

Verslag overleg IGZ~SDKB 3 mei 2016

Aanwezig: 5.1.2e (IGZ), 5.1.2e (IGZ), 5.1.2e (IGZ), 5.1.2e (SDKB), 5.1.2e (SDKB) en 5.1.2e (SDKB)

De reden voor dit overleg is de afronding van het inspectieonderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) bij fertiliteitsklinieken die met donorgameten werken. Tijdens het inspectieonderzoek hebben bezoeken plaatsgevonden bij de Nederlandse fertiliteitsklinieken. In de ochtend werd gesproken met de verschillende belanghebbenden, in de middag vond controle plaats van de dossiers. Tijdens de bezoeken zijn verschillende praktische problemen, maar ook enkele ethische problemen naar voren gekomen die de IGZ graag met SDKB bespreekt. Voor sommige van deze problemen geldt dat ze relatief makkelijk oplosbaar zijn, andere zaken kunnen misschien meegenomen worden in de wetevaluatie van de Wet DKB. Hiervan heeft de laatste in 2012 plaatsgevonden. De verwachting is dat de volgende evaluatie dit jaar weer gestart wordt.

Intussen zijn de individuele inspectierapporten voor de klinieken definitief gemaakt. Binnenkort verschijnt ook het geaggregeerde rapport waarin ook conclusies met betrekking tot SDKB over enkele gevonden problemen worden opgenomen.

Over de registratieverplichting

- Van 60 naar 24 weken.

Door de wijziging van 60 weken naar 24 weken na KDB is er een frictie tussen de verplichting tot aanlevering vóór de bevalling (op basis van het reglement) of ná de geboorte (obv WDKB). Of zelfs beiden (art 2 lid 1 en lid 4).

Dit punt heeft vele facetten, waaronder sanctioneerbaarheid, vervuiling van bestand als er geen levend kind geboren wordt etc.

De IGZ geeft aan dat de termijn van 24 weken die klinieken hebben om gegevens aan te leveren, moeilijk te handhaven en te sanctioneren is. De verplichting tot het aanleveren van gegevens vervalt namelijk als een zwangerschap niet leidt tot de geboorte van een kind. Dit betekent dat na 24 weken nooit zeker is of de gegevens uiteindelijk daadwerkelijk aangeleverd moeten worden. De IGZ doet daarom een voorstel om de verplichting tot het aanleveren van de gegevens te laten gelden vanaf het moment van de geboorte.

SDKB geeft aan dat een termijn van 24 weken niet onhaalbaar of onredelijk is. Vaak is bij klinieken de afdeling voor zwangerschapsbehandeling met donorgameten gescheiden van de afdeling voor reguliere zwangerschap- en geboortezorg. Als er bij de afdeling voor zwangerschapsbehandeling met donorgameten sprake is van een doorgaande zwangerschap (vaak na ongeveer 12 weken) wordt een patiënt overgedragen aan de afdeling voor reguliere zwangerschap- en geboortezorg. Deze transitie is een mooi moment om eventueel de donorgegevens van de gebruikte donorgameten te registreren in KiDS. Daarbij is de termijn van 24 weken mede gekozen omdat een kind in principe vanaf dan levensvatbaar is. Verder is de belangrijkste reden voor het verkorten van de aanlevertermijn geweest dat een deel van de gegevens nodig zijn voor het verstrekken van de verklaringen ten behoeve van de procedure voor het automatisch juridisch ouderschap en de meemoederadoptieprocedure. Deze verklaringen worden door SDKB afgegeven en moeten voor de geboorte aangevraagd kunnen worden.

Aan de andere kant geldt het recht op kennis van de afstamming pas vanaf de geboorte. Daarbij is voor SDKB een verplichting voor het aanleveren van donorgegevens vanaf de geboorte ook prima werkbaar, behalve wanneer gevraagd wordt om een verklaring voor het automatisch juridisch ouderschap of de meemoederadoptieprocedure (een wettelijke taak van SDKB). Daar zou dan een apart proces voor ingericht moeten worden. Afgelopen kwartaal ging het om 125 verklaringen die door SDKB verstrekt zijn.

De IGZ zegt toe een voorstel te doen voor het aanpassen van de termijn.

