



Wilhelmina Kinderziekenhuis

Reactie van een gynaecoloog

Nieuwe procreatietechnieken. Achterhaalde juridische kaders?

Prof. dr. Arie Franx

Hoogleraar Obstetrie, UMC Utrecht

a.franx-2@umcutrecht.nl

Lustrumvergadering Vereniging voor Gezondheidsrecht

Rotterdam, 20 april 2018

Disclosure of conflict of interests

(Potential) conflict of interest	None
Business relationships relevant to this meeting	None
Grants or funding	None
Fee or other compensation	None
Shareholding	None
Other	ICSI-dent 2016



Reactie van een gynaecoloog (1): gefeliciteerd

- Leesbaar en toegankelijk, ook voor de niet-jurist
- Overzicht en uitleg van nieuwe procreatietechnieken
- Indeling in het preconceptionele stadium, het in vitro stadium en het in vivo stadium sluit goed aan bij de huidige praktijk en de toekomstige ontwikkelingen
- Goed en diepgaand beeld van de juridische kaders die worden gevormd door (inter)nationale en wet- en regelgeving
- Voorbeelden ter illustratie
- Duidelijke beschrijving van wat wel en niet mag, voor zover dat duidelijk is
- Auteurs laten overtuigend zien dat de juridische kaders niet toekomstbestendig zijn en hoe ze verbeterd kunnen worden



Reactie van een gynaecoloog (2): problemen zijn er al

- De auteurs betogen dat de *nieuwe* procreatietechnieken *die in de komende jaren beschikbaar zullen komen* een disruptief karakter zullen gaan hebben voor het recht dat tot nu toe het juridisch kader vormde waarbinnen voortplantingstechnologie kon worden ontwikkeld en toegepast
- De problemen zijn er echter al (lang) in de huidige praktijk van de voortplantingsgeneeskunde
- Schendingen van het EVRM op onderdelen stimuleren *cross-border reproductive care*
- De Embryowet beperkt nu al goede zorg, en wordt in de huidige praktijk overtreden
- Het beginsel van progressieve rechtsbescherming, de beschermwaardigheid van de gezondheid van het ongeboren kind, is ook nu al problematisch



Het EVRM

- Reikwijdte van het recht op procreatie niet uitgekristalliseerd
- Voor nationale wetgeving inzake de toegang tot voortplantingstechnieken moeten de Europese lidstaten zelf een evenwichtige belangenafweging maken
- Hele ruime beoordelingsmarge
- Overheid is niet verplicht een techniek beschikbaar te stellen
- Als de techniek beschikbaar wordt gesteld dan moet de wetgeving in dat kader wel consistent zijn en ook voldoen aan de eisen van het EVRM
- Dat betekent dat die wetgeving niet discriminerend mag werken
- Bij eiceldonatie wordt in Nederland gediscrimineerd op leeftijd, seksuele geaardheid en (on)gezondheid



Nederlandse EVRM-vluchtelingen naar Zuid-Europa

Browser address bar: <https://nos.nl/artikel/227339-friezin-63-bevalt-van-dochter.html> — Friezin (63) bevalt van dochter | NOS

Navigation: Inloggen - C...itcard - ICS Franx-2, A...ook Web App NVOG ePass Email UMCU Arrest opzoeken LinkedIn: Th...n beslissen Collegebundel Online Van Dale Online ABN AMRO INSEAD KPN Webmail SetQ YouTube Wikipedia Populair Google

Page title: UMC Utrecht bevruchtte mogelijk 26 vrouwen met zaad verkeerde man - Binnenland - Voor nieuws...

Page content: Friezin (63) bevalt van dochter | NOS

Footer: Een schermafbeelding maken op een Mac - Apple Support

Navigation: NOS Nieuws Sport Uitzendingen TELEEFEST AEX 0 km 25°

Left sidebar: Bladwijzers Leeslijst Alles Nog lezen Zoek in leeslijst

Friezin (63) bevalt van dochter

© 21-03-2011, 22:20 AANGEPAST 22-03-2011, 10:32 BINNENLAND

Door onze redacteurs Rinke van den Brink en Mattijs van de Wiel

In het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) is Meagan geboren. Meagan is de dochter van Tineke Geessink, de 63-jarige vrouw uit Harlingen die vorige maand in de publiciteit kwam, als oudste zwangere vrouw van Nederland. Het meisje kwam via een keizersnede ter wereld. Moeder en kind maken het goed.

