



KID

BROCHURE NR. 16

Inleiding

Ongewilde kinderloosheid komt vaak voor. Geschat wordt dat 1 op de 10 heteroseksuele paren ongewild kinderloos blijft. De oorzaak hiervan ligt in ongeveer een derde van de gevallen bij de man, in een derde bij de vrouw en in een derde van de gevallen bij beiden.

Bij mannelijke onvruchtbaarheid kan de kinderwens soms toch vervuld worden door gebruik te maken van kunstmatige inseminatie met donorsperma (KID). KID kan ook toegepast worden als de man een erfelijke ziekte heeft en die niet door wil geven aan zijn kind. Alleenstaande vrouwen en lesbische paren hebben door KID ook de mogelijkheid om kinderen te krijgen.

Deze brochure is geschreven voor paren die een KID-behandeling overwegen en geeft een beeld van keuzes, overwegingen en emotionele problemen rond de beslissingsfase, behandeling en de periode na de geboorte.

Mannelijke onvruchtbaarheid

Paren van wie de kinderwens niet in vervulling gaat, ervaren veel verdriet en gevoelens van onmacht. Als de oorzaak bij de man ligt, schaamt hij zich soms omdat hij niet kan voldoen aan de kinderwens. Voor zijn gevoel faalt zijn lichaam: Hij denkt dan: "Iedereen kan kinderen maken, alleen ik niet!" Maar natuurlijk is hij zeker niet de enige!

Mannelijke onvruchtbaarheid wordt soms ten onrechte verward met impotentie en/of mannelijkheid. Ook dit kan bij de man voor schaamtegevoelens zorgen, waardoor hij moeilijk met zijn omgeving over zijn onvruchtbaarheid praat. Het is belangrijk deze gevoelens te erkennen en in elk geval samen te bespreken, voordat naar een oplossing wordt gekeken. Praten met lotgenoten kan hierbij steun geven en helpen bij de verwerking.

Hoe gaat KID in zijn werk?

Bij een KID-behandeling wordt donorsperma bij de vrouw ingebracht (geïnsemineerd). De kans op een zwangerschap is het grootst als de inseminatie vlak voor de eisprong plaatsvindt, het is dus belangrijk om de cyclus van de vrouw goed te volgen. Het inbrengen van het sperma is meestal pijnloos. Er zijn enkele manieren waarop dit sperma geïnsemineerd kan worden. Het is mogelijk dat vóór de baarmoedermond wordt geïnsemineerd, dit is vergelijkbaar met de manier waarop het sperma na geslachtsgemeenschap de baarmoeder inzwemt. Het is mogelijk om deze methode zelf toe te passen (de zgn. zelfinseminatie).

Als het slijm van de baarmoedermond echter te taai of te zuur is, of als er antistoffen tegen zaadcellen aanwezig zijn, wordt in de baarmoeder zelf geïnsemineerd (intra-uteriene inseminatie, IUI). Hierbij is het noodzakelijk dat het sperma in het laboratorium bewerkt ('opgewerkt') wordt om als het ware de filterende eigenschap van de baarmoederhals na te bootsen. Vaak schrijft de gynaecoloog bij IUI hormoonpreparaten voor om de kans zo groot mogelijk te maken en de planning van de inseminatie beter te kunnen regisseren.

Zowel bij KI als bij IUI gebeurt de bevruchting van de eicel en innesteling van een embryo op een natuurlijke manier. De kans dat bevruchting door middel van KID lukt, is per inseminatie ongeveer 10 tot 15%. Uiteindelijk zal ongeveer 70% van de behandelde vrouwen zwanger raken door middel van KID.

Risico's van de behandeling

Mogelijke bijwerkingen van de hormonen bij IUI zijn vocht vasthouden, misselijkheid en stemmingswisselingen. Verder kunnen er soms te veel eicellen tegelijk rijpen, waardoor overstimulatie (OHSS=OvariumHyperStimulatieSyndroom) ontstaat. OHSS kan een gevaar opleveren voor de gezondheid van de vrouw. Te veel gerijpte eicellen geven ook een groot risico op een meerlingzwangerschap. Soms moet hierdoor een inseminatie worden afgezegd of wordt een 'escape-IVF' toegepast.