- **Registratie kind**

- Twee maal registreren; veel inspanningen om kindgegevens te achterhalen

Bij het registreren van een zwangerschap vraagt KiDS om enkele kindgegevens. Het kost klinieken veel moeite om te achterhalen of een kind daadwerkelijk geboren wordt en wat de gegevens dan zijn. Door de eerdergenoemde scheiding tussen de afdelingen voor zwangerschapsbehandeling met donorgameten en de afdelingen voor reguliere zwangerschap- en geboortezorg in klinieken raken veel moeders uit beeld wanneer eenmaal sprake is van een doorgaande zwangerschap. Moeders wordt vaak gevraagd om een geboortekaartje o.i.d. te sturen, maar dit gebeurt niet altijd.

Verder vinden klinieken het lastig dat ze de donorgegevens na 24 weken moeten aanleveren, maar dat ze na de geboorte nog een keer moeten inloggen om de kindgegevens aan te vullen. SDKB geeft aan dat de kindgegevens geen verplichte velden zijn, maar de IGZ heeft juist begrepen, en in één geval gezien, dat een aanvraag niet verder kon zonder kindgegevens aan te vullen. Het is niet duidelijk waar deze discrepantie vandaan komt. Als de velden niet verplicht zijn, is het in ieder geval onduidelijk voor sommige klinieken dat deze gegevens niet aangeleverd hoeven te worden. Afsproken wordt dat SDKB de blanco lijst van gegevens die gevraagd worden aan de klinieken toestuurt aan de IGZ en hierbij aangeeft welke velden verplicht zijn en welke niet.

De IGZ geeft aan dat ook het aanleveren van kindgegevens moeilijk te handhaven is, aangezien niet duidelijk is welke inspanning van klinieken verwacht wordt om deze gegevens te achterhalen. Een resultaatsverplichting gaat hierin erg ver aangezien klinieken voor een groot deel afhankelijk zijn van ouders. Een concretere inspanningsverplichting is eventueel een mogelijkheid. Ook wordt geopperd dat het misschien mogelijk is voor klinieken om gebruik te maken van de BRP. Het zou de klinieken veel energie schelen wanneer ze in de BRP de kindgegevens kunnen raadplegen. Bovendien kunnen klinieken hieruit opmaken wanneer gegevens weer verwijderd zouden moeten worden uit het systeem. Eventueel kan gebruik gemaakt worden van informed consent, waarin ouders een document tekenen waarin staat dat wanneer de moeder geen terugkoppeling geeft van de afloop van de zwangerschap, de kliniek genoodzaakt is de BRP te raadplegen om de kindgegevens te achterhalen.

Bij dit idee wordt wel geconstateerd dat het lastig is om dit in de praktijk vorm te geven. Het BSN in de zorg mag uitsluitend gebruikt worden voor het vaststellen en verifiëren van de identiteit van de cliënt. Een aanpassing zodat ook gegevens betreffende kinderen van een cliënt uit de BRP opgevraagd kunnen worden, zou betekenen dat veel wet- en regelgeving aangepast moet worden. Het zou dan in ieder geval gaan om de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet DKB, het reglement van de Stichting en de BRP-autorisatiebesluiten van de klinieken.

- De WDKB gaat over registratie donor en vrouw, niet over kind. Waarom toch kind in KIDS?

Aangegeven wordt dat het wel belangrijk is om het kind in KiDS te registreren, zodat met zekerheid nagegaan kan worden van welke zwangerschap precies de donorgegevens worden opgevraagd. Soms worden in korte tijd meerdere behandelingen uitgevoerd met materiaal van verschillende donoren. Door goed te registreren uit welke zwangerschap een kind geboren wordt en eventueel opmerkingen over bijzonderheden van de zwangerschap toe te voegen, zoals bijvoorbeeld vroeggeboorten, wordt de foutmarge van de koppeling met de juiste donor kleiner.

- **Reglement SDKB**

- Onjuiste versie op Overheid.nl (inmiddels aangepast). Consequenties voor de praktijk gehad?

Het is niet duidelijk of de aanpassing van het reglement consequenties heeft gehad voor de praktijk. In het primaire proces van SDKB worden gegevens pas geraadpleegd op het moment

dat er een aanvraag binnenkomt. Daarom is SDKB in de dagelijkse werkzaamheden niet zonder meer op de hoogte hoe vaak klinieken bepaalde gegevens aanleveren. Het is misschien wel technisch mogelijk om deze informatie uit KiDS te halen, maar dat zou nagezocht moeten worden.

