

CULTURELE RUIMTE VOOR DE VOORTPLANTINGSTECHNOLOGIE

Gender en de macroselectie van IVF-scripts

Marta Kirejczyk

Cultural space for reproductive technology. Gender and the macro-selection of IVF scripts

A successful social entrenchment of a controversial technology like In Vitro Fertilisation depends largely upon achieving a certain degree of harmonisation between the technological options embodied in this technology and the cultural norms and values of society. In the case of reproductive technologies some of these norms are related to the cultural notions of femininity and masculinity. In the article the concept of macro-selection of scripts of technology is elaborated as an analytical tool capable of bridging the gap between the material and cultural aspects of technology. It is subsequently applied for the analysis of public debates in which the legitimate grounds for the use of IVF are being defined. The presented analysis focuses on those aspects of macro-selection of scripts that have a bearing on gender symbolic and gender relations.

Sinds de introductie van in-vitrofertilisatie (IVF) in de Nederlandse gezondheidszorg in de eerste helft van de jaren tachtig is deze medische techniek onderwerp van periodiek oploeiende maatschappelijke en politieke controversen. Medici en ethici, patiëntenorganisaties en feministen, adviseurs en politieke partijen zijn in een strijd gewikkeld over de manier waarop en de voorwaarden waaronder deze technologie gebruikt mag worden. Hoort IVF in het ziekenfondspakket? Mogen alleenstaande vrouwen ook aanspraak maken op IVF of moet het tot getrouwde stellen beperkt blijven? Is het doneren van eicellen en embryo's toelaatbaar, en zo ja, wie is dan de moeder van het kind? In dit dynamische krachtenveld speelt ook de overheid haar rol als de verantwoordelijke voor het voeren van een reguleringsbeleid ten aanzien van IVF.

Ik beschouw de periodieke opkomst van de sociale en politieke strijd rond IVF als een belangrijk onderdeel van het proces van inbedding en verankering van deze technologie in de maatschappelijke structuren, zowel wat betreft de medische praktijk, de politieke regelgeving, als ook de culturele accommodatie. In de loop van dit proces vindt een wederzijdse afstemming plaats tussen de technische opties en de maatschappelijke structuren, normen en waarden. Zowel de technologie als de maatschappelijke context ondergaan gelijktijdig een verandering. Men kan dus de introductie van een nieuwe technologie als IVF conceptualiseren als een proces van socio-technische verandering. De uitkomst van dit proces, dat door verschillende maatschappelijke actoren met hun diverse opvattingen wordt gedragen, ligt niet bij voorbaat vast, maar hangt onder andere af van de opvattingen, strategieën en de relatieve machtsverhoudingen tussen de actoren.

IVF is een techniek die in de voortplanting van mensen ingrijpt en daarmee ook in de relaties tussen vrouwen en

mannen. Het valt te verwachten dat de opvattingen over vrouwen en mannen, over vrouwelijkheid en mannelijkheid in deze socio-technische veranderingsprocessen een rol spelen. Een volledige analyse van de processen van maatschappelijke inbedding van de IVF-techniek in de Nederlandse gezondheidszorg en de rol van gender in deze processen is te omvangrijk voor het bestek van een artikel.¹ Hier wil ik mijn aandacht concentreren op één deelaspect van de processen van inbedding, namelijk op de manier waarop de afstemming tot stand komt tussen de technische opties die IVF biedt en de maatschappelijke normen, waarden en betekenissen, waarvan sommige betrekking hebben op gender. Ik gebruik het begrip 'script van technologie', in het bijzonder 'gender-script', om het afstemmingsproces inzichtelijk te maken.

Script van technologie

Het begrip 'script van technologie' werd oorspronkelijk geïntroduceerd door Madeleine Akrich, een Franse techniek-sociologe, en had betrekking op technische apparaten (Akrich, 1992). Zij betoogde dat de ontwerpers van technologie vrij omlijnde vooronderstellingen hanteren over de kenmerken van de toekomstige gebruikers van apparaten en over de maatschappelijke, politieke, economische en morele context waarin deze apparaten geïntroduceerd en gebruikt zullen worden. In de loop van het ontwerpproces worden deze beelden en verwachtingen van de ontwerpers vertaald en als het ware ingeschreven in de technische vormgeving van een apparaat. Door middel van deze technische inscripties worden de verhoudingen tussen het apparaat en de toekomstige gebruikers voorgestructureerd. Bepaalde handelingen, taken en verantwoordelijkheden worden aan de gebruikers gedelegeerd, andere aan het apparaat.² Akrich wijst erop

dat de werkelijke socio-technische context waarin een apparaat wordt geïntroduceerd, niet overeen hoeft te komen met de voorstellingen van de ontwerpers. Ook zullen de werkelijke gebruikers niet altijd letterlijk de aanwijzingen van het script volgen. Juist omdat de gebruikers in staat zijn op een andere manier met de apparaten om te gaan dan het script vooronderstelt, komt de werkelijke verdeling van taken, competenties en verantwoordelijkheden tussen apparaat en gebruiker pas in de praktijk tot stand. Het script van het apparaat wordt dan herschreven³.

Deze algemene notie van het script van een apparaat wordt in de feministische technologiebestudies verder toegepast (Van Oost, 1995; Oudshoorn, 1996). De beelden van de toekomstige gebruikers en van de maatschappelijke context die de ontwerpers hanteren, omvatten ook vooronderstellingen over de verschillen tussen vrouwen en mannen, tussen vrouwelijkheid en mannelijkheid. Als deze vooronderstellingen in de vormgeving van apparaten zijn ingebouwd, is er sprake van een genderscript van technologie. Sommige apparaten, bijvoorbeeld fietsen, verraden hun genderscripts snel. Ook aan moderne apparaten zijn – soms traditionele – opvattingen over vrouwen en mannen en de taakverdeling tussen de geslachten af te lezen. Zo zijn de functies van magnetrons met algemeen begrijpelijke pictogrammen aangegeven en bij videorecorders wordt gebruik gemaakt van technische symbolen.

Tot nu toe heb ik gesproken over scripts van apparaten. Maar niet elke technologie krijgt de gestalte van een duidelijk afgebakend materieel voorwerp. Neem in-vitrofertilisatie. Het omvat diverse materiële voorwerpen zoals medische instrumenten, hormonale preparaten, kweekmedia en verschillende procedures, al dan niet formeel vastgelegd in protocollen voor bijvoorbeeld de hormonale stimulatie van de ovulatie bij vrouwen, of voor de handelingen met gameten en embryo's. Het behelst eveneens een collectieve en individuele oordeelsvorming over wie met welke indicatie in aanmerking komt voor een behandeling met IVF, welk moment geschikt is om deze te beginnen en te stoppen. Daarnaast behoort tot deze technologie ook de niet geformaliseerde ervaringskennis, waaruit de medici en klinisch embryologen putten bij de afwegingen welke embryo's bij de vrouw te implanteren. De beoogde gebruikers van deze technologie vallen uiteen in twee categorieën: de professionele gebruikers, te weten gespecialiseerde artsen en embryologen, en de eindgebruikers, vrouwen die met behulp van IVF een kind willen krijgen. Ook de competenties tussen deze twee groepen gebruikers zijn verdeeld. Vrouwen zijn verantwoordelijk voor het doorgeven van informatie aan de IVF-kliniek die voor de behandeling relevant is en voor het uitvoeren van de instructies van de artsen. De bepaling welk embryo bij de vrouw zal worden ingebracht, behoort tot de competentie van het behandelende team, terwijl de bewaking van het proces van de groei van follikels en de vaststelling van het meest geschikte moment voor de verwijdering van de eicellen uit het lichaam van de vrouw, grotendeels wordt gedele-

geerd aan de apparaten waarmee men een echoscopie uitvoert. Deze verdeling van rollen en competenties ligt in de aard van de IVF-technologie besloten. Maar IVF is ook een drager van scripts, die niet beperkt blijven tot strikt medisch-technisch handelingen.