Geessink is via een eiceldonatie in het buitenland zwanger geworden. Zij was in behandeling bij de bekende, maar omstreden Italiaanse arts Severino Antinori. Hij is gespecialiseerd in vruchtbaarheidsbehandelingen van vrouwen boven de 50 en zelfs 60 jaar. Daarbij worden vaak in een reageerbuis bevruchte eicellen van jongere vrouwen gebruikt.

Consternatie

Voorafgaand aan de bevalling heeft Geessink haar keuze om zwanger te worden toegelicht. In een interview met de NOS zegt zij dat ze de consternatie begrijpt, die is ontstaan na het bekend worden van haar zwangerschap.

"Ik aanvaard de consequenties", aldus Geessink. "Maar mijn kinderwens gaat zo diep, dat ik dit er allemaal voor over heb. Niemand weet van tevoren hoe oud hij of zij wordt. Ik hoop dat mijn dochter en ik nog heel lang van elkaar kunnen genieten."

Middeleeuwen

In Nederland ligt de leeftijdsgrens voor een ivf-behandeling op 45 jaar. Artsen vinden het niet verstandig om op latere leeftijd een reageerbuisbevruchting toe te staan. Zij vinden de medische risico's voor moeder en kind te groot.



Cross border reproductive care in six European countries

F. Shenfield^{1,*}, J. de Mouzon², G. Pennings³, A.P. Ferraretti⁴,
A. Nyboe Andersen⁵, G. de Wert⁶, and V. Goossens⁷ the ESHRE
Taskforce on Cross Border Reproductive Care[†]

¹Reproductive Medicine Unit, New EGA, UCLH, Euston Road, London NW1 2BU, UK ²INSERM, Unité de Médecine de la Reproduction, Groupe Hospitalier Cochin-Saint Vincent de Paul, 82 avenue Denfert Rochereau, 75014 Paris, France ³Bioethics Institute Ghent, Ghent University, Blandijnberg 2, B-9000 Ghent, Belgium ⁴SISMER S.r.l, Via Mazzini, 12, 40138 Bologna, Italy ⁵The Fertility Clinic 4071, Rigshospitalet, Copenhagen University Hospital, Blegdamsvej 9, 2100 Copenhagen, Denmark ⁶Institute for Bioethics, University of Maastricht, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands ⁷ESHRE Central Office, Meerstraat 60, B-1852 Grimbergen, Belgium

*Correspondence address. E-mail: mfi@easynet.co.uk

Submitted on December 4, 2009; resubmitted on February 1, 2010; accepted on February 10, 2010

BACKGROUND: The quantity and the reasons for seeking cross border reproductive care are unknown. The present article provides a picture of this activity in six selected European countries receiving patients.

METHODS: Data were collected from 46 ART centres, participating voluntarily in six European countries receiving cross border patients. All treated patients treated in these centres during one calendar month filled out an individual questionnaire containing their major socio-demographic characteristics, the treatment sought and their reasons for seeking treatment outside their country of residence.

RESULTS: In total, 1230 forms were obtained from the six countries: 29.7% from Belgium, 20.5% from Czech Republic, 12.5% from Denmark, 5.3% from Slovenia, 15.7% from Spain and 16.3% from Switzerland. Patients originated from 49 different countries. Among the cross border patients participating, almost two-thirds came from four countries: Italy (31.8%), Germany (14.4%), The Netherlands (12.1%) and France (8.7%). The mean age of the participants was 37.3 years for all countries (range 21–51 years), 69.9% were married and 90% were heterosexual. Their reasons for crossing international borders for treatment varied by countries of origin: legal reasons were predominant for patients travelling from Italy (70.6%), Germany (80.2%), France (64.5%), Norway (71.6%) and Sweden (56.6%). Better access to treatment than in country of origin was more often noted for UK patients (34.0%) than for other nationalities. Quality was an important factor for patients from most countries.

CONCLUSIONS: The cross border phenomenon is now well entrenched. The data show that many patients travel to evade restrictive legislation in their own country, and that support from their home health providers is variable. There may be a need for professional societies to establish standards for cross border reproductive care.