Het is wel één van de wensen van SDKB om bij de doorontwikkeling van KiDS een rapportagefunctie toe te voegen zodat onder andere deze informatie makkelijker opvraagbaar wordt. Aangegeven wordt dat SDKB een belangrijke signaleringsfunctie kan vervullen wanneer het mogelijk wordt om informatie op te vragen over welke klinieken op welk tijdstip bepaalde informatie aanleveren. Dit maakt eventuele handhaving van de IGZ ook makkelijker. Bovendien is de informatie die nu in KiDS wordt aangeleverd een voorbode van de mogelijke groei van aanvragen in de toekomst. Ondanks dat zowel de IGZ als SDKB wel geïnteresseerd zijn in deze informatie en het logisch lijkt dat SDKB hierin een signaleringsfunctie heeft, staat dit nergens als taak van SDKB omschreven.

Over de geregistreerde gegevens

- **Aantal inschrijvingen**

- Toename geweest door inspectieonderzoek?

Zoals in het vorige punt besproken is ook deze informatie niet direct bekend. SDKB is in ieder geval niets bijzonders opgevallen.

- Waar zijn de aanleverende centra te vinden (niet meer in jaarverslag)

Het is correct dat de aanleverende centra niet langer te vinden zijn in het jaarverslag. In het verleden werd de informatie over aanleverende klinieken en het aantal aanvragen die met betrekking tot een bepaalde kliniek waren binnengekomen, met de hand geteld. Intussen is het aantal aanvragen te groot geworden om dit per kliniek uit te splitsen, waardoor de informatie niet langer te vinden is in het jaarverslag. Het is wel mogelijk om een lijst te geven van klinieken die gebruik maken van eHerkenning om in KiDS te kunnen inloggen. Afgesproken wordt dat SDKB deze lijst toestuurt naar de IGZ.

- **Gebruik van donorsemen bij centra die geen IVF-kliniek of semenbank zijn**

Krijgt SDKB wel eens gegevens aangeleverd van andere dan de IVF-klinieken en de 4 bekende semenbanken?

SDKB geeft aan dat dit niet veel voorkomt. Er is naast het webformulier wel een document beschikbaar voor klinieken die incidenteel kunstmatige inseminatie met donormateriaal uitvoeren. Zo kunnen deze klinieken toch gegevens aanleveren aan de Stichting. Het aparte formulier wordt echter maar zeer zelden gebruikt. Het is goed mogelijk dat een deel van de klinieken buiten beeld valt omdat ze zo weinig KID behandelingen uitvoeren en geen gegevens aanleveren aan de Stichting.

Contact met de buitenlandse semenbanken?

Er is een duidelijke stijging zichtbaar van het aantal buitenlandse donoren, van het Cryos, of de ESB. Dit brengt ook enkele issues met zich mee, waaronder het maximumaantal kinderen per donor. Hier wordt in een volgend agendapunt verder op ingegaan. Er is sporadisch contact tussen SDKB en buitenlandse semenbanken. De meeste internationale semenbanken voeren echter niet zelf behandelingen uit. Dit betekent dat de kliniek die de behandeling in Nederland uitvoert verantwoordelijk is voor het correct aanleveren de donorgegevens, ook indien er sprake is van buitenlands materiaal. In principe geldt dat als klinieken deze gegevens niet kunnen aanleveren, ze het materiaal niet mogen gebruiken. Het is dan ook aan de Nederlandse klinieken om in de contracten met buitenlandse semenbanken hier duidelijke afspraken over te maken.

- **Is systeem geschikt voor eiceldonoren?**

Het systeem is geschikt voor eiceldonatie

En voor embryodonoren?

SDKB geeft aan dat er een verschil gemaakt moet worden tussen een combinatie van eicel en zaadcel donatie, waarin een man en vrouw allebei voor dezelfde zwangerschap aan de (toekomstige) moeder doneren, en embryodonatie, waarin een moeder een bevruchte eicel doneert. Deze embryo's blijven over na een fertiliteitbehandeling waarbij de moeder er vervolgens voor kan kiezen deze te doneren. Embryodonatie komt sporadisch voor.

In het geval van een combinatie van eicel- en zaaddonatie is het mogelijk om beide donoren te registreren in KiDS. Het is echter niet mogelijk om voor beide donoren automatisch één donorpaspoort te genereren. Dit wordt dus handmatig opgesteld.