Multiple scripts – genderscripts van IVF

Het grensverleggende element van IVF bestaat uit de volledige scheiding van het bevruchttingsproces en het vrouwenlichaam. In de context van de IVF-techniek is bevruchting geen gevolg van de geslachtsgemeenschap tussen een belichaamde vrouw en een man. Het is het resultaat van de interactie tussen de geïsoleerde eicel en zaadcellen. Los van de intenties van degenen die aan de ontwikkeling van IVF hebben bijgedragen, houdt deze revolutionaire technische vernieuwing een heel spectrum van scripts in zich die betrekking hebben op de sociale relaties tussen mannen en vrouwen, tussen vrouwen onderling en tussen ouders en kinderen. Zo kan men proberen de oorspronkelijke relatie tussen de lichamen na te bootsen en slechts de eicellen te bevruchten van vrouwen bij wie het embryo zal worden geplaatst en voor de bevruchting uitsluitend zaad van hun partners te gebruiken. Maar dat is niet noodzakelijk. Zowel de eicellen als de zaadcellen kunnen afkomstig zijn van donoren, en embryo's die uit gedoneerde gameten zijn gecreëerd, kunnen door draagmoeders worden gedragen ten behoeve van weer andere personen, hetzij alleenstaande mannen of vrouwen, hetzij homo- of heteroseksuele paren. De leeftijdsbarrière die de voortplantingscapaciteit van vrouwen beperkt, kan nu worden overschreden en de volgorde van de generaties kan ingrijpend worden veranderd. Het menselijke embryo zou in principe ook in de baarmoeder van een vrouwelijk dier tot een kind kunnen uitgroeien en de menselijke eicellen zouden met zaad van andere primaten bevrucht kunnen worden. De wetenschappers voorspellen dat in de nabije toekomst ook het klonen van identieke mensen tot de reële mogelijkheden zal behoren.

In de speculaties over deze scripts wordt vaak van gender-symbool gebruik gemaakt. Vooruitlopend op de toekomstige mogelijkheden van het klonen wordt het beeld opgeroepen van een wereld die bevolkt wordt met de replica's van Brigitte Bardot en van Albert Einstein. Een wereld waarin Madames Curie het normale verschijnsel zouden worden, viel buiten het voorstellingsvermogen van deze commentatoren. Maar men hoeft niet naar de toekomst te verwijzen om scripts te vinden, waarvan de praktische uitvoering refereert aan en/of ingrijpt in de maatschappelijke opvattingen over vrouwelijkheid en mannelijkheid en over de man-vrouw verhoudingen. Zulke, sterk aan gender gebonden, scripts van technologie noem ik genderscripts.

IVF, een techniek die belooft onvruchtbare vrouwen te helpen bij de realisatie van hun moederschapswens, heeft tegelijkertijd de mogelijkheid geschapen het voortplantingsproces over meerdere vrouwen te verdelen en daarmee juist de (bestaande) notie van het moederschap ter discussie te

stellen. Omdat IVF de continuïteit in de vrouwelijke voortplanting doorbreekt, is het niet langer vanzelfsprekend dat de vrouw, van wie de eicel afkomstig is, van het embryo zwanger zal raken en – na het kind ter wereld te hebben gebracht – ook de wettelijke moeder zal zijn. De IVF-techniek, die geen onderscheid maakt tussen de situaties waarin één of meerdere vrouwen zijn betrokken bij de totstandkoming van een kind, vraagt om een maatschappelijke interpretatie van deze situaties, om een keuze uit verschillende scripts die de individuele voorkeuren van de eindgebruikers van technologie overstijgt. De keuze kan in dit geval variëren van de totale afwijzing van deze technische mogelijkheid, tot een volledige maatschappelijke acceptatie en sanctionering van situaties waarin een kind tegelijkertijd meerdere moeders heeft. Bij de totstandkoming van deze keuzes speelt de beeldvorming over vrouwen als moeders, draagmoeders en donoren van eicellen een belangrijke rol. Daarentegen verandert door IVF het aandeel van mannen bij de voortplanting – het leveren van zaad – in wezen niet. Ook zonder tussenkomst van deze techniek hebben mannen nooit de volledige zekerheid dat ze de biologische vader van het kind zijn. De bestaande definitie van vaderschap, gebaseerd op een vermoeden, wordt door de IVF-praktijk niet ter discussie gesteld.

Een nieuwe technologie die in de praktijk de uitvoering van meerdere scripts mogelijk maakt, waarbij sommige scripts met de dominante culturele normen en waarden conflicteren, kan het onderwerp worden van controverses. In de publieke debatten worden zowel de scripts als de normen en waarden opnieuw geïnterpreteerd en op elkaar afgestemd. In de loop van dat proces zullen sommige scripts worden afgewezen, andere gemodificeerd, maar ook zullen sommige normen en waarden een zekere verandering ondergaan. Omdat hier sprake is van gebeurtenissen die zich vooral op maatschappelijk niveau afspelen, spreek ik dan ook over de *macroselectie van scripts*. Anders dan wat Akrich suggereerde in verband met het script van artefacten, spelen bij de macroselectie van scripts niet de individuele gebruikers maar meerdere collectieve actoren een doorslaggevende rol. In het geval van IVF zijn dat onder andere de artsen- en patiëntenorganisaties, diverse adviesraden, politieke partijen, de overheid en de woordvoerders van uiteenlopende maatschappelijke groeperingen. De vorm waarin het script uiteindelijk wordt uitgevoerd hangt dus niet slechts af van de bereidheid der individuele gebruikers om sommige, al dan niet gemodificeerde, rollen te spelen, maar ook van het ontstaan van een zekere mate van maatschappelijke acceptatie voor bepaalde interpretaties van scripts waarvan IVF een drager is. In de rest van het artikel zal ik twee voorbeelden van de macro-interpretatie van IVF-scripts nader bespreken, namelijk de kwestie van de leefvorm en van de leeftijd van vrouwen. Deze twee debatten zijn niet alleen vanwege het genderspecter interessant, maar ook omdat hier de dynamiek van de processen van uitsluiting en insluiting duidelijk zichtbaar is.