Bij een meerlingzwangerschap bestaat er een grotere kans op hoge bloeddruk bij de moeder in de tweede helft van de zwangerschap. Meerlingen worden vaker te vroeg geboren en hebben vaker een groeiachterstand, waardoor de kans op problemen met de gezondheid van het kind groter is. Van de hormonen gebruikt bij IUI is geen verhoogd risico op het ontstaan van kanker bekend.

De donor

In de familie van de donor mogen geen erfelijke ziekten voorkomen. Verder wordt het sperma regelmatig gecontroleerd op ziekten zoals HIV, hepatitis-B en -C, syfilis, chlamydia trachomatis en gonorroe.

Een paar kan kiezen voor een donor van de spermabank, of zelf een donor zoeken.

Als voor een spermabank gekozen wordt, zoekt deze een donor die uiterlijk zoveel mogelijk overeenkomt met de wensvader. Bij enkele spermabanken kon in het verleden gekozen worden tussen een anonieme donor (A-loket) of een bekende - dat wil zeggen identificeerbare - donor (B-loket).

Sinds 1 juni 2004 is de 'Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting' van kracht, waardoor het vanaf dat moment niet langer mogelijk is voor donoren om anoniem te blijven. Voor donaties van voor die datum blijft anonimiteit gegarandeerd indien de donor dit wenst.

De nieuwe wet gaat ervan uit dat kinderen in beginsel het recht hebben om te achterhalen van wie zij afstammen. Als een bevruchting heeft plaatsgevonden met donorzaad, moet de behandelende kliniek bepaalde gegevens - waaronder de persoonsidentificerende gegevens - van de donor verstrekken aan de Stichting donorgegevens kunstmatige bevruchting. Daar komen de gegevens in een database te staan. Op verzoek van een kind, ouder of arts kan de Stichting bepaalde gegevens vrijgeven. Meer informatie over de afspraken rond deze wet kunt u vinden in de brochure 'Weten van wie je afstamt' uitgegeven door het Ministerie van VWS.

Daarnaast wordt al langere tijd door veel klinieken een donorpaspoort verstrekt. In het paspoort staat een aantal beschrijvende gegevens van de anonieme donor, zoals lengte, haarkleur, opleiding, karaktereigenschappen en geloofsovertuiging. Deze gegevens zijn niet bedoeld en geschikt om de donor op te sporen

Een paar kan ook zelf een man uit de eigen omgeving vragen om op te treden als donor. Het voordeel hiervan is dat al veel bekend is over bepaalde kenmerken van de donor, zoals karakter, uiterlijk, gezondheid enz. Een nadeel kan zijn dat de donor over de schouders van de opvoeders meekijkt. Er kan voor de donor een dubbelrol ontstaan; de donor is bijvoorbeeld naast oom of opa ook de biologische vader van het kind.

Keuzes die samenhangen met KID

Keuzes vóór de behandeling

Het is van belang dat u over een aantal punten goed nadenkt voordat u het besluit neemt om KID te doen. Eén van deze punten is de keuze van de donor. Wordt het een bekende donor uit eigen omgeving of een identificeerbare donor via een spermabank?

De voordelen van een donor uit eigen omgeving zijn: geen last van wachtlijsten, de mogelijkheid om desgewenst zelfinseminatie toe te passen, een eventuele familieband tussen donor en sociale vader (waardoor erfelijke eigenschappen uit zijn familie ook in het kind terug te vinden zijn). Met een bekende donor dienen wel duidelijke afspraken gemaakt te worden over de openheid of geheimhouding en de wijze waarop hij (g)een rol speelt in het leven van het kind. De overwegingen om niet te kiezen voor een bekende donor uit eigen omgeving zijn: de relatie van het kind met de donor kan de relatie met de sociale vader schaden; de relatie tussen de moeder en de sociale vader kan verstoord raken door het idee van een derde in de relatie.

N.B. Indien de KID-behandeling plaatsvindt in een ziekenhuis/kliniek is deze instelling gehouden aan de wet om de donorgegevens te registreren, ook als dit een donor uit eigen kring is.

Een donor via de spermabank is niet in de sociale kring aanwezig en speelt dus geen rol in het familieleven. Een aantal gegevens over fysieke en sociale kenmerken van de donor kan wel worden opgevraagd. Voor het kind bestaat later (vanaf 16 jaar) de mogelijkheid om persoonsgegevens van de donor te krijgen en met hem in contact te komen. Nadeel is de wachttijd voor de behandeling die in veel klinieken bestaat (onder andere als gevolg van een tekort aan donoren).