In het geval van embryodonatie is het nog niet mogelijk om dit goed te registreren in KiDS. Het probleem met embryodonatie is dat er juridisch gezien sprake is van één donor, namelijk de vrouw aan wie de embryo's in eerste instantie toebehoorden. Deze vrouw is binnen de huidige wetgeving als enige rechthebbende van het embryo en dus de enige die daarover mag beslissen. Hierdoor kan het theoretisch voorkomen dat de embryo's gedoneerd worden tegen de wil van de man die semen beschikbaar heeft gesteld. De beroepsgroep is er nog niet geheel over uit hoe hiermee omgegaan moet worden en hoe embryodonaties geregistreerd zouden moeten worden. De staatscommissie Herijking Ouderschap komt binnenkort met een visie op embryodonatie en voorstellen voor eventueel benodigde wijzigingen in regelgeving.

Signalen vanuit het veld over het registratiesysteem

- Toegang/invoerproblemen

KiDS staat nog in de kinderschoenen. Het systeem kent nog enkele bugs waardoor het aanleveren van informatie inderdaad niet in alle gevallen soepel verloopt. Klinieken geven aan dat het systeem lastig werkt en dat het aanleveren van informatie een tijdrovende klus is. Problemen met aanleveren van informatie en de bereikbaarheid van het systeem werken daarom extra frustrerend en stimuleert klinieken niet om de informatie tijdig en correct in te voeren. Een goede doorontwikkeling van KiDS wordt als zeer wenselijk gezien, maar kent ook budgettaire beperkingen waardoor niet alle wensen gelijk vervuld kunnen worden.

Ook in de volgende release van KiDS, waar nu de voorbereidingen voor worden getroffen, leidt dit tot uitstel van enkele wensen. Verder wordt de vraag gesteld of de ICT-diensten van het Rijk de beste partij zijn voor de doorontwikkeling. De IGZ geeft aan het belang van goede doorontwikkeling van het systeem in het rapport te zullen verwerken.

Ter sprake komt ook de wijze van inloggen. Dit gebeurt in KiDS door middel van eHerkenning. De klinieken ervaren eHerkenning als ingewikkeld om aan te vragen. Ook het inloggen met eHerkenning wordt als redelijk omslachtig gezien. SDKB geeft aan dat het gezien de gevoeligheid van de gegevens noodzakelijk is om de gegevensstroom goed te beveiligen. Er is geen alternatief bekend die het inloggen makkelijker maakt zonder concessies te doen aan de beveiliging van de gegevens.

- Donorpaspoort overtypen, foutgevoelig en tijdrovend

Het is goed voor te stellen dat het handmatig overtypen van gegevens niet prettig werkt voor klinieken. Naast tijdrovend en foutgevoelig is het ook nog eens een vervelende klus om te moeten doen.

Verschillende alternatieven zijn denkbaar. Zo wordt er nagedacht over de mogelijkheden van het self-narrative interview, waarin de donor in een video over zichzelf vertelt. Voor donorkinderen onder de 16 jaar zou dan bijvoorbeeld onder begeleiding van het FIOM een geluidsfragment

beluisterd kunnen worden waarin de donor verteld over zijn sociale en fysieke kenmerken. Boven de 16 jaar is het misschien mogelijk een videoboodschap te zien, zodat het kind ook een beeld heeft van de donor. Voordelen hiervan zijn dat er iets beschikbaar is wanneer de donor niet meer te traceren is, of wanneer de donor overleden is.

Wel moet er nog goed nagedacht worden over eventuele verstrekking van het geluidsfragment en videoboodschap. Om privacyredenen van de donor kunnen deze niet meegegeven worden aan het donorkind. Als het self-narrative interview dus een vervanging wordt van het donorpaspoort zou dit kunnen betekenen dat het kind geen gegevens in een donorpaspoort over zijn donor in bezit heeft. Het is ook mogelijk om het interview als extra toevoeging naast het donorpaspoort op te laten stellen. Het FIOM is intussen begonnen met het benaderen van donoren uit hun eigen database met de vraag of ze bereid zijn mee te werken aan een self-narrative interview. Een aantal donoren heeft al enthousiast gereageerd.

Een ander alternatief is de mogelijkheid om de formulieren zo te standaardiseren dat ze in één keer geupload kunnen worden in KiDS. Voordeel zou zijn dat niet alles handmatig over hoeft te worden getypt. Het is voor SDKB wel belangrijk dat gegevens zo aangeleverd worden dat alle gegevens uit een onbewerkbaar formulier daadwerkelijk verstrekt kunnen worden. Dit kan bereikt worden door verschillende formulieren te maken. Dit zou dan een apart formulier worden voor zwangerschapsgegevens, een formulier voor het donorpaspoort met sociale en fysieke gegevens, een formulier voor persoonidentificerende gegevens en een formulier voor medische gegevens. Misschien is het ook wel mogelijk om een omgeving te maken in KiDS voor donoren, waarin donoren zelf bepaalde gegevens kunnen invoeren. Donorgegevens kunnen dan bijvoorbeeld al bij de semenbank vlak voordat een donatie gedaan wordt in KiDS geregistreerd worden.

