



Instituut Samenleving & Technologie

Persbericht: Kinderwens op de agenda

"Een berg van opzijgeschoven verdriet"

Fertiliteitsproblemen hebben een grote impact op het psychosociaal welzijn van wensouders. Op 19 oktober 2010 presenteerde het IST de aanbevelingen "Kinderwens op de agenda" aan de commissie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van het Vlaams Parlement, voor een gecoördineerd beleid rond onvervulde Kinderwens.

Eén op zes koppels in Vlaanderen kampt met fertiliteitsproblemen. Uit het onderzoek voor IST-dossier 20, *Fertiliteitsbehandelingen, de realiteit voorbij de technologie*, blijkt dat ongewilde kinderloosheid en fertiliteitsbehandelingen een enorme impact hebben op diverse aspecten van het leven van wensouders: lichamelijk welbevinden, zelfbeeld en zelfvertrouwen, relatie en seksualiteit, sociale relaties, de werksituatie,...

Wat de medisch-technologische aspecten van fertiliteitsbehandelingen betreft speelt Vlaanderen een pioniersrol. De uitdaging bestaat er echter in de psychosociale omkadering op eenzelfde kwaliteitsniveau te brengen en zo bij te dragen tot een verhoogde levenskwaliteit van de wensouders.

Op basis van de 'Rondetafel Kinderwens' met de fertiliteitssector, presenteert het IST vier domeinen van aanbevelingen voor een gecoördineerd beleid rond (onvervulde) kinderwens: Preventie en sensibilisering, de uitbouw van een eerstelijnszorg Kinderwens, psychosociale begeleiding binnen het fertiliteitscentrum en opleiding en onderzoek.

Op 19 oktober 2010 besprak de Commissie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van het Vlaams Parlement de aanbevelingen. Tom Dehaene, voorzitter van de commissie: "De Commissie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkent de ernst van deze problematiek, en heeft dan ook besloten om deze bespreking te houden bij de start van het parlementaire jaar."

Meer info over het onderzoek: Geertrui De Cock, co-auteur Dossier 20: *Fertiliteitsbehandelingen: de realiteit voorbij de technologie* en co-onderzoeker Rondetafel Kinderwens, tel: 0474 506 901

Meer info over de aanbevelingen: Els Van den Cruyce, IST, tel: 02 552 40 48

Meer info over de bespreking in de Commissie: Tom Dehaene, voorzitter commissie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van het Vlaams Parlement, tel: 0475/21.03.96 of tom.dehaene@vlaamsparlement.be

Lees meer in de bijlagen:

- A. Hoeveel mensen worden geconfronteerd met vruchtbaarheidsproblemen?**
Eén op zes koppels.
- B. Wat is de impact van vruchtbaarheidsproblemen?** Confrontatie met een existentiële onmacht. Een rollercoaster van spanning, stress, hoop, angst, verdriet, opluchting, ontgoocheling. Een leven lang parten.
- C. Op welke facetten van het leven van wensouders heeft het volgen van een fertiliteitsbehandeling impact?** Lichamelijk welbevinden, zelfbeeld en zelfvertrouwen, relatie en seksualiteit, sociale relaties, de werksituatie. "Een berg van opzijgeschoven verdriet."
- D. Wat is de Rondetafel Kinderwens?** Het IST brengt de fertiliteitssector samen op zoek naar oplossingen en presenteert 4 domeinen waarop de overheid moet inzetten.
- E. DOMEIN 1: Preventie en sensibilisering.** Mensen bewust maken van hun kwetsbare vruchtbaarheid en het thema bespreekbaar maken (in de media, ook op het werk!,...)
- F. DOMEIN 2: Eerstelijnszorg Kinderwens.** Er is nood aan mogelijkheden voor niet-medische reflectie rond de kinderwens, voorafgaand aan de stap naar het fertiliteitscentrum. Taken voor een dergelijke eerstelijnszorg zijn informatie verstrekken, seksuele voorlichting, preconceptiezorg (lifestyle) en keuzebegeleiding. Dit is een taak voor onder meer de CAWs, huisartsen, zelfstandige vroedvrouwen,...
- G. DOMEIN 3: Psychosociale begeleiding binnen het fertiliteitscentrum.** Binnen het huidige aanbod aan psychosociale begeleiding worden psychologen ingezet als poortwachter bij de screening (Mag deze persoon een behandeling krijgen?) in plaats van als coach of counsellor (Hoe gaat het met deze persoon?). Doorverwijzing gebeurt pas naar aanleiding van een crisis. Een psycholoog binnen het fertiliteitscentrum is een absolute noodzaak (keuzebegeleiding, stressmanagement, bespreekbaar maken van emoties, communicatie tussen partners, rouwverwerking, verwerking van het behandelingsproces,...).
- H. DOMEIN 4: Opleiding en onderzoek.** Professionals in de fertiliteitszorg, zeker de vroedvrouwen en verpleegkundigen, signaleren een tekort aan opleiding en vorming op het vlak van de psychosociale begeleiding van fertiliteitspatiënten. De fertiliteitspsychologie vraagt om een verder professionalisering.
- I. Wat is het IST?**
- J. Overzicht van het volledige project Kinderwens**

