



## Kinderloos – en wat dan?

**In Nederland blijft één op de vijf stellen kinderloos en in de helft van die gevallen is dat ongewenst. Er zijn steeds meer mogelijkheden om een onvervulde kinderwens toch in vervulling te laten gaan, variërend van eenvoudige leefregels tot en met complexe medische behandelingen. We houden enkele geassisteerde voortplantingstechnieken tegen het licht.**

Bij de kerkelijke bevestiging van menig huwelijk klinken de woorden van Psalm 128: 'Welzalig is eenieder die de HEERE vreest, die in Zijn wegen gaat.' Wat verderop klinkt voor deze huwelijken de belofte van de kinderzegen: 'Uw kinderen zullen zijn als jonge olijfbomen rondom uw tafel.' Voor menig stel gaat deze wens echter nooit in vervulling.

### *Goed gesprek*

Complexe medische behandelingen maken een zwangerschap soms toch mogelijk. Maar hoe moet je daar tegenover staan? Het komt regelmatig voor dat gemeenteleden hierover vragen stellen aan hun predikant of pastoraal werker. Dit heeft enerzijds te maken met de snelheid waarmee medische technologieën zich ontwikkelen. 'Mag je een embryo kweken vanuit stamcellen?' Anderzijds staan ook de maatschappelijke ontwikkelingen niet bepaald stil. Denk aan de veelheid aan samenlevingsvormen die gepresenteerd worden als het nieuwe normaal. 'Hoe gaan we in de gemeente om met een alleenstaande vrouw met een sterke kinderwens?' In deze brochure schetsen we de meest voorkomende medische oorzaken van ongewenste kinderloosheid en enkele veel toegepaste behandelingen. We bespreken de belangrijkste morele vragen die hierbij kunnen spelen, en doen ten slotte handreikingen voor systematische ethische doordenking van deze en vergelijkbare vragen.



**Bij draagmoederschap  
wordt binnen de relatie van  
de wensvader en -moeder  
een derde betrokken**



We proberen in deze brochure niet compleet te zijn. Het is een handvat voor een goed gesprek over de vraag 'Wat is – gegeven de vele opties – goed om te doen (ethisch verantwoord) in geval van ongewenste kinderloosheid?' In zo'n gesprek is aanvullend aan de informatie in deze brochure warme, pastorale zorg van cruciaal belang.

### **Vruchtbaarheidsproblemen**

In een derde van de gevallen worden de oorzaken voor ongewenste kinderloosheid verklaard door gezondheidsproblemen bij de vrouw en in een derde van de gevallen door vruchtbaarheidsproblemen bij de man. In de resterende een derde van de gevallen is de oorzaak van ongewenste kinderloosheid onbekend.

### **Medische oorzaken bij vrouwen**

#### **- Verstoorde cyclus**

Een eerste oorzaak van verminderde vruchtbaarheid ligt in de cyclusstoornissen: een lange, onregelmatige of afwezige cyclus waarbij er minder vaak of helemaal geen eisprong plaatsvindt en waardoor de kans op een zwangerschap navenant afneemt. Cyclusstoornissen komen voor bij ongeveer 30 procent van de vrouwen in de vruchtbare levensfase en kunnen weer verschillende oorzaken hebben:

- polycysteus ovarium syndroom (PCOS), wat bij 10 procent van de vrouwen voorkomt en wat gerelateerd is aan overgewicht;
- verstoorde werking van de hormoonregulering in de hersenen;
- een lage 'voorraad' van eicellen (premature ovariële insufficiëntie, of: POI).

#### **- Endometriose**

Van de tien vrouwen die moeilijk zwanger worden, hebben drie endometriose: het fenomeen dat weefsel dat lijkt op baarmoederslijmvlies, zich ook buiten de baarmoeder bevindt. Hoe ernstiger de endometriose, hoe kleiner de kans op een natuurlijke zwangerschap. Stukjes slijmvlies kunnen voorkomen in de buikholte, maar ook op of in de eileiders.

#### **- Eileiders**

Bij 20-30 procent van de vrouwen die niet of verminderd vruchtbaar zijn, ligt de oorzaak bij de eileiders. Behalve de genoemde endometriose kan het probleem ook veroorzaakt worden door een acute ontsteking van het bekken.

### **Medische oorzaken bij mannen**

#### **- Verminderde kwaliteit van de zaadcellen**

Bij 95 procent van de verminderd of niet vruchtbare mannen ligt de oorzaak in de verminderde kwaliteit van het sperma. Het kan zowel gaan om een verminderde hoeveelheid zaadcellen, verminderde beweeglijkheid ervan, of een afwijkende vorm van deze cellen. In een klein percentage van de gevallen van verminderde vruchtbaarheid bij de man (5 procent) blijken in het geheel geen zaadcellen in het ejaculaat aanwezig.

