de aanwezigheid van een eventuele partner tijdens de gesprekken niet verplicht.

11

PARAMEDISCHE BEGELEIDING

De coördinerende vroedvrouw is het eerste aanspreekpunt voor alle vragen over donatie. Haar taken zijn divers: zij geeft uitleg over het thema 'donatie' en regelt alle praktische zaken. Dit omvat onder andere het noteren van uw fysieke kenmerken en het opmaken van een familiestamboom. Er wordt een bloedonderzoek verricht voor het uitsluiten van een aantal besmettelijke aandoeningen (Hepatitis B, Hepatitis C, HIV). Tevens wordt een genetisch onderzoek verricht (chromosoomanalyse, dragerschap fragile X-syndroom en mucoviscidose). Verder neemt zij samen met de eiceldonor het volledige stimulatieschema door, dat gesynchroniseerd wordt met het stimulatieschema van de acceptor (in dit geval de draagmoeder). Uiteraard wordt er strikt op toegezien dat bij anonieme donatie de acceptor en donor elkaar nooit ontmoeten.

Voor praktische vragen zoals de innamen van medicatie of het verloop van de stimulatie kan u altijd bij haar terecht. Ze licht ook de financiële aspecten toe. Het doneren van eicellen wordt in België niet vergoed. De anonieme donor krijgt echter wel een forfaitair bedrag ter compensatie voor gemaakte onkosten.

PSYCHOLOGISCHE BEGELEIDING

Het allereerste gesprek met de fertiliteitsconsulent gebeurt altijd voor de aanvang van de behandeling. In dit counsellingsgesprek is het de bedoeling om alle facetten van eiceldonatie goed door te nemen en de psychologische implicaties ervan in te schatten.

Ten allen tijde kan beroep gedaan worden op de consulente. Er kunnen immers nog vele vragen naar boven komen.

Belangrijk om te weten is dat een donor het recht heeft om op elk moment de behandeling te stoppen.

12

6 PSYCHOLOGISCHE IMPACT

De angsten en zorgen die samengaan met een draagmoederschapstraject kunnen soms zeer sterk zijn. U kunt uw vragen en bezorgdheden bespreken met onze fertiliteitsconsulenten.

Hoewel vele koppels getuigen van volharding, zakt de moed en het optimisme wel eens weg en dan kunnen gesprekken u een eindje op weg helpen. Begeleiding bij de verwerking van mislukking, verlies of rouw is een belangrijke factor om nadien samen weer verder te kunnen.

De vroedvrouw kan een afspraak bij een van de fertiliteitsconsulenten voor u vastleggen of u kunt dat zelf doen via mail of telefoon (zie contactgegevens).

7 PRAKTISCH

JURIDISCHE LUIK

Draagmoederschap is niet wettelijk geregeld in België. Dit zorgt ervoor dat de draagmoeder altijd de juridische moeder van het kind zal zijn. Er moet een adoptietraject doorlopen worden opdat de wensmoeder de juridische moeder kan worden. Enkel als de draagmoeder niet gehuwd is, kan de wensvader het kind al erkennen in de zwangerschap, waardoor hij wel meteen als de juridische vader zal worden beschouwd. De draagmoeder kan het kind ten vroegste twee maanden na de geboorte afstaan ter adoptie en het kan tot twee jaar duren voor de adoptie volledig rond is.

Een draagmoederschapstraject berust dus volledig op het vertrouwen tussen beide partijen. Daarom is het belangrijk dat zowel de draagmoeder als de wensouders goed begeleid worden doorheen dit proces en dat er goede afspraken worden gemaakt. Jullie zullen samen zitten met een door het centrum gekozen jurist die verdere uitleg zal geven over de mogelijke juridische gevolgen. Ook is het belangrijk dat jullie dan samen een overeenkomst opstellen, zodat de verwachtingen op elkaar worden afgesteld. Deze overeenkomst is niet juridisch afdwingbaar, maar biedt wel een houvast doorheen het traject.

KOST VAN DE BEHANDELING

Tijdens het intakegesprek met de fertiliteitsconsulente krijgt u informatie over de geschatte kosten van de behandeling. U zal tevens een kostenraming ontvangen.

13

8 ZWANGERSCHAP

KANS OP ZWANGERSCHAP

De cijfers van de laatste vijf jaar in ons centrum tonen aan dat de kans om een zwangerschap te bereiken met ICSI per gestarte cyclus globaal genomen ongeveer 30 à 35 procent bedraagt. In uw individuele geval wordt deze kans bepaald door uw leeftijd, het aantal en de kwaliteit van de eicellen plus de kwaliteit van de embryo's.

OPVOLGING VAN DE ZWANGERSCHAP

Als de draagmoeder zwanger wordt na deze procedure, is het verloop van de zwangerschap, de kans op een gezond kind en het risico op complicaties vergelijkbaar met die van een zwangerschap na eiceldonatie. Onderzoek toont aan dat er, in geval van draagmoederschap, een licht hoger risico op hypertensieve aandoeningen tijdens de zwangerschap en op bloedingen na de bevalling is.

Zodra het vaststaat dat de zwangerschap gunstig evolueert, worden de verdere controles overgelaten aan een arts naar keuze. Het is belangrijk dat er afspraken worden gemaakt over de rol van de wensouders tijdens de zwangerschap: hoe zullen de doktersbezoeken verlopen, hoe vaak en op welke manier zal er contact gehouden worden met elkaar enzovoort. Ook het bespreken en opstellen van een geboorteplan met alle betrokkenen is essentieel: zullen de wensouders bij de bevalling zijn, wanneer wordt de baby overgedragen aan de wensouders et cetera.

14

9 CONTACTGEGEVENS

Afdeling Reproductieve Geneeskunde

Ingang 71, route 730
☎ +329 332 31 39
✉ arg@uzgent.be
🌐 www.uzgent.be → reproductieve geneeskunde

Vroedvrouwen referentieteam donatie en draagmoederschap

☎ +329 332 59 47
✉ infodraagmoederschap@uzgent.be

Fertiliteitsconsulenten

Isabelle Stuyver: ☎ +329 332 50 60
✉ isabelle.stuyver@uzgent.be
Lien Van Glabeke: ☎ +329 332 00 74
✉ lien.vanglabeke@uzgent.be
Paulien Vanbrabant: ☎ +329 332 09 79
✉ paulien.vanbrabant@uzgent.be

15

Deze brochure werd ontwikkeld in het kader van het praktijkdeel van mijn bachelorproef, met als doel dat medewerkers van de Afdeling Reproductieve Geneeskunde van het UZ Gent hier inspiratie uit kunnen halen voor het produceren van een infobrochure over draagmoederschap voor gebruik binnen het UZ Gent. Aan de basis van deze brochure liggen reeds bestaande brochures van de afdeling en het intern protocol omtrent de behandeling. Alle rechten voorbehouden aan het UZ Gent.

Bronvermelding

UZ Gent (2018). Medisch begeleidde voortplanting. Afdeling Reproductieve Geneeskunde. [https://www.uzgent.be/sites/default/files/documents/medisch begeleidde voortplanting.pdf](https://www.uzgent.be/sites/default/files/documents/medisch%20begeleidde%20voortplanting.pdf)
UZ Gent (2018). Bevruchting met donor sperma. Afdeling Reproductieve Geneeskunde. [https://www.uzgent.be/sites/default/files/documents/bevruchting met donorsperma.pdf](https://www.uzgent.be/sites/default/files/documents/bevruchting%20met%20donorsperma.pdf)
UZ Gent (s.l.). Eénkinderlijk. Afdeling Reproductieve Geneeskunde. <https://www.uzgent.be/patienten/een-kind/afdeling-reproductieve-geneeskunde/een-kind/eenkinderlijk>
UZ Gent (2018). Alleen deelsite. Informeel Begeleidend Protocol Draagmoederschap. Afdeling Reproductieve Geneeskunde (Interne documenten).