A. Hoeveel mensen worden geconfronteerd met vruchtbaarheidsproblemen?

In België spreekt men over vruchtbaarheidsproblemen als een koppel gedurende minstens een jaar onbeschermd betrekkingen heeft, zonder zwanger te worden. Lang niet ieder onvruchtbaar koppel wordt geregistreerd. Er kampen ongetwijfeld meer mensen met vruchtbaarheidsproblemen dan er zich laten behandelen. Schattingen tonen dan ook een grote variatie: subfertiliteit zou 9 tot 15% van de bevolking treffen.

Uit de BELRAP-cijfers (*Belgian Register for Assisted Reproduction*) voor 2006, blijkt dat in 2006 in alle Belgische centra samen in totaal 25.039 ivf/icsi-behandelingen hebben plaatsgevonden. De behandelingen hebben in totaal tot ongeveer 3.500 geboorten geleid.

Een andere indicatie vormen de cijfers van het Studiecentrum voor Prenatale Diagnostiek. Daaruit blijkt dat ongeveer 5% van alle kinderen die in ons land geboren worden, er gekomen zijn dankzij medische begeleide voortplanting (inseminaties of ivf/icsi).

Ook de cijfers over de slaagkansen van een ivf-behandeling tonen heel wat variatie, omdat slaagkans een rekbaar begrip is. De kans dat wensouders, na het starten van een behandelingscyclus, een klein jaar later een gezonde baby in hun armen houden, is ongeveer één op vijf. Rekening houdende met de duur van een ivf-cyclus, kunnen we stellen dat men voor de komst van één kind gemakkelijk twee jaar behandelt met ivf (gerekend aan vijf of zes behandelingen). Kijken we naar alles wat aan een ivf-behandeling voorafgaat, dan is het niet uitzonderlijk dat mensen vijf jaar of langer bezig zijn met pogingen om hun eerste kind te krijgen.

Meer info:

Prof Dr Petra De Sutter, diensthoofd Afdeling Reproductieve Geneeskunde, UZ Gent, tel: 09 332 31 39

Dr Elke D'haeseleer, fertilitateitsarts ZNA, Middelheim Antwerpen, tel: 03 280 24 60

B. Wat is de impact van vruchtbaarheidsproblemen?

Mensen met vruchtbaarheidsproblemen worden, vaak voor het eerst in hun leven, geconfronteerd met **een existentiële onmacht**. Zij kunnen iets niet wat voor andere mensen 'de normaalste zaak van de wereld is'. Bovendien gaat het niet over zomaar om het even wat. Het gaat om het vervullen van een ontwikkelingstaak, om een van die belangrijke overgangsfasen in het volwassen leven. Een **kinderwens** is een bijzonder complex en diepgeworteld gegeven. Ze neemt bij ieder individu een unieke vorm aan, waardoor ongewilde kinderloosheid door iedereen anders beleefd wordt. Het krijgen van kinderen gaat gepaard met bijzonder **sterke emoties**, zowel positieve als negatieve.

Tijdens vruchtbaarheidsbehandelingen worden deze emoties ten top gedreven. De combinatie van al die factoren maakt dat mensen met vruchtbaarheidsproblemen terechtkomen in een soort rollercoaster van spanning, stress, hoop, angst, verdriet, opluchting, ontgoocheling. Voeg hier aan toe dat een behandelingstraject al gauw een paar jaar in beslag kan nemen en het wordt bijna onvermijdelijk dat de kinderwens een obsessief karakter krijgt. De mogelijkheid om te behandelen kan de ongewenste kinderloosheid nog complexer maken. Mensen verkeren daardoor immers langer in een periode van onzekerheid. Men heeft niet alleen praktisch, maar ook mentaal geen vat op de situatie. Die **onzekerheid** wordt door alle vruchtbaarheidspatiënten als het allermoeilijkste ervaren.

Ongewild kinderloos zijn speelt mensen overigens **een leven lang parten**. Het is een van de pijnlijkste ervaringen die een mens kan meemaken. Het betekent niet alleen geen eigen kind kunnen baren, koesteren, opvoeden en zien opgroeien, het betekent ook dat je geen kleinkinderen zal hebben. Ongewenst kinderloos zijn is met andere woorden een probleem waar je de rest van je leven telkens opnieuw mee geconfronteerd wordt. Het is net omdat men erkent dat een onvervulde kinderwens zo'n groot lijden inhoudt, dat men in ons land beslist heeft om vruchtbaarheidsbehandelingen terug te betalen.