#### **- Transportstoornissen van spermakanalen**

Sommige mannen produceren voldoende zaadcellen, maar er zitten nog steeds weinig of geen zaadcellen in hun sperma omdat ze geblokkeerd worden door een verstopping in de zaadleiders.

## Jonge stellen worden aangemoedigd om niet te jong ‘aan kinderen te beginnen’

### Onbekende oorzaken

Als er na onderzoek geen medische verklaring voor de vermindering, of voor de onvruchtbaarheid kan worden vastgesteld, spreekt men van ‘onverklaarde subfertiliteit’. Het is inmiddels algemeen bekend dat de leeftijd van een vrouw sterk gerelateerd is aan de kans op een zwangerschap. De gemiddelde leeftijd waarop Nederlandse vrouwen hun eerste kind krijgen, is de laatste jaren steeds verder toegenomen: inmiddels is deze 30,3 jaar. Deze trend heeft ongetwijfeld te maken met de cultuur en de economie van onze samenleving: jonge stellen worden aangemoedigd om niet te jong ‘aan kinderen te beginnen’. Denk aan werk (carrière), wonen (hypotheek) en zelfontplooiing. Ten slotte zorgt de veelheid aan ‘nieuwe (samen)leefvormen’ (bewust alleenstaanden, twee mensen van hetzelfde geslacht, meeroudergezinnen of andere samengestelde vormen) voor een toegenomen vraag naar geassisteerde voortplantingstechnieken.

### Geassisteerde voortplantingstechnieken

Welke medisch-technische mogelijkheden zijn er als het niet lukt om op de natuurlijke manier een kind te krijgen? Een verzamelaar hiervoor, die wel gebruikt wordt, is geassisteerde voortplanting. De bekendste techniek is IVF, maar er komen steeds meer soorten vruchtbaarheidsbehandelingen beschikbaar. We behandelen de belangrijkste vier.

#### KI - Kunstmatige Inseminatie

De afkorting KI staat voor Kunstmatige Inseminatie: het zelfstandig inbrengen van zaad met behulp van een injectiespuitje zonder naald. KID is de variant waarbij gedoneerd zaad wordt gebruikt. Dit kan als de man verminderd of niet vruchtbaar is, of bijvoorbeeld een erfelijke ziekte heeft. Deze techniek maakt het ook mogelijk dat alleenstaanden en lesbische koppels een genetisch eigen kind kunnen krijgen.

IUI staat voor Intra Uteriene Inseminatie. Bij deze vorm van kunstmatige inseminatie injecteert een arts op de dag van de eisprong sperma direct in de baarmoeder. Ten opzichte van de eerder besproken varianten van KI levert dit een vergrote kans op bevruchting op. Ook IUI is zowel mogelijk met eigen als gedoneerde zaadcellen.

#### IVF

‘In vitro fertilisatie’ betekent letterlijk ‘bevruchting in glas’. Zaadcel en eicel komen niet bij elkaar in de baarmoeder, maar in het laboratorium. Met de bevruchting ontstaat een vroeg embryo, dat na een kwaliteitscontrole in de baarmoeder van de vrouw wordt geplaatst of wordt ingevroren voor later gebruik. Het aantal ‘IVF-kinderen’ neemt toe. Inmiddels gaat het om ongeveer één op de dertig kinderen.

#### ICSI

Een variant op IVF is ICSI (Intra-Cytoplasmatische Sperma Injectie). Hierbij is alleen het proces in het laboratorium anders dan bij IVF. Bij ICSI worden de zaadcellen niet aan de eicellen toegevoegd als een ‘cocktailtje’, maar wordt per verkregen eicel één zaadcel ingebracht. Wanneer alle eicellen geïnjecteerd zijn, worden ze in een schaalpje gezet met kweekvloeistof. Vervolgens is het wachten op een succesvolle bevruchting, zodat na een aantal dagen het embryo in de baarmoeder kan worden geplaatst.

#### Draagmoederschap

Draagmoederschap kan op twee manieren tot stand komen: laagtechnologisch of hoogtechnologisch. In het eerste geval kan de vrouw kunstmatig worden geïnsemineerd: sperma van de man van het wenspaar wordt kunstmatig ingebracht bij de draagmoeder, die dan zowel de genetische moeder is (het kind is immers verwekt uit een van haar eigen eicellen) als de wettelijke moeder. De draagmoeder stemt ermee in het kind na geboorte over te dragen aan de wensouders. Zij blijft de biologische moeder, maar is juridisch geen moeder meer. Het kind heeft dan twee moeders: een biologische (draag)moeder én een wettelijke moeder.