Aangezien KID met zaad van een anonieme donor niet meer mogelijk is in Nederland, wordt deze mogelijkheid hier niet nader besproken. In een afnemend aantal andere landen (o.a. België) bestaat overigens nog wel de mogelijkheid voor een anonieme donor te kiezen.

Een van de belangrijkste overwegingen voordat er een definitieve keuze voor KID wordt gemaakt, is of men ten opzichte van het kind (en de omgeving) wel of niet voor geheimhouding over de donorinseminatie kiest. Zowel openheid als geheimhouding hebben negatieve en positieve kanten

Overwegingen rond geheimhouding en openheid

Bij geheimhouding staat de positie van de man als vader niet ter discussie voor de omgeving en het kind. Er is geen kans op negatieve reacties uit de omgeving. Mannelijke onvruchtbaarheid wordt soms verward met impotentie. Geheimhouding ontziet de gekwetste eigenwaarde van de man het meest. Voor sommige mensen is het genetische ouderschap erg belangrijk. Dit is bijvoorbeeld het geval in sommige adellijke families, waar men de titel veilig wil stellen. Geheimhouding van KID is in dergelijke gevallen belangrijk.

Voor een aantal bevolkingsgroepen is het moeilijk om KID te accepteren. Dit is bijvoorbeeld het geval bij groepen met bepaalde geloofsovertuiging. Mensen binnen deze groepen die toch voor KID kiezen, kunnen hier moeilijk met anderen over praten. Zij kiezen vaak voor geheimhouding.

Tijdens de zware periode van behandeling en daarna is het, behalve met de partner, niet mogelijk om met anderen in de directe omgeving praten over de problemen. Het is moeilijk om geheimhouding vol te houden; soms moeten daarvoor leugens verzonnen worden. Bij geheimhouding wordt het kind niet belast met het feit dat de sociale vader en de biologische vader niet dezelfde zijn. Maar een groot nadeel is dat er altijd een geheim zal bestaan tussen de ouders en het kind. De kans op uitlekken van dit geheim blijft aanwezig. Tijdens een echtscheiding of bij een sterfgeval kan deze kans vergroot worden. Het geheim kan ook uitkomen als blijkt dat het kind een erfelijke aandoening heeft die niet via de sociale ouders is overgedragen.

Als het kind pas op latere leeftijd van de KID achtergrond hoort, via derden of direct van de ouders zelf, kan het in een ernstige identiteitscrisis komen en ruzie krijgen met de ouders. De ouders worden niet meer vertrouwd, omdat ze al die jaren de waarheid hebben verzwegen.

In het geval van openheid over de KID, bestaat geen familiegeheim. De spanning die de kans op uitlekken van het geheim met zich mee brengt is afwezig. Er kan openlijk met de omgeving en het kind gesproken worden over de behandeling en zijn/haar afkomst.

Als het kind al van jongs af aan ingelicht wordt, ziet het kind de KID meestal als iets normaal en kan het goed in zijn of haar leven inpassen. De reacties van KID-kinderen die zijn ingelicht over de manier van hun verwekking zijn meestal positief.

Voor het kind kan het wel moeilijk zijn om te weten dat er geen biologische band is met zijn/haar vader. Vooral als hij/zij degene met wie er wel een biologische band is, niet kent. Sinds de invoering van de 'Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting' is het voor het kind vanaf 16 jaar echter mogelijk om de identiteit te achterhalen.

In de praktijk zullen misschien meer mensen moeten worden ingelicht dan men denkt; bijvoorbeeld onderwijzers op de basisschool. Het kind kan namelijk in de klas onverwacht met een opmerking of vraag over KID komen.

Doordat het kind weet dat de sociale vader niet de biologische vader is, kan het tijdens de puberteit extra bezig zijn met het zoeken naar zijn/haar identiteit. Tijdens ruzies kunnen opmerkingen zoals "jij bent toch mijn echte vader niet", bij de ouders hard aankomen.

Keuzes gedurende de behandelfase

Tijdens de behandeling zelf kunnen ook een aantal keuzemomenten voorkomen. Als je na veel inseminaties nog steeds niet zwanger bent, zal de vraag opkomen wanneer je moet stoppen met de behandeling. Soms kun je de behandelingen emotioneel gezien niet meer opbrengen, soms adviseert de arts om de behandelingen te stoppen. Ook kan de mogelijkheid gegeven worden om te kiezen voor reageerbuisbevruchting (in vitro fertilisatie, IVF) met donorsperma. Deze behandeling heeft weer hele andere medische aspecten die je moet overwegen. De vraag of je hormoonbehandelingen wilt om de kans op een zwangerschap te vergroten, kan ook worden voorgelegd. Hormonen hebben een grote invloed op je lichaam en de kans op een meerling wordt vergroot.

