November 2026

Zwanger worden na kanker
Knelpunten en verbeterpunten

komoptegenkanker.be
allesoverkanker.be

facebook.com/komoptegenkanker
instagram.com/komop_tegenkanker
linkedin.com/company/komoptegenkanker
bsky.app/profile/komoptegenkanker.bsky.social

Een kankerbehandeling kan de vruchtbaarheid verminderen of volledig wegnemen. Daarom moeten mensen met kanker op vruchtbare leeftijd[1] vóór de start van hun behandeling tijdig en correct geïnformeerd worden over de gevolgen op hun fertiliteit en de opstart van de behandeling. Vandaag gebeurt dat nog niet altijd.

Tussen 2023 en 2026 kreeg de Kankerlijn twaalf meldingen over problemen bij kinderwens na kanker. Ook in een klankbordgroep en in individuele gesprekken deelden AYA's (adoolescenten en jongvolwassenen met kanker) uitgebreid hun ervaringen. We laten hen hieronder zelf aan het woord. Uit hun getuigenissen en gesprekken met een tiental zorgverleners distilleerden we aanbevelingen om een fertiliteitstraject tijdens en na kanker zo vlot mogelijk te laten verlopen.

Knelpunten

Gesprek over fertiliteit is geen vast onderdeel van een startend zorgtraject

Patiënten op een vruchtbare leeftijd die een kankerdiagnose krijgen, denken in de eerste plaats aan genezen en niet meteen aan een toekomstige kinderwens. Toch is het belangrijk dat mensen op vruchtbare leeftijd, vóór de start van een kankerbehandeling, zo snel mogelijk alle informatie krijgen over de mogelijkheden om na hun kankerbehandeling kinderen te krijgen. Want zodra de behandeling is gestart, kan er meteen een vermindering zijn van de eicel- of zaadcelproductie. Hieronder een aantal getuigenissen uit onze AYA-klankbordgroep waaruit blijkt dat het gesprek over fertiliteit niet altijd wordt gevoerd:

> *'Ik heb nooit de optie gekregen om eicellen te laten bewaren.' (zegt een patiënt)*
>
> *'Zou fijn zijn als je zelf kan kiezen of je prioriteit geeft aan je behandeling of aan fertiliteit. Dat je alle info krijgt en dat je dan zelf kan beslissen wat voor jou belangrijker is. Nu kiezen de dokters dat vaak voor jou vanuit wat zij denken dat het best zou zijn.' (zegt een patiënt)*
>
> *'Ik ben een beetje verplicht geweest om te gaan luisteren naar de uitleg over fertiliteit. Ik wou eigenlijk gewoon met de behandeling starten. Achteraf ben ik wel dankbaar dat ik het toch heb gedaan, ook al moest alles in een hele korte periode gebeuren.' (zegt een patiënt)*
>
> *'Jammer genoeg krijgt nu niet elke AYA de info over fertiliteitspreservatie op tijd.' (zegt een zorgverlener)*

Uit gesprekken met artsen (gynaecologen, oncologen, endocrinologen, ...) blijkt dat er verschillende redenen kunnen zijn om het gesprek over fertiliteit niet te voeren:

- omdat de oncologische behandeling hoogdringend moet starten
- omdat de arts de mogelijkheden van preservatie onvoldoende kent
- omdat de patiënt een minder goede prognose heeft
- omdat er schroom is om over vruchtbaarheid te praten op dit moment.

[1] Wij richten ons in deze tekst op patiënten vanaf 16 jaar. Het is echter al mogelijk om vanaf de puberteit zaad- of eicellen op te pikken wanneer dit nodig blijkt te zijn.

Artsen zeggen dat er ook geen richtlijnen zijn over wanneer en hoe je dit gesprek aangaat.

Essentiële voorwaarde om ervoor te zorgen dat iemand tijdig een preservatie opstart is **de goede samenwerking van de arts met het fertiliteitscentrum om zo te zorgen voor een vlotte doorverwijzing en goede informatie-uitwisseling.** Sommige ziekenhuizen hebben een eigen fertiliteitscentrum waardoor de arts meteen een afspraak kan vastleggen. Andere ziekenhuizen hebben geen fertiliteitscentrum en dan kan de arts dit contact leggen of is het aan de patiënt om deze stap te zetten. Momenteel zijn er geen richtlijnen over hoe die samenwerking moet verlopen.

