

tijdelijk, effectieve therapie beter hanteerbaar kunnen zijn, als huisartsen door het ziekenfonds in staat werden gesteld om zidovudine voor te schrijven. Daarbij is een goede samenwerking met één of meer internisten natuurlijk een vereiste om adequaat te kunnen reageren op bijwerkingen en nieuwe klachten tijdens de therapie.

Dames en Heren, het kan van lokale factoren afhankelijk geweest zijn dat er bij de beschreven patiënten met een symptomatische HIV-infectie frequente belemmeringen en aarzelingen waren ten aanzien van het verwijzen. Deze gang van zaken lijkt echter niet op zich zelf te staan. Van der Werf en Bremer hebben er al eerder op gewezen

dat huisartsen wellicht vaker dan vroeger afzien van een aangewezen behandeling.¹ De kennis van de ziekte en de opvattingen over de gewenste behandeling bij de betrokken patiënt en diens omgeving vormen daarbij een in belang toenemende factor. Daarmee zullen artsen ook bij andere problemen dan HIV rekening dienen te houden. De ontwikkeling van de arts-patiëntrelatie brengt dat met zich mee.

LITERATUUR

¹ Werf GTh van der, Bremer GJ. Een klinische les? Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 2265-8.

Aanvaard op 1 mei 1991

Commentaren

De anonimiteit van de donor bij kunstmatige inseminatie met donorsperma in historisch perspectief

J. KREMER EN H. J. J. LEENEN

Voor zover bekend vond kunstmatige inseminatie met sperma van een aan het betreffende echtpaar onbekende donor (KID) in Nederland voor het eerst plaats in 1948 (L.H.Levie, schriftelijke mededeling, 1991). Tot de jaren zeventig waren er maar weinig artsen die bereid waren deze handeling te verrichten. De reden daarvan was dat KID in die tijd, evenals hulp bij geboortenregeling en het verrichten van sterilisatie zonder medische noodzaak, strijdig werd geacht met de medische ethiek. Ondanks het kleine aantal artsen dat bereid was KID te verrichten en het eveneens kleine aantal echtparen dat in die jaren het ouderschap door KID verkreeg, was het verzet tegen KID groot. Ontwrichting van huwelijk en gezin, vooral door psychische decompensatie van de man en gewetensconflicten van de vrouw, zouden het gevolg zijn.¹ Ook werden door sommigen nogal geforceerde redeneringen opgezet als zou KID overspel zijn en zou leiden tot verduistering van staat.

Na 1970 kwam in deze situatie verandering. Redenen daarvoor waren onder andere de liberalisatie van abortus provocatus waardoor minder Nederlandse kinderen voor adoptie beschikbaar kwamen, de attitudeverandering (ook bij het merendeel van de Nederlandse artsen) met betrekking tot voortplantingsethiek, de erkenning van het zelfbeschikkingsrecht van mensen ook over de wijze waarop zij nakomelingen zullen verwerven, de toenemende waardering voor het sociale ten opzichte van het biologische ouderschap, de bekendheid die KID buiten

het medische circuit begon te krijgen en de mogelijkheid om diepgevroren sperma uit centra te betrekken waardoor ook artsen in kleine ziekenhuizen KID konden toepassen. De voorspelde desastreuze gevolgen voor huwelijk en gezin bleven uit. Integendeel, uit een enquête in 1963 was gebleken dat vrijwel altijd gelukkige, harmonieuze gezinnen ontstonden.² Dit werd later in andere onderzoeken bevestigd.^{3,4}

Verzet kwam aanvankelijk ook van de kant van de genetici die meenden dat KID de kans op consanguïene huwelijken zou vergroten. Deze bewering kon worden weerlegd.⁵

Daarna volgde een periode waarin KID in brede kringen was geaccepteerd. De strafwet leverde geen problemen op omdat KID niet is verboden, en het Burgerlijk Wetboek niet omdat het niet uitgaat van het biologische vaderschap maar bepaalt (artikel 197) dat het kind, staande huwelijk geboren, de echtgenoot tot vader heeft. Op grond van artikel 201 kan de man het kind niet ontkennen indien hij toestemming tot de KID heeft gegeven. Sinds het einde van de jaren zeventig worden in Nederland jaarlijks naar schatting 600-800 paren ouderparen door donoringseminatie.

