

**Schooljaar
2012-2013**

Merve Imemek
Vincent Nagels
Robin Verbruggen

6 Sociale en
Technische
Wetenschappen

Katholieke Scholencentrum JOMA
Maantjessteenweg 130
2170 Merksem

Geïntegreerde Proef



[DE APPEL VALT SOMS VER VAN DE BOOM]

De werking van spermadonatie in België en de
psychologische en sociale gevolgen voor donorkinderen

Woord vooraf

Wij zijn Merve Imemek, Vincent Nagels en Robin Verbruggen van het zesde jaar Sociale en Technische Wetenschappen aan KS JOMA in Merksem. We kregen opdracht om in het laatste jaar aan een geïntegreerde proef (GIP) te werken.

We zochten een onderwerp dat niet al te cliché maar toch interessant was voor ons alle drie. We stotten op het woord spermadonatie waarover we een sociaal onderzoek met een wetenschappelijke inleiding wilden doen. We besloten om een wetenschappelijke inleiding te geven door eerst de werking van spermadonatie en andere behandelingsmethoden uit te leggen. Hierdoor men een goed beeld kan vormen over wat het onderwerp juist inhoud. We hebben het woord spermadonatie verder uitgediept en zo zijn we gekomen op het woord 'donorkinderen'. We hebben het geluk gehad dat we een donorkind hebben kunnen interviewen. Ze heeft ons zeer nuttige informatie verschaft waarvoor we haar zeer dankbaar zijn. We willen met dit onderwerp een taboe doorbreken en meer informatie verkrijgen over een onderwerp waar niet veel over gesproken wordt.

Eerst en vooral willen we onze contactpersoon, Stephanie Raeymaekers, bedanken voor haar hulp en informatie. Deze informatie konden we zeker niet verwerken zonder de hulp van onze klastitularis mevrouw Snoeks en vervangend leerkracht sociale wetenschappen, de heer Veroude. Mevrouw El Morabit was ook van grote waarde bij het tot stand komen van ons eindproduct dankzij haar vakkundige spellingscorrecties. Ten slotte willen we onze mentor, mevrouw Bruyninckx, bedanken voor de steun en logistieke hulp.

Hopelijk beleeft u veel plezier aan het lezen van onze GIP en helpt het u bij een kritische benadering van het onderwerp.

Inhoud

WOORD VOORAF	2
INLEIDING	5
SITUATIESCHETS	6
BESCHRIJVING VAN HET ONDERZOEK.....	6
ONDERZOEKSVRAGEN	6
PROBLEEMANALYSE	7
1. WAT IS REPRODUCTIEVE GENEESKUNDE?	8
1.1. DE VERSCHILLENDE TECHNIEKEN	8
2. WIE KAN SPERMADONOR WORDEN EN HOE GAAT DIT IN ZIJN WERKING?	11
2.1. WAT ZIJN REDENEN OM SPERMADONOR TE WORDEN?	12
3. WIE DOET BEROEP OP EEN VRUCHTBAARHEIDSBEHANDELING?	12
4. WANNEER IS DE BASIS GELEGD VOOR REPRODUCTIEVE GENEESKUNDE?	13
4.1. ONTSTAAN.....	13
4.2. BELGIË.....	13
4.3. BUITENLAND	14
5. WAT ZEGT DE WET INZAKE SPERMADONATIE?	15
5.1. VROEGER (VOOR DE WETGEVING).....	15
5.2. DE WETGEVING INZAKE SPERMADONATIE	15
6. ANONIMITEIT	17
6.1. BELGIË.....	17
6.2. NEDERLAND	17
6.3. BELGIË VERSUS NEDERLAND.....	18
7. WAT ZIJN DE SOCIALE EN PSYCHISCHE GEVOLGEN VAN HET DONORKIND?	19
7.1. WELKE TERM IS CORRECT, DONORKIND OF KID-KIND?	19
7.2. VERTELLEN OF NIET?.....	19
7.3. ZIT EEN DONORKIND IN EEN IDENTITEITSCRISIS?	20
7.4. HOE REAGEERT EEN KID-KIND WANNEER HIJ/ZIJ DE WAARHEID KENT?	21
7.5. DONORKINDEREN EN HUN ANONIMITEIT?.....	21
7.6. WAT IS HUN MENING ROND DE WETGEVING?	22
7.7. WAAR ZOEKEN DONORKINDEREN 'STEUN' / WELKE ORGANISATIES?.....	22
8. ALGEMEEN BESLUIT	23
BIBLIOGRAFIE	24
BIJLAGE 1: VELDONDERZOEK ZNA MIDDELHEIM	26
BIJLAGE 3: VELDONDERZOEK UZ BRUSSEL	30
BIJLAGE 4: INTERVIEW MET DONORKIND STEPHANIE RAEYMAEKERS (31 JANUARI 2013, EKEREN)	32

Inleiding

Spermabanken roepen studenten op om een kwakje te deponeren. Je hoeft niets te vrezen, niemand zal het ooit weten, vooral niet een toekomstig kind. Voor donors en ouders is die anonimiteit een geruststelling. Alsof genen niet tellen. Maar wat met het kind? De oudste donorkinderen zijn intussen volwassen, en alle opvoeding en liefde ten spijt zoeken velen de vader die niets anders gaf dan zijn zaad. (Vereecken, 2008)

In onze GIP leggen we de praktische werking van de spermabank wetenschappelijk uit met o.a. de verschillende gebruikte technieken, wie er beroep op doet en hoe je moet/kan doneren. Verder komt ook de geschiedenis van de spermabank aan bod die toch verrassend ver terug gaat in de tijd. Spermadonatie is helemaal niet van deze tijd zoals de meesten denken. De wet enerzijds en spermadonatie anderzijds zijn twee onafscheidelijke zaken, maar waarom? We hebben daarom het wetboek er eens bijgenomen en zelf opgezocht wat hoe het allemaal juist in elkaar zit. Daarnaast hebben we ook de sociale en psychologische aspecten onderzocht. De kwestie of ouders het moeten vertellen of juist moeten verzwijgen dat hun kind uit donorzaad is verwekt.

Dit alles hebben we vastgesteld aan de hand van een literatuuronderzoek maar eveneens ook door verschillende veldonderzoeken. Wij hebben in totaal drie fertiliteitsafdelingen bezocht en daar elk een verslag over geschreven die u kunt terugvinden in de bijlage. Deze zijn zeer belangrijk geweest voor onze GIP omdat wij het literaire gedeelte konden weerspiegelen aan de ervaring die wij hier hebben opgedaan.

We bekijken het gebeuren dus op twee manieren: Wetenschappelijk en socio-psychologisch zodat het onderzoek op alle vlakken goed is onderbouwd.

Situatieschets

Beschrijving van het onderzoek

We hadden verschillende onderzoeksmethodes geleerd in de klas, het was nu aan ons om na te gaan welke de beste was om ons onderzoek te ondersteunen. Wij hebben hier dan gekozen voor drie methodes. Om te beginnen hebben wij ons literair geïnformeerd zowel op het internet als in tijdschriften en boeken. Hiernaast hebben we ook nog drie veldonderzoeken in drie verschillende fertiliteitscentra over Vlaanderen en een interview met een donorkind gedaan. Vooral de veldonderzoeken hebben ons kennis leren maken met de wetenschappelijke kant en het interview leunt dan weer dicht bij het sociale onderzoek.

Onderzoeksvragen

Toen we op zoek waren naar een onderwerp stotten we plots op spermadonatie. Dit onderwerp sprak ons erg aan omdat het er een was dat uniek was. Het begon meer en meer in de pers te komen en dat hielp ons om er informatie over te vinden. Omdat we een sociaal onderzoek doen hebben we de donorkinderen bij ons onderwerp genomen. Het was onmogelijk voor ons om een donor bij ons eindwerk te betrekken omdat zij anoniem wensen te blijven. Dit wil echter niet zeggen dat we niet objectief zijn omgegaan met de informatie verworven van de donorkinderen. We geven een wetenschappelijke inleiding om het onderzoek zo verstaanbaar mogelijk te maken. Hieronder vind u een overzicht van de onderzoeksvragen met onze verklaring waarom ze gekozen werden.

1. Wat is reproductieve geneeskunde?

Dit is een zeer informatieve vraag om het overkoepelend woord 'reproductieve geneeskunde' uit te leggen. Met deze vraag was het de bedoeling om voor de lezer een zo goed mogelijk beeld te vormen over spermadonatie en de werking ervan. Waaronder we ook alle mogelijke en veel gebruikte technieken hebben uitgelegd.

2. Wie kan spermadonor worden en hoe gaat dit in zijn werk?

Onder deze vraag hebben we bestudeerd welke motieven donoren hebben om te doneren en hoe het doneren dan praktisch in zijn werk gaat.

3. Wie doet beroep op een vruchtbaarheidsbehandeling?

Met deze vraag zijn we nagegaan wie er eigenlijk beroep doet op vruchtbaarheidsbehandelingen in het algemeen en waarom.

4. Wanneer is de basis gelegd voor reproductieve geneeskunde?

Met deze vraag wilden we de geschiedenis van spermadonatie in beeld brengen omdat de geschiedenis ervan toch verder reikt dan we eerst dachten.

5. Wat zegt de wet inzake spermadonatie?

Hiermee beantwoorden we de juridische kant van spermadonatie met wetten uit het wetboek van België.

6. Hoe verloopt de werking van de fertiliteitsafdeling?

Deze vraag brengt de volledige praktische kant van de fertiliteitsafdeling. We beschrijven stap voor stap hoe alles in zijn werk gaat. De bedoeling hiervan is dat de lezer een goed beeld krijgt van de werking van de spermabanken in België.

7. Wat zijn de sociale en psychische gevolgen van het donorkind?

Na al de achtergrondinformatie van de fertiliteitsafdelingen komen we dan uiteindelijk bij het eindproduct hiervan: het donorkind. Deze vraag zet de gedachten en gevoelens van de donorkinderen in beeld.

Probleemanalyse

In het begin moesten we ons onderzoek afbakenen omdat het een groot onderwerp was. We wilden eiceldonatie er misschien nog bijnemen maar naargelang ons onderzoek verder vorderde, kwamen we tot de conclusie dat het al groot genoeg was. Een enquête is ook bij ons ter sprake gekomen maar we hadden genoeg informatie met het interview van donorkind Stephanie Raeymaekers en te weinig tijd om deze allemaal nog te analyseren.

Om het onderzoek representatiever te maken wilden we ook een donor interviewen maar dat was onmogelijk voor ons omdat zij anoniem wensen te blijven. Dit wil echter niet zeggen dat we niet objectief zijn omgegaan met de informatie die we kregen van de donorkinderen. Er was geen probleem met de samenwerking met de ziekenhuizen. Ze stelden graag hun afdeling open voor de student in de mogelijke maten. Er was ook geen probleem bij onze samenwerking als groep. Tijdens het zoeken naar literatuur vonden we niet veel boeken over het sociale aspect van ons onderzoek. We hebben maar 1 boek gevonden namelijk 'Baby's gevraagd' van Thomas D'Hooge, Paul Enzlin en Dirk Vanderschueren. Het is vooral geschreven door professoren dus heel representatief. In het boek vinden we voornamelijk de werking terug van de fertiliteitsafdeling met name de verschillende technieken zoals IVF. Op het internet vinden dan weer wel genoeg informatie over spermadonoren maar in de vorm van fora en niet representatieve informatie. Dit hebben we dan weer proberen te compenseren met het interview.

1. Wat is reproductieve geneeskunde?

De dienst reproductieve geneeskunde (of fertiliteitsafdeling), helpt vrouwen en koppels met verminderde vruchtbaarheid om hun kinderwens te vervullen. Ze maken gebruik van verschillende technieken om de grote droom van de onvruchtbare koppels waar te maken. De belangrijkste en meest bekendste technieken die men hanteert zijn KI (kunstmatige inseminatie met eigen zaad of met donorzaad), IVF (In-vitro fertilisatie), ICSI (Intracytoplasmatische sperma-injectie) en IUI (Intra-uteriene inseminatie). Natuurlijk bestaan er nog meer zoals MESA (Microchirurgische epididymale sperma-aspiratie), PESA (percutane epididymale sperma-aspiratie), TESE (testiculaire sperma-extractie). Voor vrouwen bestaat er eiceldonatie, ovulatie-inductie en In-vitromaturatie (IVM). Het onderzoek en de behandelingen betrekken zich uit tot aanverwante problemen zoals herhaalde miskramen, erfelijke belasting van het ouderpaar (of één van de partners), meerlingenzwangerschap, de nood aan donormateriaal, enz.