Mensen komen niet altijd terecht bij een fertiliteitscentrum met voldoende expertise met fertiliteit en kanker

Een doorverwijzing naar een **fertiliteitscentrum met voldoende expertise in fertiliteitspreservatie** (bijv. vernieuwende behandelingen en technieken) is belangrijk omdat er bij mensen met kanker vaak extra uitdagingen zijn. Zo moet de preservatie soms snel gebeuren omdat de kankerbehandeling dringend moet starten. Ook de mogelijkheden om eicellen af te nemen, kunnen beperkt zijn, bijvoorbeeld bij mensen met vaginakanker. Uit getuigenissen van patiënten blijkt jammer genoeg dat zij niet altijd bij de juiste experten terecht komen:

> *'In het ziekenhuis stelden ze voor om mijn eierstokweefsel in te vriezen. Eicellen wegnemen was niet mogelijk. Na de behandeling zagen ze dat het niet mogelijk was om het weefsel terug te plaatsen, dus er waren geen opties meer. Ik ben dan op eigen initiatief naar een ander ziekenhuis gegaan waar ze het weefsel wel konden terugplaatsen. Achteraf bleek dat zij ook eicellen hadden kunnen wegnemen via de buikwand.' (zegt een patiënt)*

> *'Ik liet eicellen invriezen in het ziekenhuis waar ik behandeld werd, maar ik ben niet echt tevreden over de fertiliteitskliniek. Ik heb het gevoel dat ik onvoldoende geïnformeerd werd over de opties. Zodra de eicellen ingevroren waren, heb ik niets meer van hen gehoord. Geen uitleg over het vervolg, over de impact van de chemo op mijn vruchtbaarheid, cyclus en de menopauze tijdens de behandeling. Ik blijf achter met veel vragen die onbesproken blijven bij mijn hematoloog, gynaecoloog en fertiliteitsteam.' (zegt een patiënt)*

> *'Ik kreeg de info dat het niet nodig was om eicellen in te vriezen. Nu wordt onderzocht of ik nog vruchtbaar ben. Ook de spuiten die tijdens de chemo je eierstokken beschermen, heb ik niet aangeboden gekregen.' (zegt een patiënt)*

In Vlaanderen is stimulatie en pick-up van eicellen mogelijk in achttien A-centra[2] en B-centra[3]. De effectieve opslag en verwerking van de eicellen en zaadcellen kan enkel in de negen B-centra.

---

2 https://publiek.departementzorg.be/cobrha/Institutions/List?typact=WVG_VAZG%2C081%2CWVG_VAZG%2C214

3 https://publiek.departementzorg.be/cobrha/Institutions/List?typact=WVG_VAZG%2C081%2CWVG_VAZG%2C215

Uit een artikel van 2024[4] blijkt dat er opmerkelijke verschillen zijn in slaagkans van een ivf-traject tussen de fertiliteitscentra, variërend van 15% tot 45%. Uit deze informatie kunnen we indirect afleiden dat de kans groot is dat er ook verschillen zullen zijn in de expertise op vlak van technieken of behandelingen van preservatie. Voor patiënten is het onduidelijk welke fertiliteitscentra voldoende expertise hebben rond preservatie en kanker. Terwijl die transparantie over de kwaliteit van de preservatie wel belangrijk is voor hen.

Zodra de kankerbehandeling achter de rug is en de patiënt wil een fertiliteitstraject opstarten, is het ook belangrijk dat **de doorverwijzing en communicatie tussen ziekenhuizen zo vlot mogelijk verloopt**. De periode om zwanger te worden is beperkt omdat hun leven vaak enkele jaren *on hold* staat door de oncologische behandeling. Zij moeten dan ook nog rekening houden met de beperking van terugbetaling van een ivf-traject tot 43 jaar en de wachttijden bij eicel- en zaadceldonatie[5] (als er geen eigen eicellen of zaadcellen zijn).

Actieve opvolging van de kinderwens na de kankerbehandeling ontbreekt

Zodra de kankerbehandeling achter de rug is, is een **opvolgingsgesprek** nodig om te bekijken of zwanger worden in de toekomst mogelijk is en welke opties er zijn. Een zwangerschap via de natuurlijke weg geniet de voorkeur. Als dit niet kan, is een in-vitrofertilisatietraject (ivf) mogelijk.