In de loop van de jaren tachtig kwam de KID in sommige kringen opnieuw in discussie. De overwegingen lagen nu in de sfeer van het kennen van de eigen 'roots' en op grond daarvan werd betoogd dat kinderen, door KID ontstaan, informatie moesten kunnen krijgen over de spermadonor. Tot dan toe was vrijwel onbetwist dat de donor anoniem bleef. Een commissie van de Gezondheidsraad bracht in 1986 het rapport *Kunstmatige Voortplanting uit*.⁶ Eén van de conclusies van dit rapport was dat ouders moeten worden gestimuleerd tot openheid bij

Prof. dr. J. Kremer, gynaecoloog, Parklaan 16, 9724 AN Groningen.

Prof. dr. H. J. J. Leenen, Amsterdam.

Correspondentie-adres: prof. dr. J. Kremer.

donorinseminatie. Het kind zou ook op de hoogte moeten kunnen komen van genetische kenmerken van de spermadonor en van enige algemene persoonskenmerken. De identiteit van de donor moest echter anoniem blijven. De belangrijkste argumenten voor deze gedeeltelijke openheid zijn het belang dat het kind kan hebben bij genetische gegevens van de donor en het risico dat het niet-geïnformeerde kind onverhoeds met zijn herkomst kan worden geconfronteerd. Bij informatie van het kind moet echter duidelijk worden gesteld dat het de naam van de donor niet kan achterhalen en dat de donor dat ook zo heeft gewild omdat hij beoogde de ouders te helpen, niet om voor zichzelf vaderschap tot stand te brengen.

Het belangrijkste argument tegen gedeeltelijke openheid is dat het kind een gegeven betreffende hemzelf wordt verstrekt maar dat het met dat gegeven niets ten aanzien van de donor kan doen omdat die anoniem is. Iets te weten kan frustrerender zijn dan niets te weten.

Dient naar onze mening het oordeel over openheid of geheimhouding bij KID aan de ouders te worden overgelaten, het in 1988 uitgebrachte CDA-rapport 'Zinvol Leven' stelt dat KID-kinderen het recht en de mogelijkheid moeten krijgen hun genetische vader te leren kennen en dat dit recht moet prevaleren boven de wens van de ouders.⁷ Een en ander deed grote bezorgdheid ontstaan bij paren die in behandeling waren voor KID of daarvoor op een wachtlijst stonden en die wegens hun wens om anoniem te blijven, zelf niet voor hun belangen konden opkomen. De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie zond daarom op 22 december 1988 een brief aan de vaste kamercommissie voor de Volksgezondheid waarin werd gepleit voor handhaving van de anonimiteit van de spermadonor. Er werd gewezen op de desastreuze gevolgen van de Zweedse wet uit 1985 waar het opheffen van de anonimiteit van de spermadonor het aantal spermadonors zeer sterk heeft gereduceerd met als gevolg dat (echt)paren voor KID naar het buitenland gingen.

In april 1991 stelde de minister van Justitie in de Eerste Kamer dat er argumenten zijn om een wettelijke regeling te treffen die het mogelijk maakt kennis te krijgen over de eigen afstamming en dat een onderzoek daarnaar gaande is. Maar ook voor de spermadonor geldt recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer, aldus de minister. Een definitief standpunt heeft het kabinet nog niet ingenomen.

Welke bezwaren kunnen tegen een recht op kennisname van eigen afstamming en het doorbreken van de anonimiteit van de spermadonor worden aangevoerd?

In de eerste plaats vermelden wij feitelijke gegevens. Een telefonische enquête door één van ons (JK) leerde dat bij de 11 grootste KID-centra in Nederland en Vlaanderen het aantal KID-kinderen ouder dan 13 jaar (de oudste is 42 jaar) in dit gebied minstens 3500 bedraagt. Van hen hebben 7 de betreffende arts of de betreffende instantie benaderd om inlichtingen te krijgen over de spermadonor. De leeftijd van deze kinderen lag tussen 13 en 22 jaar. Van 5 van deze kinderen waren de ouders gescheiden en bij 2 waren er problemen met de vader. In één geval vroegen de ouders om inlichtingen.