Meer info:

Geertrui De Cock, co-auteur Dossier 20: Fertilitetsbehandelingen: de realiteit voorbij de technologie, tel: 0474 506 901

Marijke Moyson, ervaringsdeskundige 0477 28 33 51

Eline Dancet, vroedvrouw KULeuven, doctoreert op "het perspectief van de patiënt in de fertilitetszorg" 0479 6357 11

C. **Wat is de impact van het volgen van een fertiliteitsbehandeling?**

Impact op algemeen welbevinden:

De onzekerheid, de machteloosheid en de grote emoties waarmee de niet vervulde kinderwens gepaard gaat, maken dat behandelingen een enorme impact hebben op diverse terreinen: het zelfbeeld van vrouwen wordt aangetast, de relatie komt onder druk te staan, het seksleven van paren geraakt meestal tijdelijk en soms voor lange tijd verstoord, het sociale leven van de wensouders wordt gekleurd door de onvervulde kinderwens, niet zelden gaan vrouwen zich sociaal isoleren en de moeilijke combinatie van werk en behandelen kan gevolgen hebben voor de loopbaan van de vrouwen in kwestie. Veel vrouwen getuigen van het feit dat hun loopbaan een periode heeft stilgestaan.

In een onderzoek bij 98 vrouwen in een ivf-behandeling, stelde psychiater Koen Demyttenaere van het UZ Leuven vast dat 54,1% van de vrouwen symptomen van een milde depressie vertoonde en 19,4% zelfs matig tot ernstig depressief was. Deze vaststellingen zijn consistent met de conclusies van andere onderzoeken dat bij mensen in fertiliteitsbehandelingen ongeveer dubbel zoveel depressies voorkomen als in de gewone populatie.

Telkens een nieuwe behandelingscyclus stelt het rouwproces uit: "Een berg van opzijgeschoven verdriet"

Verminderde vruchtbaarheid treft koppels in een van de cruciale periodes van hun leven, op het moment dat ze hun relatie, hun carrière, hun leven... aan het uitbouwen zijn. De behandelingen kunnen gemakkelijk een aantal jaren in beslag nemen en zijn bijzonder indringend. Ze vergen van de patiënten een grote flexibiliteit en organisatievermogen. Tijdens een behandelingscyclus moet de patiënte een complex schema volgen van medicatie, bloedprikken, echografische controles... én moet ze haar agenda volledig kunnen richten naar het moment van de ovulatie, de eventuele pick-up en de daaropvolgende terugplaatsing. De behandelingen leggen een grote druk op de relatie en, niet in het minst, op de intimiteit van de betrokkenen. Vrouwen ondervinden in meer of mindere mate lichamelijke en psychologische ongemakken als gevolg van de hormoonbehandelingen enz. Maar wat nagenoeg alle koppels als het moeilijkste ervaren tijdens de fertiliteitsbehandelingen is de emotionele storm waarin ze terechtkomen, een soort rollercoaster van hoop, angst, onzekerheid, spanning, opluchting of net teleurstelling en ontgoocheling als een behandelingscyclus niet tot het verhoopte resultaat leidt, machteloosheid, schuld, schaamte. Er zijn maar weinig koppels in fertiliteitsbehandeling die er in slagen aan deze storm, een al dan niet tijdelijke obsessie met het zwanger worden, te ontsnappen. Toch wordt hier in de medische praktijk nauwelijks ruimte voor gemaakt. Integendeel. Het verdriet om een mislukte behandelingscyclus wordt vaak meteen toegedekt door een nieuwe afspraak op de agenda te prikken, een nieuwe behandelingscyclus waarop men zijn hoop kan vestigen. Hoewel koppels zelf meestal vragende partij zijn om 'zo snel mogelijk (opnieuw) te proberen', riskeert men zo voorbij te gaan aan het feit dat de diagnose van verminderde vruchtbaarheid, elke mislukte poging tot bevruchting en zeker elke miskraam, hoe vroeg ook in de zwangerschap, ook een rouwproces met zich meebrengen.

Een manier om pijnlijke emoties van verdriet, falen, onmacht enz. binnen de fertiliteitsbehandelingen weg te duwen, is door zich onmiddellijk te richten op een nieuwe behandelingscyclus. In bijna alle centra stelt men vast dat sinds ivf/icsi-behandelingen worden terugbetaald, patiënten sneller door de opeenvolgende behandelingen gaan. Geld is immers geen remmende factor meer. Vaak dragen de centra, in hun zorg om patiënten zo efficiënt en snel mogelijk te helpen, er zelf toe bij dat patiënten van behandelingscyclus naar behandelingscyclus leven. Het gevaar hiervan is echter dat er na een mislukte behandelingscyclus geen ruimte wordt gemaakt voor een rouwproces.

Op die manier creëer je een berg van opzij geschoven verdriet. Vaak beseffen mensen niet hoe diep ze zitten, omdat ze enkel met die behandelingen bezig zijn.

Impact op partnerrelatie: Verschillende beleving man-vrouw.

Psychiater Koen Demyttenaere stelt dat de kinderwens bij een vrouw vaak nog fundamenteler is dan bij mannen. 'Het gaat niet alleen om het hebben en zien opgroeien van een kind, maar ook over de intense ervaring van zwanger zijn, bevallen, borstvoeding geven. Dat zijn fundamentele ervaringen die mannen niet delen. Infertiliteit spreekt bij vrouwen diepere lagen aan. Het leed is daardoor ook groter.'

Ook in de manier waarop ze met de stress van de behandeling omgaan verschillen mannen en vrouwen. Sabine Markovitz: 'Vrouwen zijn veel meer met hun emoties bezig. Ze willen erover praten, zoeken steun bij anderen. Mannen zullen veel sneller rationaliseren en zich focussen op andere zaken, zoals het werk.' 'Partners maken heel veel interpretatiefouten over elkaars gedrag', zegt Sabine Markovitz. 'Of ze willen elkaar sparen. Als ze samen bij mij op gesprek komen, bied ik hen een forum waarin ze elkaar zaken kunnen vertellen waar ze anders moeilijk of niet over praten.'

Seksualiteit

Gedurende de behandelingen komt er vaak heel veel druk op de seksualiteit. Nu eens mogen koppels geen geslachtsgemeenschap hebben, dan weer moet het op een precies tijdstip juist wel gebeuren. Op die manier wordt het vrijen te veel of helemaal in het teken van de voortplanting gesteld. Vrijen wordt dan een functioneel gegeven. Een verschrallend seksleven is een enorm taboe. Voor koppels in vruchtbaarheidsbehandelingen kan het echter extra pijnlijk zijn: net op het moment dat ze hun relatie willen verdiepen door kinderen te krijgen, lijkt er een einde te komen aan hun seksuele intimiteit.

Impact op de werksituatie

Een vruchtbaarheidsbehandeling vraagt een grote flexibiliteit en beschikbaarheid van de patiënten. Ze moeten op geregelde tijdstippen naar het ziekenhuis en de momenten van inseminatie of van de pick-up van eicellen en de terugplaatsing van embryo's zijn moeilijk te voorspellen. Bovendien wordt plannen op lange termijn moeilijk: er zit immers altijd een mogelijke zwangerschap of een nieuwe behandeling aan te komen. Koppels durven dan bijvoorbeeld niet lang op voorhand vakanties te plannen. Vrouwen durven geen belangrijke carrièrestappen zetten.

Impact op sociale leven: sociaal isolement

Wel of niet de omgeving inlichten is echter een tweesnijdend zwaard. Het voorkomt dat er onbedoeld grapjes en opmerkingen worden gemaakt die het koppel kwetsen. Sommige mensen ervaren hun omgeving als steunend. Anderzijds blijkt uit veel getuigenissen dat het voor de omgeving vaak heel moeilijk is om een juiste houding te vinden.

De confrontatie met andere koppels die kinderen hebben, de angst voor verkeerde reacties of de tegenzin om te doen of er niets aan de hand is, maakt dat een aantal koppels zich sociaal isoleert. Het etentje bij vrienden wordt afgezegd in de periode dat er 's avonds spuitjes gezet moeten worden. Het kraambezoek wordt met een smoes ontweken omdat het te pijnlijk is. Weekendjes weg met vrienden worden minder leuk... Net op het moment dat mensen er extra nood aan hebben om goed omringd te zijn, riskeren ze daardoor in een situatie terecht te komen waar ze alleen bij elkaar steun kunnen zoeken.

Dat koppels bij familie en vrienden terecht kunnen moet toch wat genuanceerd worden. De mate waarin patiënten steun zoeken bij familie en vrienden is erg persoonsgebonden en de reacties die ze krijgen van hun omgeving worden lang niet altijd als steunend ervaren.

Voortgaan zonder kinderen:

Mensen moeten hun leven, dat zo in het teken gestaan heeft van kinderen krijgen, heroriënteren, en op zoek gaan naar nieuwe bronnen van zingeving. Bovenal moeten ze leren omgaan met hun kinderloosheid, wat voor velen onder hen een levenslange uitdaging blijft.

Voortgaan met kinderen:

Ook bij deze mensen is er een subgroep die niet over de pijn van de behandelingen heen geraakt, van wie het zelfbeeld is aangetast, voor wie de behandelingen een intens emotioneel lijden met zich mee hebben gebracht. Ook psychologe Uschi Van den Broeck maant aan tot voorzichtigheid: "Onderschat de postnatale depressies niet of de relationele en seksuele problemen van koppels die in een jarenlang behandelingsparcours hebben gezeten."