1.1. De verschillende technieken

Uit onze veldonderzoeken en de gesprekken met verschillende laboranten kunnen we concluderen dat de meest gebruikte technieken in de reproductieve geneeskunde KI, IVF, ICSI en IUI zijn.

Kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of donorzaad): Deze techniek wordt meestal gebruikt wanneer het probleem bij de man ligt. Wanneer de man te weinig goede en beweeglijke zaadjes produceert en zijn partner niet op een natuurlijke wijze kan bevruchten, kan kunstmatige inseminatie mogelijk tot een bevruchting leiden. Natuurlijk is het ook mogelijk dat de partner helemaal geen goede zaadcellen produceert of te weinig om een bruikbaar staaltje op te leveren voor de inseminatie. Wanneer de partner helemaal niet vruchtbaar is, zoals in het laatste geval, is het mogelijk dat er beroep wordt gedaan op IVF en/of ICSI, hierover volgt verder meer uitleg.

Werking kunstmatige inseminatie (met eigen zaad of met donorzaad): Eerst worden de beste en de meest beweeglijke zaadcellen uit het sperma gehaald om de bevruchting te vergemakkelijken. Wanneer het zaad van de man van degelijke tot goede kwaliteit is, dan zal 'intra-uteriene inseminatie' (IUI) of kunstmatige inseminatie met eigen semen (=zaad) een vaak voorkomende behandeling zijn. Wanneer er van donorzaad gebruik wordt gemaakt zal dit altijd ingevroren sperma zijn. Het ingevroren sperma wordt kort voor de inseminatie ontdooid en dit zorgt voor een absolute gezondheid van het donorzaad. Het is wel cruciaal dat de inseminatie van het sperma op het juiste moment gebeurt want de eicel en zaadcellen hebben maar een beperkte levensduur. Daarom worden de patiënten strikt opgevolgd en begeleid. Dit wordt gedaan d.m.v. bloedanalyses en echografieën. Soms krijgt de vrouw speciale behandelingen zodat haar eierstokken licht worden gestimuleerd door onder andere anti-oestrogenen (tabletten) of via inspuiting, maar dit is niet noodzakelijk. Op de dag van de verwachte ovulatie (eisprong) wordt het sperma met een injectiespuitje zo diep mogelijk in de vagina gebracht. Ongeveer 26 tot 28 dagen na de KI-behandeling vraagt de arts om een bloedanalyse te doen als zwangerschapstest. Zo kan men besluiten of de behandeling

geslaagd is of niet. Blijken de resultaten positief te zijn, dan wordt de patiënt vanaf dat moment verder begeleid door de huisarts of gynaecoloog. Maar hier houdt het dikwijls niet op omdat ziekenhuizen vaak informeren naar het verloop van de zwangerschap en zelfs tot na de geboorte van het kind proberen contact te houden met de ouders. Dit gebeurt d.m.v. vragenlijsten die je tegen het einde van het eerste trimester van de zwangerschap en kort na de voorziene bevallingsdatum krijgt. De bedoeling van deze vragenlijsten zijn enerzijds uit 'interesse' (er wordt gepeild of de behandeling succes heeft gehad en of er eventueel problemen zijn opgetreden).

Anderzijds worden de vragenlijsten beschouwd als een wetenschappelijk onderzoek naar zwangerschappen, het ontstaan en kinderen geboren uit vruchtbaarheidsbehandelingen. Hiermee probeert men de kwaliteit van de behandelingen keer op keer te verbeteren. (Kunstmatige inseminatie, met sperma van partner of van een donor, s.d.) en (Vruchtbaarheidsbehandelingen, 2013)

In-vitro fertilisatie: De bevruchting van deze techniek gebeurt buiten het lichaam, in een petrischaaltje. Vandaar de benaming in het Latijn: 'in-glasbevruchting'. Deze behandeling wordt daardoor ook wel reageerbuisbevruchting genoemd. Het eerste kind dat dankzij IVF is verwekt, is in 1978 geboren. Bij deze behandeling probeert men met behulp van hormonen, meerdere eicellen tegelijkertijd te laten rijpen. Deze behandeling wordt vaak toegepast als het probleem bij de vrouw ligt. Bijvoorbeeld wanneer haar eileider is afgesloten of verwijderd, of wanneer er geen oorzaak is gevonden voor het niet zwanger worden gedurende een lange periode, ook wordt er natuurlijk rekening gehouden met de leeftijd van de vrouw. De leeftijd zorgt immers ook voor een verminderde vruchtbaarheid.

Werking In-vitro fertilisatie: In tegenstelling tot kunstmatige inseminatie en de natuurlijke bevruchting gebeurt in-vitro fertilisatie niet via het lichaam in de eileider. Eerst worden de eierstokken van de vrouw hormonaal gestimuleerd zodat ze meer eicellen aanmaken dan normaal. De arts prikt de eiblaasjes via de schede aan en zuigt deze leeg, met de vloeistof komt de eicel mee. Vervolgens worden de eicellen in het laboratorium uit de vloeistof gehaald. Vervolgens brengt men de zaadcellen samen met de verzamelde eicellen in een petrischaaltje. Daarna brengt men het schaalpje in een broedstoof, deze bootst de omstandigheden in de baarmoeder na. Drie dagen na de bevruchting wordt meestal het bevruchte embryo teruggeplaatst in de baarmoeder. Ook als er meerdere embryo's zijn bevrucht, plaatst men tegenwoordig slechts één of maximum twee embryo's terug. Natuurlijk speelt de leeftijd van de vrouw hierbij een grote rol alsook de kwaliteit van de embryo's. Dus de bevruchting en de eerste fase van de ontwikkeling van de eicelbevruchting gebeurt in de proefbuis. De verdere ontwikkeling van de embryo's gebeurt op een natuurlijke wijze verder in het lichaam. (IVF/ICSI vruchtbaarheidsbehandeling, 2012), (IVF, 2013) en (Vruchtbaarheidsbehandelingen, 2013)

Intracytoplasmatische sperma-injectie: Deze techniek komt vaak voor wanneer het probleem bij de man ligt, namelijk wanneer hij een zeer laag aantal beweeglijke zaadcellen heeft. ICSI wordt bij patiënten pas toegepast wanneer er geen bevruchting tot stand is gekomen na twee IVF-behandelingen of als er antistoffen in het sperma van de partner aanwezig zijn. Deze tasten de beweeglijkheid van het sperma aan of zullen

binden aan de baarmoederhals waardoor de zaadcellen ter plaatse zullen bewegen in plaats van verder te zwemmen tot de eileider. De behandeling van ICSI is eigenlijk identiek aan die van IVF, echter wordt er bij ICSI één enkele zaadcel in één eicel gebracht door een laboratoriummedewerker.

Microchirurgische epididymale sperma-aspiratie: MESA is een spermapunctie direct uit de bijbal van de man. Deze techniek wordt toegepast wanneer het probleem ligt bij de man, wanneer de doorgang van de zaadleiters doorgankelijk raken na infecties, operaties, ongelukken of sterilisatie waar een chirurgische ingreep geen oplossing kan bieden. Om de techniek toe te passen wordt er bij de man een klein sneetje gemaakt in de huid boven de bijbal en in de bijbal zelf. De bijbal bevat rijpe zaadcellen die uit de teelballen komen die nu niet meer door de normale weg door de zaadleiters naar buiten kunnen geraken. Vervolgens wordt hieruit met een pipet zaadvocht opgezogen. De ingreep wordt onder volledige narcose uitgevoerd. Nadien gebruikt men het zaad dat men heeft verkregen voor IUI of IVF/ICS. (MESA of Microchirurgische Epididymale Sperma Aspiratie, 2006-2013) en (Verhoeven, 2005-2013)

Percutane epididymale sperma-aspiratie: PESA is eveneens een spermapunctie rechtstreeks uit de bijbal van de man. Deze wordt toegepast wanneer de man geen enkele zaadcel in zijn sperma heeft en de oorzaak ligt in een blokkade van de zaadleiters. De artsen proberen met behulp van een biopt*, zaadcellen uit de bijbal te halen. Deze techniek is minder ingrijpend dan MESA omdat het niet onder gehele narcose uitgevoerd hoeft te worden. Het verkregen sperma wordt, zoals bij MESA, gebruikt voor IUI of IVF/ICS. (Verhoeven, 2005-2013)

Testiculaire sperma-extractie: TESE wordt toegepast wanneer het probleem bij de man ligt, vaak wanneer hij een stoornis heeft bij het aanmaken van zaad. Vaak treft men in de bijbal geen zaadcellen en in het zaad zelf worden soms jonge, onrijpe spermacellen aangetroffen. Door middel van een chirurgische ingreep worden de onrijpe spermacellen uit de zaadbal gehaald door een stukje weefsel weg te nemen. Het is de bedoeling dat men een of meerdere spermacellen vindt in dat weefsel om te laten rijpen of in een eicel te injecteren (ICSI-behandeling). Deze behandeling volgt na PESA, als deze onvoldoende blijkt te zijn. (Verhoeven, 2005-2013)

Eiceldonatie: Wanneer een vrouw niet de mogelijkheid heeft om zwanger te worden met eigen eicellen. Dit kan komen door een erfelijke belasting of omdat de eierstokfunctie door een ziekte of de menopauze is weggefallen. Wel hebben ze nog de mogelijkheid om zwanger te worden met behulp van donoreicellen, dat zijn eicellen van een donor die bevrucht worden met het sperma van de eigen partner. Wanneer er na een IVF of ICSI behandeling een bevruchting ontstaat wordt het embryo teruggeplaatst in de baarmoeder van de vrouw. Natuurlijk is het doneren van eicellen niet even simpel als het doneren van zaadcellen, waardoor er een tekort is. (Verhoeven, 2005-2013)

Ovulatie-inductie: Deze behandeling wordt toegepast bij vrouwen met een ovulatiestoornis. Men gaat aan de slag met medicamenten, om zo een eisprong op te wekken. Bij ovulatie-inductie wordt de hormoonproductie van de vrouw bijgesteld om zo tot een ontwikkeling van meestal één follikel te komen en een eisprong te krijgen. (Ovulatie-inductie of het opwekken van de eisprong, s.d.) en (Behandelingscyclus met Ovulatie-Inductie, 2013)

In-vitromaturatie: Bij IVM neemt de arts onrijpe eicellen van de vrouw weg en wordt deze in het laboratorium tot rijping gebracht. Wanneer dit gelukt is wordt de eicel teruggeplaatst in de baarmoeder. (Knijnenburg, 2009)

2. Wie kan spermadonor worden en hoe gaat dit in zijn werking?

Spermadonatie is geen behandeling op zich. Zoals het woord het zelf al zegt wordt er sperma gedoneerd door een vrijwilliger om deze nadien te gebruiken bij behandelingen waarbij het nodig is. Natuurlijk is het niet mogelijk om de eerste de beste donor eruit te pikken en te laten doneren of alle vrijwillige donoren aan bod te laten komen.

Iedere man tussen de 18 en 45 jaar (de maximumleeftijd hangt van centra tot centra af) met een goede gezondheid kan spermadonor worden. Men kijkt niet naar het uiterlijk van de donor, hij mag groot of klein, blank of zwart, dik of dun zijn. Het is ook van groot belang dat de algemene medische en psychische toestand van de donor optimaal is.

Het doneren van sperma gebeurt meestal in het ziekenhuis zelf. Donoren hebben niet de mogelijkheid om thuis hun sperma in een potje te verzamelen en mee te brengen. Dan zou er een kans bestaan dat de donor sperma van een andere man kan meebrengen maar ook om het sperma zo vers mogelijk te kunnen onderzoeken of invriezen. Hiervoor zijn in bijna alle fertiliteitscentra een apart kamertje voorzien om als donor je ding te doen. Verder wordt ook het sperma grondig onderzocht. Het moet qua hoeveelheid zaadcellen, de beweeglijkheid, invriesbaarheid voldoen aan de vereisten. Deze resultaten zijn na een week bekend en als alles in orde blijkt wordt er een tweede staal van de donor genomen. Vaak vallen hier veel kandidaten af en blijft er slechts 20 à 30% van alle donoren over. Wanneer de eerste spermatest positief is wordt er van de donoren bloed afgenomen om de gezondheid na te gaan. Dit wordt onderzocht in het ziekenhuis zelf.

