



Universiteit
Leiden

The Netherlands

Over de grens?

Cohlen, B.J.

Citation

Cohlen, B. J. (2026). *Over de grens?*. Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4304990>

Version: Publisher's Version

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4304990>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Over de Grens?

Rede uitgesproken door
Prof. Dr. B.J. Cohlen



**Universiteit
Leiden**

Over de Grens?

Rede uitgesproken door

Prof. Dr. B.J. Cohlen

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar
in de Obstetrie en Gynaecologie
aan de Universiteit Leiden
op vrijdag 19 juni 2026



Universiteit
Leiden

Mevrouw de Rector Magnificus, geachte leden van de Raad van Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum, geacht faculteitsbestuur, lieve familie en vrienden, zeer gewaardeerde toehoorders,

De enige ware wijsheid is weten dat je niets weet.

Socrates zei het meer dan tweeduizend jaar geleden. Deze uitspraak bevat Taoïstische wijsheid en is verrassend actueel, ook voor ons als artsen. Enige bescheidenheid past ons in het bepalen van de grenzen van ons vak, het omarmen van nieuwe ontwikkelingen én in onze dagelijkse samenwerking met de patiënt. Waar de grens ligt en wie die bepaalt verken ik in deze voordracht op twee niveaus: eerst op het niveau van nieuwe technologische ontwikkelingen, daarna op het niveau van de spreekkamer.

Werken binnen de gynaecologie en verloskunde is werken aan de grenzen van ons bestaan. Dat deze grenzen verschuiven laat een aantal voorbeelden uit het verleden goed zien.

In 1991 ontdekte de groep van Palermo, Devroey en van Steirteghem min of meer bij toeval dat je een eicel kunt bevruchten door er een zaadcel rechtstreeks in te injecteren. Bij toeval, want men trachtte een zaadcel van mannen met ernstig verminderde vruchtbaarheid dichter tegen het eicelmembraan te brengen, maar daarbij raakte het membraan soms beschadigd en kwam de zaadcel

in de eicel terecht. Zo traden bevruchtingen op bij deze paren die voorheen vaak afhankelijk waren van donorsperma.

Deze nieuwe techniek noemden ze ICSI, intracytoplasmatische sperma-injectie [1]. Toen van Steirteghem de eerste resultaten presenteerde tijdens het jaarlijkse ESHRE congres, waar ik getuige van mocht zijn, volgde een minutenlange staande ovatie. Eindelijk was er een effectieve manier om paren met ernstige mannelijke subfertiliteit te behandelen. Dat er op voorhand geen degelijk systematisch onderzoek had plaatsgevonden naar de veiligheid en effectiviteit van deze nieuwe techniek nam men voor lief.

In november 2018 maakte He Jiankui, een biofysicus uit Shenzhen via YouTube bekend dat de eerste genetisch gemodificeerde baby's ter wereld waren geboren[2]. Met de CRISPR-Cas techniek schakelde hij in de embryo's het gen CCR5 uit om zo de baby's resistent te maken tegen HIV. Uit de informatie van toen kwam naar voren dat de vader HIV-positief was. De internationale wetenschappelijke gemeenschap reageerde geschokt. In 2019 werd He Jiankui veroordeeld tot 3 jaar gevangenisstraf.

Wat maakt nou dat de ontdekking en directe toepassing van ICSI destijds werd toegejuicht, terwijl het gebruik van de CRISPR-Cas techniek in menselijke embryo's wereldwijd op verontwaardiging stuitte? Beide groepen hadden hetzelfde

doel: de geboorte van gezonde kinderen. En toch reageerde de wetenschappelijke gemeenschap fundamenteel verschillend.

Welke grens werd door de toepassing van CRISPR-Cas overschreden? Is dit alleen de vastgestelde grens van reproductieve kiembaanmodificatie? Met andere woorden: moet het erfelijk materiaal in embryo, zaadcel of eicel ongemoeid gelaten worden omdat veranderingen daarin immers generaties doorwerken?

4 Bij de introductie van ICSI waren er óók fundamentele vragen vanuit genetisch perspectief: omzeilen we zo niet de natuurlijke selectie van de beste zaadcel? Verstoren we niet de epigenetische imprinting? Bij ICSI grijpen we immers direct in op het natuurlijke bevruchtingsproces door één zaadcel rechtstreeks in de eicel te injecteren. Juist in deze vroege fase van het leven worden biologische “schakelaars” ingesteld die bepalen welke genen later aan of uit staan. Deze epigenetische markerings sturen dus hoe erfelijke informatie wordt gebruikt. Dat riep destijds de fundamentele vraag op of we met ICSI mogelijk ook zeer kwetsbare biologische processen beïnvloeden. Nog los van de vraag of we met ICSI, met sperma van ernstig verminderd vruchtbare mannen, geen genetische defecten doorgeven? [3, 4]

Dit brengt ons bij de fundamentele vraag: wie bepaalt eigenlijk waar de grens ligt en op basis waarvan? Mijn stelling vandaag is dat deze grens

niet door één partij bepaald kan worden, maar alleen door een samenspel tussen wetenschap, ethiek en samenleving.

Laat ik nog een ander voorbeeld van verschuivende grenzen noemen.