Key words: access / cross border reproductive care / ethics / public health



Het 'ICSI-dent': de Embryowet beperkt goede zorg (1)

Nieuws Cultuur & Leven **de Volkskrant**

Binnenland



Het UMC Utrecht. © ANP

UMC Utrecht bevruchtte mogelijk 26 vrouwen met zaad verkeerde man

Bij het UMC Utrecht zijn ruim anderhalf jaar lang 'procedurefouten' gemaakt bij het IVF-laboratorium. Door een besmette pipet zijn de eicellen van zesentwintig vrouwen mogelijk bevrucht geraakt met de zaadcellen van de verkeerde vader. Dertien vrouwen zijn inmiddels zwanger of bevallen.

Door: Maud Effting 27 december 2016, 21:07

[f](#) [t](#) [e](#) [l](#) [i](#)



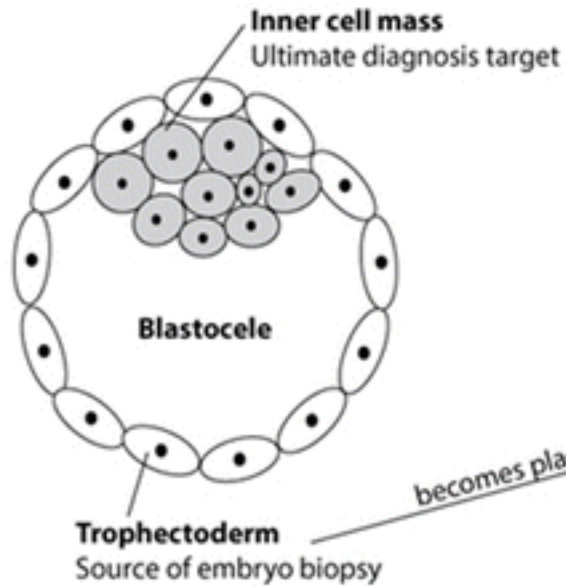
Het 'ICSI-dent': de Embryowet beperkt goede zorg (2)

- Voor een aantal van de 26 risicoparen waren er cryo-embryo's
- Voor deze cryo-embryo's bestond de mogelijkheid dat ze waren verwekt met zaad van een andere man dan van de wensvader
- Onduidelijk wie 'eigenaar' was van deze embryo's
- Het UMC Utrecht besloot om uitsluitend cryo-embryo's terug te zullen plaatsen na een vaderschapstest, ter bescherming van de belangen van het toekomstige kind en de man die mogelijk onbedoeld verwekker was
- Toestemming voor dat vaderschapsonderzoek werd alleen gevraagd aan de wensouders
- Vaderschapstest op cryo-embryo's was nooit eerder gedaan



Trofocdermbiopsie en DNA-onderzoek op enkele cellen

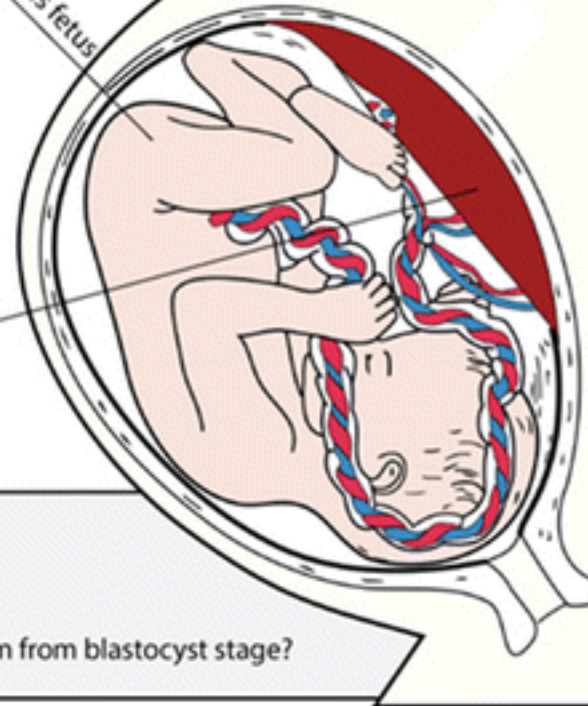
Blastocyst-stage embryo



Evolving structure

becomes fetus

becomes placenta



Unresolved issues with PGS 2.0

1. Does a single 6-cell TEB reflect the whole TE?
2. Does the TE chromosomally reflect the ICM?
3. How much does the ICM self-correct downstream from blastocyst stage?