Financiële impact:

Prof Petra De Sutter, UZ Gent, maakte voor het IST dossier een schatting op basis van een ivf-kostprijs van 4.000 euro. De Belrap-statistieken geven aan dat 20% van de pogingen tot een kind leidt, wat betekent dat men ongeveer 20.000 euro per geboren kind zou moeten rekenen. Petra De Sutter: 'Maar reken daarbij de meerkost van de 10% tweelingen die geboren worden en je komt aan een kostprijs van gemiddeld 25.000 tot 30.000 euro per kind dat geboren wordt dankzij medisch begeleide voortplanting.' Wanneer men het echter op lange termijn bekijkt, is de maatschappelijk financiële balans ruimschoots positief, blijkt uit onderzoek. De groep mensen die via medisch begeleide voortplanting ontstaan is, zal in de loop van hun leven de meerkost die nodig was voor hun ontstaan in veelvoud compenseren (werk, belastingen,...).

Meer info:

Geertrui De Cock, co-auteur Dossier 20: Fertiliteitsbehandelingen: de realiteit voorbij de technologie, tel: 0474 506 901

Sabine Markovitz, psychologe ZOL Genk, tel: 089 32 75 21

Ushi Van den Broeck, psychologe UZ Leuven, tel: 016 34 28 60

D. De Rondetafel Kinderwens

Tijdens de Rondetafel Kinderwens (27 april 2010, Vlaams Parlement) bracht het IST diverse experts, stakeholders en ervaringsdeskundigen samen om ten behoeve van het Vlaams Parlement tot een aantal gedragen beleidsaanbevelingen rond deze problematiek te komen.

Naast fertiliteitsartsen, vroedvrouwen, specialisten uit onderwijs, arbeid, gezondheids promotie, vertegenwoordigers van de huisartsen, Kind en Gezin, CAW's, besteedde het IST ook de nodige aandacht aan de participatie van wensouders aan de Rondetafel Kinderwens.

Alle aanbevelingen zijn gedragen door de deelnemers die uiteenlopende achtergronden hebben en uit verschillende hoeken van de sector komen.

Ter info: Namenlijst van de geconsulteerde experts en deelnemers aan de Rondetafel:

Sofie Bauwens, Anne Brewaeys (VUB), Eline Dancet (KULeuven), Erwin Declerck (Vlaamse Liga tegen Kanker), Ilse Delbaere (UZ Gent), Guy De Mesmaecker, Petra De Sutter (UZ Gent), Monique De Visscher (VSKO), Paul Devroey (UZ Brussel, verontschuldigd), Kristof Devuyst (Kind en Gezin), Elke D'haeseleer (ZNA Middelheim), Thomas D'Hooghe (UZ Leuven, verontschuldigd), Geert Hellinckx, Leslie Laenen, Sabine Markovitz (ZOL Genk), Marianne Meire (Bodytalk), Herlinde Moestermans (Vrouwenraad), Willem Ombelet (ZOL Genk, verontschuldigd), Veerle Provoost (UGent), Marie-Jeanne Schoofs (Kind en Gezin), Paul Schotsmans (KULeuven), Veerle Stevens (VIGeZ), Sonja Teughels (Voka), Ann Vanacker (Johnson&Johnson), Elly Van Assche (CAW), Uschi Van den Broeck (UZ Leuven), José Van de Schoor (Freya, Nederland), Tineke Van Haecke (De verdwaalde ooievaar), Eric Van Hoof (ZNA Middelheim), Katelijne Vanhoofstad (ZNA Middelheim), Esther Van Leeuwen (Domus Medica), Gerd Van Nevel (UZA), Inge Van Trimpont (GO!), Christel Verhas (Gezinsbond), Katrien Verhegge (Kind en Gezin)

Het resultaat zijn IST-aanbevelingen geclusterd binnen vier domeinen, waarop beleidsmatig ingezet kan worden.

Vier domeinen voor een gecoördineerd beleid rond (onvervulde) kinderwens:

DOMEIN 1: Preventie en sensibilisering

DOMEIN 2: Eerstelijnszorg

DOMEIN 3: Psychosociale begeleiding binnen het fertiliteitscentrum

DOMEIN 4: Opleiding en onderzoek

De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat in Vlaanderen reeds heel wat instanties initiatieven nemen rond fertiliteit, maar dat dit momenteel zeer versnipperd gebeurt. Er dienen dan ook geen nieuwe instellingen gecreëerd te worden. Wel is beleidsaandacht

nodig, om deze initiatieven op een gecoördineerde manier samen te brengen en te stroomlijnen. Coördinatie en synergie van bestaande initiatieven kan via een beperkte meerkost een grote meerwaarde betekenen voor de levenskwaliteit van wensouders.

