

Ivf in het buitenland kan gezondheid in gevaar brengen

Medisch toerisme bij subfertiliteit

drs. N. de Lange,
aios gynaecologie

prof. dr. J.L.H. Evers,
gynaecoloog

afdeling Gynaecologie &
Obstetrie, Maastricht Univer-
sitair Medisch Centrum

Correspondentieadres:
nataschadelange@gmail.com;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Steeds meer mensen wijken uit naar het buitenland om hun kinderwens in vervulling te laten gaan. De begeleiding van zo'n zwangerschap komt echter voor rekening van de Nederlandse zorgverleners, die daardoor in een ongelukkige spagaat kunnen belanden.

Een paar, zij 42, hij 43 jaar, heeft vier kinderen uit vijf zwangerschappen. Ze willen graag nog een kind. Met eigen eicellen is een zwangerschap echter minder waarschijnlijk, gezien de leeftijd en de uitkomsten van laboratoriumonderzoek tijdens de menstruatie. Het paar kiest voor ivf met donoreicellen. In Nederland kan dat sinds 2004 alleen met een bekende donor. Daarom besluiten ze uit te wijken naar het buitenland. De kosten bedragen 3900 euro voor 'IVF oocyte donation treatment', plus 'donor's compensation up to 500 euro', plus medicatie.

De obstetrische voorgeschiedenis vermeldt twee spontane bevallingen, driemaal een sectio caesarea en eenmaal een neonatale sterfte op basis van infectie. De algemene voorgeschiedenis is blanco behoudens hypertensie, de body-mass index (BMI) bedraagt 35,2 kg/m², waardoor zij in de categorie morbide obesitas valt, in Nederland een relatieve contra-indicatie voor behandeling, mede gezien de verhoogde kans op reproductieve en obstetrische complicaties. Drie buitenlandse donoreicel-ivf-pogingen mislukken, waarna zij besluiten om – naast eiceldonatie – tevens gebruik te maken van gedoneerde zaadcel-

len ('donor's compensation up to 200 euro'). De vierde ivf-poging met een donoreicel en donorzaad slaagt, er worden drie embryo's teruggeplaatst onder algehele anesthesie en de patiënte krijgt een schema mee voor medicatie die zij dient te gebruiken tot een amenorroe van 14 weken. Wij zien de patiënte voor de intake bij een amenorroe van 6 weken, haar tensie bij de eerste controle is 165/105 mmHg en ze heeft een dagtaak aan

het zichzelf op vijftien momenten toedienen van de acht (!) soorten voorgeschreven medicijnen. Transvaginale echoscopie toont een vitale eenlingzwangerschap. Ze vraagt om herhalingsrecepten.

Medicatieoverbelasting

Wat doe je als behandelend arts als je deze hoog risico zwangere patiënte op je spreekuur ziet, na een behandeling die in Nederland niet uitgevoerd zou zijn en met een overdadige hoeveelheid medicijnen waarvoor niet of nauwelijks wetenschappelijke onderbouwing bestaat? Stop je alles, met uitzondering wellicht van één progesteron- en één oestrogeenpreparaat? De kans is dan niet ondenkbeeldig dat de patiënte een klacht zal indienen als de (kostbare) zwangerschap vervolgens onverhoopt in een miskraam eindigt. Of schrijf je het herhalingsrecept uit voor de oestrogenen, de vier verschillende progestagenen, het androgeen DHEA, het prednison en de aspirine? Met alle consequenties van deze polypragmatische medicatieoverbelasting voor de ongeborene van dien?

Strandvakantie

Het medisch toerisme is al jaren in opkomst. Het is begonnen met vooral electieve behandelingen, maar breidt zich steeds verder uit. De door de Nederlandse politiek gestimuleerde marktwerking in de zorg en de vaak uitgebreide mogelijkheden in het buitenland zijn, samen met het ontbreken van wettelijke restricties, voor velen de reden om voor noodzakelijke en niet-noodzakelijke medische behandelingen

Ze heeft een dagtaak aan het op 15 momenten toedienen van 8 soorten medicijnen

uit te wijken. Een korte zoektocht op het internet levert al tal van mogelijkheden voor ivf op, van Turkije tot Thailand, inclusief vlucht, lokaal vervoer, hotel, behandeling, eiceldonor en een volledig verzorgde strandvakantie. Tot de (veronderstelde) voordelen van ivf-behandeling in het buitenland behoren onder andere de uitgebreide mogelijkheden voor ei- en zaadceldonatie, anonieme (jonge) donoren, het terugplaatsen van drie, vier of nóg meer embryo's per ivf-cyclus, soepele leeftijdsgrenzen, lage medische drempels, geen eisen wat betreft het maximale lichaamsgewicht en lagere kosten. In Europa zoeken ieder jaar tussen de 10.000 en 15.000 patiënten ivf buiten de landsgrenzen. Voor ons land zijn dat ruim duizend paren.¹ De Nederlandse patiënten geven als reden voor hun voortplantingstoerisme: wettelijke beperkingen in ons land (32%), anderszins problemen om de gewenste zorg in Nederland te verkrijgen (7%), een veronderstelde betere kwaliteit van zorg in het buitenland (53%), en één of meer mislukte ivf-behandelingen hier in het verleden (26%).