In het LUMC vriezen we al jaren stukjes weefsel van de eierstokken van jonge vrouwen en meisjes in, die behandeld worden voor kanker of een stamceltransplantatie moeten ondergaan. Nog voordat chemotherapie en/of bestraling wordt gestart, wordt een eierstok laparoscopisch verwijderd. Het buitenste gedeelte, de cortex (waar de eiblaasjes in zitten) wordt verwijderd en in stukjes ingevroren. Uit de medulla van de eierstok worden eicellen verwijderd die in het laboratorium verder kunnen rijpen en ingevroren worden.

Met dit materiaal kunnen we verschillende dingen doen: ten eerste de eicellen bevruchten en de zo ontstane embryo's in de baarmoeder plaatsen.

Ten tweede kunnen we de stukjes cortexweefsel in de buikholte plaatsen om zowel de hormonale functie als ook de vruchtbaarheid van deze vrouwen te herstellen[5].

Bij een deel van de patiënten leidt dit laatste inmiddels tot succesvolle zwangerschappen [6].

Maar er zijn potentieel meer mogelijkheden.

Bij prepuberale meisjes na chemotherapie of bestraling kan je ook cortex van de eierstok onder de huid plaatsen om zo de puberteit op gang te brengen en de meisjes hormonaal gezien een normale puberteit geven [7].

En theoretisch zouden we, door iedere paar jaar cortexweefsel terug te plaatsen, de menopauze van vrouwen kunnen uitstellen! Bij plaatsing in de buikholte zou zo zelfs de vruchtbare periode verlengd kunnen worden [8].

En daar komen we volgens mij op glad ijs.

Honderdvijftig jaar geleden was een lange postmenopauzale levensfase eerder uitzondering dan regel. Veel vrouwen bereikten de menopauze wel, maar leefden daarna vaak nog maar relatief kort. Tegenwoordig leven vrouwen gemiddeld 40% van hun leven in deze fase. Dus nog enkele tientallen jaren. Het wegvallen van het hormoon oestrogeen heeft ingrijpende gevolgen, variërend van opvliegers en slaapstoornissen tot verhoogde risico's op osteoporose en hart- en vaatziekten. Wat zou de gezondheidswinst zijn als we de menopauze met tien tot vijftien jaar kunnen uitstellen? Maar tegelijkertijd: wat vinden we ervan als vrouwen van 55 of ouder nog zwanger kunnen worden[9]?

Gaan we dan een ethische grens over? Of is dit juist, ethisch gezien, een stap voorwaarts met reproductieve autonomie en gelijke behandeling van mannen en vrouwen? Immers, mannen

kunnen ook nog vader worden na hun 55^e. Of gebruiken we deze recent ontwikkelde technieken dan niet op de juiste manier? En wie bepaalt eigenlijk wat de juiste manier is? Ook hier weer de vraag: waar ligt de grens?

Laat ik een wat extremer voorbeeld noemen: PGT-P, ook wel polygenic embryo screening genoemd. Dit is een nieuwe techniek waarbij embryo's, alvorens ze worden geplaatst, niet alleen worden onderzocht op chromosomale en genetische afwijkingen maar ook op aanleg voor complexe ziektes en eigenschappen [10].

Hierbij wordt PGT-P gecombineerd met zogenoemde genome-wide association studies, ofwel GWAS. In zulke studies vergelijken onderzoekers het DNA van grote groepen mensen om statistische verbanden te vinden tussen genetische variaties en eigenschappen of ziekterisico's. Die kennis wordt vervolgens gebruikt om bij embryo's een soort risicoscore te berekenen: een schatting van de kans op bepaalde aandoeningen of eigenschappen later in het leven[11].

Op de website van de ORCHID Health groep in Amerika, waar ook embryoloog Jacques Cohen bij betrokken is, staat in grote letters: 'Have healthy babies'.

Deze groep beweert met screening van het hele genoom, voor 2500 dollar per embryo, schattingen te kunnen maken van de kans op het

ontwikkelen van bijvoorbeeld diabetes, schizofrenie, allerlei vormen van kanker, autisme of een verstandelijke beperking later in het leven. Met PGT-P kunnen ook eigenschappen als IQ en muzikaliteit worden bepaald. Elk embryo krijgt een score en kan zo geselecteerd worden op niet alleen het hoogste ‘gezondheidsprofiel’ maar ook op een soort van ‘welzijnsprofiel’ [12]. En daarmee betreden we het terrein van de designerbaby: het kind als optelsom van gewenste eigenschappen.

Los van het feit of de claims die zij doen wetenschappelijk stand houden, dringt zich een fundamentele vraag op: is dit het pad dat we willen bewandelen?

Gaan we met deze techniek embryo’s rangschikken op basis van verwachte gezondheidswinst? Wat als de embryo’s met de hoogste score niet tot zwangerschap leiden en het paar uiteindelijk een kind krijgt met een gemiddelde of zelfs lage ‘embryo-score’? Wat betekent dit dan voor het kind en de band tussen ouder en kind?

Het aanbod van nieuwe technologieën creëert vrijwel altijd zijn eigen vraag [12]. Maar uit het feit dat iets mogelijk is, volgt niet automatisch dat het daarom ook wenselijk is.

Tegelijkertijd moeten we eerlijk zijn: bij IVF passen we al jaren selectie toe; we rangschikken embryo’s op basis van hun ingeschatte kans op

zwangerschap en bij PGT bij monogene aandoeningen of structurele chromosoomafwijkingen proberen we ernstige erfelijke aandoeningen te voorkomen door alleen niet aangedane embryo’s te selecteren.