Maar ook de motivatie om te donoren wordt onderzocht. De kandidaat-donor gaat op gesprek met een psycholoog waarbij hij vragen moet beantwoorden zoals 'waarom wilt u donor worden'. Ook uiterlijke kenmerken worden opgeschreven en bijgehouden op een selectieformulier. Wanneer de donor geslaagd is voor al deze kosteloze testen zal hij opnieuw sperma moeten doneren (met een onthoudingsperiode van 3 dagen) en een toestemmingsformulier invullen, waarin hij afstand doet van zijn sperma, voor anonieme donatie. Om de drie maanden gebeurt er ook een bloedafname om de gezondheid van de donor na te gaan. Natuurlijk is het donoren niet onbeperkt. Elke donor heeft het recht om maximum zes vrouwen te bevruchten. Hierdoor proberen ze de kans klein te houden dat nakomelingen gaan voortplanten met elkaar of simpeler gezegd, het vermijden van

inteeft. (Bijlage veldonderzoek UZ Edegem, 2013), (Word spermadonor, 2010-2012) en (Wie mag donor worden, s.d.)

2.1. Wat zijn redenen om spermadonor te worden?

Wanneer deze vraag aan een neutrale persoon zonder veel achtergrondinformatie over het onderwerp gesteld zou worden, is het mogelijk dat we het antwoord 'geld' krijgen. Vaak gaan mensen ervan uit dat donoren hun sperma doneren voor het geld. Uit een paar mededelingen van oud-donoren kunnen we vaststellen dat rond de jaren '80 dit zo was voor sommigen. Toen waren het meestal studenten die gingen doneren omdat ze het wel mooi meegenomen vonden. Doneren van sperma toen en nu kan zeker niet als een vaste bijverdienste beschouwd worden. Het maximum bedrag dat een centrum een donor geeft als tegemoetkoming bedraagt 80 euro per staal. Hier kan een mens niet van leven, ook wanneer je maar 6 vrouwen mag bevruchten komt dit uit op 480 euro in totaal. Natuurlijk is het in België door de anonimiteit mogelijk om in elke centra 6 vrouwen te bevruchten en zo in elk centrum 480 euro te verdienen omdat er bij ons geen gemeenschappelijk register bestaat.

Voor sommige mannen draait het totaal niet om het geld. Tijdens hun consultatie met de psycholoog melden ze dat ze het doen om mensen echt te helpen. Helpen om de kindervens van een andere te vervullen maakt hen gelukkig. Zo willen ze hun bijdrage leveren aan de maatschappij.

We hebben nog een derde type donoren. Deze hebben een oerdrang om zich voort te planten. Het feit dat ze weten dat er tientallen nakomelingen van hen rondlopen, geeft hen een superieur gevoel. Het is voor veel mensen onlogisch als je zo'n uitleg hoort maar uit verschillende bronnen hebben we dit kunnen concluderen. (Bijlage interview Raeymaekers, 2013), (Raphaella, 2009-2013), (Spermadonatie, 2010), (De Maakbare Mens vzw, 2010) en (HAUTEKIET – Recht op roots: deel 1, 2012)

3. Wie doet beroep op een vruchtbaarheidsbehandeling?

Koppels die problemen ondervinden bij het normaal zwanger geraken zien meestal een oplossing in een fertiliteitsbehandeling. Voor mensen met een grote kindervens is dit de oplossing. Dit kan door verschillende oorzaken zijn zoals:

Problemen bij de vrouw:

- Geen of dichtgeslibde eileiders, ze heeft een onregelmatige menstratiecyclus of een verstopping van de eileiders door een baarmoederslijmvlies.
- Ovulatieproblemen
- Zwanger willen worden na de menopauze.

Problemen bij de man:

- Slechte kwaliteit van het zaad. Dit kan door overmatig fietsen, te lange blootstelling aan warmte (bijvoorbeeld een laptop uren op je schoot), spannende boxershorts, enzovoort.
- Het afweersysteem van de man of vrouw breekt het zaad af door antilichamen aan te maken.

En koppels waarvan de arts niet weet wat de oorzaak is, doen ook beroep op een vruchtbaarheidsbehandeling.

Tegenwoordig vinden we niet enkel hetero koppels terug in fertiliteitscentra maar ook alleenstaande moeders met een kinderwens en holebi koppels. Ook kiezen sommige koppels om beroep te doen op vruchtbaarheidsbehandelingen omdat een van de partners een erfelijke afwijking draagt. (Centrum voor reproductieve geneeskunde – Wat doen we?, s.d.) en (Hamerlijnck, 2012)

4. Wanneer is de basis gelegd voor reproductieve geneeskunde?

4.1. Ontstaan

Kunstmatige inseminatie bestaat al langer dan de dag van vandaag. De basis is gelegd in de jaren 1300, echter werd dit niet op mensen maar op dieren toegepast. Na de Tweede Wereldoorlog is men in België begonnen met kunstmatige inseminatie. In de jaren 70 werd er door verschillende medici en wetenschappers een nieuwe techniek voor geassisteerde bevruchting ontwikkeld: in-vitrofertilisatie. De twee pionierslanden voor deze nieuwe techniek waren Engeland en Australië. Door de fertiliteitsgeneeskunde worden vier veel voorkomende namen aangehaald: Patrick Steptoe, Robert Edwards, Alan Trounson en Carl Wood. Door Patrick Steptoe werd de eerste proefbuisbaby geboren. Zo werd de eerste grote stap gezet in de wereld van reproductieve geneeskunde. (Centrum voor Reproductieve Geneeskunde – Wat voorafging, s.d.)

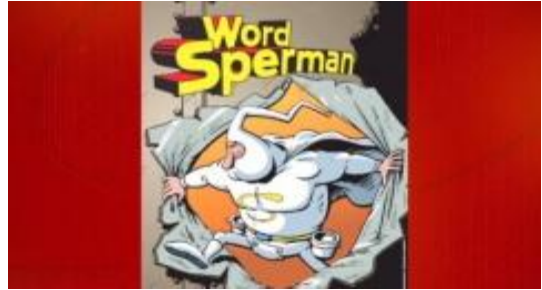
4.2. België

In heel België vinden we 22 verschillende centra voor reproductieve geneeskunde terug. Deze bieden alle aspecten van vruchtbaarheidsbehandelingen aan. Hieronder vindt u een overzichtelijke tekst over de drie fertiliteitscentra die wij zijn gaan bezoeken en hun werking.

UZ Brussel

De fertiliteitsafdeling van UZ Brussel, toen nog AZ-VUB, is ontstaan in 1983. Prof. Van Steirteghem en prof. Devroey stonden toen aan het hoofd van de afdeling. Prof. Van Steirteghem had vier laboratoriummedewerkers: Dr. Naaktgeboren, Dr. Help en Dr. Liu. Dr. Temmerman was de toenmalige assistente van prof. Devroey. In hetzelfde jaar werd de fertiliteitsafdeling omgedoopt tot Centrum voor Reproductieve Geneeskunde (CRG). Dit was in die tijd de eerste fertiliteitskliniek die zelfstandig functioneerde, want de andere klinieken waren vaak een onderdeel van de afdeling gynaecologie. Naast hun zelfstandigheid maakte ook hun laboratoriumwerk hen uniek in Vlaanderen. Deze was van cruciaal belang voor hun ontwikkeling. Het jaar 1991 werd beschouwd als 'Het ICSI-jaar', toen werd de eerste zwangerschap via ICSI-bevruchting uitgevoerd. De zwangerschap vond plaats in 1991 en het kindje werd in 1992 geboren. In het jaar 2005 begint UZ Brussel met spermadonatiecampagnes zoals "*Sperman*" (zie foto). Hiermee roepen ze mannen op om te komen doneren. Deze campagne werd voorgesteld als een

stripfiguur afgebeeld als spermacel. Ze hebben ook verschillende folders gemaakt om een duidelijker beeld te geven en in te lichten hoe de spermadonatie werkelijk in elkaar zit. Ook hebben ze twee jaar later een nieuwe campagne opgestart om vrouwen te stimuleren voor eiceldonatie. De campagne is nu als website terug te vinden op www.spermadonor.be.



Door hun samenwerking met psychologen en seksuologen proberen ze een optimale hulp te bieden aan de patiënten. Dankzij al hun succes is het CRG erin geslaagd om in hun 25-jarig bestaan, 15.000 baby's ter wereld te laten brengen. (Centrum voor Reproductieve Geneeskunde – Historiek, s.d.)

UZ Antwerpen

De fertilitieitsafdeling van UZA is ontstaan in 1984. Hun doel was om vrouwen en koppels met een verminderde vruchtbaarheid optimale hulp aan te bieden om hun kindwens te vervullen. Om dit zo goed mogelijk te verwezenlijken zijn de artsen, verpleegkundigen en laboranten nauw gaan samenwerken met (para)medische diensten. Zo werd de afdeling al gauw omgedoopt tot Centrum voor Reproductieve geneeskunde. Het UZA besteedt ook veel aandacht aan het psychologische aspect van de behandeling. Hiervoor werken ze nauw samen met psychologen en seksuologen. Wat ons persoonlijk opviel aan de afdeling was dat ze een zeer groot laboratorium hadden. Ze werken ook extreem steriel en zijn heel aandachtig dat er geen contaminaties gebeuren tussen verschillende staaltjes. (UZA – Wat doet het centrum voor reproductieve geneeskunde?, 2011)

Middelheim

De fertilitieitsafdeling van ZNA is ontstaan in 1990. Ze bieden zoals de andere zeventien centra in ons land alle aspecten van vruchtbaarheidsbehandelingen aan. Ze proberen een kwalitatieve zorg te bieden voor de patiënten in samenwerking met artsen, fertilitieitsverpleegkundigen/vroedvrouwen, embryologen, laboranten, psychologen/psychiaters en administratieve medewerkers. We konden waarnemen dat ze zeer steriel te werk gingen. Wel hadden ze een klein laboratorium vergeleken met de andere twee ziekenhuizen en veel minder laboranten te werk. We waren getuigen van een telefoontje waarbij we konden waarnemen dat ze zeer correcte en strikte informatie doorgeven om de patiënten zo goed mogelijk te informeren. (ZNA, Fertilitieit (Reproductieve Geneeskunde), s.d.)

4.3. Buitenland

Denemarken

De spermabank Cryos werd in 1987 opgericht in Aarhus, Denemarken. De oprichter, de heer Ole Schou, had altijd al een droom om een spermabank te creëren. "Cryos" betekent ijs in het Grieks. Deze spermabank verkoopt zaad van goede kwaliteit en laat de eigenschappen van de donor anoniem zien op hun site. Met eigenschappen bedoelen we niet alleen de uiterlijke kenmerken zoals haarkleur en huidskleur, maar ook de aanleg van de donor (vb.: aanleg voor arts) en zelfs de klank van zijn stem en een

foto uit zijn jeugd. Hoe meer je weet van de donor, hoe duurder het zaad. Deze spermabank levert ook aan de ziekenhuizen hier in België. (Cryos Denmark - History, s.d.)

Nederland

In Nederland is onvruchtbaarheid een veel voorkomend probleem. Dit wil niet zeggen meer dan elders, maar ze zijn er opener over. Er bestaan verschillende centra die vruchtbaarheidsbehandelingen uitvoeren. De technieken die ze gebruiken zijn vaak dezelfde als in België. Ze hebben enkel één groot verschil met België en dat is de anonimiteit van donoren. Doctor Jan Siebenga was de primeur van kunstmatige inseminatie in Nederland met rundvee. Vanuit zijn praktijk werden de eerste koeien kunstmatig bevrucht en het eerste KI-kalf werd in 1935 geboren. Deze resultaten wekten rond de hele wereld zoveel interesse, dat er al spoedig diverse universiteiten uit Amerika, Engeland en Italië 'Doctor Jan' kwamen aanspreken om de techniek meester te worden. (Wikipedia, Kunstmatige inseminatie, s.d.)

5. Wat zegt de wet inzake spermadonatie?

5.1. Vroeger (voor de wetgeving)

Voordat er een concrete wetgeving was, was het gemakkelijker om sperma te doneren en beroep te doen op spermadonatie omdat het als een taboe aanzien werd. Er werd dus niet over spermadonatie gesproken zodat het gemakkelijker was om het voor het kind geheim te houden. Omdat er vroeger geen wet was voor spermadonatie werd dit veel meer privé gedaan in kleine "zaakjes" die zaad aanboden. Ook op de zwarte markt werd er vroeger aan spermadonatie gedaan. (Bijlage interview Raeymaekers, 2013)

5.2. De wetgeving inzake spermadonatie

"Art.51. 1. De gratis donatie van gameten is toegestaan.