- Velden kunnen 'overgeslagen' worden?

Niet alle velden in KiDS zijn verplicht om in te vullen. Dit heeft te maken met het feit dat sociale en fysieke gegevens niet verstrekt mogen worden op het moment dat de gegevens individueel of in samenhang kunnen leiden tot identificatie van de donor. De IGZ geeft aan dat er ook velden niet verplicht zijn die eigenlijk wel altijd geleverd moeten worden. Als voorbeeld wordt de achternaam van de donor bij persoonidentificerende gegevens genoemd. Het is daarom goed om nog eens kritisch te kijken naar welke velden verplicht zouden moeten zijn en welke niet.

- Bij buitenlandse donoren kan volstaan worden met een code?

De IGZ geeft aan dat bij sommige donoren geen persoonsidentificerende gegevens aangeleverd worden, maar alleen de donorcode. SDKB laat weten dat dit niet de bedoeling is. Op het moment dat klinieken de persoonidentificerende gegevens niet kunnen geven mag het materiaal van deze donor niet gebruikt worden. Het mag in het systeem niet mogelijk zijn om gegevens goed te keuren met alleen de donorcode. Het mag ook niet dat donorcode als naam wordt opgegeven, maar dit is lastig te controleren. Vaak merkt SDKB dit pas op het moment dat gegevens opgevraagd worden.

- SDKB-formulier om gegevens bij donor (of acceptor?) te vragen niet hetzelfde als het webformulier (aantal kinderen versus jongens/meisjes)

Dat is vreemd, beide formulieren horen hetzelfde te zijn.

Discussiepunten vanuit het veld

- Gebruik donorsemen na overlijden donor (ook gerelateerd aan: bewaartermijn semen/leeftijd donor).

Gaat het in de WDKB over 'het recht op kennis van je afstammingsgegevens' of om 'ontmoeten van de donor'? Rol /standpunt SDKB?

De IGZ geeft aan dat er een lange tijd kan zitten tussen donatie en het zoeken van contact door donorkinderen. In sommige gevallen is een donor dan al overleden. Soms komt het ook voor dat donoren naar het buitenland verhuizen of door andere omstandigheden niet traceerbaar zijn. De vraag van de IGZ is hoe SDKB ertegenaan kijkt als een kliniek donormateriaal gebruikt waarvan bekend is dat er maar een kleine kans is dat er later een ontmoeting tussen donor en donorkind kan plaatsvinden.

SDKB geeft aan deze vraag ook wel eens van klinieken te krijgen. In principe is het echter aan de klinieken om te bepalen of ze materiaal daadwerkelijk gebruiken of niet. Tegelijkertijd is SDKB van mening dat het niet wenselijk is als materiaal gebruikt wordt waarvan contact met de donor niet meer mogelijk is, of waarvan dat voorzien kan worden.

Het belangrijkste uitgangspunt voor SDKB is dat een donorkind in staat is om zich een beeld te kunnen vormen van de donor. Hoe dat gebeurt, is echter voor ieder donorkind verschillend. Voor sommige donorkinderen is een donorpaspoort voldoende, voor veel donorkinderen is een ontmoeting met de donor wel de wens. Het doel van de wet is dan ook dat donorkinderen in ultimo hun donor kunnen ontmoeten. Toch kan ook aan alternatieven gedacht worden. Het eerdergenoemde self-narrative interview kan een grote rol spelen voor donorkinderen in het creëren van een beeld van de donor. Wellicht is voor veel kinderen het zien van een videoboodschap en het horen van de stem van de donor voldoende om zich een beeld te vormen en is een ontmoeting daarna niet meer nodig. In ieder geval is een self-narrative interview een blijvend alternatief mocht een donor onverhoopt niet te traceren zijn.