Indicatie voor IVF en de norm van heteroseksualiteit

Reeds voordat de eerste Nederlandse kliniek in 1982 begonnen was vrouwen met IVF te behandelen, werd deze techniek een onderwerp van publieke en politieke discussie. Kenmerkend voor deze vroege debatten was een grote mate van ambivalentie. Sommige discussianten, waaronder de medici, zagen IVF vooral als een potentiële zegening voor onvruchtbare vrouwen die op een andere manier geen kinderen konden krijgen. Anderen legden in hun bijdragen de nadruk op de angstaanjagende scripts zoals klonering van identieke mensen, genetische manipulatie en selectie van embryo's, ontwikkeling van ectogenese,⁴ draagmoederschap in combinatie met embryodonatie, enzovoorts. Deze scenario's, waarvan toen de indruk bestond dat ze in de nabije toekomst realiteit zouden worden, vormden een serieuze bedreiging voor de maatschappelijke acceptatie van andere IVF-scripts en dus ook voor de opkomende IVF-praktijk. De politici vertaalden deze publieke verontrusting in de roep om overheidsbeleid ten aanzien van IVF. In reactie daarop vroeg in 1982 de toenmalige minister van Volksgezondheid, mevrouw Gardeniers-Berendsen, de invloedrijke Gezondheidsraad een advies inzake IVF voor te bereiden. Terwijl de Gezondheidsraad aan haar advies werkte, vond in de media een opmerkelijke ontwikkeling plaats. In dames- en dagbladen verschenen artikelen waarin onvrijwillig kinderloze vrouwen vertelden hoe pijnlijk hun beleving van onvruchtbaarheid was en hoe sterk het verlangen naar een kind (Kinkhamer, 1983; Algemeen Dagblad, 1983; Groenewold, 1984). Het viel op dat slechts vrouwen die in een relatie met een man leefden, aan het woord kwamen en dat de gevoelens van hun mannen over onvruchtbaarheid en kinderwens nauwelijks aan de orde kwamen. Langzamerhand ontstond het beeld van een onvruchtbare vrouw, die door haar onvervulde kinderwens naar de grens van de wanhoop wordt gedreven. De publieke uitspraken van gynaecologen over vrouwen die bij hen hulp zochten, bevestigden dit beeld. Omdat de media geen aandacht toonden voor de minder dramatische ervaringen met onvruchtbaarheid en voor andere manieren van omgang met ongewenste kinderloosheid, en omdat de aandacht voor mannen als betrokkenen bij de voortplanting eveneens ontbrak, werd deze representatie van de potentiële IVF-gebruiksters steeds dominanter. Deze vrouwen konden met IVF worden geholpen mits de andere IVF-scripts, zoals bijvoorbeeld de klonering, werden gerelativeerd.

Na de publicatie van het Interimadvies van de Gezondheidsraad inzake IVF en het daaropvolgende besluit van de overheid om IVF onder het vergunningstelsel te plaatsen, leek de uitvoering van het hele scala van IVF-scripts beperkt te worden tot slechts één (Gezondheidsraad, 1984; Staatscourant, 1985). In het overheidsbesluit werd bepaald dat slechts vrouwen die onvruchtbaar waren vanwege de dubbelzijdige afsluiting van de eileiders, in aanmerking kwamen voor behandeling met IVF. Met deze strikte beperking van de medische indicatie voor IVF werd de eerste demarcatielijn

getrokken tussen de maatschappelijk aanvaardbare en onaanvaardbare scripts van IVF. Als maatschappelijk onaanvaardbaar werden aangemerkt de overschrijding van de mens/dier barrière, de ontwikkeling van kloneringstechnieken en de genetische manipulatie met embryo's. De IVF-praktijk met als doel de gevolgen van vrouwelijke onvruchtbaarheid ongedaan te maken werd gezien als maatschappelijk legitiem. Mannen als potentieel betrokkenen bij de door IVF gefaciliteerde voortplanting bleven vooralsnog onzichtbaar. IVF was een techniek voor onvruchtbare vrouwen die het moederschap nastreefden. Maar hiermee bleef de kwestie of alle vrouwen met afgesloten eileiders in aanmerking kwamen voor IVF onopgelost.

Dit laatste vraagstuk werd politiek manifest in de jaren na de publicatie van het tweede IVF-advies door de Gezondheidsraad in 1986. De Raad was namelijk van mening dat lesbische en alleenstaande vrouwen slechts bij uitzondering in aanmerking konden komen voor IVF of voor kunstmatige inseminatie met donorzaad (KID). De belangrijke voorwaarde daarvoor was de bereidheid van deze vrouwen een 'vaderfiguur' in het leven van het eventuele toekomstige kind te integreren. De aldus geformuleerde voorwaarde sloot goed aan bij de meningen die door andere maatschappelijke actoren naar voren werden gebracht. Zo stelde een werkgroep van de Vereniging voor Familie- en Jeugdrecht in het, een jaar eerder gepubliceerde, rapport (FJR, 1985) dat een kind – ook in juridisch opzicht – zo veel mogelijk een vader en een moeder behoort te hebben. Om dit zeker te stellen pleitte de werkgroep ervoor de schriftelijke toestemming van de man voor de KID- of IVF-behandeling van de vrouw gelijk te stellen met de juridische erkenning van zijn vaderschap, ook indien het niet getrouwde stellen betrof en bij IVF donorzaad werd gebruikt. Het centrale motief van deze voorstellen was het kind te verzekeren van een juridische vader, omdat naar het geldende recht de vrouw die het kind baart de juridische moeder is. In de ogen van de meerderheid van deze werkgroep mochten lesbische en alleenstaande vrouwen slechts in exceptionele gevallen voor IVF of KID in aanmerking komen, terwijl de rest vond dat men aan deze vrouwen de genoemde behandelingen moest weigeren. Vergelijkbare opvattingen leefden ook in CDA-kringen (CDA, 1988). Ook daar vond men dat bij elke IVF- of KID-behandeling sprake moest zijn van twee wensouders, een man en een vrouw. Zo deden mannen als betrokkenen bij IVF in de tweede helft van de jaren tachtig hun entree in de publieke debatten. Stond in de representatie van vrouwelijke gebruikers van IVF de on vervulde kinderwens centraal, de mannen werden gerepresenteerd als onmisbare vaders. Hun aanwezigheid op zich zou in het belang van het kind zijn, los van hun eventuele wens om een kind te hebben, ervoor te zorgen en het op te voeden. Tegelijkertijd met deze publieke verbinding van mannen als vaders aan het IVF-debat, werden mannen in een relatieve stilte ook als gebruikers aan IVF gekoppeld. In overeenstemming met de inmiddels gegroeide praktijk adviseerde de Gezondheidsraad in hetzelfde rapport de uit-

breiding van de indicaties voor IVF met onder andere mannelijke onvruchtbaarheid. Onvruchtbare mannen werden dus aangemerkt als legitieme gebruikers van de IVF-technologie, zonder dat er enige betekenis werd toegekend aan de omstandigheid dat hun 'gebruik' van IVF impliceerde dat niet zij, maar hun vrouwen de behandeling ondergingen. In de Kabinetsnotitie (1988) die de beleidslijnen van de regering ten aanzien van de voortplantingstechnieken uitstippelde, werden deze opvattingen in enigszins verzwakte vorm onderschreven door de toenmalige ministers van Justitie (Korthals Altes – VVD) en van Volksgezondheid (Brinkman – CDA).

De pogingen om lesbische en alleenstaande vrouwen van het gebruik van IVF en KID uit te sluiten en de mannelijke onvruchtbaarheid als een indicatie te erkennen, kunnen worden gezien als een vertaling van de voortplantingsscripts van IVF in een maatschappelijk niet-controversiële setting van de voortplanting, namelijk het kerngezin. Het legde ook de basis voor een herinterpretatie van de behandeling van mannelijke onvruchtbaarheid en voor de herverdeling van de lasten en risico's van een gemedicaliseerde voortplanting. Hoewel hiermee de kans op selectie van een door sommige feministen geprefereerd script van het zelfstandige moederschap aanzienlijk werd verkleind, was deze nog niet nihil.