De Koning kan echter een vergoeding bepalen om verplaatsingskosten of loonverlies van de persoon bij wie een afname wordt verricht te dekken. Deze vergoeding kan ook de ziekenhuiskosten dekken die samenhangen met de afname van eicellen bij de donor.

2. Handel in menselijke gameten is verboden."

Er heerst een absoluut verbod voor ziekenhuizen en particuliere centra om donoren te betalen voor hun stalen. Het enige wat ze mogen geven aan de donoren is een kleine vergoeding om de kosten van vervoer en dergelijke te dekken.

"Art.55. De gameten van eenzelfde donor mogen niet gebruikt worden om bij meer dan zes verschillende vrouwen telkens één of meer kinderen geboren te laten worden."

Het maximaal aantal bevruchtingen voor een donor zijn zes bevruchtingen. Dit staat zo in de wet vermeld maar er zijn veel vragen rond. Door de anonimiteit wordt er in de verschillende ziekenhuizen geen gemeenschappelijk register voor de donoren bijgehouden. Dus is de kans groot dat donoren in elk ziekenhuis, zes kinderen ter wereld kunnen laten brengen.

"Art.56. Vanaf de inseminatie van de gedoneerde gameten spelen de

afstammingsregels als bepaald in het Burgerlijk Wetboek in het voordeel van de wensouder(s) die de gameten ontvangen heeft (hebben).

Donoren van gameten kunnen geen rechtsvordering instellen betreffende de afstamming of de daaruit voortvloeiende vermogensrechtelijke gevolgen. Ook de ontvanger(s) van gameten en het kind geboren dankzij de inseminatie van gameten kunnen geen rechtsvordering instellen betreffende de afstamming of de daaruit voortvloeiende vermogensrechtelijke gevolgen tegen de donor(en) van gameten.”

Het volledige ouderschap van de donorkinderen is voor de wensouders. De donoren hebben geen inspraak op het kind.

“Art.57. Wanneer gameten gebruikt worden voor een donatieprogramma, moet het geraadpleegde fertiliteitscentrum alle gegevens die zouden kunnen leiden tot de identificatie van de donor, ontoegankelijk maken. De niet-anonieme donatie berustend op de toestemming van de donor en de ontvanger(s) is toegestaan.

Iedere persoon die in of voor een fertiliteitscentrum werkt en die op welke manier ook kennis neemt van informatie waarmee de donoren van gameten kunnen worden geïdentificeerd, is gebonden door het beroepsgeheim en kan worden gestraft overeenkomstig artikel 458 van het Strafwetboek.”

Spermadonatie is dus anoniem bij wet en de personen die er werken zijn gebonden aan het beroepsgeheim. Met de niet-anonieme donatie bedoelen ze dat de wensouder zelf een donor aanstelt (bv een vriend, buur...) en dat is toegestaan.

“Art. 64. Onverminderd de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, verzamelt het fertiliteitcentrum voor iedere donor van gameten de volgende gegevens:

1° medische informatie met betrekking tot de donor van gameten die belangrijk kan zijn voor de gezonde ontwikkeling van het ongeborn kind;*

2° de fysieke kenmerken van de donor van gameten;

3° de informatie die nodig is voor de toepassing van deze wet.

De Koning stelt een systeem vast voor de uitwisseling van informatie tussen de fertiliteitcentra.”

Hiermee willen ze voorkomen dat er een fout gebeurt bij de inseminatie. Ze controleren op SOA's, kenmerken zoals haarkleur, huidskleur, genetische afwijkingen en de Rhesusfactor. (D'Hooghe [et al.], 2005), (Het wetboek, s.d.), (UZA – Wettelijke bepalingen voor fertiliteitscentra, 2011) en (Centrum voor Reproductieve Geneeskunde – Donatie, leven geven, leven delen, s.d.)

6. Anonimiteit

6.1. België

In België wordt de anonimiteit van de donor gegarandeerd en dat voor, tijdens en na de donatie. Noch de wensouders nog het donorkind zullen ooit te weten komen van wie het sperma afkomstig is. Dit geldt ook voor de donor. Hij zal nooit weten bij wie zijn sperma is gebruikt. In de Belgische wet is er ook de mogelijkheid tot gekende donatie. Dat betekent dat je doneert aan iemand die je kent (bv een kennis, broer, vriend). Hiervoor moeten uiteraard beide partijen mee instemmen. België is samen met Frankrijk het enige land waar de anonimiteit van donoren nog bestaat, dit brengt soms wel tegenstanders met zich mee. Zoals de behoefte van het kind om later informatie over de donor, zijn biologische en genetische afkomst, te kennen. Dit geeft in België een groot probleem als het kind op latere leeftijd met vragen over zijn/haar herkomst zit. Ook vinden sommigen dat de anonimiteit een positieve zaak is omdat ze vinden dat veel spermadonoren en wensouders op deze manier veel comfortabeler kunnen zijn. Spermadonoren willen vaak anderen helpen en dankzij de anonimiteit voelen ze zich ook niet betrokken tot het gezin. Ook is de anonimiteit van de donor voor sommige gezinnen makkelijker om geheim te houden voor de omgeving en het kind. In België is men nog niet geneigd om de anonimiteit op te heffen maar er is al wel een voorstel gedaan om over te schakelen naar een tweesporensysteem. Deze biedt zowel de donor als de wensouders de mogelijkheid om zelf te kiezen voor anonimiteit of gekende donatie. Dit zal ook problemen geven voor het donorkind wanneer de ouders louter voor zichzelf, anonieme donatie kiezen. (De Maakbare Mens vzw, 2010), (Hoet, 2012), (Forum De Verdwaalde Ooievaar, 2012)

6.2. Nederland

Wanneer een koppel, alleenstaande vrouw of holebi koppel een behandeling wil starten met donorzaad is het niet mogelijk om dit anoniem te doen. Dit is een beslissing die werd genomen op 1 juni 2004. Donorkinderen na de wet van 2004 zijn in staat om gegevens van hun donor op te vragen. Wanneer het kind jonger is dan twaalf jaar, heeft hij niet het recht om gegevens op te vragen. De ouders kunnen dit beperkt. Ze kunnen bijvoorbeeld fysieke en sociale gegevens opvragen zoals lichaamsbouw, kleur ogen/haar, opleiding enzovoort. Vanaf twaalf jaar kan het kind de donorgegevens (fysieke en sociale) zelf opvragen. Vanaf zestien jaar mag het kind persoonsgegevens van de donor opvragen. Dit houdt in dat ze de voornaam en achternaam, geboortedatum, adres en woonplaats kent en gebeurt door middel van een aanvraagformulier. Natuurlijk moet de donor toestemming geven. Wanneer de donor geen toestemming geeft zal de Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting' ook wel 'Stichting DKB' de reden hiervan onderzoeken. In Nederland staat het belang van het kind boven dat van de donor dus zal hij toestemming moeten geven. Enkel en alleen als de donor zwaarwegende redenen heeft om zijn gegevens geheim te houden zal de stichting hiermee akkoord gaan. Als we de relatie van het donorkind met de wensouders in juridische zin gaan bekijken is de wettelijke moeder in Nederland, de vrouw die het kind baart. En de mannelijke partner van de vrouw die de toestemming gaf voor de donorinseminatie is de juridische vader. Dus de donor heeft geen inspraak over het kind. Wanneer het gaat om een lesbisch koppel, zal de vrouwelijke partner van de moeder

gezamenlijk gezag over het kind hebben als zij met de moeder is getrouwd of een geregistreerd partnerschap heeft. (Bijlage interview Raeymaekers, 2013) en (Donorgegevens Kunstmatige bevruchting – Informatie voor donoren, s.d.)

6.3. België versus Nederland

Het grootste verschil tussen België en Nederland betreffende spermadonatie is de anonimiteit. In België moet spermadonatie volledig anoniem gebeuren maar in Nederland werd de anonimiteit in 2004 opgeheven zodat het donorkind de kans krijgt om bepaalde gegevens van zijn donor te krijgen en hem nadien kan opsporen. Nederland heeft ook een stichting die de donorgegevens allemaal moet bijhouden voor 80 jaar nl. 'Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting' ook wel 'Stichting DKB' genoemd. In België staat hierover niets in de wet, maar de orde van geneesheren beweert dat ze de gegevens voor 30 jaar moeten bijhouden. Wat door de anonimiteit wel tot een probleem kan leiden als een donorkind zijn of haar dossier wil opvragen. Wanneer hij/zij ouder is dan 30 blijkt dit niet meer mogelijk te zijn. Het opvragen van gegevens van de donor in Nederland is mogelijk vanaf twaalf jaar, hierover volgt later meer. Wanneer men in België aan niet-anonieme spermadonatie wil doen is dit mogelijk enkel en alleen als je zelf een donor aanstelt. (Bijlage interview Raeymaekers, 2013) en (Donorgegevens Kunstmatige bevruchting – Informatie voor donoren, s.d.) en (De Maakbare Mens vzw, 2010) en (D'Hooghe [et al.], 2005)

7. Wat zijn de sociale en psychische gevolgen voor het donorkind?

7.1. Welke term is correct, donorkind of KID-kind?

Beide termen hebben raakpunten maar ook verschillen. Wanneer we spreken van een donorkind is het kind verwekt uit sperma van een anonieme donor wanneer de sociale vader onvruchtbaar is. Als de sociale moeder onvruchtbaar is en de ouders beroep deden op eiceldonatie blijft het kind een donorkind.

KID staat voor Kunstmatige Inseminatie met Donorzaad, uit het woord kunnen we al afleiden dat het enkel gaat over het zaad dus kunnen we het niet gebruiken voor een kind dat verwekt is uit een anonieme of niet-anonieme eicel. Dit allemaal is zo in theorie maar in praktijk worden de twee termen vaak door elkaar gebruikt. (Stichting donorkind, 2013)

7.2. Vertellen of niet?

Een koppel moet, wanneer ze besluiten om voor een behandeling met donorzaad te gaan, ook de beslissing nemen of ze het later aan hun kind zullen vertellen of niet. Toekomstige ouders beschouwen dit vaak als een zorg voor later maar dit is belangrijker dan men denkt. Vroeger was het onderwerp een groter taboe vergeleken met het heden. Er werd met niemand over gesproken. Ook had de kerk toen nog een belangrijke rol in de maatschappij en behandelingen met donorsperma werden door de kerk gezien als duivelse zaken, waardoor koppels ook sneller geneigd waren om alles geheim te houden. Niet enkel voor het kind maar ook voor de omgeving. Dit kan na verloop van tijd voor spanningen zorgen. Wanneer het feit over de behandeling wordt verzwegen is de basis van de relatie één groot geheim.

Het is zeer opvallend dat er nu minder wordt gezwegen over de behandelingen, dit heeft verschillende oorzaken. Ten eerste, de macht van de kerk is afgenomen. Ten tweede, de stilte over het onderwerp is gegroeid vanuit de medische wereld. In het verleden werd aangeraden niet over het donorschap te spreken. Bijna alle artsen vonden het beter dan alleen het koppel het wist en geen derden. Nu raden ze aan om het op een correcte manier aan het kind te vertellen. Ten derde, vroeger waren het alleen maar heteroseksuele koppels die een behandeling ondergingen maar nu horen alleenstaande vrouwen en lesbische koppels hier ook bij. Het is vanzelfsprekend dat een alleenstaande moeder of lesbische koppel er vroeg aan moet denken en zich moet voorbereiden hoe ze het zullen vertellen aan het kind. En tenslotte zijn ook de waarden en normen sterk veranderd tegenover vroeger. Vroeger vonden koppels het belangrijker om een gezin te stichten en zich op de één of andere manier voort te planten. Het kind was 'minder belangrijk' dan de ouders, hij hoeft niet alles te weten en moet gewoon de ouders gehoorzamen. Maar de nieuwe generatie ouders denken er anders over. Zij vinden dat je eerlijk moet zijn tegen je kind en geen geheimen mag hebben.