Maar PGT-P betekent wel degelijk een volgende stap. Hier verschuiven we van het voorkómen van ziekte naar het optimaliseren van het kind en dat is echt een ander moreel-ethisch vraagstuk.

Voorstanders van deze nieuwe technieken beroepen zich op het recht op reproductieve autonomie [13]. Toekomstige ouders moeten goed geïnformeerd worden en vervolgens zelf kunnen beslissen. De ethicus Julian Savulescu stelt zelfs dat ouders moreel verplicht zijn er alles aan te doen wat in hun vermogen ligt om hun kinderen zo gezond mogelijk ter wereld te laten komen [14].

Maar reproductieve autonomie is niet het enige relevante ethische perspectief en kent bovendien twee kanten. Aan de ene kant is er de negatieve vrijheid: de overheid mag zich niet mengen in jouw voortplanting, al zien we wereldwijd voorbeelden waarbij staten dat wél doen, bijvoorbeeld via beperkingen op abortus of anticonceptie. Die negatieve vrijheid wordt in liberale democratieën als fundamenteel beschouwd. De andere kant, de positieve vrijheid, betekent dat de overheid niet alleen afzijdig blijft, maar ook een verantwoordelijkheid heeft om mensen daadwerkelijk te ondersteunen bij het krijgen van kinderen.

Dat zien we bijvoorbeeld terug in de vergoeding van IVF-behandelingen in Nederland, of in de financiering van prenatale screening. Vanuit dat perspectief ontstaat de gedachte dat mensen niet alleen vrij moeten zijn om een gezin te stichten, maar daarbij ook toegang moeten hebben tot medische mogelijkheden die de kans op een gezond kind vergroten.

Maar die positieve vrijheid is niet onbeperkt. Alleen al financieel zijn er grenzen aan wat een samenleving collectief kan en wil betalen. Iedere keuze om een nieuwe techniek te vergoeden betekent immers ook dat middelen niet aan andere vormen van zorg besteed kunnen worden. Bovendien roept dit direct ethische vragen op. Moet de samenleving bijvoorbeeld ook behandelingen vergoeden die niet gericht zijn op het voorkomen van ernstige ziekte, maar op het optimaliseren van eigenschappen? En wie bepaalt dan waar gezondheidszorg eindigt en menselijke verbetering begint?

Juist hier raken medische technologie, maatschappelijke solidariteit en ethiek onlosmakelijk met elkaar verweven.

En hoe meer mogelijkheden de technologie biedt, hoe groter ook de verantwoordelijkheid wordt om mensen zorgvuldig door deze keuzes heen te begeleiden.

Meer informatie leidt namelijk niet automatisch tot betere keuzes. Een overvloed aan genetische informatie kan zelfs leiden tot keuzestress[15]. Hierin moeten paren dus goed begeleid worden en voorzien worden van betrouwbare, relevante en begrijpelijke informatie. Zo vergroot je de autonomie, verantwoordelijkheid en morele kwaliteit van de besluitvorming ook als de beslissing emotioneel moeilijker wordt, omdat keuzes dan niet alleen worden gestuurd door wat technisch mogelijk is, maar ook door reflectie op wat moreel wenselijk is.

Maar wie heeft uiteindelijk het laatste woord? Wie bepaalt of dat wat technisch kan ook daadwerkelijk in een samenleving moet worden geïmplementeerd? Wie bepaalt hier de grens?

Ervaring leert dat we deze vragen niet eenvoudig bij de politiek kunnen neerleggen. Beleidsvorming loopt vaak achter de technische ontwikkelingen aan. En beleidsvormers stemmen er uiteindelijk meestal mee in. Ethici de Wert en Dondorp spreken in dit verband over *'de repeterende breuk'*: bij nieuwe voortplantingstechnieken zien we telkens hetzelfde patroon: het start vaak met een fel ethisch en maatschappelijk debat, gevolgd door geleidelijke acceptatie en invoering van de techniek onder nadere zorgvuldigheidsvoorwaarden zoals het uitsluiten van risico's voor het toekomstige kind. Van daadwerkelijk tegenhouden van nieuwe voortplantingstechnieken is vrijwel nooit sprake [12].

Ook het recht biedt geen eenvoudig houvast. Er bestaat geen afdwingbaar recht op het krijgen van een kind. Er is wél een sterk beschermd recht om niet ongerechtvaardigd gehinderd te worden in het stichten van een gezin (Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, zie ook [16]). En ook in het internationaal recht wordt het recht op gezinsvorming erkend. Maar uit die rechten volgt niet automatisch dat de overheid nieuwe voortplantingstechnieken zou moeten faciliteren of stimuleren.

Ik denk dat hier een wezenlijke rol is weggelegd voor de medische ethiek.

8

Maar waar en op welk moment in de ontwikkeling van nieuwe technieken en de toepassingen hiervan moeten we de ethiek introduceren en de ethische discussie voeren? Pas wanneer een nieuwe techniek klinisch beschikbaar is of al eerder, in de fase van onderzoek en ontwikkeling? En hoe voeren we dan deze ethische discussie: als sluitstuk van de voortuitgang, als toets achteraf of als onderdeel van het innovatieproces zelf?