De waarde die de Gezondheidsraad, de Vereniging voor Familie- en Jeugdrecht, het CDA en de regering hechtten aan het kerngezin als de meest geëigende omgeving voor het krijgen en opvoeden van kinderen, werd niet gedeeld door andere maatschappelijke actoren. De vrouwenbeweging en de niet-confessionele politieke partijen zagen deze maatregelen als discriminatie van vrouwen op basis van hun seksuele voorkeur en leefvorm (Emancipatieraad, 1989; Raad voor het Jeugdbeleid, 1988). Bij het ontbreken van een wetenschappelijk bewijs, dat kinderen schade kunnen oplopen indien ze bij alleenstaande of lesbische moeders opgroeien, werd deze claim als ideologisch bestempeld. Ook de medische staf van sommige IVF-klinieken nam de recommandaties van de regering niet al te letterlijk over. Tegenwoordig accepteert de helft van de IVF-klinieken de verzoeken van lesbische vrouwen mits er een medische indicatie voor de behandeling bestaat. In de praktijk wordt een aantal mislukte KID-behandelingen als indicatie voor IVF gehanteerd. Dezelfde indicatie geldt ook voor alleenstaande vrouwen, hoewel slechts één IVF-kliniek hun aanvragen in behandeling neemt. Deze restrictieve houding ten aanzien van alleenstaande en lesbische vrouwen als gebruiksters contrasteert sterk met de houding ten aanzien van mannen. Geen enkele IVF-kliniek weigert een heteroseksuele vrouw te behandelen indien haar man onvruchtbaar blijkt.

Deze tijdelijke uitkomst van het proces van scriptselectie kan worden begrepen indien men de socio-technische context van deze ontwikkelingen in ogenschouw neemt. IVF werd geïntroduceerd in een periode waarin de KID-praktijk reeds stevig was ingebed in de medische zorg en de aanspraken van lesbische vrouwen op deze behandeling niet langer

controversieel waren. De vrouwenbeweging die inzake de betekenis van IVF voor vrouwen zeer verdeeld is, sloot de rijen op het punt van de gelijke toegang van alle vrouwen tot het gebruik van deze techniek. Het beroep op het principe van non-discriminatie werd gedaan in een klimaat van een groeiende maatschappelijke acceptatie van homoseksuele relaties en het homoseksuele ouderschap. Het recentelijk verschenen IVF-advies van de Gezondheidsraad (1997) weerspiegelt duidelijk deze culturele verschuiving. Daarin wordt gesteld dat de bestaande kennis over de psycho-sociale ontwikkeling van kinderen geen aanleiding geeft voor een algemene uitsluiting van lesbische vrouwen van de IVF-behandeling. Religieuze waarden kunnen weliswaar aanleiding tot zo'n uitsluiting geven, maar deze worden in een pluriforme maatschappij niet langer breed gedeeld en kunnen daarom niet als basis voor het overheidsbeleid inzake IVF dienen. Tot nu toe is de meest opvallende uitdrukking van deze verschuiving in waarden wellicht de uitspraak van Minister Borst (D66) van Volksgezondheid tijdens de 8-meiviering van Opzij in 1997. Zij toonde begrip en sympathie voor een Belgisch lesbisch paar dat niet om redenen van onvruchtbaarheid om IVF verzocht, maar om het moederschap lichamelijk te delen (de Volkskrant, 1997). In zo'n geval wordt de bevruchte eikel van een partner ingebracht in de baarmoeder van de andere partner, in de verwachting dat deze dan het kind zal baren. Hoewel het erop lijkt dat ook dit IVF-script de maatschappelijke goedkeuring zal verwerven, is de weg daartoe vooralsnog niet volledig geëffend. De professionele gebruikers, de IVF-artsen, weigeren hun medewerking aan de uitvoering van dit script van gedeeld moederschap. Het hoofdargument dat men daarbij gebruikt is, dat een van de vrouwen die een paar vormen onnodig wordt blootgesteld aan de risico's van de hormonale stimulatie van de ovulatie. Opvallend genoeg speelt dit argument geen rol als het gaat om de blootstelling van een heteroseksuele vrouw aan identieke risico's in het geval dat haar mannelijke partner onvruchtbaar is. Toch zijn het niet slechts de professionele gebruikers van de IVF-technologie die de voorkeur geven aan de IVF-scripts welke de heteroseksuele relatievorm privilegeren. Ook de vrouwen van onvruchtbare mannen hebben geen bezwaar tegen het spelen van de hun toebedeelde rol en melden zich in aanzienlijke aantallen bij de IVF-klinieken. Het is de vraag of de lesbische vrouwen bereid zouden zijn de beoogde rollen te spelen, gezien de risico's en de lage kansen op succes.

Terwijl lesbische relaties gaandeweg meer worden benaderd als gelijk aan heteroseksuele relaties, blijft de houding ten aanzien van alleenstaande vrouwen die een kinderwens koesteren, nog steeds zeer argwanend. De Gezondheidsraad bepleit weliswaar geen uitsluiting van deze vrouwen als groep van de IVF-behandeling, maar adviseert een zorgvuldige individuele screening van de motieven der aanvraagsters. Bij dit advies beroept men zich op de ervaringen van twee Belgische en een Nederlandse kliniek met alleenstaande vrouwen die om hulp bij de voortplanting verzochten. Het psy-

cho-sociale profiel dat daarin wordt geschetst, staat diametraal tegenover het beeld van autonome moeders zoals we het uit de feministische literatuur kennen. De alleenstaande vrouwen werden door deze centra afgewezen 'omdat hun verzoek om hulp bij de voortplanting vooral leek te moeten worden gezien als een wanhopige poging een uitweg te vinden uit een vereenzaamd bestaan. De geschiedenis van deze vrouwen kenmerkte zich door emotionele verwaarlozing, abnormale relaties en sociaal isolement.' (Gezondheidsraad, 1997, p. 87) Deze negatieve beeldvorming weerspiegelt niet alleen de moeilijke maatschappelijke positie waarin sommige alleenstaande vrouwen nog steeds verkeren, maar ook de mate waarin de kinderwens van alleenstaande vrouwen als abnormaal wordt beschouwd. De negatieve keuze voor het ouderschap wordt slechts aan alleenstaande vrouwen toegeschreven, zonder de mogelijkheid in ogenschouw te nemen dat ook sommige homo- of heterovrouwen een eenzaam bestaan leiden en door soortgelijke motieven kunnen worden gedreven bij hun verzoeken om medische hulp bij de voortplanting. In het licht van de status van de Gezondheidsraad valt te verwachten dat alleenstaande vrouwen eerst zeer overtuigend de rol van een zelfbewuste, autonome kandidaatmoeder moeten kunnen spelen voordat ze in aanmerking kunnen komen voor uitvoering van het technische script van IVF.

Het besproken voorbeeld toont aan dat de koppeling van IVF aan de opvattingen over mannelijkheid en vrouwelijkheid een belangrijke rol speelt bij het creëren van ruimte voor de uitvoering van sommige scripts. Een van de uitwerkingen daarvan is de herinterpretatie van de rol van mannen en vrouwen bij IVF. De koppeling aan de opvattingen over vrouwelijkheid vindt vooral plaats in beeldvormingsprocessen en heeft effect op de mate waarin sommige groepen vrouwen wel worden aangeduid als legitieme gebruikers en andere niet. Zolang IVF wordt beschouwd als een behandeling voor vrouwen, spelen de vermeende motieven van de potentiële gebruikers een belangrijke rol in de processen van in- en uitsluiting. In de beeldvorming krijgt de kinderwens van heteroseksuele vrouwen de status van een vanzelfsprekende, natuurlijke wens. Tegelijkertijd bevestigt de vorm waarin de IVF-praktijk zich afspeelt het traditioneel dominante karakter van de heteroseksuele leefvorm. Voor de behandeling van de vrouw is de toestemmingsverklaring van haar mannelijke partner een vereiste. De kinderwens van lesbische vrouwen en hun geschiktheid als moeders wordt weliswaar niet langer automatisch in twijfel getrokken, toch worden ze steeds als problematische gebruikers gezien. Eerst lag het probleem in het ontbreken van een vaderfiguur, nu vormen de 'onnodige' risico's een barrière die de toegang van deze vrouwen tot IVF bemoeilijkt. De negatieve beeldvorming over de kinderwens van alleenstaande vrouwen is niet alleen hardnekkig maar is ook een zeer effectief uitsluitingsmechanisme gebleken.

De beeldvorming over mannen en de interpretatie van hun rol in IVF-scripts verloopt via een andere route. Zij verschijnen in het openbare debat als een ongedifferentieerde

groep van potentiële vaders, wier aanwezigheid onontbeerlijk wordt geacht voor de normale ontwikkeling van het kind. Aan de motieven en wensen van deze mannen wordt geen aandacht besteed. Maar in de IVF-scripts is, aanvaankelijk op de achtergrond, voor hen ook een andere rol weggelegd: die van de gebruikers. Het is een bijzondere rol, waarvan de uitvoering vereist dat een IVF-behandeling niet op de lichamen van deze nieuwe gebruikers, maar op die van hun vrouwen wordt verricht. Aan het vrouwelijke lichaam wordt de rol van medium gegeven. De macroselectie van dit script houdt dus een specifieke herinterpretatie in van de hiërarchische man-vrouw verhoudingen in de context van de gemedicaliseerde voortplanting. De vrouw draagt de risico's en de lasten van de techniek teneinde een probleem op te lossen dat bij de man is geconstateerd.

Oudere moeders: cultuur versus natuur?

Het tweede voorbeeld van de processen van de macroselectie van IVF-scripts heeft betrekking op de overschrijding van de leeftijdsbarrière die de voortplanting van vrouwen beperkt. In tegenstelling tot mannen die zelfs op hoge leeftijd nog een kind kunnen verwekken, zijn vrouwen na de menopauze niet langer in staat kinderen te krijgen omdat ze geen eicellen meer hebben. In combinatie met eiceldonatie schept IVF in principe de mogelijkheid om de leeftijdsperiode waarin vrouwen zwanger kunnen worden op te rekken. De technologie belooft in dit opzicht het biologische verschil tussen vrouwen en mannen op te heffen, waarbij de natuurlijke mogelijkheden van mannen bij de voortplanting model staan. Hoewel de menopauze een natuurlijke barrière is, varieert de leeftijd waarop die bij individuele vrouwen optreedt, aanzienlijk. Een vrouw van 38 kan de menopauze gepasseerd zijn, terwijl een andere tot in de 50 blijft menstrueren. Wel is het zo dat de kans op een spontane zwangerschap na het 38e levensjaar snel daalt.

Het krijgen van kinderen en de leeftijd waarop dit gebeurt, wordt niet alleen door de biologie bepaald, maar ook door de maatschappelijke omstandigheden en de culturele normen en waarden. Tot deze omstandigheden behoren nu ook IVF en de voorwaarden waaronder die beschikbaar is. De vraag tot welke leeftijd vrouwen met IVF behandeld kunnen worden, was in de jaren tachtig geen onderwerp van discussie. In de meeste IVF-klinieken werden vrouwen boven de 40 niet geaccepteerd voor deze behandeling. De reden voor het hanteren van deze leeftijdsgrens lag enerzijds in het feit dat de kans op een succesvolle IVF bij vrouwen boven de 40 zeer klein was (en is) en snel verder daalde met het klimmen der jaren. Anderzijds stelde de overheid vast dat een kliniek minimaal de succeskans van tien procent bereikt moet hebben, wil deze in aanmerking komen voor een vergunning. Het behandelen van vrouwen boven de 40 verkleinde de kans op een vergunning. Toch waren er al aanwijzingen dat in de toekomst de leeftijd van de vrouw onderwerp van controverse kon worden. Men realiseerde zich dat ook vrouwen die de menopauze waren gepasseerd met behulp van IVF

zwanger zouden kunnen raken en eventueel een kind uitdragen. Reeds in 1986 stelde de Gezondheidsraad dat een voortijdige menopauze als indicatie kon gelden voor IVF in combinatie met eiceldonatie (Gezondheidsraad, 1986, p. 82). Ten aanzien van de eiceldonatie werd in 1989 – na grote politieke commotie – toegestaan, dat (postmenopauzale) vrouwen jonger dan 40 jaar daar een beroep op kunnen doen.

De discussie over de leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen, zouden moeten krijgen of nog mogen krijgen, kwam pas in de jaren negentig op gang. De eerste openbare aanleiding daartoe was de oratie van de Utrechtse gynaecoloog Te Velde. Hij vestigde de aandacht op het feit dat de leeftijd waarop de Nederlandse vrouwen hun eerste kind krijgen, zeer hoog is en blijft stijgen. Hij waarschuwde dat, indien deze ontwikkeling niet zou kenteren, de vraag naar technieken als IVF zal blijven toenemen. In een van de door hem geschetste toekomstscenario's voorzag hij de mogelijkheid, dat in de 21e eeuw steeds meer vrouwen op jonge leeftijd eicellen bij zich zullen laten afnemen en die ingevroren laten bewaren totdat ze hun beroepsloopbaan hebben voltooid. Pas op gevorderde leeftijd zullen ze deze eicellen laten bevruchten en via IVF zwanger worden (Te Velde, 1991).

In dezelfde periode kwamen ook de eerste berichten uit de Verenigde Staten en Italië over postmenopauzale vrouwen die met behulp van IVF een kind kregen. Eerst ging het om vrouwen in de leeftijd tussen 40 en 45, later van 50. In december 1993 meldde de pers dat een 59-jarige Engelse een tweeling had gebaard en in 1994 dat een Italiaanse op haar 62e voorlopig de oudste 'jonge moeder' ter wereld was geworden. Al deze vrouwen hadden eicellen gekregen van jongere donorvrouwen. De privékliniek van de Italiaanse arts Severino Antinori spande de kroon als de bron van revelaties die keer op keer opschudding veroorzaakten. Ook oudere Nederlandse vrouwen bleken tot zijn clientèle te behoren (NRC-Handelsblad, 1990; Heering, 1992; Evenblij, 1993; NRC-Handelsblad, 1994a en b).

De discussie die daarop volgde had tot 1996 een vrij speculatief karakter. Geen enkele maatschappelijke organisatie pleitte voor de openstelling van IVF voor oudere vrouwen. Wel was duidelijk dat er technisch gezien geen obstakels meer waren om elke vrouw te laten delen in het moederschap. Volgens de woorden van een arts lag ook bij oudere vrouwen 'de baarmoeder (...) klaar en je hoeft haar alleen op te peppen met de juiste hormonen. Er is wat dat betreft geen wezenlijk verschil tussen een meisje van 5 en een vrouw van 80'. De borstvoeding hoefde evenmin een onoverkomelijk probleem te zijn, zelfs niet bij zeventigjarige vrouwen. 'Als je maar lang genoeg aan de borst lurkt, komt het allemaal weer op gang' (Evenblij, 1993). Maar was de maatschappij bereid de aanwending van deze technische mogelijkheden te aanvaarden als tegemoetkoming aan de moederschapswens van oudere vrouwen?

De meest uitgesproken afwijzing van dit scenario kwam van de kant van degenen die ik de woordvoerders van het belang van het kind noem. Men wees erop dat, hoewel kin-

deren van oudere vaders meestal een jonge moeder hebben, kinderen van oude moeders ook oude vaders zullen hebben. De kans dat beide ouders overlijden voordat het kind de volwassenheid heeft bereikt, is dan zeer reëel. Een oudere moeder zal minder energie hebben om het kind te verzorgen, ermee te spelen of te stoeien. Het kind zal het hoogst onaangenaam vinden indien zijn moeder voor zijn oma zal worden aangezien, terwijl het echte grootouders zal moeten missen. Met het grote leeftijdsverschil zal de emotionele kloof tussen ouders en kinderen toenemen. Deze kloof zal de problemen tijdens de puberteit verergeren. De moeder, en waarschijnlijk ook de vader, zal dan tegen de zeventig lopen en allerlei ouderdomsverschijnselen en kwalen vertonen. De puber wordt dan met de zorg voor de ouders geconfronteerd. Het ontbreken van de genetische verwantschap tussen het kind en, op zijn minst, zijn moeder zal een extra complicerend element in deze verhoudingen brengen. In reactie op dit schrikbeeld van 'geriatrische moeders' riep het CDA om een wettelijk verbod op IVF voor postmenopauzale vrouwen. (Evenblij, 1993; Baart & Feenstra, 1994; Hoksbergen, 1996)

Degenen die zich als woordvoerders van de belangen van oudere vrouwen opwierpen, relativeerden al deze bezwaren en zezen op de voordelen van het oudere moederschap. De vrouwen die op latere leeftijd een kind wensen te baren, zijn volgens hen 'pittige dames' in een hele goede lichamelijke en geestelijke conditie. De gemiddelde leeftijd van de bevolking neemt steeds toe, zodat de kans dat het kind voortijdig wees zal worden, niet groot is. De oudere moeder zal dan doorgaans in een stabiele relatie leven, zal niet zo druk bezig zijn met haar beroeps carrière waardoor ze meer tijd en aandacht aan het kind zal kunnen besteden. Ook de angst voor een onoverbrugbaar generatieconflict tijdens de puberteit moest met een korreltje zout worden genomen. De gegevens die daarop zouden wijzen, ontbraken vooralsnog, terwijl er voldoende voorbeelden waren van kinderen die zonder grote problemen door de grootouders werden opgevoed. Maar wellicht het krachtigste argument dat naar voren werd gebracht, had betrekking op het fundamentele mensenrecht op voortplanting. Vrouwen hebben het recht om zelf te bepalen of, wanneer, en hoeveel kinderen zij willen hebben. Niemand mag de motieven van anderen om kinderen te krijgen beoordelen, of bepalen wat goed ouderschap is. Een wettelijk verbod is dus uit den boze (Ietswaart, 1994; Honnebieer, 1994; Baart & Feenstra, 1994).

Opmerkelijk genoeg stelden de IVF-artsen – zonder wier medewerking dit scenario niet kon worden gerealiseerd – zich zeer terughoudend op in deze discussie. Hun reserve vloeide voor een deel voort uit de vrees dat het toch al controversiële imago van IVF verder zou worden aangetast. In hun argumentatie legden ze de nadruk op de toenemende medische risico's die een zwangerschap voor oudere vrouwen en voor het kind met zich meebrengt. Bovendien zagen ze het niet als hun taak oudere vrouwen aan een kind te helpen. Ze waren bezig met IVF de ziekte van onvruchtbaarheid te bestrijden, een pathologisch verschijnsel bij vrouwen die

normaal gesproken vruchtbaar zouden kunnen zijn. De onvruchtbaarheid bij zestigjarige vrouwen was geen afwijking, geen pathologie maar een natuurlijk verschijnsel. 'Als je een postmenopauzale vrouw vruchtbaar maakt, creëer je een pathologische situatie' en dat conflicteert met de doelen van de gezondheidszorg (Jansen in NRC-Handelsblad, 1994a). Het behandelen van vrouwen bij wie de menopauze te vroeg optreedt, kan daarentegen als herstel van een afwijking worden gekwalificeerd.

De discussie kreeg een minder vrijblijvend karakter nadat de Commissie Medische Ethiek van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst en de Gezondheidsraad hun rapporten over IVF publiceerden (KNMG, 1996; Gezondheidsraad, 1997). Anders dan de IVF-practici, zijn deze commissies niet geneigd aan de natuurlijke grenzen een morele legitimatie te ontleenen voor het afzien van medisch handelen. In de ogen van de ethici van KNMG verschilt de natuurlijk voorkomende onvruchtbaarheid bij vrouwen na de menopauze niet wezenlijk van andere vormen van onvruchtbaarheid, waarvan sommige – net als de meeste ziektes – ook natuurlijke fenomenen zijn. Medisch ingrijpen is gerechtvaardigd, redeneert de Commissie, omdat vele natuurverschijnselen als onwenselijk worden beschouwd. Het feit dat de menopauze boven een bepaalde leeftijd min of meer normaal is, is onvoldoende reden om het verhelpen of veranderen ervan moreel afkeurenswaardig te achten. Vooral als de vrouw daar zelf om vraagt en er geen omstandigheden zijn, zoals onaanvaardbaar grote medische risico's, die tegen de behandeling pleiten. Bovendien varieert de leeftijd waarop de menopauze optreedt en kan deze slechts post factum worden vastgesteld. Het behandelen van oudere vrouwen bij wie de menopauze nog niet is opgetreden en het weigeren van dezelfde behandeling aan jongere postmenopauzale vrouwen is onterecht. Ook andere in eerdere discussies aangevoerde bezwaren tegen de behandeling van oudere vrouwen werden als moreel niet voldoende zwaarwegend van de hand gewezen.

Beide commissies menen dat in de toekomst niet de leeftijd, maar de reële schatting van effectiviteit en risico's voor elke individuele aanvraagster als toelatingscriterium dient te gelden. Totdat zo'n schatting in de praktijk mogelijk wordt, zal de huidige leeftijdsgrens verhoogd moeten worden. De meningen van de KNMG en de Gezondheidsraad lopen slechts uiteen over de concrete leeftijden die men voorlopig als een van de toelatingscriteria wil stellen. De Gezondheidsraad vindt dat, gezien de geringe kans op succes en grote risico's, 40 jaar moet worden gehandhaafd als maximumleeftijd voor vrouwen die IVF zonder eiceldonatie ondergaan. De KNMG pleit voor de verhoging van deze grens tot 43 jaar. Daarentegen vindt de Gezondheidsraad dat IVF met gedoneerde eicellen als normale behandeling toegankelijk dient te worden voor vrouwen tot 44 jaar. Vrouwen tussen 45 en 48 zouden voorlopig slechts in het kader van een wetenschappelijk experiment met IVF behandeld kunnen worden. Het experiment zal meer duidelijkheid moeten scheppen

over de gezondheidsrisico's voor de vrouw en haar kind en over de gevolgen van de hoge leeftijd van de moeder voor het welzijn van het kind. Pas als daaruit blijkt dat toepassing van IVF bij deze vrouwen verantwoord is, kan men stapsgewijs overgaan tot de verhoging van deze leeftijdsgrens. Volgens de KNMG-ethici dient men de experimentele toepassing van IVF bij postmenopauzale vrouwen tot 55 jaar toe te staan. In een reactie op deze adviezen liet de minister van Volksgezondheid weten dat ze – op één uitzondering na – de aanbevelingen van de Gezondheidsraad met betrekking tot de leeftijdsgrenzen wil volgen. Slechts aan de experimentele behandeling van postmenopauzale vrouwen boven 44 jaar is zij niet van plan haar goedkeuring te verlenen (Minister VWS, 1997).

Zoals uit het debat blijkt, is moederschap op gevorderde leeftijd medisch-technisch zeer wel mogelijk. Deze variant van IVF vooronderstelt dat er oudere postmenopauzale vrouwen zijn die moeder willen worden en dat jonge vrouwen bereid zijn hun eicellen af te staan ten gunste van oudere seksegenoten. De rollen van deze groepen vrouwen worden door de technologie aangegeven. Maar de werkelijke uitvoering van dit script hangt onder meer af van het succesvol creëren van de culturele ruimte ervoor. Het besproken debat geeft enig inzicht in het vooralsnog niet voltooid proces van de constructie van zo'n ruimte. Het zijn de collectieve actoren, zoals de Gezondheidsraad en de KNMG, gesteund door uitspraken van individuele ethici en medici, die in dit proces het initiatief nemen. Zij werpen zich op als de woordvoerders voor de belangen van oudere vrouwen, hoewel er tot nu toe nauwelijks signalen te bespeuren zijn die erop wijzen dat vrouwen hun natuurlijke onvermogen om boven een bepaalde leeftijd een kind te baren als een groot probleem ervaren. Integendeel, juist de toenemende leeftijd waarop vrouwen kinderen krijgen, wordt als een problematisch gevolg gezien van de ongelijke maatschappelijke ontwikkeling van de laatste decennia.⁵

Net zoals in het vorige geval speelt de contrasterende beeldvorming over oudere vrouwen als moeders in het proces van scriptselectie een belangrijke, zo niet doorslaggevende, rol. Mannen als ouders blijven op de achtergrond. De natuur belemmert hen niet op oudere leeftijd vader te worden, mits ze een jonge vrouw als partner hebben. Anders dan oude moeders worden oude vaders niet verantwoordelijk gehouden voor de verzorging en opvoeding van hun kinderen. Om de kans op het ontstaan van culturele ruimte voor dit script te vergroten, wordt een koppeling gelegd naar de huidige trend onder vrouwen om omwille van deelname aan betaalde arbeid het moederschap uit te stellen. Dit script dient zich aan als een uitkomst uit het dilemma. Dankzij IVF zullen vrouwen in staat zijn hun rollen als werkneemster en moeder in tijd te scheiden en beide naar behoren en tot tevredenheid uit te oefenen. Indien geselecteerd en op grotere schaal uitgevoerd, zal dit script het wegnemen van maatschappelijke en politieke belemmeringen voor de combinatie van moederschap en betaalde arbeid bemoeilijken.

Gender en de macroselectie van IVF-scripts

Het concept van macroselectie van scripts maakt het leggen van een verbinding tussen de materiële en de sociale, symbolische dimensie van technologie mogelijk. De materiële dimensie van IVF, bestaande uit beschikbaarheid van in potentie levensvatbare eicellen en embryo's buiten het lichaam van een vrouw, draagt een heel scala van scripts met zich mee. Maar de mogelijkheid tot praktische uitvoering van deze scripts hangt van de uitkomsten van de maatschappelijke controverses af. Door de inspanningen van de aan de debatten deelnemende actoren ontstaat voor sommige scripts een culturele ruimte en voor andere niet. De ruimte is gemakkelijker te creëren voor scripts waarvan de interpretatie bij de bestaande culturele normen en waarden aansluit, dan voor scripts die een aanzienlijke aanpassing van de normen vergen. Zo vinden de IVF-scripts die de norm van heteroseksualiteit bevestigen makkelijker ingang in de praktijk dan de scripts die deze norm ondergraven.

In de macroprocessen van scriptselectie, van het creëren van culturele ruimte, wordt in het geval van IVF veelvoudig beroep gedaan op gendersymboliek. Over de potentiële gebruikers vindt een uitgebreide beeldvorming plaats in termen van moederschap en hun relatie tot een man. Slechts bij heteroseksuele en relatief jonge vrouwen wordt de legitimiteit van hun aanspraak op het gebruik van IVF niet in twijfel getrokken. De motieven van alle andere vrouwen en hun geschiktheid als moeders worden in extenso bediscussieerd en niet altijd positief beoordeeld. Toch vindt met het verloop van tijd een zekere verandering plaats in de culturele opvattingen over leefvormen, seksuele voorkeuren en moederschap. Langzamerhand wordt het lesbische moederschap niet zozeer als afwijking van de heteroseksuele norm gezien maar als uitdrukking van verscheidenheid tussen vrouwen. Juist dankzij deze veranderingen zijn de pogingen van conservatief en confessioneel georiënteerde actoren om het proces van de emancipatie van het niet-heteroseksuele moederschap terug te dringen, mislukt.

De uitgebreide en gedifferentieerde beeldvorming over vrouwen contrasteert sterk met de zwakke beeldvorming over mannen. Deze worden voorgesteld als homogene groepen: of van 'onmisbare vaders' of van onvruchtbare patiënten voor wie eindelijk een effectieve therapie is gevonden. Hun motieven om een beroep te doen op IVF worden niet ter discussie gesteld. De asymmetrie in de beeldvorming heeft ook tastbare, asymmetrische effecten. Onvruchtbare mannen worden als legitieme IVF-gebruikers geaccepteerd, terwijl de aanspraken van alleenstaande en lesbische vrouwen op IVF controversieel blijven.