Deze patiënten komen na de behandeling in het buitenland bij ons terug voor de begeleiding van de zwangerschap. Dat betekent niet alleen de zorg voor meerlingzwangerschappen, maar

ook de naar kwakzalverij neigende polypragmasie rond die zwangerschappen. Accepteren wij het ingezette beleid en continueren wij dit, of moeten wij ons houden aan de afspraken en richtlijnen zoals die in Nederland door de beroepsgroep zijn overeengekomen? Het probleem is vaak het mateloos vertrouwen in de buitenlandse arts, die het immers wél lukte een zwangerschap tot stand te brengen, en de angst om de zo gewenste, en letterlijk zeer kostbare, zwangerschap weer te verliezen.

Embryowet

In Nederland is sinds 2002 de embryowet van toepassing, met daarin duidelijke afspraken over de voorwaarden voor ivf-behandeling.² Er is een planningsbesluit ivf en de beroepsgroep heeft richtlijnen opgesteld waaraan alle dertien ivf-centra zich houden. In de richtlijn 'Indicaties voor ivf' uit 1998 wordt ivf bijvoorbeeld boven het veertigste jaar nadrukkelijk afgeraden. In ons land is niet-anonieme donatie of het ter beschikking stellen van geslachtscellen

Medisch toerisme berust vaak op een mateloos vertrouwen in de buitenlandse arts.

beeld: Corbis





De wetgeving over ivf in de Europese landen is zeer verschillend

en eventueel embryo's mogelijk met uitdrukkelijke schriftelijke toestemming. Anonieme donatie van eicellen of zaadcellen is niet toegestaan sinds in 2004 de Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting in werking trad. In Nederland is ivf door het ministerie van VWS gebracht onder de werkingssfeer van artikel 2 van de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV), wat betekent dat de behandeling verboden is tenzij men een speciale vergunning heeft om deze uit te voeren.

Twistpunt

De wetgeving over ivf in de Europese landen is zeer verschillend. Een juridisch twistpunt is of mensen de wet overtreden als zij in het buitenland een behandeling ondergaan die in het thuisland niet is toegestaan, en of het meewerken aan zo'n behandeling in een ander land strafbaar is. Er is wel steeds meer autonomie op het gebied van reproductie en medisch toerisme lijkt steeds meer geaccepteerd, mits de veiligheid en het welzijn van de patiënte en het toekomstige kind er niet onder lijden. Een belangrijk punt is dan of verwijzing naar het buitenland is toegestaan en zo ja wie verantwoordelijk is voor goede volledige counseling. Naar aanleiding van Kamervragen over het hier opvangen van complicaties (meerlingen) ten gevolge van het terugplaatsen van meer dan twee embryo's antwoordde minister Klink dat zorg die deel uitmaakt van het pakket en verleend wordt vanwege complicaties na gebruikmaking van niet-verzekerde zorg voor rekening van de zorgverzekering komt.³

De taskforce van de Europese vereniging voor humane reproductie en embryologie (ESHRE) die zich met deze problematiek bezighoudt, neigt naar versoepeling van de ivf-regelgeving om zo onnodige *cross border reproductive care* tegen te gaan. Tevens wijst deze erop dat de verantwoordelijkheid van goede counseling ook bij de behandelend artsen in het thuisland hoort, aangezien in het buitenland sprake kan zijn van een taalbarrière en van andere verwachtingen.⁴

Uitbuiting

Een bijkomend aspect van medisch toerisme naar minderbedeelde landen is dat er daar een verschuiving optreedt in zorg: er zijn minder middelen voor de plaatselijke bevolking, de kosten worden lokaal disproportioneel hoog, en het gevaar bestaat dat behandeling van de eigen patiënten niet meer aan de norm voldoet. Bovendien is er een reëel risico op uitbuiting van de zwaksten in de samenleving.⁵ Zie de post '*donor's compensation up to 500 euro*' die onze patiënte in rekening werd gebracht. Waarschijnlijk een maandloon ter plekke, dat echter niet in verhouding staat tot de zwaarte van de behandeling waaraan een – vaak zeer jonge – buitenlandse vrouw wordt onderworpen. Maar ook voor het land van herkomst bestaan er nadelen. Onnodig restrictieve wetgeving op het gebied van de voortplanting zal immers weinig verzet ontmoeten als de gewenste behandeling moeiteloos aan de andere kant van de grens verkrijgbaar is. Zeker als die zorg daarnaast ook nog voor vergoeding door de zorgverzekeraar in het land van herkomst in aanmerking komt. De animo van de wetgever voor strenge wetgeving zal hierdoor zeker niet