Met andere woorden: is ethiek de rem of juist het stuur?

Mijn antwoord is: ethici moeten niet achteraf toetsen maar vanaf het begin meedenken.

De medische ethiek is geen rem op innovatie, maar de ethische afweging is een voorwaarde

voor verantwoorde innovatie. In 'Ethics by Design', een term uit de AI wereld, wordt ethiek onderdeel van de innovatie vanaf de conceptfase [17] [18]. Dit wordt door sommigen ook wel 'embedded ethics' genoemd [19].

Innovatie-teams bestaan dan niet meer uitsluitend uit artsen, wetenschappers of technici maar uit alle stakeholders, inclusief ethici, filosofen, juristen, patiënten en hun vertegenwoordigers, beleidsmakers en zorgverzekeraars.

Tijdens de ontwikkelfase kunnen dan expliciete momenten van reflectie worden ingebouwd: past deze techniek bij het probleem dat we willen oplossen? Welke waarden die we belangrijk vinden worden bevorderd door de techniek en welke waarden raken juist in het gedrang? Waarden zoals autonomie, rechtvaardigheid, veiligheid en privacy. Zo worden ethische risico's vroegtijdig geïdentificeerd en meegewogen.

Kortom, maak ethische reflectie institutioneel verplicht en organiseer publieke dialogen. Een mooi voorbeeld hoe dit in de praktijk zou kunnen werken komt van Verweij en collega's vanuit het LUMC met betrekking tot de artificiële placenta en is ook beschreven in het proefschrift van De Boer uit 2025 onder leiding van Hooggeleerde collega de Vries [17, 20]. Hun aanpak begint met het zorgvuldig plaatsen van de technologische ontwikkeling in de context waarvoor deze bedoeld is. Niet de techniek op zichzelf staat cen-

traal, maar de vraag welk probleem we ermee proberen op te lossen. Vervolgens organiseren zij een dialoog waarin niet alleen de verwachte voordelen, maar juist ook de mogelijke risico's en onzekerheden worden besproken. In die dialoog worden de onderliggende waarden expliciet gemaakt: welke waarden worden door deze technologie versterkt, en welke komen mogelijk onder druk te staan?

Daarna zoeken zij naar concrete handelingsopties: hoe kunnen we de positieve effecten versterken, en tegelijkertijd de nadelen voorkomen of zoveel mogelijk beperken?

Op deze manier wordt ethiek geen sluitstuk achteraf, maar een integraal onderdeel van de innovatie zelf en kunnen belangrijke waarden niet alleen worden beschermd, maar ook actief worden bevorderd.

Deze aanpak heeft ook consequenties voor onze medische opleidingen. Dit betekent dat in de opleiding tot arts of medisch specialist, het leren maken van een zorgvuldige ethische afweging een kerncompetentie moet worden. Wie werkt aan de grenzen van het leven, moet ook leren omgaan met de grenzen van het kunnen.

Zo leren toekomstige artsen en onderzoekers ethische dilemma's vroegtijdig te herkennen en wordt er een cultuur gekweekt van verantwoordelijkheid. Ik pleit er dan ook voor dat we het voorbeeld van de kindergeneeskunde in Leiden volgen en ethiek een essentieel onderdeel maken

van de opleiding tot gynaecoloog, en misschien beter nog, essentieel onderdeel van de opleiding tot arts. In de opleiding tot kinderarts in het LUMC is ethiek geen losstaand vak, maar een doorlopende leerlijn, met casuïstiekbesprekingen, moreel beraad en expliciete reflectie op dagelijkse klinische beslissingen.

Hiermee bepalen we gezamenlijk als wetenschappers, ethici, juristen, patiëntenorganisaties en andere relevante vertegenwoordigers van de samenleving, zoals bijvoorbeeld belangenorganisaties voor mensen met een beperking, waar de grenzen liggen aan het ontwikkelen en toepassen van nieuwe technieken.

Als huidige en vorige generaties beter medisch ethisch geschoold waren geweest, hadden we nu dan minder last gehad van de gevolgen van het gebruik van eigen sperma door enkele collega's? Was voor hen de grens tussen altruïsme en narcisme dan mogelijk duidelijker geweest en waren deze grenzen dan niet overschreden? Hoe gevaarlijk het is wanneer artsen zichzelf met dergelijke handelingen boven de medische ethiek plaatsen werd al in 1972 met zwarte humor beschreven in het prachtige boek Afscheidswals van Milan Kundera.

Maar als een nieuwe techniek eenmaal wereldwijd beschikbaar is, betekent dat dan ook dat iedere patiënt er vervolgens recht op heeft?

Tot nu toe sprak ik over grenzen op het niveau van de samenleving. Uiteindelijk landen deze keuzes in de spreekkamer. En de concrete vraag hier is: wie bepaalt de grens in de spreekkamer?

Wie mijn professionele carrière heeft gevolgd weet dat ik me altijd heb ingezet voor de betrokkenheid van de patiënt.

Met begrippen als patient-centered care, gepersonaliseerde geneeskunde, waardegedreven zorg en Samen Beslissen is het evident dat we nadrukkelijk afscheid genomen hebben van de paternalistische dokter die zelf bepaalt wat goed is voor zijn patiënten. Maar deze dokter is wel de deskundige en met deskundigheid komt ook professionele en morele verantwoordelijkheid.