Trophectodermbiopsie



Het 'ICSI-dent': de Embryowet beperkt goede zorg (3)

- Vaderschapstest moest door ons ontwikkeld en gevalideerd worden
- De Embryowet sloot uit dat dit kon worden gedaan met voor dat doel gekweekte embryo's
- We waren dus afhankelijk van rest-embryo's en toestemming van de wensouders van die rest-embryo's
- Dit leidde tot een onaanvaardbaar lange wachttijd voor de risicoparen met cryo-embryo's
- Pas nu, anderhalf jaar na het 'ICSI-dent', kunnen de cryo-embryo's van de risicoparen worden getest op vaderschap
- Het onderscheid tussen rest- en kweekembryo's is kunstmatig: rest-embryo's worden in de praktijk vaak vernietigd en zijn in die zin 'geinstrumentaliseerd'



Beginsel van progressieve beschermwaardigheid (1)

- Embryo heeft geen rechten heeft maar wel juridische beschermwaardige belangen, die toenemen naarmate de geboorte dichterbij komt
- Mensenrechtenverdragen verplichten om vanaf de geboorte bescherming te bieden aan het leven, aan de lidstaten wordt overgelaten of het ongeborn kind ook onder het beschermingsbereik valt
- De rechtspraak van het EHRM beschermt het ongeborn leven wel maar de reikwijdte is onduidelijk
- Progressieve rechtsbescherming geldt vanaf de innesteling en daarvoor slechts beperkt
- Als het kind zelfstandig levensvatbaar wordt groeit de beschermwaardigheid opnieuw



Beginnel van progressieve beschermwaardigheid (2)

- Biedt in de huidige praktijk al niet veel houvast
- Zwangere zonder psychische stoornis met een dreigende vroeggeboorte of foetale groeivertraging wil geen opname of andere interventie
- Zwangere wil niet stoppen met ongezond gedrag dat de kans op complicaties voor het kind vergroot: roken (veroorzaakt foetale groeivertraging en vroeggeboorte), overgewicht (zwangerschapsdiabetes)
- 'Zelfstandig levensvatbaar' is een in de praktijk onmogelijk begrip: een pasgeborene met een 'leeftijd' van minder dan 32 weken heeft intensive care (NICU) nodig om te overleven
- 'Oude' grens van 24 weken is niet houdbaar; jongere kinderen worden nu al op de NICU behandeld



Zelfstandig levensvatbaar?

Geboren bij een zwangerschapsduur van 27 weken en 3 dagen



Foetale therapie

- De auteurs bepleiten de ontwikkeling van een wettelijk kader dat het *opleggen van maatregelen* mogelijk maakt indien de foetus, ongeacht de zwangerschapsduur, wordt geschaad in zijn toekomstige belangen door weigering van *risicoloze, bewezen effectieve therapie*.
- Ik voorzie problemen
- Het 'opleggen van maatregelen' impliceert vaak schending van de lichamelijke integriteit van 'de andere patiënt', de moeder, tegen haar wil
- 'Risicoloos' bestaat niet
- 'Bewezen effectief' is ook heel lastig: een behandeling is nooit in alle gevallen of volledig effectief



De 'foetus-als-foetus' vs de 'foetus-als-toekomstig-kind'

- Zuiver juridisch onderscheid
- Vanuit de biologie en de praktijk bezien weinig relevant
- Iedere foetus is immers voorbestemd om geboren te worden
- 'Er is er nog nooit eentje blijven zitten'
- Als het kind overlijdt gebeurt dat meestal niet in de baarmoeder maar na de geboorte



Achterhaalde juridische kaders?

- Jazeker
- Voor toepassing van IVG, CRISPR-cas-9 en foetale therapie
- Maar ook nu al, voor gangbare voorplantingstechnieken
- Wat kan de VGR doen, wat kan 'het veld' zelf?



Van harte gelukgewenst!



50 jaar!