Hoogtechnologisch draagmoederschap wordt gerealiseerd via IVF waarbij het embryo in de baarmoeder van de draagmoeder wordt geplaatst. Ook nu stemt de draagmoeder ermee in het kind na geboorte over te dragen aan de wensouders. Het kind heeft daardoor één draagmoeder, én één biologische moeder, die ook de wettelijke moeder is.

## Morele vragen

Rondom technieken voor geassisteerde voortplanting doen zich diverse morele vragen voor. Dit zijn vragen als: 'Wat is geoorloofd?' Of: 'Wat is goed om te doen?' Wij bespreken hier vooral de ethiek van de voortplantingstechnieken en minder de setting (de relatie of leefvorm waarin ze toegepast worden), omdat die afzonderlijke morele vragen oproept.

Voor sommige van deze morele vragen is niet één pasklaar 'christelijk-medisch-ethisch' antwoord te geven. Personen die het betreft, moeten hier zelf uitkomen. Hooguit geldt dan een aantal richtlijnen voor gesprek (zie verderop). Zo lopen de visies van rooms-katholieken en protestanten soms uiteen, maar kom je ook binnen het protestantisme verschillende opvattingen tegen. In dat geval gelden de woorden van Paulus (Rom.14:3): 'Laat ieder in zijn eigen geest ten volle overtuigd zijn.' Voorbeelden van dergelijke vragen zijn:

- Gaan geassisteerde voortplantingstechnieken tegen de natuurlijke scheppingsorde in (dat God eerst man en vrouw schiep, waarna Hij hen opdroeg zich te vermenigvuldigen)?
- Gaan geassisteerde voortplantingstechnieken wellicht in tegen de natuurlijkheid (dat wil zeggen: nieuw leven ontstaat binnen de intieme relatie binnen het huwelijk tussen man en vrouw en niet buiten die relatie)? De wedervraag die gesteld kan worden, is dan: in hoeverre is – gelet op alle medische ingrepen in diverse levensfasen – ons leven nog 'puur natuur(lijk)'?
- Zijn geassisteerde voortplantingstechnieken niet 'gewoon' medische middelen die we mogen gebruiken en die God wil zegenen als we Hem daarom vragen?

## Eerst lichtere middelen

Andere morele overwegingen zijn ethisch duidelijker en vastter omlind:

- Het principe van de proportionaliteit (eerst de lichtere middelen verkennen en pas daarna de meer ingrijpende) spoort ons aan altijd eerst te proberen om met natuurlijke methoden de vruchtbaarheid te bevorderen. Indien vervolgens bijvoorbeeld hormoonbehandelingen mogelijk zijn, vereist het proportionaliteitsbeginsel dat als vervolgstap te verkennen. Pas daarna staan de meer ingrijpende behandelingen open: eerst die binnen het lichaam van de vrouw en daarna eventueel die daarbuiten.
- Uit een bijbelse visie op het huwelijk volgt dat toepassing van geassisteerde voortplantingstechnieken buiten die relatie (denk aan alleenstaanden, meerouderschap, ouders van het gelijke geslacht) daarmee niet verenigbaar zijn.

## Principiële bezwaren

Sommige morele afwegingen spelen specifiek rond bepaalde voortplantingstechnieken.

### KI

Kunstmatige inseminatie (KI) is in termen van proportionaliteit en ingrijpendheid wellicht nog de minst vergaande methode, mits dat met zaad van de eigen huwelijkspartner gebeurt. Dat

geldt ook voor IUI. Wel kunnen voor sommige gelovigen hier vragen optreden rond scheppingsorde en natuurlijkheid (zie boven).

Van een andere orde is KID, waarbij zaad van een donor wordt gebruikt. Hiermee betrek je er een andere persoon bij. De goede gedachte dat nieuw leven binnen de huwelijksrelatie ontstaat (al dan niet medisch geassisteerd), wordt hiermee losgelaten. Deze bedenking geldt ook in situaties waarin alleenstaanden via KID zoeken naar wegen om een kinderwens in vervulling te laten gaan.

### IVF en ICSI

Naast algemene gedachten over scheppingsorde en natuurlijkheid heb je bij IVF en ICSI te maken met een meer ingrijpende techniek, omdat de bevruchting buiten het lichaam van de vrouw plaatsvindt. Het is goed daar bij stil te staan. Het springende ethische punt is dat er bij een IVF- of ICSI-behandeling vaak meerdere embryo's ontstaan. Met de overblijvende embryo's wordt niet altijd omgegaan op een manier waarop je zou wensen dat met menselijk leven wordt gehandeld. Zo worden 'goede' embryo's geselecteerd en 'mindere' embryo's niet. De overblijvende embryo's worden soms ingevroren, soms voor onderzoeksdoeleinden gebruikt en soms ook wel vernietigd.