[Meer info: Els Van den Cruyce, projectleider Kinderwens, IST, tel: 02 552 4048](#)

E. Domein 1: Preventie en sensibilisering

AANBEVELING 1: ONTWIKKEL EEN COMMUNICATIESTRATEGIE NAAR HET BREDE PUBLIEK VOOR PREVENTIE EN SENSIBILISERING ROND FERTILITEIT EN FERTILITEITSBEHANDELINGEN. ZET HIERBIJ IN OP DE SAMENWERKING VAN BESTAANDE INSTANTIES EN DE COÖRDINATIE VAN INITIATIEVEN.

Preventie en sensibilisering kunnen een hoop leed in de fertiliteitszorg voorkomen.

Nog heel wat jongeren en (toekomstige) wensouders hebben een onvoldoende juiste inschatting van hun fertiliteit en van de invloed van leefstijl en leeftijd op vruchtbaarheid en zwangerschapskansen. De helft van de fertiliteitsproblemen zijn gerelateerd aan lifestylefactoren! Hierrond is een brede maatschappelijke discussie nodig. Preventie moet erop gericht zijn **mensen bewust te maken van hun kwetsbare vruchtbaarheid**.

Zet in op de coördinatie van bestaande initiatieven. Er bestaan reeds veel initiatieven zoals de preventiecampagnes rond roken, obesitas, kanker en het initiatief testjevruchtbaarheid.be. Vruchtbaarheid moet ingebouwd worden in bestaande preventiecampagnes rond bijvoorbeeld tabakspreventie. Je vruchtbaarheid beschermen betekent een extra **positieve insteek en benadering van preventiecampagnes**.

Daarnaast moet ingezet worden op sensibilisering. Sensibilisering maakt communicatie rond fertiliteitsproblemen gemakkelijker, vermindert stress en verhoogt de draagkracht bij wensouders. Stimuleer het bespreekbaar maken van het thema in de media, met de hulp van **bekende Vlamingen**. Infotainment, bijvoorbeeld door het thema in te bouwen in het scenario van een soap, kan een belangrijke rol spelen.

AANBEVELING 2: SENSIBILISEER WERKGEVERS OMTRENT DE COMBINATIE WERK EN FERTILITEITSBEHANDELINGEN

De combinatie van werk en behandelingen gemakkelijker maken neemt een van de belangrijkste bronnen van stress bij fertiliteitsbehandelingen weg.

De realisatie van flexibiliteit op de werkvloer gebeurt het beste op een informele manier. Ze vereist een goede verstandhouding en een goed overleg tussen werkgever en werknemer. **Werknemers (mannen en vrouwen) stellen zich kwetsbaar op door te vertellen dat ze in fertiliteitsbehandeling zijn**. We treffen hier een spanningsveld aan tussen transparantie en privacy. Belangrijk is te werken aan een open communicatie en een wederzijds vertrouwen tussen werkgever en werknemer.

Meer info: [Els Van den Cruyce](#), projectleider Kinderwens, IST, tel: 02 552 4048

F. Domein 2: Eerstelijnszorg Kinderwens

AANBEVELING 3: ZORG VOOR EEN STRUCTURELE ORGANISATIE VAN EEN "EERSTELIJNSZORG KINDERWENS", DOOR DE REEDS BESTAANDE INITIATIEVEN TE STROOMLIJNEN EN TE COÖRDINEREN. CREËER EEN KWALITATIEVE INHOUDELIJKE INVULLING VAN DEZE EERSTELIJNSZORG, ALS EEN VOORTRAJECT VOORAFGAAND AAN DE EVENTUELE STAP NAAR HET FERTILITEITSCENTRUM. OVERWEEG OM DIT VERPLICHT TE MAKEN, ZODRA EEN GOED FUNCTIONEREND EN UITGEBOWD VOORTRAJECT ONTWIKKELD IS.

Er is nood aan mogelijkheden voor niet-medische reflectie rond de kinderwens, voorafgaand aan de stap naar het fertiliteitscentrum. Deze reflectie moet het mogelijk maken de kinderwens helder te stellen en goed geïnformeerde keuzen te maken tussen verschillende evenwaardige alternatieven. Dit betekent ook dat fertiliteitsbehandelingen niet noodzakelijk de eerste keuze zijn. Het voortraject kan er niet enkel voor zorgen dat wensouders betere keuzen maken aangaande het invullen van hun kinderwens, maar ook dat ze beter voorbereid zijn op de fertiliteitsbehandelingen en daardoor minder stress ervaren.

Er is nood aan een structurele organisatie van een eerstelijnszorg Kinderwens. Taken voor een dergelijke eerstelijnszorg zijn informatie verstrekken, seksuele voorlichting, preconceptiezorg (lifestyle) en keuzebegeleiding. Er bestaan reeds heel wat instanties en partijen die op een of andere manier een functie hebben of zouden kunnen hebben met betrekking tot de onvervulde kinderwens (huisartsen, CAW's , VIGez, Kind en Gezin, psychologen, zelfstandige vroedvrouwen, maatschappelijk werkers...).