Omdat de arts die de inseminatie verrichtte de enige is die informatie kan verschaffen, is het werkelijke aantal kinderen dat door informatie van de ouders interesse heeft gekregen in de spermadonor, waarschijnlijk niet veel groter dan de genoemde 7 kinderen. Dit betekent dat waarschijnlijk niet meer dan 2 pro mille van de KID-kinderen een probleem met de anonimiteit van de donor heeft. De overigen weten niet van de KID of hebben kennelijk geen sterke behoefte aan informatie over hun afstamming. Ook in de V.S. waar sinds 1884 volgens een globale berekening meer dan 500.000 KID-kinderen zijn geboren,⁸ konden slechts 19 personen worden opgespoord bij wie het niet kunnen leren kennen van hun 'donor-vader' tot psychische problemen aanleiding had gegeven.⁹ Ook daar betrof het vooral kinderen van gescheiden ouders en het niet of slecht vervullen van de vaderrol.

Te verwachten is dat het loslaten van de anonimiteit van de donor tot gevolg zal hebben dat KID in Nederland vrijwel onmogelijk wordt, zoals in Zweden is gebleken. Wellicht blijft een kleine groep donors over die een mede-vaderschap accepteert. Waarschijnlijk zullen vele (echt)paren geen gebruik willen maken van een niet-anonieme donor, die immers in principe een bedreiging voor hun ouderschap vormt. De financieel draagkrachtigen kunnen voor KID uitwijken naar landen waar donor-anonimiteit bestaat zoals België, waar in een ontwerp Koninklijk besluit d.d. 27 November 1990 de anonimiteit van de spermadonor werd vastgelegd (artikelen 5, 8 en 11). Dit betekent dat de Nederlandse wetgever onbedoeld sociale ongelijkheid bevordert.

Bescherming van de privacy van de donor is uiteraard een belangrijk argument tegen doorbreken van de anonimiteit, maar ook van betekenis is dat de donor niet het vaderschap beoogde maar hulpverlening aan een door de natuur onderbedeelde groep mensen.

Verder is van belang dat, zoals eerder gezegd, de Nederlandse wetgever niet uitgaat van het biologische vaderschap. Dat blijkt uit de geciteerde wetsartikelen, maar ook in het kader van de omgangsregeling is door rechterlijke colleges de biologische verwekker niet als vader erkend.¹⁰⁻¹² Wat wordt bij het invoeren van een recht op kennisneming van de afstamming de positie van de donor van sperma aan een echtpaar waarvan de man op grond van de artikelen 197 en 201 (Burgerlijk Wetboek) de vader van het betreffende kind is? Afgezien van alimentatievragen die kunnen ontstaan als men het KID-kind van een alleenstaande vrouw het recht geeft de spermadonor van naam te leren kennen en de donor verplicht zijn anonimiteit te doorbreken, zullen ook de rechten en de plichten van de donor moeten worden geregeld.

Het KID-kind komt bij doorbreking van de anonimiteit van de donor in een onmogelijke situatie. Het heeft een juridische vader die het heeft opgevoed en met wie een vader-kindrelatie bestaat, en nu komt er ook nog een genetische vader in het vizier. De mogelijkheid om deze te leren kennen, kan een dilemma veroorzaken dat storender is voor de gemoedsrust dan de wetenschap dat kennismaking onmogelijk is. En hoe moet het met de

'hoeksteen van de samenleving', het gezin, als daar ineens een derde in verschijnt waardoor een wettelijk geïnduceerde driehoeksverhouding ontstaat?

Een ander aspect van het vraagstuk is dat een recht om de afstamming te kennen betekent dat kinderen die uit een buitenechtelijke relatie van een gehuwde vrouw zijn ontstaan (naar schatting 5-10% van alle kinderen) dat recht ook moeten hebben. Wordt in dergelijke gevallen de moeder verplicht de identiteit van de vader aan het kind mee te delen? En welke zijn de sancties als zij dat niet wil doen?