Ook dacht men dat het bekendmaken een traumatische gebeurtenis zou zijn voor het kind en vernederend voor de ouders. En dat het de band tussen ouder en kind zou verbrekend. Nu gelooft men dat het niet vertellen aan het kind over zijn verwekking een

schending is van het recht van het kind, een ontkenning van de realiteit en een bedreiging van de integriteit in het gezin. Daarom is het belangrijk dat men het zo snel mogelijk verteld op een juiste manier voordat het kind het bij toeval van een andere persoon verneemt. Dan is de kans groot dat zijn vertrouwen in zijn ouders sterk wordt aangetast. Dit moet zeker voorkomen worden. Ouders vertellen het best voordat het kind in de puberteit zit, liefst eigenlijk rond 5-7 jaar. Rond die leeftijd stellen kinderen al vragen als 'Waar komt een baby vandaan?'. Zo kan je als ouder een geschikt moment afwachten, een gezinsverhaal opbouwen en naarmate de kennis van het kind groeit kan je meer feiten toevertrouwen. Ook is het handig dat de leerkracht van het kind meer weet over de situaties. Een kleuter kan er iets over zeggen in de klas, wat ook mag. Maar als de leerkracht niet op de hoogte is, zou ze kunnen schrikken. En zo'n schrikreactie wordt door een kind als negatief opgepikt.

Enkele voorbeelden om 'het te vertellen' voor heterokoppels:

-In het geval van eiceldonatie: Sommige mama's hebben niet genoeg eitjes om zelf een baby te maken en hebben hiervoor hulp nodig van een andere vrouw die een paar van haar eitjes wilt geven.

-In het geval van spermadonatie: De zaadjes van papa konden niet snel genoeg zwemmen om bij mama's eitjes te komen, dus moesten mama en papa naar het ziekenhuis gaan om zaadjes van een man die ons wilde helpen door er een paar van hem te geven.

Voor lesbische gezinnen of alleenstaande ouders:

-Mama wou heel graag een kindje, maar om een kindje te krijgen hebben de eitjes van mama zaadjes nodig. Omdat alleen mannen zaadjes hebben moest mama naar het ziekenhuis gaan om zaadjes te vragen. En die kregen we dan.

-Mama gaat samen met het kind een bloemetje planten. Ze legt aan het kind uit dat je zaadjes en water nodig hebt om een bloemetje te planten. Het kindje is het bloemetje en mama had geen zaadjes, ze had wel het water maar de zaadjes moest ze bij de dokter halen.

Wat het vertellen zeker kan vergemakkelijken zijn de speciaal ontworpen boekjes. Er bestaan boekjes voor KID-kinderen die geboren zijn in een mama & papa gezin, maar ook boekjes voor KID-kinderen met één of twee mama's. Ook bestaat er een boekje speciaal voor alle eiceldonatie geboortes. (Het vertellen en erover praten' Verdwaalde Ooievaar, 2005), (Swerts, 2011), (Van Dyck [et al.], 2012), (MvS Creation - Een wereldwondertje, 2013) en (D'Hooghe [et al.], 2005)

7.3. Zit een donorkind in een identiteitscrisis?

De meerderheid van de donorkinderen die op latere leeftijd te horen krijgen dat ze verwekt zijn van 'onbekende' zaad hebben het vaak moeilijk met hun identiteit. Ze beginnen zich vragen te stellen die ze normaal gezien al beantwoord moesten hebben in hun adolescentiefase. Volgens psycholoog Erik Erikson ontwikkelt de mens in acht levensfasen. In de puberteit zit het kind in een fase waarin hij zijn weg moet zoeken tussen twee stadia namelijk: identiteit versus identiteitscrisis. Dit gebeurt ongeveer rond

de leeftijd van twaalf tot achttien jaar. Een adolescent probeert een eigen identiteit te ontwikkelen en zoekt zijn ware ik. Hij gaat op zoek wie hij zelf is, wat hij allemaal leuk vindt op vlak van muziek en mode enzovoort. Vaak hebben ouders hierbij nog een belangrijke rol maar een adolescent wil dat de moeder en vader zich er buiten houdt. Een ouder mag voor een adolescent enkel richtlijnen geven en hij zal zelf wel bepalen of deze gevolgd worden of niet. Ook hebben de meeste adolescenten in deze fase een idool. Bij sommigen is dit een beroemdheid bij andere misschien een van de ouders. Zo is het mogelijk dat een kind bij identiteitsvorming zegt dat hij dokter wil worden omdat zijn vader dit ook is. Het blijft belangrijk dat het kind genoeg tijd en ruimte krijgt om zichzelf te ontdekken. De meerderheid van donorkinderen hebben in de adolescentie hun ware ik gevonden. Maar uit verschillende verhalen kunnen we concluderen dat de meerderheid van de donorkinderen terug in een identiteitscrisis raken wanneer ze erachter komen dat ze van een donor zijn. Dit kan gebeuren wanneer ze 20 zijn maar ook als ze 40 jaar oud zijn. (Bijlage interview Raeymaekers, 2013) en (Erikson, 1977)

7.4. Hoe reageert een KID-kind wanneer hij/zij de waarheid kent?

De reacties kunnen verschillen afhankelijk van wie dat het kind de waarheid te horen krijgt. Als het kind de waarheid van een derde persoon waarneemt zal hij heel kwaad reageren gevolgd door teleurstellingen. Ze zijn boos op de ouders omdat dit allemaal van hen werd geheimgehouden. Ze zijn niet enkel kwaad op hun ouders maar op iedereen die het wist. Ze hebben het gevoel dat hun leven ineens op losse schroeven staat. Wanneer het kind dit op een onvoorbereide manier te weten komt kan dit soms ook tot een vertrouwensbreuk leiden. We spreken hier van een kind maar als een volwassen donorkind het op latere leeftijd hoort zijn de gevolgen gelijkaardig.

Als het kind de waarheid hoort van de ouders op een jonge leeftijd is de kans groot dat hij dit kan aanvaarden. Door het een keer gehoord te hebben zal hij niet stoppen met vragen te stellen. Hij zal zijn ouders verschillende keren vragen stellen en misschien dezelfde antwoord krijgen maar dit zorgt ervoor dat hij een vertrouwensband met zijn ouders opbouwt en weet dat hij altijd met vragen bij hen terecht kan. (Bijlage interview Raeymaekers, 2013) en (Het vertellen en erover praten' Verdwaalde Ooievaar, 2005)

7.5. Donorkinderen en hun anonimiteit?

Anoniem doneren in België is een zekerheid. Maar denken de donoren wel genoeg aan de gevolgen die zij afgeven in de vorm van een potje. Genetisch materiaal is niet niets. Er zijn nog te veel mensen die de gevolgen van anoniem doneren onderschatten. De meeste donorkinderen hebben de behoefte om hun erfelijke of genetische vader op te zoeken. Dit mede omdat het nooit op voorhand is gezegd dat zij verwekt zijn door donormateriaal.

We kunnen donorkinderen hun mening in drie groepen verdelen:

- 1) Donorkinderen die helemaal nog niet weten dat ze verwekt zijn met donorsperma. Deze kunnen nog geen mening hebben over de anonimiteit van hun donor
- 2) Donorkinderen die weten dat ze verwekt zijn met donorsperma en er geen problemen mee hebben.

3) Donorkinderen die hun donor willen zoeken om hun identiteit aan te vullen en hier in mislukken door de anonimiteit van de donoren raken vaak gefrustreerd. Omdat het onmogelijk is om een anonieme donor zijn identiteit te kennen. Ook is het mogelijk dat ze gefrustreerd raken omdat de anonimiteit enkel in België en Frankrijk bestaat en in andere buurlanden niet. Als doneren in heel de wereld op een anonieme manier zou gebeuren zouden donorkinderen zich er bij kunnen leggen maar dit is niet direct mogelijk. (Bijlage interview Raeymaekers, 2013)

7.6. Wat is hun mening rond de wetgeving?

De meeste donorkinderen die weten dat ze donorkind zijn, willen dat de wet helemaal veranderd.

Zij willen ten eerste dat de anonimiteit helemaal wegvalt. Niets meer anoniem. Dus als donor betekent dit dat later de kans groot is dat de donorkinderen gegevens van jou te weten gaan of willen komen en dat zij misschien zelfs contact met hun willen opzoeken. Echter zijn ze meestal niet op zoek naar een vader maar gewoon naar hun genetische overeenkomsten met de biologische vader. Door de anonimiteit op te heffen gaan er nog meer tekorten zijn aan donoren dan dat er nu al zijn. Donorkinderen stellen dus dat de rechten van het kind primeert boven de rechten van de wensouders. “ *Het is de anonimiteit waar ik me tegen verzet. Dat er minder donoren zullen zijn als de anonimiteit wordt opgeheven is jammer, maar liever minder donoren dan de kans op ongelukkige kinderen. Hoe meer ongelukkige ouders gelukkig gemaakt worden hoe beter. Maar nooit ten koste van het kind*”. (Hoet, 2012). Er zou ook een centraal registratiesysteem moeten komen waardoor elk ziekenhuis een zicht heeft over de totale donors over heel België en hoeveel keer ze al hebben gedoneerd. (Bijlage interview Raeymaekers, 2013)

7.7. Waar zoeken donorkinderen ‘steun’ / welke organisaties?

In België is er geen enkele instantie waar donorkinderen naar toe kunnen gaan met vragen of begeleiding. Er is een wel pagina “donorkinderen België” op Facebook verschenen. De dame achter deze pagina is Stephanie Raeymaekers. Zij streeft voor een grondige verandering en heeft al een paar dingen op haar lijstje staan zoals een structuur gelijkaardig aan die van Nederland. Ze wilt in België een organisatie als in Nederland, namelijk Fiom. Fiom heeft een KID-register waarop donorkinderen en donoren zich kunnen laten registreren en een Fiom-DNA-databank waar de DNA-gegevens wordt opgenomen om zo de kans op een match te vergroten. De registraties zijn niet alleen bedoeld voor donorkinderen en donoren uit Nederland, ook Belgische KID-kinderen en donoren kunnen zich hierop laten registreren omdat de kans bestaat dat er vroeger koppels uit Nederlands naar België kwamen voor donorzaad. Daarom zou het handiger zijn om de Fiom-DNA-databank uit te breiden zodat Belgische donorkinderen niet naar Nederland hoeven en de registratie in België kunnen doen. Op 1 januari 2013 staan al 712 personen ingeschreven in het Fiom-KID-register, waarvan 589 ook in het Fiom-DNA-databank hiervan zijn 185 donoren. Er zijn in totaal 59 matches; hiervan zijn 19 kinderen met 11 donoren gematcht en 40 kinderen onderling. Vanuit België staan er nu 7 KID-kinderen ingeschreven; daaronder zijn nog geen matches. Wij hebben verder geen inschrijvingen uit het buitenland en dat is voorlopig ook niet onze opzet. Omdat inmiddels bekend is dat er in België gebruik is gemaakt van

zaad van donoren uit Nederland, vinden wij het de moeite waard om ook mensen uit België in onze database op te nemen.

Stephanie Raeymaekers organiseert bijeenkomsten waar alleen donorkinderen aanwezig mogen zijn en er is al veel belangstelling voor. Door deze bijeenkomsten kunnen donorkinderen steun vinden bij elkaar. Ook heeft ze onlangs een gloednieuwe website waarop donorkinderen maar ook donoren zich kunnen registreren, www.donorkinderen.com.

Ook bestaat er een site waar donorkinderen, donoren, alleenstaande moeders, lesbische koppels enzovoort zich kunnen registreren om hun verhaal te doen en zo steun bij elkaar kunnen zoeken, www.kidlotgenoten.com. Nog een gelijkaardige site waarop donorkinderen zich kunnen registreren is www.donorkind.be. (Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting, s.d.), (KID-register en DNA-databank, 2013), (Donorkinderen, 2012), (Kidlotgenoten, s.d.) en (Donorkind vzw, 2012)

8. Algemeen besluit

Eerst willen we iets zeggen over onze ervaringen tijdens het veldonderzoek. Hierbij is ons opgevallen dat de algemene werking van de fertiliteitscentra in België ongeveer altijd hetzelfde is. Toch merken we enkele kleine verschillen. Zo moet er in het ene ziekenhuis een labojas aangetrokken worden en in het andere helemaal niets. Of is het aantal laboranten verschillend. Maar voor de rest zijn er geen extreme verschillen te merken in de werking van de verschillende fertiliteitscentra. Als we echter de laboranten en verantwoordelijken van de afdeling aanspraken over de rechten van donorkinderen, hadden we de indruk dat ze zich verschuilden achter de wet errond. Echter waren er ook die toegaven dat een nationaal register voor donorkinderen niet overbodig zou zijn tot zelfs noodzakelijk. Er zijn eenmaal veel risico's verbonden aan "ongeregistreerd" doneren. Zo kunnen half broers en half zussen elkaar ontmoeten en een verhoogde kans hebben op een gehandicapt kind.

Stephanie Raeymaekers, zelf een donorkind, is de laatste tijd veel in de media omdat ze opkomt voor donorkinderen die hun identiteit willen ontdekken. Zij heeft ons veel informatie verschaft en daar zijn wij haar zeer dankbaar voor.

Algemeen kunnen we stellen dat de meningen rond donorkinderen hard uiteen lopen. Een klein deel van de kinderen gaat op zoek naar hun donor, anderen aanvaarden hun lot. We zagen ook dat sommigen het niet wilden vertellen uit vrees onrespectvol te zijn tegenover de opvoeder of het gewoon niet willen verkondigen naar de buitenwereld.

Het was moeilijk om objectief te blijven bij ons onderwerp omdat we alleen getuigenissen van de donorkinderen kregen. Donoren zelf waren onmogelijk om te vinden omdat ze natuurlijk anoniem willen blijven. We hebben echter ons best gedaan om beide kanten zo objectief mogelijk te onderzoeken.

Met ons eindwerk wilden we een zekere taboe doorbreken. Of dat dit gelukt is weten we nog niet. We weten wel dat we er alle drie zeer veel van hebben opgestoken omdat het onderwerp dat we kozen ons zeer hard interesseerde. Het onderwerp was ook iets dat niet cliché was en daar streefden we naar.

Bibliografie

Boeken

- D'HOOGHE, T., ENZLIN, P., VANDERSCHUEREN, D., Baby's gevraagd!', Acco, Leuven (België), 2005.
- Het Belgische wetboek (http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2007070632&table_name=wet)

Internet

- s.n., 'Geld verdienen zonder moeite (geen internetverdienste)', internet, 3 oktober 2009, (www.financieel.info.nl).
- <http://spermadonor.uzbrussel.be/> (gehele website)
- s.n., 'Word spermadonor', internet, 30 mei 2010, (www.gezondheid.be).
- s.n., 'UZ Gent zoekt dringend spermadonoren', internet, 8 oktober 2012, (www.infertiliteit.net).
- www.brusselsivf.be/default.aspx?lang=NL (volledige website).
- s.n., 'Vruchtbaarheidsbehandelingen', internet, 2013, (www.zorgverzekeringwijzer.nl).
- s.n., 'IVF/ICSI vruchtbaarheids-behandeling', maart 2012, (www.lumc.nl).
- s.n., 'IVF', internet, 2013, (www.zorgverzekeringwijzer.nl).
- s.n., 'Boeken MvS Creations', internet, (www.mvscreations.nl).
- VERHOEVEN, J., 'Vruchtbaarheidsbehandelingen', internet, s.d., (www.zwangerschapspagina.nl).
- s.n., 'Behandelingscyclus met Ovulatie-Inductie', internet, s.d., (www.klina.be)
- s.n., 'Over het centrum voor Reproductieve Geneeskunde', internet, 2011, (www.uza.be)
- s.n., 'Fertiliteit (Reproductieve Geneeskunde)', internet, s.d., (www.zna.be)
- s.n., 'Wettelijke bepalingen voor fertiliteitscentra', internet, 2011, (www.uza.be)
- www.donorkinderen.com (volledige website)

- www.deverdwaaldeooievaar.be (volledige website)
- <http://dk.cryosinternational.com> (volledige website)
- www.fiom.nl (volledige website)
- <http://spermadonor.uzbrussel.be/> (volledige website)

Tijdschrift

- HAMERLIJNCK, E., 'Vruchtbaarheidsklinieken vinden niet genoeg goede spermadonoren', Dag Allemaal, oktober, nr. 43, p. 156-160.

Radio en video fragment

- PANORAMA, Aflevering 137, video, Panorama, Brussel, 2012.
- <http://www.radio1.be/programmas/hautekiet/was-jij-al-spermadonor>
- <http://www.radio1.be/programmas/vandaag/recht-van-het-kind-op-kennen-recht-van-de-vader-op-anonimiteit>
- HELDEN, Vader gezocht met varkensneusje, video, Hollandse Helden, 2012.
- PANORAMA, Recht op roots, video, Panorama, Brussel, 2012.

Bijlage 1: Veldonderzoek ZNA Middelheim

Op dinsdag 8 november zijn we naar het ZNA Middelheim in Antwerpen geweest voor ons eerste veldonderzoek op de fertiliteitsafdeling. Nadat we ons hadden aangemeld aan de receptie werden we doorgestuurd naar Willy Eestermans. Hij zou ons een rondleiding geven op zijn afdeling.

Eerste indruk van de heer Eestermans: een man rond de vijftig die ons een rustige uitstraling gaf. Hij was in het algemeen zeer vriendelijk en hij was bereid om volledig mee te werken. Hij vroeg vaak nadat hij zijn uitleg had gedaan of we nog bijkomende vragen hadden.

De eerste stap die we zetten in de afdeling was via een aparte kamer. Deze was ongeveer twee vierkante meter groot. Hier moesten we een wegwerp labojas aantrekken, plastic rond onze schoenen doen en een kapje op ons hoofd zetten (zie foto). Vervolgens moesten we over een kleefmat gaan zodat het vuil hier aan bleef plakken. Robin vroeg of we hier foto's mochten nemen en we kregen hiervoor de toestemming.



Nadat we helemaal ingepakt waren, gingen we verder naar de administratieve ruimte. Hier worden de gegevens van de donoren bijgehouden in een databank. Deze is enkel voor dit ziekenhuis. Hier wordt contact opgenomen met de donoren of andersom. Toen we er waren werd de heer Eestermans opgebeld door een donor die de volgende dag zou langskomen om zijn zaad af te staan. In dezelfde ruimte mochten we ons voorstellen en ons onderzoek toelichten. Eerst kregen we de kans om enkele vragen te stellen. In hoeverre worden de donoren op voorhand gescreend? Wat als de donor een psychopatisch is? We kwamen te weten dat die stalen nadien, worden getest op beweeglijkheid en het aantal zaadcellen. Er wordt vastgesteld hoeveel procent van de zaadcellen in orde is. Als deze eerste stap positief wordt beëindigd, volgt hierna bij de aflevering van de tweede staal een doktersgesprek. Dit houdt in dat de donor zijn motivatie moet geven waarom hij zijn sperma doneert.

Tot onze verbazing doneren de meeste donoren om te helpen, vooral omdat er meer media aandacht is. Donatie kan ook in kennisverband gebeuren. Dit wil zeggen dat de wensouders zelf een kennis aanspreken zodat hij zou willen doneren om hun kindwens te laten vervullen. Persoonlijk dachten we dat het vooral om financiële redenen ging.

De dokter schrijft tijdens het gesprek uiterlijke kenmerken op zoals kleur van de ogen, haarkleur, lichaamsbouw. Ze houden minder rekening met cognitieve en sociale achtergrond. Het eerste staal wordt enkel gebruikt om de kwaliteit te testen. Voor inseminatie maken ze gebruik van een tweede staal. We vroegen ook hoeveel donoren er per jaar langskwamen. Dit cijfer lag zoals verwacht zeer laag. Normaal zijn er tien tot vijftien donoren per jaar, na de invriestest blijven hier maar een 5-tal van over. Ook werd ons verteld dat dit cijfer de laatste tijd aan het stijgen is dankzij de media. De

fertiliteitsafdeling van het ZNA Middelheim bestaat al sinds 1991 en in 21 jaar hebben ze in totaal 306 donoren gehad.

Daarna gingen we de naar de koelruimte met de verschillende spermabanken(zie foto). Elke spermabank bevatte een specifiek soort zaad. Bijvoorbeeld: Zaad van koppels (partnerzaad), individuen, bank voor testis + embryo of zaad in quarantaine. Er bevindt zich ook nog een spermabank met gereserveerd sperma uit het buitenland.

Voor de keuze van sperma hebben de toekomstige ouders niet veel keuze. De keuze voor 'het geschikte sperma' wordt gedaan door de specialist. Hij houdt rekening met de bloedgroepen en Rhesusfactor van moeder en vader. Ook wordt er rekening gehouden met bepaalde uiterlijke kenmerken van de vader zoals de kleur van de ogen en soort lichaamsbouw. De keuze van het sperma wordt niet in chronologische volgorde gedaan. Zo waren er ook nog spermastalen van 2005 aanwezig.



Hierna gingen we door naar de onderzoeksruimte. Hier wordt het sperma gecontroleerd onder microscopen met een zeer sterke vergroting. Ook worden de goedgekeurde spermazaden voorbereid om deze in te vriezen. Dit wordt gedaan met een "Freezing Medium"(zie foto) (eigeel + glycerol) om de celwand van de spermacel extra te beschermen. In deze ruimte wordt ook aan in-vitrofertilisatie (IVF) gedaan, het zelfstandig indringen van de zaadcel in de eicel. Hiervoor worden de beste "zwemmers" uitgekozen. Ook wordt er aan Intracytoplasmatische sperma-injectie (ICSI) gedaan waarbij de zaadcel handmatig met de microscoop in de eicel wordt geplant. Ook kregen we de kans om goede zaadcellen te bekijken onder de microscoop. In deze ruimte wordt het sperma in de buisjes gedaan. We kregen ook de kans om de verschillende stappen te zien. Ook kregen we een exemplaar van de buisjes mee(zie foto).



Er waren drie mensen aanwezig in het labo. Zij werken zeer steriel en proper. De sfeer onder de laboranten was zeer goed. Ze konden grappen maken met elkaar en je merkte dat ze elkaar niet alleen als collega's beschouwden. De afdeling had drie kleine ruimtes wat zeer afgesloten was. Wat ons ook opviel was de aanwezigheid van de geboortekaartjes van baby's die we terugvonden in de administratieve ruimte. Waarschijnlijk hadden behandelde koppels deze gestuurd om de afdeling te bedanken.



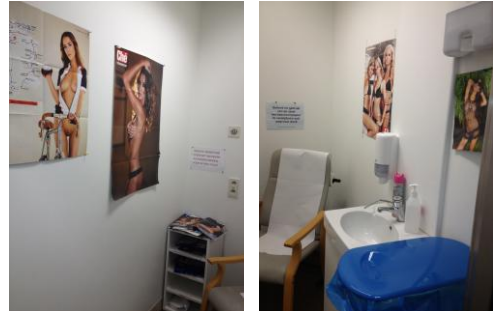
Hieruit kunnen we besluiten dat ZNA Middelheim een goede medewerking combineert met respect voor de anonimiteit. Wel jammer dat de databank die ze hanteren enkel en alleen voor het ziekenhuis zelf is. Dit geeft wel problemen rond de wetgeving waarin vermeld staat dat een donor maar zes verschillende vrouwen mag bevruchten.

Bijlage 2: Veldonderzoek UZ Edegem

Op 4 december 2012 hebben we het labo andrologie van UZ Edegem bezocht. Na ons aangemeld te hebben kwam mevrouw Punjabi ons oppikken. Ze ontving ons heel vriendelijk en ging met ons aan tafel zitten. In die kamer werden we voorzien van een woordje vooraf. Mevrouw Punjabi is verantwoordelijke van het labo en werkt er al vanaf de dag dat het open ging in 1995. Daarna kregen we ons uniform om het labo te betreden. Sinds de normen van 2008-2009 zijn de voorschriften van een labo enorm strikt omdat het nu erkend wordt als weefselbank. Zo moet de lucht bijvoorbeeld zo zuiver mogelijk zijn, de temperatuur constant en alle verschillende donaties worden één voor één behandeld om zo contaminaties te voorkomen. Normaal mochten we zelfs geen papieren meenemen in het labo vanwege het stof, maar ze wilde voor ons een uitzondering maken.

Eenmaal in het labo viel de structuur ons erg op. Het was cirkelvormig ingericht zodat iedereen gescheiden van elkaar te werk kon gaan. Ze legde het verloop uit in de vorm van een simulatie. Het sperma werd binnengebracht in hokjes in de muur. Sperma

moest daar in het ziekenhuis zelf geproduceerd worden in een speciaal kamertje (zie foto's) om de kwaliteit optimaal te behouden en om er zeker van te zijn dat het van de man zelf komt en niet geruild is met iemand anders. In sommige gevallen mocht het produceren van sperma ook thuis gebeuren wanneer de donor bijvoorbeeld psychische problemen heeft. Ze vertelde ons ook dat er twee soorten van donatie bestaan: het autoloog (voor zichzelf) en het allogeen (voor anderen) doneren.



Het labo wordt streng gecontroleerd door de overheid en als het niet voldoet aan alle normen, wordt er een slot op het labo gehangen en mag het niet verder gebruikt worden tot het probleem is opgelost. In het labo zagen we enkele apparaten waar we uitgebreid uitleg over kregen. De Laf-kast is een soort van ruimte waar constant zuivere lucht wordt aangevoerd om het werk erin zo steriel mogelijk te laten verlopen. De welgekende centrifuge is een apparaat waarin de buisjes tegen een heel hoge snelheid worden rondgedraaid zodat de zwaarste deeltjes naar onder zakken. Door deze methode is het gemakkelijker om twee stoffen te scheiden. Het afval wordt in een gele bak (zie foto) gestoken en dan later verbrand zodat alles wel degelijk weg is.



Om verwarring te voorkomen werken ze dus altijd maar aan één zaak tegelijk. Op die manier worden er geen potjes verwisseld en worden er minder fouten gemaakt. Elk potje wordt ook voorzien van een nummer dat gelinkt is aan de donor op een etiket.

Na enkele tests (beweeglijkheid, hoeveelheid zaad, eventuele ziektes) wordt het sperma voor de eerste keer ingevroren, de vriestest genaamd. Voor het invriezen voegen ze nog

een Freezing Medium toe aan het sperma. In dit Freezing Medium zit eigeel en glycerol om de celwand van de spermacel te verstevigen. Dit vergroot de overlevingskans van het zaad na invriezing. Na deze behandeling wordt het zaad via een steriele buis in een kleine tube overgebracht. Deze tube wordt dicht gebrand en krijgt een kleurcode en een etiket met een nummer. Nadien worden ze in grotere tubes gestoken per acht. Zo gaan ze dan in torens met stikstof van -195° .

Ze krijgen eigenlijk niet zoveel donoren voor anderen. De meesten doneren om zichzelf te bevruchten. Ze krijgen gemiddeld ongeveer 25 allogene donoren per jaar. Het doneren verloopt in drie stappen. Ten eerste nemen ze contact op met het centrum en de eerste vraag die het centrum stelt is: "Heeft u al ergens anders gedoneerd?" Indien de potentiële donor zegt dat dit de eerste keer is, kan dit niet worden gecheckt want er is geen nationaal register. Ze vragen ook de naam, leeftijd en of ze kinderen hebben. De tweede stap is dat de potentiële donor naar het centrum gaat op afspraak en zijn eerste potje vult. Dit wordt dan meteen getest zoals hierboven vermeld. De donor moet eerst een paar keer doneren om te testen of de kwaliteit van zijn zaad wel goed genoeg is.

De fertiliteitscentra behandelen iedereen. Daarmee willen we zeggen dat ze dus ook lesbische koppels en alleenstaande moeders behandelen. Deze worden volledig gescreend door een psycholoog. Hier besteden ze meer aandacht aan dan bij mannelijke donoren omdat de ziekenhuizen meer belang hechten aan hun patiënten dan aan de vrijwillige donoren. Dit wil niet zeggen dat donoren niet worden gescreend, maar de wensouders moeten het kind tenslotte opvoeden. Ze mogen echter patiënten weigeren als ze op voorhand weten dat er een grote kans is op mislukking, zoals bij vrouwen boven de 43 jaar waar de kans op een miskraam groot is. Mevrouw Punjabi wil dat er een register komt omdat anders de kans bestaat dat een donor doneert in een centrum A, waar zijn zaad gebruikt wordt om maximum zes kinderen mee te verwekken, en in een centrum B, waar eveneens maximum zes kinderen worden verwekt, zonder dat ze het van elkaar weten. Het risico hiervan is dat halfbroers en halfzussen elkaar kunnen ontmoeten, verliefd worden en kinderen krijgen met een verhoogde kans op een handicap zonder te weten dat ze genetisch verwant zijn aan elkaar.

Ook geeft mevrouw Punjabi aan dat zulke centra de gegevens van donoren minstens 30 jaar lang moeten bijhouden. Daarmee wil ze zeggen dat het onmogelijk is dat deze documenten in andere centra vernietigd zijn, wat volgens haar een excuus is om donorkinderen geen hoop meer te geven om hun biologische vader te vinden. Zo verwees ze ook naar Stephanie, die op zoek is naar haar donor, en het feit dat ze dus nooit haar donor zal vinden.

In hun spermabank zagen we een klein stikstofvat met Cryos erop. Dit is de naam van een Deense spermabank die online zaad aanbiedt. Mevrouw Punjabi heeft daarbij vermeld dat het niet van hen is maar van een centrum in Brasschaat en alleen bij hen staat ter opslag. Wel deelt ze mee dat ze gebruik maken van buitenlands sperma bij patiënten met een donkere huidskleur. Omdat ze ook veel patiënten hebben met een andere afkomst komt het vaak voor dat deze donkerder zijn van huid. Hierdoor zijn ze verplicht om buitenlands sperma te gebruiken om een perfecte match te vinden. Het UZA Edegem is tot in het buitenland gekend omdat het gespecialiseerd is in dit

vakgebied. Tot slot hebben we een administratieve ruimte bezocht waar we een 100-tal foto's konden bewonderen van kinderen die in het ziekenhuis zijn verwekt (zie foto). We stellen het op prijs dat ze heel voorzichtig en steriel te werk gaan. Mevrouw Punjabi heeft ons enorm veel informatie gegeven op een toch discrete manier. Ze was open over de werking maar toch professioneel in de omgang met de anonimiteit van de gegevens. We vinden het een geruststelling dat de centra zelf ook een register of iets dergelijks willen op nationaal vlak.



Bijlage 3: Veldonderzoek UZ Brussel

Op 20 december 2012 hebben we UZ Brussel bezocht. Nadat we ons hadden aangemeld aan het onthaal van de afdeling andrologie mochten we samen met mijnheer Pletinckx de administratieve ruimte binnentreden. We moesten geen speciale kledij aantrekken omdat we achteraf gezien geen toegang kregen tot het labo naast de administratieve ruimte. Hier deden ze kwaliteitsonderzoeken van het sperma. Verder wordt in het labo het sperma op een steriele manier klaargemaakt voor gebruik.

Wat ons opviel in de eerste ruimte was dat alles zeer chaotisch was en dat we het gevoel kregen dat we op dat moment ongewenst waren. We zagen aan de muur ook een affiche van een Panorama aflevering omdat deze gedeeltelijk in UZ Brussel werd opgenomen.

Nadat we een rondleiding kregen in de eerste ruimte zijn we vervolgens naar de weefselbanken gaan kijken. Wat ons opviel was dat deze de grootste bank was die we tot nu toe zagen. Hier troffen we een slordige 20 à 30 tal weefselbanken aan. Deze bevatten alle ingevroren ei -en zaadcellen en embryo's. Elk van hen werd getraceerd met een kleur en een nummer. Wat op deze afdeling zeer duidelijk overkwam was dat deze weefsels goed gecontroleerd worden op SOA's en dergelijke aandoeningen. Tussen de verschillende banken zagen we twee spermabanken met zaad vanuit het buitenland namelijk vanuit Denemarken. De aanvraag voor buitenlands sperma is hier zeer hoog omdat de wachtlijsten in België kunnen oplopen tot één jaar.

We confronteerden hem met het probleem dat er gemakkelijk inteelt kan gebeuren omdat donoren in meerdere ziekenhuizen meer dan zes vrouwen kunnen bevruchten. Zo is het later mogelijk dat halfbroers en halfzussen elkaar tegenkomen en verliefd worden. Dit is het gevolg van een niet gemeenschappelijke databank tussen de ziekenhuizen. Mijnheer Pletinckx pleit hier wel voor, maar ziet het niet als zijn verantwoordelijkheid. Hij vindt dat de overheid hier werk van moet maken.

We haalden ook de anonimiteit van de donoren aan, hijzelf vond dit een zeer goede zaak, omdat hij ervan overtuigd is dat wanneer deze wet zou veranderen er extreem minder donoren zouden zijn. Wanneer we het hadden over donorkinderen en de situatie waarin zij zich bevinden ontkent hij het feit dat er in de wet staat dat elk kind recht heeft om zijn biologische ouders te kennen. Hij is van mening dat de opvoeder de biologische vader is en niet de donor. Maar nadat we de wet nog eens bestudeerden, kwamen we

tot de conclusie dat er wel degelijk sprake is van de donor en niet van de opvoeder.

Uit ervaring is gebleken dat de ouders die gebruik maken van donorsperma de keuze moeten maken om op jonge leeftijd aan het kind te verduidelijken dat hij/zij verwekt is door donorsperma. Zodat het kind later wanneer het volwassen is geen identiteitscrisis ondergaat.

Nadat we de rondleiding hadden voltooid en een paar vragen wilden stellen onderbrak hij ons en vroeg of we nog veel informatie wilden opdoen. Hierna verwees hij ons vriendelijk de uitgang met een paar folders en een DVD waarmee we onze vragen moesten beantwoorden.

Hieruit besluiten we dat mijnheer Pletinckx zich vaak schuilt achter de wet van de anonimiteit en zich verder geen vragen stelt over de gevolgen van zijn job, namelijk de donorkinderen.

Bijlage 4: Interview met donorkind Stephanie Raeymaekers (31 januari 2013, Ekeren)

-Hoe en wanneer zijn jullie (jij, je zus en broer) erachter gekomen dat jullie verwekt zijn geweest met donorzaad?

Stephanie Raeymaekers: Toen dat we 25 werden, had mijn broer een etentje georganiseerd en heeft hierbij de gelegenheid gehouden om het ons te vertellen. Mijn broer is het zelf te weten gekomen door zijn toenmalige vriendin, die ooit op visite was bij een iets te openhartige tante. Ze heeft die vriendin laten beloven om het nooit aan mijn broer te vertellen, maar zij kon die belofte niet houden omdat het geheim te groot was. Dus heeft ze het uiteindelijk verteld aan mijn broer en hij heeft de beslissing genomen om het aan ons te vertellen. En toevalligerwijze was het etentje dat gepland stond, het moment om het aan iedereen te vertellen.

-Wat was jullie gevoel op het moment dat ze het vertelden?

Stephanie Raeymaekers: Mijn eerste gevoel was een slechte soap. Ik dacht elk moment dat hier camera's gingen binnenstormen zoals bij een verborgen camera programma. Ik had er nooit bij stilgestaan, maar al snel (dat ervaar ik bij de andere donorkinderen die het ook op latere leeftijd zijn te weten gekomen) krijg je flashbacks. Je gaat ook al snel op zoek naar puzzelstukken die je vroeger al had maar nooit hebt kunnen plaatsen omdat je de kennis niet had over reproductieve geneeskunde. Dat was nooit gezegd geweest noch door de ouders, noch tijdens de lessen biologie. Dus je begint terug na te denken en denk je aan de momenten dat je het wel doorhad, want er waren veel momenten die me het gevoel gaven dat er iets niet klopte. De band met onze vader was ook afstandelijk, en opeens hadden we het gevoel van, "aah, oké dat is de reden".

-Interviewer: Denk je dat elk donorkind dat gevoel heeft?

Stephanie Raeymaekers: Nee maar rond de leeftijd van vijf-zes jaar gaan kinderen zich automatisch fysisch spiegelen met de ouders. Bijvoorbeeld: 'Mijn neus heb ik van mijn moeder en mijn lippen heb ik van mijn vader'. En ik merk wel bij ouders, die het niet zeggen tegen hun kind, uiteindelijk de simpele vragen krijgen van hun kinderen en dat ze keer op keer moeten liegen.

-Interviewer: En voelen de kinderen dat dan niet?

Stephanie Raeymaeckers: Sommige wel sommige niet. Ik ken bijvoorbeeld twee zussen die hun biologische vader niet kende. Na het overlijden van hun sociale vader heeft de mama alles opgebiecht simpelweg omdat zij psychologisch niet overweg kon met een gigantisch geheim als dit. Ze voelde mede verplicht om de waarheid te verkondigen aan haar kinderen tegelijkertijd was dit ook een wens van de sociale vader. De reactie was anders dan de mijne, want ze hadden nooit het gevoel dat er iets niet klopte. Dus niet iedereen heeft het 'ah-ya' gevoel. Iedereen die ik ken, behalve de twee zusjes, zeggen me dat ze altijd al hebben gevoeld dat er iets niet klopte.

-Wat voor impact had dit nieuws op je verdere leven?

Stephanie Raeymaeckers: Dat zijn twee luiken. Langs de ene kant heb je het verwerkingsproces als je het op latere leeftijd te weten komt en je voelt je bedrogen en belogen. Het is ook heel jammer want ik vind dat elke ouder het aan zijn kind moet zeggen hoe het zit met de genetische afkomst. Ik vond het heel jammer want ik had echt een vertrouwensbreuk. Omdat ik niet kon vatten dat twee mensen die verantwoordelijk zijn voor u en voor een heel groot stuk u leven bepalen, zo'n leugen hebben kunnen handhaven en zo lang hebben kunnen volhouden om het niet te vertellen. Heel ons leven dachten we dat er iets mis was met ons en dat wij de oorzaak waren van de slechte gezinssituatie. Nadien besef je dat het allemaal lag aan de omstandigheden. En we hadden echt het gevoel dat we dit allemaal niet hebben verdiend. Na het verwerkingsproces, waarbij ik geluk heb gehad dat ik mijn zus nog had, ben ik er altijd heel open over geweest. Natuurlijk was het niet van de ene dag op de andere, dat ik aan mensen ben beginnen vertellen van 'Hallo, ik ben een donorkind en jij?'. Maar wel systematisch door alles aan te kaarten. We hebben nu de luxe met mijn zus om er publiekelijk voor uit te komen want we zitten niet meer gebonden aan een gezin. Ook door later mama te worden was ik er harder van overtuigd dat een kind het recht heeft om zijn of haar genetische afkomst te kennen. En dat je verplicht bent als ouder het hem of haar te vertellen.

-Hadden jullie alle drie eenzelfde reactie hierop of waren er merkbare verschillen?

Stephanie Raeymaekers: Mijn zus en ik dat was een beetje hetzelfde. We hadden ook de behoefte om te weten, wie dat het allemaal al wist. Mijn broer had altijd al een moeilijke relatie gehad met mijn vader, waardoor hij echt blij was. Hij was echt opgelucht en hij zei dat hij blij was dat hij met onze vader, genetisch niets te maken had. Voor de rest Bernhard (broer) heeft niet veel behoefte om de queeste te doen, maar ik ben altijd degene geweest die thuis opkwam voor het onrecht.

-Hoe reageerden je ouders toen ze wisten dat jullie erachter waren gekomen dat jullie donorkinderen zijn?

Stephanie Raeymaekers: Geen van beide waren er bij op het moment dat we het te weten kwamen. Het gesprek met mijn ouders heb ik rustig aangepakt, er zijn natuurlijk momenten geweest dat ik naar daar wou rijden en hen uit hun huis wou sleuren. Mijn vader was ook altijd een lamzak die nooit initiatief nam, het moest altijd van een ander komen.

Ook was hij ooit een babbelaar. Ik ben degene die communicatief is dus vroeg ik hem waarom hij het ons nooit had verteld. Hij zei: 'Ik dacht dat je mij ging uitlachen'. Waarop ik dan zei van 'Ja, zie je me lachen?'. Dan heb ik hem nog gevraagd of hij me nog als zijn dochter beschouwt waarop hij met 'Ja' heeft geantwoord. Maar uiteindelijk na zoveel jaar ben ik zwanger geworden en heb ik hem gevraagd of hij een rol als grootvader zag, wat een mooi cadeau voor hem was. Hij woont wel samen met zijn zus, en zij was degene die ons altijd liet voelen dat we geen Raeymaekers waren. Dan zei ik tegen mijn vader dat hij zijn kleinkind mocht zien wanneer hij wil bij mij thuis, maar ik breng mijn kind niet naar jou. En mijn zoon zal nooit tante zeggen tegen je zus. Waarop hij dan zei:

'Aya, maar dan hoeft het niet meer voor mij'.

-Interviewer: Heb je hem nadien dan nog gezien?

Stephanie Raeymaekers: Ik heb hem nog wel gezien, wat altijd grappig is. Want dan doen we alsof we elkaar niet kennen.

-Interviewer: Praat je nog met je mama, of ook niet meer?

Stephanie Raeymaekers:(...) Ja, een beetje. Maar mijn mama is nooit een echte mama voor mij geweest. Ik heb met haar toen we het wisten gebabbeld op een rustige manier. Ze wou wel kinderen maar ze was niet in staat om kinderen te hebben en op te voeden. We hebben wel geen emotionele bindingen meer, wat voor mij eigenlijk niet hoeft.

-Kan je iets meer vertellen over de behandeling die je ouders hebben doorlopen en waarom ze kozen voor een behandeling met donorzaad?

Stephanie Raeymaekers: Simpel, mijn vader was onvruchtbaar. Zoals ik al zei, hebben ze acht jaar geprobeerd en niet zwanger geworden. Enige oplossing was inseminatie met donormateriaal. Wat ik van de behandeling weet, is dat mijn moeder hormonen toegediend kreeg om eitjes te krijgen. Dat is ook de reden waarom we met een drieling zijn. Wat ik van de behandeling weet is dat de donor werd gekozen op uiterlijke kenmerken met de vader, en dat mijn moeder één behandeling heeft gehad en daardoor zwanger werd. Toen hadden de ouders ook niet de keuze uit ICSI of IVF, er bestond enkel en alleen kunstmatige inseminatie.

-Stel dat jullie niet meer vruchtbaar zouden zijn, zouden jullie dan beroep doen op spermadonatie van een donor?

Stephanie Raeymaekers: Nee, als donorkind zijnde nee, we hebben zelf ook onvruchtbaarheidsproblemen gehad maar we zijn blij dat het is gelukt met ons eigen materiaal. Maar als koppel hebben we die gesprekken wel gehad. Ook omdat ik een donorkind ben en omdat ik eens wou horen bij mijn echtgenoot hoe dat zat want stel dat we ooit voor die keuze zouden gesteld worden, wat zou je dan doen? En hij zei dan direct, 'Als ik zou weten dat het niet mijn kind is, zou ik het heel raar vinden. Dat is iets genetisch en iets dat niet klopt. Als ik weet dat er een kind van een andere man in u buik zou zitten, zou ik het er heel moeilijk mee hebben. Wat nefast zou zijn voor onze relatie en mijn relatie met het kind, terwijl dat het kind er niet mee te maken heeft.' Hij zei wel altijd dat hij dan liever voor adoptie zou gaan. Dan is de situatie in balans en hebben geen van beide ouders die genetisch onderbemand zijn.

-Ben je op zoek gegaan naar je donor? En wat wil je eigenlijk van hem?

Stephanie Raeymaekers: Ja, ik ben volop mijn dossier aan het zoeken

-Interviewer: Je had in een eerdere correspondentie ons verteld dat je dossier vernietigd was, hoe zit het daarmee

Stephanie Raeymaekers: The Godfather van de fertilititeit, Robert Schoysmans, wie ook de dokter van mijn moeder was, leeft nog. We hebben het vermoeden dat onze dossiers bij hem thuis liggen. Deze gaan we proberen op te eisen maar de orde van geneesheren zegt dat ze dossiers maar 30 jaar moeten bijhouden. Ik vind nog altijd, hou oud ik ook ben, heb ik ook recht op mijn genetische roots.

-Wat is voor jou de belangrijkste reden om publiekelijk naar buiten komen met je verhaal?

Stephanie Raeymaekers: De eerste keer dat ik dat heb gedaan was voor mezelf. Om mijn donor, half broers en half zussen te vinden. De reden waarom ik en mijn zus er publiekelijk naar buiten kwamen was omdat wij beide het gevoel hadden van, ook al hebben we dit allemaal meegemaakt als we ons verhaal een gezicht geven zal het een hart onder de riem zijn voor anderen. Want het is onmogelijk dat wij de enige KID-kinderen zijn. We zitten niet met het idee van, oké we staan in de krant of komen op TV, nu zijn we beroemd. Nee, ik ben een donorkind, ik heb alles eens zitten opzoeken en hé dat gebeurt hier allemaal nog altijd! Ik vond dat we als donorkind zelf iets moesten doen omdat niemand voor ons opkomt. Als ik niet naar buiten was gekomen met mijn verhaal, had niemand zich vragen erbij gesteld. Iedereen zou denken dat er geen donorkinderen zijn die klagen, dus we zijn goed bezig. Maar nee, dat zijn we niet!

-Na je interview op Terzake heb je waarschijnlijk veel contact met KID-kinderen, delen ze gelijkaardige gevoelens met jou?

Stephanie Raeymaekers: Bijna allemaal, maar ik ken er eentje dat mij een e-mail had gestuurd om er mee op te houden. Omdat ze dacht dat haar donor voor de deur ging staan. Maar we hebben elkaar via e-mails beter leren kennen en met alle donoren heb ik een vertrouwensrelatie opgestart. Ook werd de redactie na mijn Terzake-aflevering gebeld en ge-e-mailed met de vraag of ik graag in contact wou komen met andere donorkinderen. Stom dat ik het niet vermeld had in Terzake maar ik heb het nooit gedaan omdat dat niet de reden was waarvoor ik daar zat. Maar inderdaad zo heb ik heel veel KID-kinderen ontmoet waar ik nog steeds mee spreek.

-Wat vind je van het huidig beleid in dit land met betrekking tot gebruik van donormateriaal?

Stephanie Raeymaekers: Ik vind dat het persoonlijk kan, maar je hebt de rechten van de wensouders en van de donoren. Nu wil ik rechten voor het donorkind. We hebben enkel bestaansrecht, we mogen dankbaar zijn dat we bestaan en dat is het. Mensen argumenteren altijd met: 'Wat als het aantal donoren dalen?'. Ja so it, ik vind gewoon dat het maatschappelijk denken moet veranderen, want er is zoveel taboe rond onvruchtbaarheid. Maar het kind hoeft daar het dupe niet van te zijn. Het is niet omdat je als koppel in een verschrikkelijke situatie zit dat je niet aan de gevolgen moet denken.

-Wat zou je veranderen, mocht je het beleid mogen/kunnen aanpassen?

Stephanie Raeymaekers: Ik heb een lijstje. 1: Ik wil iets gelijkaardigs als FIOM. FIOM is

een organisatie die zich vroeger enkel maar bezighield met adoptie en de begeleiding van de geadopteerde. Het is een team van maatschappelijk werkers die inderdaad mensen begeleiden. Dat wil ik ook in België. We kunnen op FIOM, als Belg, beroep op doen maar hiervoor moeten we naar Nederland gaan. Dat vind ik natuurlijk belachelijk, ook dat er geen instanties zijn in België waar dat we als donorkind terecht kunnen. Hier ben ik erg mee bezig. Volgende week heb ik een gesprek met een organisatie die al geadopteerde begeleid en omdat er zoveel raakvlakken zijn vind ik dat het uitbreid moet worden. 2: Een DNA-databank, dat je in staat stelt om je donor te vinden. Ik probeer nu samen met de politica, ofwel een samenwerking met Nederland aan te gaan ofwel een DNA-databank voor België met samenwerkingsmogelijkheden zodat deze gekoppeld kunnen worden. Want er zijn veel Nederlanders naar België gekomen voor een inseminatie en omgekeerd, dus vind ik dat het logisch zou zijn. FIOM heeft ondertussen 700 registraties. De getallen die ik van FIOM heb doorgekregen bezorg ik jullie nog wel. 3: Een verruiming van het medisch dossier, dus in plaats van 30 jaar, langer. 4: Veranderen van de anonimiteit. Dus dat anonimiteit niet meer mogelijk is en dat we overgaan naar een systeem als in Nederland, bijvoorbeeld een donorpaspoort met een aantal gegevens. 5: Ik wil het taboe dat er nog rond hangt verdwijnt en excuses van al die centra. Omdat ik nog altijd vind dat de centra er niet bij stil staan dat er volwassen mensen uit komen.

-Wanneer moeten volgens jou ouders van donorkinderen aan hun kinderen vertellen hoe ze zijn 'verwekt'? Hoe kunnen ze het best doen? Heb je enkele tips?

Stephanie Raeymaekers: Wij hebben hulp nodig gehad om zwanger te worden. Niet met donormateriaal voor de duidelijkheid. Ik heb aan mijn kinderen van vier en zes jaar nu al verteld dat mama en papa ooit naar de dokter zijn moeten gaan om kinderen te kunnen krijgen. Ze weten dus in ieder geval, nu al, dat het niet zo simpel was om hun te krijgen. Ik vind vanaf het moment dat jouw kind zich vragen begint te stellen over dit soort zaken je als ouder moet op een correcte manier alles moet kunnen uitleggen en verwoorden. Doe het, als het mogelijk is, samen met je partner zodat je er niet alleen voor staat. Een psycholoog die samen met de fertilititeitsafdeling werkt, raadplegen kan ook goed veel hulp bieden. Raadpleeg eveneens de psycholoog op de fertilititeitsafdeling