De asymmetrische representatie van mannen en vrouwen als betrokkenen bij IVF wordt gecomplementeerd door de selectieve problematisering van de risico's en de selectieve aandacht voor degenen die deze risico's dragen. De perceptie van risico's – die door de technologie aan bepaalde categorieën van gebruikers zijn gekoppeld – is een aspect dat de macroselectie van scripts kan vergemakkelijken of bemoeilijken.

ken. Zo is het opvallend dat veel aandacht wordt besteed aan de risico's verbonden aan de postmenopauzale zwangerschap, terwijl de eicellen donerende vrouwen in het debat onzichtbaar blijven ofschoon ze een essentiële schakel vormen in de procedure. De gezondheidsrisico's die zij lopen (hoofdzakelijk verbonden met de hormonale kuur) worden niet geïmpliciteerd, dus doen die er blijkbaar niet toe bij de beoordeling van de toelaatbaarheid van dit script. Daarentegen groeien dezelfde gezondheidsrisico's tot een hoofdargument tegen de toepassing van IVF indien de eiceldonatie binnen een lesbische relatie zou geschieden.

Hoe sterk de macht van de norm van heteroseksualiteit is, toont ook het geruisloze proces van insluiting van onvruchtbare mannen als gebruikers van IVF. Dit script veroorzaakte geen aparte controverse. In het in de marge gevoerde debat over mannelijke onvruchtbaarheid werd niet gerefereerd aan vrouwen op wier lichamen de IVF-procedure wordt verricht. De risico's die zij dragen blijven net als de vrouwen zelf onzichtbaar en daarmee ook de bijdrage van dit script aan het handhaven van hiërarchische verhoudingen tussen mannen en vrouwen bij de gemedicaliseerde voortplanting.

Literatuur

- Algemeen Dagblad Extra* (1983). Eindelijk moeder, 16 mei.
- Akrich, M. (1992). The description of technological objects. In W. Bijker & J. Law (Eds.), *Shaping technology/building society* (pp. 205-218.) Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Baart, S. & Feenstra, G. (1994). Ik durf te verdedigen dat leeftijds-grens wat omhoog moet. Onvruchtbaarheid op zestigjarige leeftijd is geen afwijking. *De Volkskrant*, 11 januari.
- CDA, Wetenschappelijk Instituut voor het (1988). *Zinvol leven. Een christen-democratische bijdrage aan de discussie over draagmoederschap, kunstmatige inseminatie, gift en in vitro fertilisatie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Emancipatieraad (1989). *Advies kunstmatige bevruchting en draagmoederschap*. Den Haag.
- Emancipatieraad (1996). *Het late ouderschap: over uitstel en afstel. Advies maatschappelijke consequenties uitgesteld ouderschap*. Den Haag.
- Evenblij, M. (1993). Oma wordt zwanger. *De Volkskrant*, 30 januari.
- FJR (1985). *Bijzondere wijzen van voortplanting. Draagmoederschap en de juridische problematiek* (rapport, in 1986 gepubliceerd onder dezelfde titel. Zwolle: Tjeenk Willink).
- Gezondheidsraad (1984). *Interimadvies inzake in vitro fertilisatie*. 's-Gravenhage.
- Gezondheidsraad (1986). *Advies inzake kunstmatige voortplanting*. 's-Gravenhage.
- Gezondheidsraad (1997). *Het planningsbesluit IVF*. 's-Gravenhage.
- Groenewold, J. (1984). Geboren op 5 augustus 1984. De eerste reagerbuis tweeling in Nederland. *Libelle*, november, 10-17.
- Heering, A. (1992). Zwangerschap 62-jarige vrouw verdeelt Italië. *Tweentsche Courant*, 2 mei.
- Hoksbergen, R. (1996). Kinderen krijgen is nu eenmaal geen universeel mensenrecht. *NRC-Handelsblad*, 10 mei.
- Honnebier, W. (1994). 'Bejaard' ouderschap heeft voordelen. *NRC Handelsblad*, 13 januari.
- Ietswaart, H.F.J. (1994). Late kinderwens is niet te vergelijken met face-lift. *NRC Handelsblad*, 13 januari.
- Kabinetsnotitie kunstmatige bevruchting en draagmoederschap (1988). HTK, 1987-1988, 20 706, nr. 1 en 2.
- Kirejczyk, M. (1996). *Met technologie gezegend? Gender en de omstrede invoering van in vitro fertilisatie in de Nederlandse gezondheidszorg*. Utrecht: Jan van Arkel.
- Klinkhamer, G. (1983). Hoe de natuur een handje geholpen wordt. *Margriet*, 10 juni.
- KNMG (1996). IVF op latere leeftijd. *Medisch Contact*, 51, 620-627.
- Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (1997). *Standpunt in-vitrofertilisatie. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer*, 5 maart.
- NRC Handelsblad (1990). Menopauzale vrouwen baarden kinderen uit gedoneerde eicellen. 30 oktober.
- NRC Handelsblad (1994a). Oudere moeders. 15 januari.
- NRC Handelsblad (1994b). 'Oudste moeder' is in Italië bevallen van gezonde zoon. 19 juli.
- Oost van, E. (1995). Over 'vrouwelijke' en 'mannelijke' dingen. In M. Brouns & M. Grünell (Eds.), *Vrouwenstudies in de jaren negentig. Een kennismaking vanuit verschillende disciplines* (pp. 289-313). Bussum: Coutinho.
- Oudshoorn, N.E.J. (1996). *Genderscripts in technologie; noodlot of uitdaging?* (oratie). Universiteit Twente.
- Raad voor het Jeugdbeleid (1988). *Ouderschap zonder onderscheid. Een beleidsadvies over belangen van kinderen bij verantwoord ouderschap en kunstmatige voortplanting*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Staatscourant (1985). Besluit tijdelijke regeling in vitro fertilisatie, nr. 141, 24 juli.
- Velde, E.R., te (1991). *Zwanger worden in de 21e eeuw: steeds later, steeds kunstmatiger*. (oratie) Rijksuniversiteit Utrecht.
- Volkskrant, de* (1997). Borst wil IVF na menopauze niet vergoeden. 10 maart.

Noten

1. De in deze materie geïnteresseerde lezer verwijs ik naar mijn proefschrift waarin ik ook uitvoerig aandacht besteed aan de feministische debatten over IVF (Kirejczyk, 1996).
2. Zelfs aan een eenvoudig apparaat als het hedendaagse strijkijzer is de voorgestructureerde verdeling van handelingen, taken en verantwoordelijkheden te zien. De bepaling welke temperatuur de meest geschikte is voor het strijken van een bepaald soort textiel behoort tot de taken van de producenten van kleding. De gebruiker is verantwoordelijk voor het instellen van het strijkijzer overeenkomstig de aanwijzingen van de producent. De zorg dat de temperatuur tijdens het strijken niet te hoog oploopt, is tegenwoordig gedelegeerd aan de ingebouwde thermostaat. Wie zich nog strijkijzers van voor de oorlog herinnert, weet dat al deze taken en verantwoordelijkheden tot de competenties van de gebruikers behoorden.
3. Een fervente skiër zal er snel achterkomen dat een strijkijzer een apparaat bij uitstek is om skiwas te smelten en gelijkmatig over de ski's uit te smeren. Maar om de meest geschikte temperatuur te bepalen zal hij bij zichzelf te rade moeten gaan.
4. Met ectogenese wordt de, vooralsnog technisch niet gerealiseerde, mogelijkheid aangeduid van voortplanting die volstrekt buiten het lichaam van de vrouw geschiedt. De ontwikkeling van de bevruchte eicel tot een kind zou dan in een laboratorium in een kunstbaar-moeder plaatsvinden.
5. Voor een analyse hiervan, zie bijvoorbeeld: Emancipatieraad, 1996.