[Meer info: Els Van den Cruyce, projectleider Kinderwens, IST, tel: 02 552 4048](#)

G.Domein 3: Psychosociale begeleiding binnen het fertiliteitscentrum

AANBEVELING 4: ZORG VOOR DE AANWEZIGHEID VAN EEN OF MEER PSYCHOLOGEN BINNEN HET FERTILITEITSCENTRUM.

Wat is de huidige situatie?

Uit de systematische rondvraag van het IST bij de fertiliteitscentra in Vlaanderen blijkt dat psychosociale zorg voor fertiliteitspatiënten in de verschillende centra op zeer uiteenlopende wijze ingevuld wordt.

Bij de **kleine centra (< 700 cycli)** is in de meeste gevallen de medische en psychische begeleiding en screening gecentraliseerd in de persoon van de arts. De psychologische begeleiding wordt informeel benaderd.

Bij de **middelgrote centra (tussen 700 en 1.000 cycli)** constateren we de grootste verschillen. In deze groep vinden we zowel centra waar nauwelijks expliciete aandacht is voor de psychosociale begeleiding, als een centrum waar iedere ivf-patiënt standaard op gesprek gaat bij de psycholoog. De aanpak van de psychosociale begeleiding is hier sterk afhankelijk van de persoonlijke visie van het afdelingshoofd.

Enkel in de **grote centra (> 1.000 cycli)** is een eigen (deeltijdse) psycholoog aanwezig. De professionele emotionele ondersteuning gebeurt door een psycholoog verbonden aan het centrum die in overleg staat met het team. De psychologen in deze centra hebben vaak verschillende taken, waaronder ook een poortwachtersfunctie.

Patiënten doen slechts in geringe mate op eigen initiatief een beroep op psychologen of counselors. In hun onderzoek, gebaseerd op een redelijk beperkte steekproef van 143 patiënten, stellen Jacky Boivin en haar collega's vast dat maar 8,5 % van de vrouwen en 6,1 % van de mannen een beroep deed op een psycholoog of counsellor. Dat is een erg laag cijfer.

Wat is het probleem bij de huidige situatie?

1. **Psychologen worden in de centra vooral ingezet als poortwachters:** ze zorgen voor screening en diagnose aan het begin van de behandeling of voorafgaand aan bepaalde specifieke behandelingen (doorgaans van bepaalde doelgroepen). Het gaat er dan om na te gaan of de wensouder(s) klaar is (zijn) of geschikt is (zijn) om een fertiliteitsbehandeling te ondergaan. De rol als poortwachter waarbij de psycholoog fertiliteitspatiënten psychisch evalueert binnen het kader van een (mogelijke) fertiliteitsbehandeling, is zeer moeilijk te verenigen met de opdracht van psychosociale begeleiding.
2. **Doorverwijzing in de centra gebeurt doorgaans pas naar aanleiding van een crisis.** Patiënten met emotionele of verwerkingsproblemen worden doorverwezen naar de psycholoog. Op het eerste gezicht lijkt dit logisch: je biedt alleen psychologische begeleiding aan als er een probleem is. Men kan het echter ook anders stellen: een multidisciplinaire aanpak, waarvan psychologische begeleiding een integraal deel uitmaakt, kan juist vermijden dat mensen in de problemen geraken.

Rol van de psychosociale begeleiding? Vermijden dat er een berg van opzijgeschoven verdriet ontstaat.

Fertiliteitsproblemen en -behandelingen hebben een impact op heel wat aspecten van het leven. Daar op een gezonde, heilzame wijze mee omgaan vergt aangepaste *coping*-vaardigheden van patiënten die doorgaans voor de eerste keer met zulke ingrijpende zaken worden geconfronteerd. Net in het aanreiken van manieren om hier goed mee om te gaan, ligt het werkkerrein van de psychologische begeleiding: normaliseren en bespreekbaar maken van al deze gevoelens, keuzebegeleiding, stressmanagement, een platform bieden voor communicatie tussen partners, seksualiteit bespreekbaar maken, rouwverwerking, het verwerken van het behandelingsproces.

De psycholoog in het fertiliteitscentrum is een noodzaak in het kader van de algemene levenskwaliteit van de wensouders.

Belangrijk is dat hij of zij een volwaardig deel uitmaakt van een multidisciplinair team. De psycholoog in een fertiliteitscentrum heeft diverse functies. Het is niet nodig dat hij of zij alle wensouders zelf ziet. De psycholoog in het centrum kan daarnaast een rol opnemen in het coachen en opleiden van de andere teamleden om psychosociale zorg te verlenen. Hij of zij kan bijdragen aan de opleiding van het personeel en de ondersteuning in zaken die met het psychologische te maken hebben. De rol van de psycholoog in een fertiliteitscentrum ligt dus niet enkel in relatie tot de wensouder, maar ook in het versterken van de draagkracht binnen het team. Mits opleiding kan het verzorgend personeel heel wat van de emotionele begeleiding op zich nemen.