Laat ik het concreet maken met een voorbeeld uit de spreekkamer: de zogeheten IVF-add-ons.

Wereldwijd is een aantal aanvullende technieken ontwikkeld waarvan de ontdekkers claimen dat deze de kans op zwangerschap bij IVF vergroten. Het grote probleem bij deze technieken is dat ze meestal niet schadelijk zijn, maar ook niet bewezen effectief. En ze zijn meestal niet goedkoop. In Nederland staan de meeste fertiliteitsklinieken op het standpunt: wat niet bewezen effectief is passen we niet toe, tenzij in onderzoeksverband.

Neem assisted hatching. Met deze techniek, voor het eerst beschreven door dezelfde Jacques Cohen

van de eerder genoemde ORCHID Health groep, wordt met een laser een klein sleufje gebrand in het schilletje rondom het embryo, zodat deze zich makkelijker kan innestelen in de baarmoederwand[21]. De theorie klinkt plausibel. De praktijk blijkt weerbarstiger. Isala Zwolle heeft hier een gerandomiseerde studie naar gedaan bij paren die herhaaldelijk niet zwanger werden na plaatsing van een embryo na IVF of ICSI. Alhoewel assisted hatching de kans op een levend geboren kind licht vergrootte bleek dit verschil niet statistisch significant [22]. En dus passen we deze techniek in Nederland niet routinematig toe.

Maar dan zit tegenover u een paar dat al jaren probeert zwanger te worden. Vijf plaatsingen van embryo's gehad zonder succes. Hoop en teleurstelling wisselen elkaar af. Ze hebben zich ingelezen en willen assisted hatching bij de volgende poging. De kosten betalen ze zelf. We passen Samen Beslissen toe: we leggen uit aan dit paar dat er meerdere opties zijn waarvan het wel toepassen van assisted hatching er ook één is. We bespreken per optie de voor- en nadelen en de risico's. We leggen duidelijk uit dat deze techniek niet bewezen effectief is en we normaliter dus niet toepassen. We bespreken de voorkeur en de verwachtingen van het paar en proberen samen een beslissing te nemen. Na alle informatie nogmaals overdacht te hebben blijft het paar, tegen de achtergrond van hun specifieke voorgeschiedenis, bij de wens tot assisted hatching.

Hier botst de autonomie van de patiënt met de professionele verantwoordelijkheid van de arts. En opnieuw dringt zich de vraag op, nu niet op macroniveau, maar op microniveau in de spreekkamer: wie bepaalt hier nu de grens?

Het is belangrijk te beseffen dat de integriteit van de arts even zwaar weegt als autonomie van de patiënt. De arts is niet slechts uitvoerder van wensen, maar draagt ook morele verantwoordelijkheid. Zowel voor de patiënt als voor het toekomstige kind.

Juist in dit spanningsveld kan ethiek richting geven en daarmee besluitvorming ondersteunen.

Ethiek helpt door het gesprek te verdiepen en waarden expliciet te maken. Steeds vaker zien we artsen als coach, als begeleider in een complex beslisproces. Deze nieuwe rol betekent niet dat wij onze professionele overtuiging opschorten. Het betekent dat wij die overtuiging expliciet maken, onderbouwen en in dialoog brengen met de waarden en wensen van de patiënt. Kennis van ethische principes, en het vermogen deze toe te passen in de dagelijkse praktijk, helpt ons om die dialoog zorgvuldig te voeren. Het maakt het mogelijk onze professionele grenzen niet impliciet te laten, maar helder en transparant bespreekbaar te maken. We zoeken samen met het paar naar een gezamenlijk gedragen grens. Zo verschuift de rol van de arts van beslisser naar moreel medeverantwoordelijke. Daarbij past wat meer

bescheidenheid als professionele eigenschap. We nemen nu samen met de patiënt het besluit waarbij we zelf met onze eigen opvattingen wat meer in de bijrijdersstoel gaan zitten.

Wat we de laatste jaren toenemend zien is dat een te directieve houding van Nederlandse professionals de patiënt letterlijk de grens over jaagt. Naar schatting zoekt ongeveer 15% van de paren met onvervulde kinderwens hulp in het buitenland, vaak in klinieken die voortplantingsgeneeskunde ook zien als een verdienmodel.

Met de Cochrane bijbel in de hand, vol odds ratio's en betrouwbaarheidsintervallen, lopen we het risico de daadwerkelijke hulpvraag van de patiënt uit het oog te verliezen. Passende zorg is een prachtig begrip, maar passend voor wie? Als passende zorg uitsluitend wordt gedefinieerd op populatieniveau, bestaat het gevaar dat de individuele patiënt uit beeld raakt.

Voor mij betekent passende zorg de integratie van drie elementen: het best beschikbare wetenschappelijk bewijs, de klinische expertise en kennis van de arts en de persoonlijke wensen en waarden van de patiënt, precies zoals de grondlegger van evidence based medicine, David Sackett, met Hooggeleerde Keirse uit Leiden als één van zijn vroege volgers, het ooit bedoeld heeft[23]. In deze combinatie van elementen ligt de ruimte voor professionele verantwoordelijkheid.