Besproken wordt of het een goed idee is om bijvoorbeeld een leeftijdnorm voor donoren in te stellen, zodat de kans kleiner wordt dat oudere donoren overleden zijn tegen de tijd dat het donorkind 16 wordt. Richtlijnen voor het wel of niet gebruiken van donormateriaal worden zeker als wenselijk gezien. Tegelijkertijd is het moeilijk om echt een norm te bepalen. Bij het wel of niet gebruik maken van donormateriaal moet goede zorg voor de cliënt het uitgangspunt zijn. De beroepsgroep speelt zelf een grote rol om dit goed op te pakken. Het is bijvoorbeeld goed voor te stellen dat er voor een bepaalde norm ontheffingen mogelijk zijn op het moment dat er bijvoorbeeld al meerdere kinderen van een bepaalde donor in het gezin zijn en de moeder geeft aan deze donor nogmaals te willen gebruiken. Er zal dus steeds een ethische afweging gemaakt moeten worden of gebruik van donormateriaal in een specifieke casus gewenst is of niet. Erasmus MC maakt hiervoor bijvoorbeeld gebruik van een regionaal ethisch beraad met andere ziekenhuizen. De beroepsgroep komt binnenkort met een standpunt over wat goede zorg is met betrekking tot spermadonatie. 5.1.2e zegt toe een concept van dit stuk vertrouwelijk toe te sturen aan de IGZ.

- 25 kinderen norm
Rol /standpunt SDKB?

SDKB is van mening dat de limiet van 25 kinderen per donor te hoog is. De limiet is gebaseerd op de kans dat donorkinderen van dezelfde donor een relatie met elkaar aangaan zonder dat ze van elkaar weten dat ze half-sibling zijn. Bij de limiet van 25 wordt echter te weinig rekening gehouden met wat het betekent voor kinderen om 25 half-siblings te hebben. Of wat het voor donoren kan betekenen om in theorie met 25 donorkinderen in contact te komen.

Zo ziet het FIOM in toenemende mate dat donoren in eerste instantie wel in contact willen komen met donorkinderen, maar bij de derde of vierde ontmoeting aangeven niet met nog meer donorkinderen in contact te willen komen. SDKB is van mening dat donoren in principe alleen vanuit altruïstische overwegingen moeten doneren. Een donor hoeft daarom niet teveel in bescherming genomen worden. Toch is een donor waarschijnlijk niet goed in staat om ten tijde van donatie goed te kunnen inschatten wat het betekent om 16 jaar later met potentieel 25 donorkinderen in contact te komen. Een limiet van bijvoorbeeld 4 kinderen per donor zou veel prettiger zijn voor de donor en daarmee ook het donorkind.

Een ander probleem met de limiet van het aantal kinderen per donor is de handhaving. Er wordt nergens centraal geregistreerd hoe vaak het materiaal van een donor gebruikt wordt. Hierdoor is het mogelijk voor donoren om bij verschillende klinieken te doneren, zonder dat die klinieken van elkaar weten dat materiaal van deze donor al eerder gebruikt is. Er is behoefte aan een centraal registratiesysteem wat het gebruik van materiaal van een donor registreert en signalen kan afgeven aan een behandelaar als een donor bijna de limiet bereikt. Aangezien veel donorgegevens toch al zijn ondergebracht bij SDKB kan de Stichting hier misschien een taak in vervullen. Vanaf 1 juli 2016 mag SDKB het BSN van de donoren verwerken. Mogelijk biedt dat ruimte om het aantal donorkinderen per donor te registreren. Wel zal diverse wet- en regelgeving hierop aangepast moeten worden aangezien er nu nog geen grondslag is voor deze uitbreiding van verwerkingen van persoonsgegevens.

Zelfs als registratie van het aantal kinderen per donor in Nederland goed wordt vormgegeven, is dit internationaal gezien moeilijk te handhaven. Als het donormateriaal in Nederland niet vaker gebruikt wordt dan de vastgestelde norm, betekent dit niet dat het materiaal in het buitenland niet alsnog ook gebruikt wordt. Veel Nederlandse klinieken zijn afhankelijk van buitenlands materiaal, terwijl de afzetmarkt in Nederland voor de grote Europese partijen maar klein is. Als regelgeving te ingewikkeld wordt bestaat de kans dat partijen als het Cryos helemaal niet meer leveren aan Nederland.

Verder wordt bij het omlaag halen van de norm van het aantal kinderen per donor vaak verwezen naar een tekort aan materiaal wat hierdoor ontstaat. Ondanks dat dit wel iets is om rekening mee te houden, valt het nu wel mee met het tekort aan semen in Nederland. Op sommige plaatsen in Nederland is zelfs sprake van een overschot.