Psychosociale aspecten

De keuze om over te gaan tot KID is voor veel mensen een moeilijke beslissing. De KID-behandeling wordt vaak als een stressvolle periode ervaren. De behandeling op zich is eenvoudig en weinig belastend, maar is emotioneel gezien een heel ingrijpende manier om zwanger te worden. Iets intiem tussen man en vrouw wordt een mechanische (medische) handeling. De man kan zich buitengesloten voelen als de arts de inseminaties uitvoert. In enkele centra heeft de man de mogelijkheid om zelf het sperma bij zijn vrouw te insemineren. Vanzelfsprekend kan hij bij de behandeling aanwezig zijn. Het kan soms lang duren voor de KID-behandelingen tot een zwangerschap leiden. Elke inseminatie geeft hoop. Iedere keer dat een zwangerschap uitblijft, wordt deze hoop stukgeslagen en dat is slopend. Mannen en vrouwen gaan meestal ieder op hun eigen manier om met de hoop en het verdriet rondom

de vruchtbaarheidsproblemen. Ook het tempo waarin teleurstellingen verwerkt worden kan aanzienlijk verschillen. Daarnaast kunnen schuldgevoelens ten opzichte van de partner een negatieve invloed hebben op de relatie. Soms kan het daardoor moeilijk zijn er samen over te praten of het gevoel kan ontstaan dat alles al gezegd is.

Praten met lotgenoten kan dan prettig zijn. De herkenning van allerlei gevoelens kan steun geven. Maar ook kan de uitwisseling van ervaringen en de manier waarop anderen met het probleem omgaan en erover praten, soms nieuw licht op de eigen situatie geven. Freya biedt de mogelijkheid tot lotgenotencontact via e-mail mailinglijsten, chatboxen en berichtenboeken die op de website te vinden zijn. Ook is er een telefonische hulpdienst; hiermee kan men kan bellen met Freya contactpersonen. Alle contactpersonen hebben zelf ervaring met vruchtbaarheidsproblemen en kunnen hierover dus uit eigen ervaring praten. Indien gewenst kunnen zij doorverwijzen naar contactpersonen die ervaring hebben met KID. Ook organiseert Freya regelmatig bijeenkomsten waar lezingen en lotgenotencontact plaatsvinden. Het lezen van het Freya Magazine, dat 4 keer per jaar verschijnt, kan eveneens steun geven door de herkenning die de persoonlijke verhalen bieden.

Praktische zaken

U kunt niet in alle ziekenhuizen terecht voor een KID-behandeling. Op de website van Freya kunt u informatie vinden over klinieken waar KID mogelijk is. Wij adviseren u om aan de hand van die informatie zelf de klinieken te bellen om te verifiëren of u daar behandeld kunt worden. Tevens raden wij u aan om naar de wachttijden en de kosten te vragen, aangezien deze per kliniek kunnen verschillen

Alternatieven voor KID

Adoptie

Voor wie zelf geen kinderen kan krijgen, is adoptie soms een mogelijkheid. Een voordeel is dat het makkelijker is met anderen over adoptie te praten dan over KID. Verder heeft geen van beide ouders een genetische band met het kind, waardoor de band tussen de ouders en het kind in dit opzicht gelijk is. Een adoptiekind brengt echter wel een geheel eigen problematiek met zich mee en mag niet zonder meer als vervanging voor een eigen kind worden gezien. Een weloverwogen keuze is ook hierbij van groot belang. De wachttijd voor adoptie is lang, wel 3 à 4 jaar en de kosten zijn hoog. Voor het aanvragen van een adoptie geldt een maximum leeftijd van 40 jaar.

ICSI

Als de man niet geheel onvruchtbaar is, maar nog een aantal levende zaadcellen heeft, kan het paar voor intra cytoplasmatische sperma injectie (ICSI, spreek uit iksie) in aanmerking komen. Dit is een speciale vorm van in vitro fertilisatie (IVF), waarbij één geselecteerde zaadcel in de eicel wordt geïnjecteerd. De vrouw ondergaat hormoonstimulatie, waarna de ontstane follikels waarin de eicellen zich bevinden, door een punctie worden leeggezogen. Vervolgens probeert men in het laboratorium bevruchting tot stand te brengen door middel van het injecteren van één zaadcel direct onder de schil van elke eicel. Als er eicellen bevrucht zijn, worden er maximaal twee in de baarmoeder geplaatst. Een kind dat via deze techniek verwekt is, is genetisch gezien van beide ouders.