In het voorgaande nam ik de voortplantingsgeneeskunde als voorbeeld maar de vragen die ik heb geschetst beperken zich niet tot dat domein. Als afdelingshoofd Obstetrie en Gynaecologie had ik het ook over ethische grenzen in de foetale therapie, de oncologie, de gynaecologie of obstetrie kunnen hebben.

Daarbij in ogenschouw nemende dat grenzen altijd verschuiven, of zoals Laozi in de Tao te Ching (hfdst. 58) al schreef: “het normale wordt het abnormale; het goede wordt het kwade”. Grenzen blijken geen vaste lijnen, maar verschuivende posities in de tijd.

In mijn nieuwe rol zie ik het als mijn opdracht om die morele reflectie structureel onderdeel te maken van onze cultuur. Ik wil een verbindend leider zijn, die de verschillende disciplines en de patiënt samenbrengt rond de vraag wat goede zorg is. Deze visie sluit naadloos aan bij de koers van het LUMC: door gezondheid gedreven. Ik citeer: “We willen vanuit de verbinding met onze patiënten en vanuit onze maatschappelijke rol een bijdrage leveren aan vooruitgang. Daarbij omarmen we de principes van passende en waardegedreven zorg en maken we gebruik van slimme technologie.”

Ook in het programma Future@Work wordt beschreven hoe het LUMC wil werken aan verbindend leiderschap, aan een inclusieve, gelijkwaar-

dige en veilige werkomgeving waarin talent zich kan ontwikkelen.

Mijn grote drijfveer is om anderen het podium te geven. Vandaag sta ik in de schijnwerpers, maar de komende jaren is het vooral aan jullie. Met de focus op vier mooie onderzoeksthema's die we samen hebben gedefinieerd, en die aansluiten bij de strategische thema's van het LUMC, zie ik een mooie toekomst voor onze afdeling.

Goed wetenschappelijk onderzoek is onmogelijk zonder goede samenwerking. Daarom spreek ik mijn grote waardering uit voor alle collega's, binnen en buiten het LUMC, nationaal en internationaal, met wie wij dit werk mogen doen.

Studenten en arts-assistenten

Het is mooi om te zien dat jullie beter in staat zijn je grenzen aan te geven. Dat roept soms zorgen op bij de zittende generatie medisch specialisten.

Mijn advies zou zijn om eerst eens naar deze jonge mensen te luisteren.

Hoe mooi is het als je van mening bent dat je werk moet passen bij waarden als maatschappelijke impact, duurzaamheid en ethiek. Als je graag flexibel wilt zijn en belang hecht aan een gezonde werk-privé balans.

Zo lang we echter de bestaande mal met soms weken van meer dan 55 uur en werkdagen van 12 uur, handhaven en jonge specialisten er proberen in te duwen, blijft het risico op burn-out hoog en lopen we het risico veel jonge talenten te verliezen. Uit onderzoek van de Jonge Specialist blijkt dat 38% van de arts-assistenten de werkdruk als te hoog beoordeelt en 26% ontevreden is over hun werk-privé balans. Bijna een kwart van de AIOS overweegt te stoppen met hun opleiding en 14% ervaart burn-out klachten [24]. Het ziekenhuis van de toekomst zal als werkgever zijn personeel flexibeler en meer op maat moeten kunnen inzetten. En ja, de specialist van de toekomst zal nog steeds een vorm van continuïteit moeten kunnen bieden. Continuïteit van zorgverlener wordt immers door de patiënt als zeer belangrijk ervaren [25].

Dankwoord

Mevrouw de rector, zeer gewaardeerde toehoorders, graag sluit ik af met een dankwoord. Dank aan allen die aan mijn benoeming hebben bijgedragen. In het bijzonder het College van bestuur van de Universiteit Leiden en de Raad van Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum ben ik dankbaar voor het in mij gestelde vertrouwen.

Mijn voorgangers afdelingshoofden dank ik voor hun leiderschap. Het is een voorrecht dat ik jullie werk mag voortzetten. Daarbij speciale dank voor mijn voorgangster, interim afdelingshoofd Marieke Veenhof, voor het wegwijs maken in het LUMC en het geduldig inwerken. Tevens dank ik

Ivanka Bekker voor je steun en je voortdurende bereidheid tot meedenken.

Veel dank ben ik verschuldigd aan de staf, assistenten en medewerkers van de afdeling Obstetrie en Gynaecologie in het LUMC. Toen ik aankwam hadden jullie een pittige tijd achter de rug maar toch werd ik met veel warmte ontvangen. Ik heb jullie mogen leren kennen als een bevlogen, hardwerkende groep met oog voor de patiënt en voor elkaar. Ik ben jullie veel dank verschuldigd dat jullie mij vertrouwen geven om samen te bouwen aan een mooie toekomst voor onze afdeling. Ik ben oprecht trots op jullie.

Ik wil alle meelezers van deze oratie bedanken, Hooggeleerde Martine de Vries, en collega's Joanne Verweij en Arne van Heusden en natuurlijk Hooggeleerde Thomas van den Akker. Thomas, we zouden aanvankelijk hier samen staan maar jij wordt binnenkort hoogleraar-afdelingshoofd in het Erasmus MC. Ik feliciteer je met deze prachtige stap. Besef dat we je gaan missen in Leiden. Ik ga je missen. Ik ben je dankbaar voor de mooie vriendschap die is ontstaan.