Inmiddels bieden enkele Nederlandse klinieken de mogelijkheid om één embryo te laten ontstaan (via Christelijke zorgverzekeraars is hierover meer informatie te vinden). Dit heeft zowel voor- als nadelen, zodat je als stel zult moeten nagaan wat haalbaar en wenselijk is. Deze aanpak zorgt ervoor dat er geen restembryo's zijn. Er wordt dus geen leven vernietigd. Het nadeel is dat het 'oogsten' van eicellen belastend is voor de vrouw. Indien een eerste behandeling niet succesvol is, moet dit herhaald worden. Wel is het in dit geval mogelijk om eicellen in te vriezen, wat de belasting voor de vrouw ten goede komt.

En even terzijde: het komt steeds vaker voor dat vrouwen hun eicellen laten invriezen. Als hiervoor een medische aanleiding is, zoals een operatie waarbij de vrouw haar vruchtbaarheid zal verliezen, IVF of ICSI, kan dit verdedigbaar zijn. In andere gevallen, zoals het bewust uitstellen van een kinderwens, of het nog niet hebben van een of de juiste partner, moeten hierbij vraagtekens worden geplaatst.

### Draagmoederschap

Ook bij draagmoederschap wordt binnen de relatie van wensvader/wensmoeder een derde betrokken. Het kind wordt niet langer emotioneel én biologisch ontvangen vanuit deze intieme relatie.

Hoogtechnologisch draagmoederschap (de draagmoeder krijgt een embryo geplaatst dat middels IVF is ontstaan) opent de weg naar meerouderschap. Als bijvoorbeeld de kwaliteit van de zaadcellen niet goed is, kan het wenspaar besluiten tot gebruik van gedoneerde of gekochte zaadcellen. Datzelfde geldt als de eicellen van de vrouw van onvoldoende kwaliteit zijn. Ook dan kunnen er externe vrouwelijke geslachtsellen

## Het springende ethische punt is dat er bij een IVF- of ICSI-behandeling vaak meerdere embryo's ontstaan



worden gebruikt. In theorie kan dit zelfs leiden tot een situatie waarin een kind vijf ouders heeft: een wettelijke moeder, een biologische moeder, een draagmoeder, een wettelijke vader en een biologische vader.

Een ander principiële bezwaar tegen draagmoederschap is dat het de draagmoeder instrumentaliseert: de draagmoeder is het middel of het instrument om een ander doel te bereiken, namelijk een kind voor de wensouders. Dit speelt nog sterker indien er met het draagmoederschap geldbedragen gepaard gaan. Daarmee verwordt de zwangerschap tot een transactie. Verder staat vast dat voor de hechting van het kind juist de eerste uren, dagen en weken van groot belang zijn. De vraag mag gesteld worden of het belang van het kind het meest gediend wordt met draagmoederschap, waarbij de pasgeborene overgaat van biologische moeder naar de uiteindelijke moeder. In het verlengde rijst de vraag hoe het later voor het kind zal zijn, als er twijfels ontstaan over diens 'roots'. Dit geldt des te meer in geval van hoogtechnologisch draagmoederschap, met mogelijk meerdere ouders.

Ten slotte: ondanks allerlei mogelijke contracten tussen wensouders en de draagmoeder is de vrouw uit wie het kind geboren wordt, wettelijk gezien de moeder. Dit is een potentiële bron van tweestrijd en conflicten. Wat als de draagmoeder zich bedenkt en het kind niet wil afstaan of het daarmee heel moeilijk krijgt?

### *Geen duidelijk ja of nee*

Hoe ga ik met deze ethische vragen om? De vraag naar wat goed is met betrekking tot geassisteerde voortplanting, is niet gemakkelijk te beantwoorden. Situaties kunnen zo verschillen dat in veel gevallen een duidelijk ja of nee niet kan worden gegeven. Hoe kom je dan tot een afweging, tot een besluit? In deze paragraaf schetsen we een leidraad om het denken te structureren en om tot een besluit te kunnen komen. Je kunt de stappen (zie kader) persoonlijk doornemen, samen als echtpaar of met iemand die wil meedenken, zoals een predikant of een lid van een pastoraal team. Bid hierbij om de verlichting van het verstand door Gods goede Geest.