Uit gesprekken met artsen van verschillende ziekenhuizen blijkt dat zij vrouwelijke patiënten informeren of ze zwanger mogen worden en vanaf wanneer dit kan, rekening houdend met bijvoorbeeld de effecten van de behandeling op het ongeboren kind. Maar het is onduidelijk of artsen, na de kankerbehandeling, altijd proactief spreken over fertiliteit of zwanger worden.

> *'Ik heb er zelf naar gevraagd. Er is dan een onderzoek naar mijn vruchtbaarheid geweest maar de resultaten werden nooit uitgelegd. Pas een jaar later kreeg ik de vraag of ik mijn zaadcellen wou bewaren of vernietigen.' (zegt een patiënt)*

> *'Alles moet je individueel bekijken, er bestaat geen standaardtraject. Belangrijk is het gesprek met de patiënt (en eventuele partner) aangaan door een actieve follow-up na de behandeling.'(zegt een zorgverlener)*

Nochtans is het, zowel bij vrouwen als bij mannen, belangrijk dat er standaard gevraagd wordt naar de kinderwens om te wijzen op het belang van een goede timing (bijv. wanneer iemand in menopauze gaat door de behandeling of in functie

---

4 https://www.tijd.be/politiek-economie/belgie/algemeen/waar-komen-de-grote-verschillen-tussen-vruchtbaarheidsklinieken-vandaan/10542755.html , https://www.demorgen.be/nieuws/cijfers-geven-inzage-in-verschillen-tussen-fertiliteitsklinieken-sommige-ivf-centra-hebben-iets-uit-te-leggen~b1c92f43/

5 https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2026/07/20/aanmeldingen-zaad-en-eiceldonoren-dalen-na-aankondiging-nieuwe/

van de nabehandeling) maar ook op mogelijke risico's van een zwangerschap voor de vrouw en het ongeboren kind. Ook hier zijn er blijkbaar geen duidelijke richtlijnen.

Als er dan gekozen wordt om een fertiliteitstraject op te starten, is dit ook niet altijd zo eenvoudig. Bij elk fertiliteitstraject onderzoekt een multidisciplinair team van zorgverleners de aanvraag. Belangrijk hierbij is dat de patiënt en eventueel de partner, maar eveneens de oncoloog van de patiënt, zo goed mogelijk betrokken worden om hervalrisico of andere risico's in te schatten voor de patiënt en het toekomstige kind. De beslissing moet zo transparant mogelijk worden meegedeeld.

> *'Dokters beslissen of iemand wel mentaal stabiel is om een kind te krijgen. En weefsel wordt niet altijd teruggeplaatst wanneer iemand niet de juiste achtergrond (werken of niet, partner of niet) heeft.' (zegt een patiënt)*

> *'Na al mijn behandelingen en operaties werd er eicelrijping gedaan. Eén jaar na de eicelrijping vond de fertiliteitskliniek het niet verantwoord om ivf te doen. Nochtans ben ik al een jaar tumorvrij, maar blijkbaar permanent afgekeurd om onbekende reden. Da's dus ook het einde van mijn kinderdroom.' (zegt een patiënt)*

Kosten lopen hoog op

Ten slotte zijn er ook heel wat vragen rond bijkomende kosten die patiënten moeten betalen als ze niet op een natuurlijke manier zwanger kunnen worden.

> *'Uiteindelijk lieten we ons op de wachtlijst plaatsen voor eiceldonatie. Het kostenplaatje ligt rond de 4000 euro. Hierbij krijg je de garantie op een tiental eicellen en één embryo'. (zegt een patiënt)*

> *'Hoe komt het dat genetische testing niet is terugbetaald? Eigenlijk doen wij aan kankerpreventie door het verkeerde gen niet door te geven.' (zegt een patiënt)*

> *'Omdat ik draagster ben van het BRCA-gen willen we geen risico lopen en kiezen we om zwanger te worden via Ivf. Maar de embryobiopsie is niet terugbetaald. Nochtans is dit nodig om te kijken of het embryo drager is van het gen. Het kost ongeveer 500 euro voor één tot vijf embryo's, 800 euro tot negen embryo's en ongeveer 1100 euro voor meer dan tien embryo's.' (zegt een patiënt)*

Patiënten die willen starten met **eiceldonatie of met draagvrouwschap moeten bepaalde kosten** ook **zelf betalen** zoals bijv. medische kosten van het ivf-traject, kosten van zwangerschap en bevalling van de draagvrouw, genetische testing van de donor, ... Allemaal kosten die bovenop de andere medische kosten komen.

Er zijn ook nog kosten die gelinkt zijn aan de genetische testing. Als een patiënt zelf moeder wordt en er is een verhoogd risico om een bepaald gen door te geven (bijv. bij BRCA-gen), dan is er een **pre-implantatie genetische testing (PGT)** nodig waarbij alleen de embryo's zonder de genetische mutatie worden teruggeplaatst. De PGT wordt wel terugbetaald maar de embryobiopsie niet. Dit kost de patiënt minimum 500 euro. De prijzen variëren sterk tussen ziekenhuizen.

Een andere bijkomende kost die verschillende patiënten melden, is **de kost van een tweede pick-up van eicellen** na de kankerbehandeling. Door tijdsgebrek of omstandigheden (bijv. weinig eicelreserve) is het mogelijk dat bij de eerste pick-up, voor de start van de behandeling, weinig eicellen worden opgehaald en dat een tweede pick-up nodig is.

> *'Voor de chemo heb ik de kans gekregen om eicellen in te vriezen maar er kon slechts één eicel opgepikt worden en dit bleek geen bruikbare eicel te zijn. Mijn eicelproductie is al gehalveerd en op korte termijn zal ik in de menopauze gaan. Een tweede poging is mogelijk maar moet ik zelf betalen.' (zegt een 22-jarige patiënt)*

> *'Ik moet binnenkort een nieuwe picking laten doen omdat de eerste voor mijn chemotherapie geen succes was. Ik mag voor een nieuwe picking gewoon 1300 euro betalen. De financiële kater blijft maar duren.' (zegt een patiënt)*

Aanbevelingen van Kom op tegen Kanker

Op basis van getuigenissen van patiënten en na gesprekken met zorgverleners vraagt Kom op tegen Kanker om de volgende stappen te zetten:

Aan de Belgian Board of Oncology

We vragen dat de volgende punten opgenomen worden in de oncologische richtlijnen:

- voor de start van de behandeling
    - Internationale richtlijnen[6] adviseren om fertiliteitscounseling te voorzien voor alle jonge kankerpatiënten. Kom op tegen Kanker vraagt om, na het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) én voor de start van hun kankerbehandeling, **altijd** het thema fertiliteit en preservatie te bespreken bij patiënten die op een vruchtbare leeftijd zijn.
    - De behandelend arts brengt de patiënt in contact met een fertiliteitscentrum om de drempel zo laag mogelijk te houden. De arts maakt zelf de afspraak voor een fysiek of een online gesprek. De fertiliteitsdienst heeft expertise in preservatie met oncologische patiënten.
    - Het is duidelijk zichtbaar in het patiëntendossier wie van de behandelend artsen het gesprek over fertiliteit heeft gedaan. Verpleegkundig trajectbegeleiders, psychologen en seksuologen kunnen bijkomende informatie geven.
    - De behandelend arts communiceert duidelijk over de risico's (bijv. verhoogde kans op herval, toxiciteit) die een zwangerschap met zich meebrengt voor de patiënt en het ongeboren kind en over het belang

[6] H. Irene Su e.a. (2025). Fertility Preservation in People With Cancer: ASCO Guideline Update. https://doi.org/10.1200/JCO-24-02782

van anticonceptie tijdens de behandeling, en is eerlijk over de kansen op een succesvolle zwangerschap na kanker.
    - Een goede samenwerking tussen de arts en de fertiliteitsdienst is belangrijk voor een snelle en vlotte preservatie.
- na het einde van de behandeling
    - De behandelend arts moet de patiënt **proactief bevragen** over zijn kinderwens na het beëindigen van de behandeling. De arts kan de patiënt dan informeren over wanneer het mogelijk is om zwanger te worden of wanneer dit nog niet of niet meer aangewezen is bijv. door bijwerkingen van (na)behandeling. Hierbij moet ook anticonceptie besproken worden.
    - De goedkeuring voor de start van het ivf-traject wordt genomen in nauw overleg met de patiënt, eventueel de partner, de behandelend arts en het fertiliteitsteam.
    - Ook na de behandeling kunnen trajectbegeleiders, psychologen en seksuologen patiënten aanvullende informatie geven en hen ondersteunen bij de genomen beslissingen.