De gevolgen van ICSI op lange termijn worden nog onderzocht, maar er zijn tot nu toe geen duidelijke aanwijzingen dat ICSI-kinderen vaker een aangeboren afwijking hebben. . Inmiddels zijn er wel al duizenden kinderen geboren na ICSI. Ingeval het vruchtbaarheidsprobleem bij de man veroorzaakt wordt door een genetisch defect, bestaat wel een kans dat de onvruchtbaarheid wordt overgedragen aan een zoon.

MESA/PESA en TESE

Als er geen zaadcellen worden gevonden in het sperma, is het mogelijk dat er wel zaadcellen worden aangemaakt, maar dat deze door een afsluiting in de zaadleiters niet in het ejaculaat terecht komen. In dat geval is het soms mogelijk om de zaadcellen te verkrijgen via een punctie (PESA) of een microchirurgische ingreep (MESA). Met dit zaad probeert men via een ICSI-behandeling bevruchting tot stand te brengen. De vrouw ondergaat in dit geval dus gelijktijdig een behandeling. Bij TESE (TEsticulaire Sperma Extractie) worden zaadcellen microchirurgisch uit de zaadbol gehaald. Ook deze behandeling is in Nederland alleen mogelijk op onderzoeksbasis, vanwege mogelijke negatieve gevolgen voor het kind.

Kinderloos blijven

Sommige paren kiezen ervoor om geen hulp van de medische wetenschap in te roepen bij de totstandkoming van een zwangerschap. Anderen (moeten) na een aantal behandelingen besluiten te stoppen met de behandeling. Mensen die kinderloos blijven, voelen dit als een leegte in hun bestaan en moeten hiermee leren leven. Zij moeten een andere invulling van hun leven gaan zoeken. Het kan prettig zijn om met lotgenoten te praten die in dezelfde situatie zitten. Voor mensen die geen kinderen zullen krijgen, organiseert Freya 'samen verder' lotgenotencontact.

Verder lezen:

- Mart Roegholt, Uit Onbekende Bron, dilemma's rond spermadonorschap (2004) ISBN 90-6523-129-6
- Rob Weber en Gert Dohle, Meer kans op vaderschap, ISBN 90 2159 4641
- Arend van Dam, Het spermadilemma, ISBN 90 2542 5003
- Didi Braat en Gemma Kleijne, Zwanger via een omweg (2003), ISBN 90-6523-106-4
- Caja Cazemier, KID kind (vanaf ±12 jaar), ISBN 90 269 9398 6
- Mireille van Seggelen, Anouk Braakhuis, Wereldwondertje, <http://wereldwondertje.mvscreations.nl/>

Meer informatie:

- www.rijksoverheid.nl/#ref-postbus51 (VWS brochure 'Weten van wie je afstamt')
- www.nvog.nl (info over vruchtbaarheidsbehandelingen van gynaecologenvereniging)
- www.freya.nl (o.a. lotgenotenmogelijkheden, brochures vruchtbaarheidsproblemen bij de man, IUI, adoptie, ICSI en samen verder en nog meer links naar KID informatie)
- www.kidkids.nl (o.a. info over zelfinseminatie, mogelijkheid voor oproepjes)

Nuttige adressen:

Stichting donorgegevens kunstmatige bevruchting
CIBG Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg

Postbus 16077

2500 BB Den Haag

Secretaris

E-mail

Telefoon

Website

Mevrouw drs. M. Biesot

m.biesot@minvws.nl

070 340 60 59

www.donorgegevens.nl

Dit is een uitgave van:

Freya
Postbus 476
6600 AL Wijchen
tel. 024 - 64 51 088
fax 024 - 64 54 605
secretariaat@freya.nl
www.freya.nl

Freya, patiëntenvereniging voor vruchtbaarheidsproblematiek ©
januari 2005, laatste wijziging oktober 2009

Aan deze tekst kunnen geen rechten worden ontleend, tevens aanvaardt patiëntenvereniging Freya geen aansprakelijkheid indien regels door officiële instanties anders worden gehanteerd.