De wetgever moet, nog afgezien van de morele pluriformiteit op dit gebied, zijn hand niet overspelen. Terecht wordt door de regering een terugtred van de wetgever gepropageerd. Dat geldt zeker in zaken van de persoonlijke levenssfeer. KID en de informatie van het kind vallen onder de verantwoordelijkheid van de ouders. Als ouders de identiteit van de spermadonor aan hun kind bekend willen kunnen maken, dan kan tevoren met de donor worden overlegd of hij dat wil. Wanneer zich spermadonors beschikbaar stellen die daartoe bereid zijn, dan kunnen aan toekomstige KID-ouders twee mogelijkheden worden verschaft: een bekende spermadonor of een anonieme spermadonor. Dit 'tweekeuzenbeleid' zou door onderling overleg kunnen worden geregeld. Daar is de wetgever niet voor nodig. En welke verantwoordelijkheid neemt de wetgever ten opzichte van het kind dat buiten de gezinssituatie met een ander als 'vader' wordt geconfronteerd? Een bezwaar tegen een wettelijke regeling is bovendien dat deze moeilijk zal zijn te handhaven. Als KID via het medische circuit wordt belemmerd, zal er gemakkelijk een ander circuit ontstaan dat in het geheel niet te controleren is.

In sommige – overigens zeldzaam voorkomende – situaties kan het van belang zijn genetische gegevens van de spermadonor te kunnen verkrijgen. De betreffende artsen en spermabanken zullen die gegevens, ook met handhaving van de donoranonimiteit, kunnen en willen verstrekken.

Wij concluderen dat wettelijke maatregelen voor het beëindigen van de thans bestaande spermadonoranonimiteit in Nederland waarschijnlijk meer problemen zullen oproepen dan ze zullen oplossen.

LITERATUUR

- 1 Schellen AMCM. Artificial insemination in the human. Amsterdam: Elsevier, 1957.
- 2 Levie LH. Een enquête over de gevolgen van donorinseminatie. Ned Tijdschr Verlosk 1963; 63: 147-60.
- 3 Swaab LI. Resultaten en ervaringen met donorinseminatie. Ned Tijdschr Geneesk 1974; 118: 493-8.
- 4 Kremer J, Frijling BW, Nass JLM. Donorinseminatie en privacy. Med Contact 1981; 36: 41-4.
- 5 Rümke ChrL, Levie LH. Enkele statistische beschouwingen over KID. Ned Tijdschr Geneesk 1966; 110: 1939-43.
- 6 Gezondheidsraad. Kunstmatige voortplanting. 's-Gravenhage: Gezondheidsraad, 1986.
- 7 Wetenschappelijk Instituut van het CDA. Zinvol leven. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1988.
- 8 Waltzer H. Psychological and legal aspects of artificial insemination: an overview. Am J Psychother 1982; 36: 91-102.
- 9 Baran A, Pannor R. Lethal secrets. New York: Warner Books, 1989: 55.
- 10 Rechtbank Utrecht dd 14 december 1988. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1989 (nr 56).
- 11 Hoge Raad dd 10 november 1989. Rechtspraak van de Week 1989 (nr 248).
- 12 Hoge Raad dd 26 januari 1990. Rechtspraak van de Week 1990 (nr 33).

Aanvaard op 10 juni 1991

Beleid 'niet-reanimeren'

J. K. M. GEVERS

Bij het rapport van het Centraal Beleidsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing over het beleid aangaande niet-reanimeren kunnen vanuit het (gezondheids)recht verschillende kanttekeningen worden geplaatst. Ik beperk mij in dit commentaar tot twee hoofdpunten: de gronden voor een niet-reanimeren (NR)-afspraken; de positie van de patiënt en van familieleden en andere naasten.

GRONDEN VOOR EEN AFSPRAAK NIET TE REANIMEREN
Grond voor een NR-afspraken is volgens het rapport, behalve de wil van de patiënt terzake, dat een reanimatiepoging bij de patiënt 'geen redelijk doel' meer dient. Dit criterium heeft een zekere verwantschap met het crite-

Zie ook de artikelen op bl. 1480 en 1487.

rium 'medisch zinloos'. Dit laatste wordt onder meer in officiële adviezen (Staatscommissie Euthanasie), in het regeringsvoorstel wet Euthanasie en in de rechtspraak (Hof Arnhem in de zaak Stinissen) gebruikt om aan te geven wanneer een arts van (verder) handelen kan afzien, ook als het gevolg is dat de patiënt overlijdt. 'Medisch zinloos' omvat niet alleen de situatie dat medisch geen effect te verwachten is, maar ook dat handelen naar heersend medisch inzicht geen voor de patiënt redelijk doel meer dient, of dat het middel niet in verhouding staat tot het doel.

Het criterium 'dient geen redelijk doel' onderscheidt zich vooral van het criterium 'medisch zinloos' doordat