Dank aan het cluster bestuur Hart, Vrouw, Kind voor de fijne samenwerking.

Ik wil graag nog een aantal mensen persoonlijk noemen met het gevaar niet compleet te zijn. Tijdens mijn carrière hebben een aantal personen een voor mij belangrijke rol gespeeld.

Daarbij wil ik beginnen met Hooggeleerde te Velde, beste Egbert. Zonder jou had ik hier niet gestaan. Jij hebt me samen met je lieve vrouw Anne zowel professioneel als persoonlijk ondersteund en mede gevormd. Ik ben blij met onze hechte vriendschap.

Ik wil mijn opleiders en mede-aio's uit het cluster Utrecht danken. Wat hadden we een lol samen met onze cabarets als hoogtepunt. Hooggeleerde Visser en Hooggeleerde Bruinse, beste Gerard en Hein, jullie kijk op het vak was en is uniek, dank voor de leerzame jaren.

Vervolgens is mijn carrière gevormd door de uitnodiging die ik kreeg van collega Hans Rethmeier, hier in Leiden opgeleid. Beste Hans, dank voor de kans die je mij gegeven hebt en het vertrouwen wat je mij gaf. In Zwolle heb ik bijna 25 jaar met zeer veel plezier gewerkt en ik wil dan ook alle (oud-) maten danken voor de collegialiteit, de mogelijkheden om te groeien en de vriendschappen die zijn ontstaan.

Mijn dank gaat uit naar de medewerkers van de fertilitaetsafdeling, de verloskamers en de poligynaecologie in Isala. Ik noem met name Max Curfs, Hennie Rijsenbrij en Sido Lublink met wie ik vele mooie plannen mee heb kunnen realiseren, en de verschillende Raden van Bestuur van Isala dank ik voor de vrijheid om deze plannen uit te voeren. Natuurlijk ook alle fertilitaetsartsen

en met name Marjolijn Blankestijn, Anton van Kamp en Laura Meijer.

De collega's in het land en speciaal mijn vriend Hooggeleerde Laven, beste Joop dank voor je vriendschap en je steun. De collega's van de Stichting bevorderen fertilitaetszorg Nederland, die allen vrienden geworden zijn. Dank jullie wel Arne, Evert en Jesper.

Ik dank de mensen die mij buiten mijn werk dierbaar zijn en een onmisbare bron van steun en vriendschap vormen, ik noem met name mijn grote vriend Robert en mijn bijzondere vriendin Marloes, ik koester onze mooie momenten en waardevolle gesprekken.

Ik denk vandaag ook aan mijn lieve ouders die helaas al een aantal jaren geleden zijn overleden. Ik weet zeker dat zij hier trots en met een grote glimlach hadden gezeten, zeker mijn moeder als geboren en getogen Leidse. Mijn zus Marjorie, lieve Mar dank je wel voor je liefdevolle betrokkenheid. Mijn schoonzus Heleen en schoonmoeder Marjan dank ik voor hun voortdurende interesse in mij en mijn inmiddels overleden schoonvader Nico voor zijn levensvisie, optimisme en positieve energie.

Hier staat een ongelooflijk trotse vader van Sophie, David en Job. Wat zijn jullie alle drie uitgegroeid tot prachtige mensen. Waar jullie vroeger

hopelijk iets van mij leerden, leer ik inmiddels vooral van jullie hoe je in het leven kunt staan. Lieve Johan, je brengt niet alleen Sophie geluk maar ook veel humor en positieve energie in ons gezin. Dank je wel.

Lieve Nicolien, zonder jou had ik hier niet gestaan, of in elk geval niet als dezelfde mens. Om het in Taoïstische termen te zeggen: wij bewandelen al bijna veertig jaar samen ons pad, gro-tendeels hand in hand. Natuurlijk loopt soms de één een stukje eigen pad, soms de ander, maar telkens is het bijzonder te ervaren hoe onze wegen weer samenkomen. En de omgeving waarin we wandelen wordt alleen maar mooier. Ik ben je diep, diep dankbaar voor je voortdurende inspiratie, steun, levenswijsheid en jouw liefde die mij dagelijks vergezelt.

Mevrouw de Rector, dames en heren, ik dank u allen voor uw aandacht, en sluit af, als iemand die steeds vaker beseft dat hij het eigenlijk niet weet, met de woorden:

Ik heb gezegd.