Aan de federale minister van Volksgezondheid

We vragen financieel toegankelijke fertiliteitsbehandelingen en genetische testing na een kankertraject. Dat betekent:

- een gerichte terugbetaling van een embryobiopsie bij personen met een verhoogd risico om een gen met kans op een bepaalde kanker door te geven,
- een onderzoek om na te gaan of een conditionele terugbetaling van een bijkomende cyclus bij freezing verantwoord kan zijn in bepaalde gevallen (als er bijvoorbeeld niet genoeg mature eicellen zijn in de eerste cyclus). En een formele evaluatie van de overeenkomst op freezing in functie van de onderzoeksresultaten.

Aan de ziekenhuizen

We vragen een digitale zichtbaarheid van de gemaakte afspraken:

- in het elektronische patiëntendossier moet het mogelijk zijn om aan te duiden dat het onderwerp fertiliteit besproken is en wat de uitkomst hiervan is. Zeker bij doorverwijzing naar een andere dienst of ziekenhuis is deze informatie-uitwisseling zeer belangrijk.

We vragen sensibilisering van zorgverleners en patiënten:

- een sensibilisering van zorgverleners door een structurele samenwerking uit te bouwen tussen het fertiliteitscentrum en de ziekenhuisdiensten in hetzelfde ziekenhuis én met ziekenhuizen waar geen fertiliteitscentrum is. Die structurele samenwerking kan bestaan uit:

    - infosessies over de werking van de fertiliteitsdienst bijv. bij artsen, (traject)verpleegkundigen, sociaal werkers, psychologen, ...
    - toelichting over innovaties binnen fertiliteit
    - afspraken maken rond de doorverwijzing
    - casusbesprekingen rond fertiliteit en kanker
- een sensibilisering van patiënten door hen te informeren en aan te moedigen om het thema fertiliteit te bespreken in gesprekken met zorgverleners. Die sensibilisering kan gebeuren via ziekenhuizen, zorgverleners, lotgenotengroepen en organisaties zoals Kom op tegen Kanker.

Kom op tegen Kanker, november 2026

VERKLARENDE TERMEN

in-vitrofertilisatie (ivf): ivf of in-vitrofertilisatie is een vruchtbaarheidsbehandeling. De eicel en het sperma worden in het labo van de fertiliteitskliniek samengebracht waarna er hopelijk een bevruchting plaatsvindt en een embryo ontstaat. Als het embryo goed is, wordt het in de baarmoeder teruggeplaatst.

eiceldonatie: bij eiceldonatie laat een vrouw eicellen wegnemen om ze te doneren aan een andere vrouw voor het gebruik bij een vruchtbaarheidsbehandeling

eicelpick-up: bij eicelpick-up of eicel-aspiratie worden de rijpe eicellen opgehaald. Na een tiental dagen van hormonale stimulatie zijn je eicellen rijp en klaar om opgehaald te worden. Dan ga je naar het fertiliteitscentrum om de eicellen te laten ophalen onder lichte of lokale verdoving.

preservatie of freezing: je beslist om je eicellen of zaadcellen in te vriezen omdat je je kinderwens door omstandigheden nog wil uitstellen maar de biologische klok voelt tikken. Dit kan wegens sociale redenen (social freezing) of omdat je bepaalde behandelingen moet ondergaan (bijv. de toxiciteit van een oncologische behandeling)

draagvrouwschap: bij draagvrouwschap is iemand zwanger voor een wensouder, of een wensouderpaar. De draagvrouw ondergaat een vruchtbaarheidsbehandeling om zwanger te worden. Meestal is er geen genetische band tussen de draagvrouw en het kind, wat betekent dat de eicel afkomstig is van de wensmoeder of een eiceldonor. Draagvrouwschap is in België (nog) niet wettelijke geregeld. Het is niet illegaal, maar er is ook geen juridisch kader dat de betrokken partijen beschermt. Dat bemoeilijkt de (juridische) procedure. Commercieel draagvrouwschap mag niet.

Bron: www.ikwileenkind.be