### *Stappen*

- 1 Welke medische behandelingen zijn op jullie situatie van toepassing, wellicht concreet aangereikt door een arts? Denk daarbij niet alleen zwart-wit (wel of niet kiezen voor behandeling X), maar ook aan de wegen die daartussen liggen. Bijvoorbeeld: als de minder ingrijpende optie A niet werkt, dan staat een keuze voor X open. Laat 'géén behandeling(smogelijkheid)' ook een van de opties zijn.
- 2 Welke vragen komen hierbij naar boven? Bekijk de mogelijke behandelmogelijkheden vanuit verschillende invalshoeken. Wat is het doel dat je wilt bereiken? En hoe kijk je naar de medische handeling zelf? Maak hierbij onderscheid tussen wenselijkheidsvragen en zorgvuldigheidsvragen. Wenselijkheidsvragen zijn de meer principiële vragen, zoals 'moeten we wel willen dat we een andere persoon in ons traject naar zwangerschap betrekken door bijvoorbeeld gebruik te maken van donormateriaal?' Zorgvuldigheidsvragen gaan bijvoorbeeld over de veiligheid van de behandeling. Denk ook aan het perspectief van de verschillende betrokken personen: jullie als wensmoeder en wensvader, maar ook die van jullie toekomstige kindje.
- 3 Vat de voor- en nadelen van de verschillende behandelmogelijkheden samen.
- 4 Stel vast welke behandelmogelijkheid je voorkeur heeft.

# Dat je kinderen krijgt, is niet vanzelfsprekend. Het is een zegen van God



## Kinderen en kinderloosheid in de Bijbel

In de Bijbel gaat het al snel over het krijgen van kinderen. 'Wees vruchtbaar, word talrijk.' (Gen.1:28) Gezien het vers dat daaraan voorafgaat, is de opdracht tot vermenigvuldiging direct verbonden aan de schepping van man en vrouw als tweeheid. Uit hoe de mens is geschapen, volgt dan ook dat het begrijpelijk is dat mensen graag kinderen willen. In het ontvangen van kinderen zien wij in het bijzonder Gods schepende handen.

In het Oude Testament komen we bij vrouwen als Sara, Rachel, Hanna en later ook bij Elizabet levensverhalen vol verdriet tegen over het uitblijven van kinderen. De pijn van de kinderloosheid werd verzwaard, doordat uit hen de Messias niet kon voortkomen. Dit is anders in de nieuwtestamentische periode. In het Nieuwe Testament zien we dat aardse relaties enigszins worden gerelativeerd in het licht van geestelijke relaties binnen de gemeente van Jezus Christus (Matt.12:46-50 en 1 Kor.12:12-27).

In de Bijbel zijn kinderen niet vanzelfsprekend, maar een zegen. In Psalm 127 worden zij het eigendom van de HEERE en Zijn beloning genoemd. Het leven komt tot ons in een geschenkenkarakter. De mens zonder partner en, in de lijn van Genesis 1, daarmee ook zonder kinderen is volwaardig mens (zie: 1 Kor.1:7). Zonder het te romantiseren of te verheerlijken, kan een leven zonder partner en kinderen een bijzondere mogelijkheid zijn om te werken in Gods Koninkrijk. Kinderloosheid wordt dikwijls echter als last, als een intens verdriet ervaren. Juist in het licht van kinderen als zegen van onze goede God.

## Verder lezen:

- S. Kuc, Klinische perspectieven op voortplantingsgeneeskunde, in: T.A. Boer, E. van Hoek en D. Mul (red.), *Geboren, niet gemaakt. Reflecties op het levensbegin*. Amsterdam, 2020
- Diederik van Dijk (red.), *Het goede leven. Medische ethiek voor elke dag*. Apeldoorn, 2022
- Arthur Alderliesten, *Recht op leven. Aanzet voor een bio-ethiek van het levensbegin*. Kampen, 2023



Auteurs van deze brochure zijn dr. Stef Groenewoud (L.), bijzonder hoogleraar Medische ethiek aan de Theologische Universiteit Utrecht, en Arthur Alderliesten MA, directeur van Schreeuw om leven. Beiden zijn verbonden aan het Prof. dr. G.A. Lindeboominstituut.

Uitgave van de Gereformeerde Bond in de Protestantse Kerk  
Bijlage bij *De Waarheidsvriend*, 13 juni 2024

Kleine Fluitersweg 253  
7316 MX Apeldoorn  
tel. 055-5766660  
[www.dewaarheidsvriend.nl](http://www.dewaarheidsvriend.nl)  
[www.gereformeerdebond.nl](http://www.gereformeerdebond.nl)