Referenties

1. Palermo, G., et al., *Pregnancies after intracytoplasmic injection of single spermatozoon into an oocyte*. *Lancet*, 1992. **340**(8810): p. 17–8.
2. Cyranoski, D. and H. Ledford, *Genome-edited baby claim provokes international outcry*. *Nature*, 2018. **563**(7733): p. 607–608.
3. Baschat, A.A., E. Schwinger, and K. Diedrich, *Debate. Assisted reproductive techniques – are we avoiding the genetic issues?* *Hum Reprod*, 1996. **11**(5): p. 926–8.
4. Persson, J.W., G.B. Peters, and D.M. Saunders, *Is ICSI associated with risks of genetic disease? Implications for counselling, practice and research*. *Hum Reprod*, 1996. **11**(5): p. 921–4.
5. Donnez, J., et al., *Restoration of ovarian activity and pregnancy after transplantation of cryopreserved ovarian tissue: a review of 60 cases of reimplantation*. *Fertil Steril*, 2013. **99**(6): p. 1503–13.
6. Rowling, H.R., L.A.J. van der Westerlaken, and E. Lashley, *To improve outcome after ovarian tissue cryopreservation and transplantation: Clinical approach based on a case series and literature review*. *J Obstet Gynaecol Res*, 2025. **51**(10): p. e70080.
7. Poirot, C., et al., *Induction of puberty by autograft of cryopreserved ovarian tissue*. *Lancet*, 2012. **379**(9815): p. 588.
8. Andersen, C.Y. and S.G. Kristensen, *Novel use of the ovarian follicular pool to postpone menopause and delay osteoporosis*. *Reprod Biomed Online*, 2015. **31**(2): p. 128–31.
9. Kristensen, S.G. and C.Y. Andersen, *Cryopreservation of Ovarian Tissue: Opportunities Beyond Fertility Preservation and a Positive View Into the Future*. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 2018. **9**: p. 347.
10. Treff, N.R., et al., *Utility and First Clinical Application of Screening Embryos for Polygenic Disease Risk Reduction*. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 2019. **10**: p. 845.
11. Siermann, M., et al., *Polygenic embryo screening: quo vadis?* *J Assist Reprod Genet*, 2024. **41**(7): p. 1719–1726.
12. Dondorp, W.d.W., G., *Reageerbuidebat. Over de maakbaarheid van de voortplanting*. Programma Ethiek en Gezondheid ZonMw, 2012.
13. Purdy, L., *Women’s reproductive autonomy: medicalisation and beyond*. *J Med Ethics*, 2006. **32**(5): p. 287–91.
14. Savulescu, J. and G. Kahane, *The moral obligation to create children with the best chance of the best life*. *Bioethics*, 2009. **23**(5): p. 274–90.
15. Zeiler, K., *Reproductive autonomous choice – a cherished illusion? Reproductive autonomy examined in the context of preimplantation genetic diagnosis*. *Med Health Care Philos*, 2004. **7**(2): p. 175–83.
16. NVOG, *Concept Kwaliteitsnorm|: Mogelijke morele contra-indicaties vruchtbaarheidsbehandelingen*. 2025.
17. Verweij, E.J., et al., *Ethical Development of Artificial Amniotic Sac and Placenta Technology: A Roadmap*. *Front Pediatr*, 2021. **9**: p. 793308.

18. de Vries, J., et al., *Ethical issues in human genomics research in developing countries*. BMC Med Ethics, 2011. 12: p. 5.
19. McLennan, S., et al., *Embedded ethics: a proposal for integrating ethics into the development of medical AI*. BMC Med Ethics, 2022. 23(1): p. 6.
20. de Boer, A.H.A., *Voices of experience in periviable decision-making and artificial placenta technology*. 2025, Faculty of Medicine, Leiden University Medical Center (LUMC), Leiden University.
21. Cohen, J., et al., *Implantation of embryos after partial opening of oocyte zona pellucida to facilitate sperm penetration*. Lancet, 1988. 2(8603): p. 162.
22. Curfs, M., et al., *A multicentre double-blinded randomized controlled trial on the efficacy of laser-assisted hatching in patients with repeated implantation failure undergoing IVF or ICSI*. Hum Reprod, 2023. 38(10): p. 1952–1960.
23. Sackett, D., *Evidence-based medicine*. Lancet, 1995. 346(8983): p. 1171.
24. Specialist, D.J., *Nationale a(n)ios enquête Gezond en Veilig werken 2024*. 2024.
25. Cohen, E. and I. Lindman, *Importance of continuity of care from a patient perspective – a cross-sectional study in Swedish health care*. Scand J Prim Health Care, 2024. 42(1): p. 195–200.



PROF. DR. B.J. COHLEN

Ben Cohlen(1963) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen en de Universiteit Gent, waar hij cum laude afstudeerde. In 1997 promoveerde hij op onderzoek naar intra-uteriene inseminatie. Daarmee werd de basis gelegd voor een loopbaan waarin patiëntenzorg, wetenschap en onderwijs voortdurend met elkaar verbonden zijn.

Na zijn opleiding tot gynaecoloog in het cluster Utrecht specialiseerde hij zich in de voortplantingsgeneeskunde. Binnen Isala Zwolle vervulde hij gedurende vele jaren functies als gynaecoloog, subspecialist fertiliteit, hoofd van het Fertiliteitscentrum en later voorzitter van het Vrouw-Kind Centrum. In deze rollen droeg hij verantwoordelijkheid voor klinische zorg, opleiding, innovatie en organisatieontwikkeling.

Zijn wetenschappelijke werk richt zich op reproductieve geneeskunde en de kritische evaluatie van behandelingen op effectiviteit, veiligheid en maatschappelijke waarde. Daarnaast is hij nationaal en internationaal actief op het gebied van richtlijnontwikkeling, kwaliteitsverbetering en opleiding van jonge professionals.

Sinds 2025 is Ben hoogleraar en afdelingshoofd Obstetrie en Gynaecologie aan het Leids Universitair Medisch Centrum. In deze functie verbindt hij zorg, wetenschap en onderwijs in de verdere ontwikkeling van mensgerichte, evidence based en toekomstbestendige Obstetrie en Gynaecologie.

Ben woont samen met Nicolien Verrips en heeft 3 volwassen kinderen, Sophie, David en Job.