AANBEVELING 5: VERSTERK DE CAPACITEIT VAN HET TEAM AANGAANDE DE PSYCHOSOCIALE BEGELEIDING VAN WENSOUDERS. BIED DE ZORGVERLENERS BINNEN HET FERTILITEITSCENTRUM MEER TIJD, OPLEIDING EN INSTRUMENTEN OM DE PSYCHOSOCIALE BEGELEIDING TE OPTIMALISEREN.

Naast het investeren in de aanwezigheid van een psycholoog binnen het centrum is het even noodzakelijk om te investeren in de opleiding van teamleden, zoals vroedvrouwen, verpleegsters, secretariaatsmedewerkers, ...

Psychosociale begeleiding betekent een correcte attitude van de zorgverstrekkers en de diverse teamleden ten opzichte van de wensouder. Daarnaast heeft een deel van de wensouders (20 procent) behoefte aan een meer intensieve psychosociale begeleiding. Het hele team heeft een signaalfunctie om deze kwetsbaardere wensouders te identificeren.

Meer info: [Els Van den Cruyce, projectleider Kinderwens, IST, tel: 02 552 4048](#)

G. DOMEIN 4: OPLEIDING EN ONDERZOEK**AANBEVELING 6: ZET DE KINDERWENS OP DE AGENDA VAN OPLEIDINGS- EN ONDERZOEKSINSTELLINGEN**

Professionals in de fertiliteitszorg, zeker de vroedvrouwen en verpleegkundigen, signaleren een tekort aan opleiding en vorming op het vlak van de psychosociale begeleiding van fertiliteitspatiënten.

Zet het thema kinderwens op de onderzoeksagenda. Hier is een taak weggelegd voor de Vlaamse onderzoeksinstellingen (universiteiten, hoger onderwijs...). Stimuleer kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar de effecten van het huidige beleid inzake fertiliteitsbehandelingen en de psychosociale begeleiding van fertiliteitspatiënten, en dit op lange termijn en vanuit een holistische invalshoek.

De fertiliteitspsychologie vraagt om een verdere professionalisering. Er moet gewerkt worden aan een integratie van onderzoek, onderwijs en de klinische praktijk. Daarnaast is een professionele instantie nodig om de behoeften en belangen van fertiliteitspatiënten in kaart te brengen.

[Meer info: Els Van den Cruyce, projectleider Kinderwens, IST, tel: 02 552 4048](#)

H. Wat is het IST?

Instituut Samenleving & Technologie

Het Instituut Samenleving en Technologie is een autonome organisatie verbonden aan het Vlaams Parlement. Het Instituut Samenleving en Technologie maakt de wisselwerking tussen samenleving, wetenschap en technologie zichtbaar door onafhankelijk onderzoek, publiek debat en glasheldere communicatie. Het Instituut formuleert aanbevelingen aan de leden van het Vlaams Parlement en informeert doelgroepen en het publiek. Meer info: www.samenlevingentechnologie.be.

I. Overzicht van het volledige project Kinderwens van het IST

1. Dossier Fertiliteitsbehandelingen: de realiteit voorbij de technologie (2009)

Op basis van het onderzoek (interviews van ervaringsdeskundigen, stakeholders en experts) voor IST-dossier 20, *Fertiliteitsbehandelingen, de realiteit voorbij de technologie* (november 2009), blijkt dat ongewilde kinderloosheid en fertiliteitsbehandelingen een enorme impact hebben op diverse aspecten van het leven van wensouders: lichamelijk welbevinden, zelfbeeld en zelfvertrouwen, relatie en seksualiteit, sociale relaties, de werksituatie,...



2. Rondetafel Kinderwens



Aan deze Rondetafel ging een grondige inhoudelijke voorbereiding vooraf. Het IST liet een

systematische bevraging uitvoeren bij fertilitateitsartsen, vroedvrouwen, psychologen en de wensouders zelf. Het onderzoeksteam interviewde de afdelingshoofden van alle Vlaamse B-centra (fertilitateitscentra met een eigen labo) en van twee A-centra (centra die voor de laboratoriumbewerkingen afhankelijk zijn van een B-centrum) en twee individuele in fertilitateitsgeneeskunde gespecialiseerde gynaecologen. De conclusies hiervan en de resultaten van focusgroepen met vroedvrouwen, psychologen en wensouders en van bijkomende interviews met stakeholders uit specifieke domeinen, vormden de basis voor de besprekingen tijdens de Rondetafel.

Tijdens de Rondetafel Kinderwens (27 april 2010, Vlaams Parlement) bracht het IST diverse experts, stakeholders en ervaringsdeskundigen samen om ten behoeve van het Vlaams Parlement tot een aantal gedragen beleidsaanbevelingen rond deze problematiek te komen.

De aanbevelingen werden op 19 oktober voorgesteld aan de commissie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van het Vlaams Parlement.