Literatuur

1. McKelvey A, David AL, Shenfield F, Jauniaux ER. The impact of cross-border reproductive care or 'fertility tourism' on NHS maternity services. *BJOG* 2009; 116: 1520-3.
2. Embryowet, 2002.
3. Kamerstuk, 19-08-2009, DZ-K-U-2944949.
4. Abstracts of the 25th Annual Meeting of ESHRE, Amsterdam, the Netherlands, 28 June-1 July, 2009.
5. Pennings G, Wert G de, Shenfield F, Cohen J, Tarlatzis B, Devroey P, ESHRE Task Force on Ethics and Law 15: Cross-border reproductive care. *Hum Reprod* 2008; 23 (10): 2182-4.



SAMENVATTING

- Medisch toerisme is een markt in opkomst.
- Er is weinig transparantie in deze markt; de oorzaken hiervan variëren.
- De toevlucht naar het buitenland heeft verschillende achtergronden: persoonlijk, financieel, behandel-mogelijkheden elders.
- Medisch toerisme op het gebied van fertiliteit kan leiden tot gevaarlijke medische situaties, die vervolgens in het land van herkomst moeten worden opgelost.
- Het streven is eerlijke voorlichting en het liefst transparantie en uniformiteit in beleid.

afnemen en steeds meer patiënten zullen hun zorg buiten de beperkingen – maar ook buiten de bescherming – van hun nationale wetten gaan zoeken. Het is een teken aan de wand dat 10 procent van de ivf-behandelingen bij Nederlandse paren buiten onze landsgrenzen wordt uitgevoerd, in landen waarvan de patiënt soms de taal niet beheerst, en in klinieken waar een maximaal aantal zwangerschappen per behandeling nog steeds als een kenmerk van kwaliteit wordt beschouwd.

Eerlijke voorlichting

Een ander probleem is dat patiënten niet altijd open zijn over hun behandeling in het buitenland; niet privé maar ook niet tegenover de zorgverlener, uit angst om veroordeeld te worden. Het gevolg kan zijn dat zij het inroepen van hulp bij complicaties te lang uitstellen of de wijze van tot stand komen van de zwangerschap verzwijgen.

Een kindervens kan buitengewoon sterk zijn en de medische verleidingen uit het buitenland groot. De meeste patiënten doen echter na het tot stand komen van een zwangerschap opnieuw een beroep op onze zorg. Dat zadelt ons op met gedwongen verantwoordelijkheid voor het continueren van potentieel gevaarlijke medicatie in de jonge zwangerschap, zoals in de beschreven casus. Tevens kan het, bijvoorbeeld in geval van een meerlingzwangerschap, grote risico's voor moeder en kind(eren) met zich meebrengen. Risico's die wij juist door het steeds vaker plaatsen van slechts één enkel embryo na ivf in ons land proberen te vermijden. Of dat echter ertoe moet leiden dat wij onze normen verlagen om aldus het medisch toerisme een halt toe te roepen en paren in

ons land de zorg te bieden waaraan zij toch behoefte blijken te hebben, staat ter discussie. Beter is om door eerlijke voorlichting en goede counseling de zorgvragers het inzicht te geven dat zij nodig hebben om zelf de voor- en nadelen tegen elkaar te kunnen afwegen en een verantwoorde beslissing te nemen. Maar wij kunnen wel streven naar een vitale, à terme eenlingzwangerschap voor iedere ivf-patiënt, op dit moment is dat nog een utopie. En zelfs als een kinderloos paar dat streven naar een eenling zou steunen, is de keuze snel gemaakt als zij daarnaast een afweging moeten maken tussen een extra risico op een tweeling of een nulling.

Dovemansoren

Terug naar ons paar: de voorgeschreven medicatie was bijna op en de patiënte eiste een vervolgrecept. We hebben geprobeerd uit te leggen dat er voor de meeste middelen geen wetenschappelijk bewijs is, en dat sommige, alleen of in combinatie, zelfs schadelijk kunnen zijn. Die informatie was voor dovemansoren. Zij had contact met de buitenlandse arts, die haar zijn mobiele nummer had gegeven, en herhaalde daarop haar eis met nog meer nadruk. Na intern overleg hebben we onze bezwaren en bedenkingen nogmaals met het paar besproken en uiteindelijk, toen ook dat geen gehoor vond, besloten de medicatie voor te schrijven, voor zover in Nederland bij de apotheek verkrijgbaar. 



Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl