

**Bachelorproef
Professionele Opleidingen
Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk**

Academiejaar 2020-2021

**Donorconceptie, een alternatieve vorm van
gezinsvorming:
De nood aan psychosociale begeleiding van (wens)ouders**

Bachelorproef aangeboden door
Els Willaert
tot het behalen van de graad van
Bachelor in de Gezinswetenschappen
Bachelorproefbegeleider
Hans Van Crombrugge

**Bachelorproef
Professionele Opleidingen
Studiegebied Sociaal-Agogisch Werk**

Academiejaar 2020-2021

**Donorconceptie, een alternatieve vorm van
gezinsvorming:
De nood aan psychosociale begeleiding van (wens)ouders**

Bachelorproef aangeboden door
Els Willaert
tot het behalen van de graad van
Bachelor in de Gezinswetenschappen
Bachelorproefbegeleider
Hans Van Crombrugge

Voorwoord

Enkele jaren geleden, na de geboorte van mijn zoon, besloot ik de opleiding Gezinswetenschappen (volwassentraject) aan de Odisee Co-Hogeschool te volgen. Deze opleiding bracht me heel wat nieuwe kennis over de diversiteit van gezinssituaties binnen onze maatschappij. Deze diversiteit en hoe diversiteit wordt benaderd vanuit de maatschappij, boeit me enorm.

Tijdens mijn stage bij KeKi, Kenniscentrum voor Kinderrechten, werkte ik aan een eigen project rond het recht op kennen van de ouders. In welke diverse gezinssituaties staat dit recht onder druk? Eén van deze situaties is de gezinsvorming met donorconceptie.

Ook ik, als alleenstaande moeder van een zoontje van 3 jaar, wil een tweede kind verwerven met de hulp van een spermadonor. Het alleenstaand moederschap is voor mij niet de eerste keuze, wel is het een bewuste beslissing als gevolg van wat het leven me bracht. Vanuit mijn eigen ouderschap en het ervaren van een tekort aan begeleiding bij de keuze tot donorconceptie, was mijn keuze voor het thema snel gemaakt.

Waar ik me bij mijn stage focuste op de beleving van de kinderen rond de diversiteit aan alternatieve gezinssamenstellingen, focus ik me in dit eindwerk op de beleving en het begeleiden van de ouders bij het vormen van een alternatieve gezinsvorm. Zowel tijdens mijn stage, als bij dit eindwerk, kan ik aantonen dat ouder en kind elkaar beïnvloeden binnen een dynamisch gezinsleven, waarbij hun context niet kan worden miskend. Een visie die ik me eigen maakte binnen de opleiding.

Graag wil ik mijn bachelorproefbegeleider Hans Van Crombrugge bedanken. Dankzij hem slaagde ik erin dit eindwerk te voltooien en tot een hoger niveau te brengen.

Daarnaast wil ik Isabel (anoniem) bedanken voor haar verhaal bij het opbouwen van de casus. Ook Astrid Indekeu die me meermaals te woord stond en informatie doorspeelde had ik graag bedankt. Verder waren er de vrijwilligers van vzw Donorfamilies en een medewerker van vzw Steunpunt Adoptie die mij inzicht gaven in hun werking. Ook Julie Nekkebroeck (UZ Brussel), Shanti Van Genechten (vzw Kinderwens) en Lisa De Roeck (KeKi) wil ik hartelijk bedanken voor hun extra bijdrage kort voor de deadline van dit eindwerk.

Het moeilijke coronajaar heeft voor vertraging gezorgd in het maken van mijn eindwerk. Daarom nog een extra dank je wel aan mijn familie, in het bijzonder mijn zus, die me steunde tot het laatste moment.

VOLMACHT BACHELORPROEF

Opleiding:	BACHELOR IN DE GEZINSWETENSCHAPPEN	
	Voornaam	Naam
Student:	Els	Willaert
Interne begeleider bachelorproef:	Hans	Van Crombrugge
Titel bachelorproef	Donorconceptie, een alternatieve vorm van gezinsvorming: de nood aan psychosociale begeleiding van (wens)ouders	
<p>Op grond van artikel 96, §6 van het OER komt aan Odisee een gratis recht toe tot gedeeltelijk of volledig gebruik van de bachelorproef voor doeleinden van onderwijs en wetenschappelijk onderzoek voor de hele beschermingsduur van de bachelorproef.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ik bevestig hierbij dat de (gezins)situaties die beschreven staan in mijn bachelorproef expliciet en voldoende geanonimiseerd werden met respect voor de privacy van alle betrokkenen. Mijn digitale bachelorproef mag dus online ter beschikking worden gesteld (duid hieronder één mogelijkheid aan)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> voor Odisee studenten en personeelsleden via de bibliotheekcatalogus LIMO <input type="checkbox"/> voor iedereen (internetbreed) via de bibliotheekcatalogus LIMO</p> <p><input type="checkbox"/> Mijn bachelorproef bevat informatie die vertrouwelijk moet behandeld worden. Mijn bachelorproef moet vertrouwelijk blijven voor</p> <p><input type="checkbox"/> 5 jaar <input type="checkbox"/> 99 jaar (*)</p> <p>(*) Let op! Indien de externe partner met wiens medewerking de bachelorproef tot stand is gekomen om de vertrouwelijkheid van het werkstuk heeft verzocht dien je dit strikt te respecteren en dit vakje aan te vinken. Doe je dit niet, dan ben je zelf aansprakelijk voor de eventuele schade.</p> <p>Datum: 12 / 07 / 2021</p> <p>Handtekening: Els Willaert</p>		

ABSTRACT BACHELORPROEF
ACADEMIEJAAR 2020-2021

Opleiding:	BACHELOR IN DE GEZINSWETENSCHAPPEN	
	Voornaam	Naam
Student:	Els	Willaert
Bachelorproefbegeleider	Hans	Van Crombrugge
Titel bachelorproef	Donorconceptie, een alternatieve vorm van gezinsvorming: de nood aan psychosociale begeleiding van (wens)ouders	
<p>Kern- / trefwoorden bachelorproef: Donorconceptie, wensouders, fertiliteitsbehandelingen, psychosociale begeleiding, belang van het kind, MBV-wet</p> <p>Onderzoeksvraag: Op welke manier kan de psychosociale begeleiding bij (wens)ouders die keizen voor donorconceptie worden verbeterd en toegankelijk gemaakt worden voor iedereen?</p> <p>Korte samenvatting bachelorproef:</p> <p>Gezinsvorming met donorconceptie, is een complex gegeven. Naast het taboe over infertiliteit en donorconceptie, kan de donor gezien worden als een bedreiging voor de niet-genetische ouder. Sommige wensouders starten aan het traject zonder een degelijke rouwverwerking. De ouders kunnen zich zorgen maken om het welzijn van hun donorkind. De vraag is: welke psychosociale begeleiding is voor er handen en is er ruimte tot verbetering?</p> <p>De MBV-wet bepaalt dat psychologische begeleiding moet aangeboden worden, maar zegt niet hoe dit moet gebeuren. Elk fertiliteitscentrum vult deze begeleiding naar eigen wens in. De aandacht gaat naar het screenen van de wensouder. Een screening die niet voor elke doelgroep op een gelijke manier verloopt.</p> <p>Bij de begeleiding van (wens)ouders is nood aan aandacht voor de belangen van het donorkind, dat geen inspraak heeft in zijn conceptie. Eenmaal bekend met zijn conceptierealiteit kan hij mee participeren aan de verdere invulling van de donor binnen het gezinsverhaal.</p> <p>De belangen van het kind kunnen lijnrecht staan tegenover die van de ouders. Een stappenplan voor de ouder om alle belangen tegen elkaar af te wegen kan dialoog tussen ouder en kind versterken. De gezinsvorming met donorconceptie heeft een dynamisch karakter en werkt lang na de conceptie door.</p> <p>De begeleiding na de conceptie wordt door ouders als een tekort ervaren. Doel is de begeleiding van wensouders én ouders bij gezinsvorming met donorconceptie,</p>		

toegankelijk te maken voor iedereen. Deze taak kan worden opgenomen door een expertisecentrum voor donorconceptie en starten met een verplichte infosessie.

Aan de hand van een balansmodel kunnen de protectieve- en risicofactoren van elke wensouder worden gewogen. Zo wordt elke ouder op een gelijkwaardige manier gescreend a.d.h.v. zijn individuele situatie, waarbij de wensouder niet meer wordt geweigerd omwille van één aspect in zijn leven.

Een expertisecentrum voor donorconceptie is een must in het begeleiden van (wens)ouders. Dit centrum neemt de taak op zich om de belangen van de (wens)ouders te behartigen bij het beleid. Wat betreft de begeleiding van (wens)ouders bij donorconceptie, is nog heel wat werk aan de winkel.

Referentielijst:

1. Benward, MS. (2015, 30 juli). Mandatory counseling for gamete donation recipients: ethical dilemmas. *Fertility and sterility*, September 2015 (104), pp. 507-512.
2. Freeman, T. (2015, 5 maart). Gamete donation, information sharing and the best interest of the child: an overview of the psychological evidence. *Monash Bioethics Review* 33 (1), pp. 45- 63.
3. Hammer Burns, L., & Covington, S.N. (1999). *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. London: The Parthenon Publishing Group Limited. In
4. Indekeu, A. (2016). *Anders en toch gewoon: Families na donorconceptie*. Leuven: Uitgeverij LannooCampus
5. Wyverkes, E., & Buysse, A. (2015). Een derde in het gezin. Onderzoek naar gezinsvorming via donorconceptie. *Systeemtherapie* 27 (4), pp. 208-219.

E-mailadres:

Willaertels@icloud.com

Inhoudstafel

Voorwoord	1
VOLMACHT BACHELORPROEF.....	2
ABSTRACT BACHELORPROEF.....	3
ACADEMIEJAAR 2020-2021.....	3
Inleiding.....	9
Hoofdstuk 1 Probleemstelling.....	10
1.1 Donorconceptie in België.....	10
1.1.1 Probleemoriëntatie	10
1.1.2 Vraagstelling	12
1.2 Praktijkgerichte probleemverkenning: Het verhaal van een bewust alleenstaande moeder 13	
1.2.1 De beslissing	13
1.2.2 Het traject.....	14
1.2.3 Hoe Isabel Informatie verkreeg en ondersteuning ervaarde	16
1.2.4 Het ouderschap	18
1.2.5 Tijdlijn en balansmodel.....	20
1.3 Veranderingsdoelen	22
1.4 Werkwijze bij het opbouwen van wetenschappelijke inzichten	22
Hoofdstuk 2 Donorconceptie, de beleving van de ouders.....	24
2.1 Inleiding.....	24
2.2 Van kindwens naar ouderschap	24
2.2.1 De kindwens	24
2.2.2 Onvruchtbaarheid.....	25
2.2.3 Intergenerationaliteit, loyaliteit en existentiële schuld	26
2.2.4 Wat betekent ouderschap bij het aflossen van de existentiële schuld?.....	27
2.3 Wensouders bij donorconceptie	28
2.3.1 Soorten wensouders en hun opties	28
2.3.2 Niet- conventionele gezinsvorming.....	29
2.3.3 Culturele diversiteit en stigma rond onvruchtbaarheid en donorconceptie	30
2.3.4 Het netwerk	31
2.4 Belangrijke thema's bij de keuze voor de donorconceptie.....	33
2.4.1 Het verlies van genetische verwantschap	33
2.4.2 Keuze voor anonieme of gekende donor	34
2.4.3 De bekendmaking aan het netwerk	36
2.4.4 Impact op de partnerrelatie	37
2.5 Ouderschap na donorconceptie	37

2.5.1	Het ouderlijk en relationeel functioneren binnen de donorfamilie	37
2.5.2	De bekendmaking aan het kind	38
2.5.3	De plaats van de donor binnen het gezinsverhaal	41
2.5.4	De groei naar het (psycho)sociaal ouderschap	42
2.5.5	Vzw Donorfamilies, het belang van een lotgenotengroep	45
2.6	Terugkoppeling van wetenschappelijke inzichten naar de casus.....	47
2.6.1	Isabel haar kinderwens	47
2.6.2	Isabel haar netwerk en de bekendmaking van de donorconceptie	47
2.6.3	Verlies van genetische verwantschap	48
2.6.4	Anonieme of gekende donor	49
2.6.5	Het ouderschap	49
2.7	Besluit.....	51
 Hoofdstuk 3 Donorconceptie vanuit het perspectief van het kind		52
3.1	Inleiding.....	52
3.2	Psychosociaal functioneren van het donorkind.....	52
3.2.1	Invloed van wel/niet bekendmaking op het psychosociaal functioneren van het kind ...	53
3.2.2	Interesse voor de donor en identiteitsvorming van het kind	55
3.3	Kinderrechten als leidraad bij het begeleiden van (wens) ouders bij donorconceptie .	57
3.3.1	Artikel 7, het recht van het kind op kennen van de afstamming na donorconceptie.	57
3.3.2	De ouder en het kindbeeld	58
3.3.3	Participatie van het (ongeboren) kind verwekt door donorconceptie	59
3.3.4	Afwegen van belangen van het kind en de ouder	60
3.3.5	De keuze tot anonieme of gekende donor in het belang van het kind.....	61
3.3.6	Bekendmaking of geheimhouding in het belang van het kind.....	61
3.3.7	Het gevaar van sentimentalisering.....	63
3.4	Terugkoppeling van wetenschappelijke inzichten naar de casus.....	65
3.4.1	De bekendmaking in het belang van Isabel haar zoon.....	65
3.4.2	De ID-release donor, de anonieme eiceldonor en het belang van Isabel haar zoon	66
3.4.3	Kiezen voor participatie, autonomie en bescherming van Isabel haar zoon	67
3.5	Besluit.....	68
 Hoofdstuk 4 Donorconceptie: regelgeving en de rol van de counselor		70
4.1	Inleiding.....	70
4.2	Stukje geschiedenis	70
4.2.1	Medische behandeling/ denkkaders	70
4.2.2	Psychosociale begeleiding	71
4.3	Wetgeving rond begeleiding bij donorconceptie in België	72

4.3.1	Wet betreffende de medische voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten.	72
4.4	Transparantie en informatie, een online zoektocht naar een geschikt fertiliteitscentrum	73
4.4.1	Welke behandeling voor welke wensouders	75
4.4.2	Anonieme of gekende donoren.....	77
4.5	Psychische begeleiding en/of screening	78
4.5.1	Informatie over de psychologische begeleiding/ screening bij de 'online'-fertiliteitscentra	78
4.5.2	Wie is de counselor?.....	80
4.5.3	De taak van de counselor: een behandelend of oordelend karakter	82
4.5.4	Het toekomstige kind in beeld bij de counselor.....	86
4.5.5	Counseling na het fertiliteitstraject.....	87
4.6	Ervaringen van de wensouder bij de counselor.....	88
4.6.1	Psychologische begeleiding/screening, noodzaak of niet?	88
4.6.2	Reden van weigering	92
4.6.3	Autonomie van de wensouder	94
4.7	Terugkoppeling van wetenschappelijke inzichten naar de casus.....	95
4.7.1	Transparantie en informatie.....	95
4.7.2	Counseling	96
4.7.3	Isabels autonomie	97
4.8	Besluit.....	98
Hoofdstuk 5	Veranderingsstrategieën	99
5.1	Inleiding.....	99
5.2	<i>Een gelijkwaardige screening voor elke wensouder waarbij aandacht is voor duidelijke, transparante informatie over de screening en over het resultaat.</i>	100
5.2.1	Inleiding	100
5.2.2	Waarom verschil in aanpak per doelgroep niet gewenst is	100
5.2.3	Hoe de screening kan verlopen	102
5.2.4	Hoe screening verloopt bij de adoptieprocedure	103
5.2.5	Het beste uit beide werelden voor het screenen van wensouders bij donorconceptie.	105
5.2.6	Mogelijke resultaten en beperkingen	106
5.3	<i>Een toegankelijke (psychosociale)begeleiding en transparante informatie voor elke (wens)ouder bij donorconceptie - Het expertisecentrum voor donorconceptie</i>	106
5.3.1	Inleiding	106
5.3.2	De gewenste counseling voor (wens)ouders bij het gebruik van donorgameten	107
5.3.3	Waarom kiezen voor een expertisecentrum?	109
5.3.4	Het expertisecentrum: Visie	111

5.3.5	Het expertisecentrum: Missie	112
5.3.6	Het expertisecentrum: Kerntaken	113
5.3.7	Het expertisecentrum: Positionering, profilering en partners	113
5.3.8	Het expertisecentrum: Wie is wie binnen onze organisatie?	114
5.3.9	Het expertisecentrum: Strategische (SD) - en operationele doelstellingen (OD)	115
SD 1.	Informatie en advies verstrekken aan alle (wens)ouders, donorkinderen en donoren met aandacht voor de diversiteit aan relatiestatus en gezinscultuur.	115
SD 2.	Het expertisecentrum biedt laagdrempelige groepsessies en workshops aan voor alle (wens)ouders (donorkinderen en donoren)	118
SD 3	Het expertisecentrum biedt individuele psychosociale begeleiding aan op maat van de hulpvraag, zonder oordelend karakter	120
SD 4	Het expertisecentrum ontwikkelt een digitaal platform voor alle (wens)ouders, donorkinderen en donoren	121
SD 5	Het expertisecentrum fungeert als brug tussen fertiliteitscentra en wensouders	121
SD 6	Het expertisecentrum behartigt de belangen van de (wens)ouders bij beleidsmedewerkers	121
5.3.10	Het expertisecentrum: gelijkenkansenbeleid	122
5.3.11	Mogelijke resultaten en beperkingen	123
5.3.12	Feedback door Shanti Van Genechten, directeur vzw Kinderwens	124
5.4	<i>(Wens)ouders ondersteunen bij te nemen beslissingen in het belang van het (toekomstige) donorkind – een stappenplan</i>	125
5.4.1	Inleiding	125
5.4.2	Vooruitkijken naar het ongeboren kind	126
5.4.3	Een stappenplan ter ondersteuning bij het maken van beslissingen	127
Stap 1:	Belangen van het kind	128
Stap 2:	Belangen van de ander	132
Stap 3:	afweging van de belangen	134
Stap 4:	De beslissing	137
5.4.4	Mogelijke resultaten en beperkingen	138
5.4.5	Feedback door een medewerker van Keki	139
5.5	Besluit	139
Besluit	141	
Bronnenlijst	143	
Bijlagen	148	
Bijlage 1:	Afwegingsmodel risico-en protectieve factoren donorconceptie	148
Bijlage 2:	Brochure Expertisecentrum voor Donorconceptie	150
Bijlage 3:	Stappenplan	152

Inleiding

Kinderen krijgen start met een kinderwens. Helaas is deze wens realiseren niet voor iedereen zomaar mogelijk. De redenen hiervoor kunnen divers zijn. Eén van beide partners kan onvruchtbaar blijken of drager zijn van een genetisch overdraagbare aandoening en daardoor niet geholpen kunnen worden met een fertiliteitsbehandeling met eigen gameten. Ook kan er sprake zijn van 'sociale onvruchtbaarheid': holebi- koppels zijn biologisch gezien niet in staat om samen een kind te verwekken, alleenstaanden staan voor de keuze om alleen een kind te krijgen en op te voeden.

De wensouder kan ervoor kiezen kinderloos te blijven of op een andere, alternatieve manier het ouderschap op te nemen. Sommige wensouders kiezen ervoor over te gaan tot adoptie of pleegouderschap. Een andere mogelijkheid is die van donorconceptie.

In mijn eindwerk beperk ik me tot donorconceptie, specifiek tot het begeleiden van (wens)ouders bij gezinsvorming via donorconceptie. Ik wil jullie hierbij meennemen in de vele vragen en uitdagingen waarmee wensouders geconfronteerd worden. Hoewel elke wensouder vertrekt vanuit dezelfde wens, nl. het krijgen van een kind, zullen we zien dat vragen en uitdagingen situatie-specifiek kunnen zijn. Ook zullen we zien dat gezinsvorming via donorconceptie een dynamisch proces is en niet eindigt bij de zwangerschap. Tot lang na de conceptie kunnen de ouders, en met hen ook de donorkinderen, voor nieuwe vragen en uitdagingen staan.

Ook de context waarin het gezin zich bevindt, speelt bij het maken van beslissingen een grote rol. De cultuur en maatschappij waarin de (wens)ouder én het (toekomstige)kind leven, bepalen mee de openheid/ aanvaardbaarheid van de donorconceptie.

Ik baseer mijn werk op mijn eigen ervaring en de verhalen van mede (wens)ouders. Hierbij merk ik op dat er heel wat vragen zijn rond de beslissing, de gevolgen van conceptie op het kind en de bekendmaking ervan aan het kind. Op deze thema's ga ik dieper in. Thema's die verder nog aan bod komen bij de keuze voor de conceptie zijn: de verschillende soorten wensouders, rouw rond het verlies van fertiliteit en genetische verwantschap met het kind, de donorconceptie als niet-conventionele gezinsvorming, de keuze voor een anonieme of gekende donor, culturele diversiteit en stigma rond infertiliteit en donorconceptie, het netwerk en de impact van donorconceptie op de partnerrelatie.

Eénmaal de zwangerschap gerealiseerd is en/of het kind geboren is, zullen we zien dat het een uitdaging is voor de niet-genetische ouder om te groeien in zijn (psycho)sociaal ouderschap. Welke plaats krijgt de donor in het gezinsverhaal? Beslist de ouder over te gaan tot bekendmaking aan het kind en hoe gebeurt dit?

Mijn eindwerk start vanuit een probleemstelling waaruit een aantal vragen zullen volgen. Op de eerste plaats probeer ik een beter inzicht te krijgen over mogelijke antwoorden op de vragen vanuit een casus. Antwoorden die me in staat stellen drie veranderingsdoelen te formuleren. Daarna volgen drie hoofdstukken die het thema bespreken vanuit de wetenschappelijke literatuur rond donorconceptie bij de beleving van de (wens)ouders, de kinderen en de professionals. Tot slot gebruik ik alle verworven kennis vanuit de literatuur en de casus om mijn veranderingsdoelen om te zetten naar drie concrete veranderingsstrategieën die de psychosociale begeleiding voor (wens)ouders bij donorconceptie kan optimaliseren.

Hoofdstuk 1 Probleemstelling

1.1 Donorconceptie in België

1.1.1 Probleemoriëntatie

Vanuit mijn wens om als alleenstaande moeder een brusje te geven aan mijn zoon, ben ik me al een jaar of twee aan het verdiepen in donorconceptie.

Wanneer ik op het internet op zoek ga naar informatie rond donorconceptie, vind ik aan de ene kant een kluwen aan informatie, aan de andere kant vind ik niet waar ik met al mijn vragen naartoe kan. Ja, er zijn een aantal belangengroepen (vzw Donorfamilies, vzw Donorkinderen...) die zich richten naar (wens)ouders en/of hun donorkinderen. Ze geven informatie mee over de wetgeving rond donorconceptie en delen interessante ervaringen en artikels rond donorconceptie. Ook raden ze een aantal boeken voor de ouders en/of de kinderen over de te maken keuzes en de betekenis van donorconceptie.

Ook in de actualiteit duiken verhalen op over donorconceptie. Verhalen over fertiliteitsartsen die knoeien met het donorzaad of donors die er maar op los doneren, zoals te zien in de documentaire 'Het zaad van Karbaat' (Busman, van Erp, & Guttman 2021). Daarnaast zijn vaak berichten te lezen over donorkinderen die op zoek gaan naar hun 'donorvader'. Een bekend verhaal is dat van Steph Raymaekers (Beel, 2 januari 2021) die na een jarenlange zoektocht haar 'donorvader' heeft gevonden. Deze verhalen kunnen gepaard gaan met een lijdensweg die de donorkinderen ervaren. Het zijn verhalen die de wensouders kunnen laten twijfelen bij hun beslissing om gebruik te maken van donorconceptie.

Hoe meer ik me online verdiep, hoe meer vragen ik krijg over de te maken beslissingen en of donorconceptie wel een juiste keuze is. Zo staat op de site van vzw Donorfamilies (2019) te lezen dat er in België enkel de mogelijkheid is voor anonieme donatie, tenzij je zelf een gekende donor aanbrengt. Wat als ik, als wensouder, een gekende donor wil? Waar kan ik die vinden als ik geen kandidaten heb binnen mijn netwerk? En hoe gaat dit in zijn werk, een gekende donor binnen de fertiliteitscentra?

Een interessant boek dat ik las, 'Anders en toch gewoon: families na donorconceptie' van Astrid Indekeu (2016) biedt een heel deel vragen en mogelijke antwoorden aan waar ouders tijdens het hele traject van gezinsvorming met donorconceptie voor staan. Hoe en wanneer lichten ze hun kind in over de donorconceptie? Wat voor de ene wensouder een evidentie lijkt, is dat daarom niet voor een andere. Er is de drang om een kind te krijgen en op te voeden, ook al betekent dit voor sommige wensouders dat je niet langer een genetische verwantschap hebt met je kind.

Daarnaast blijkt dat er nog steeds een stigma hangt rond infertiliteit en donorconceptie. Hoe vertel je aan je netwerk wat je van plan bent te ondernemen? En hoe zullen je eigen ouders reageren wanneer ze vernemen dat hun kleinkind niet genetisch verwant is (Indekeu, 2016)?

Kortom, het waarmaken van een kindervens via donorconceptie blijkt een moeilijke beslissing waar heel wat bij komt kijken.

Waar kan ik, als wensouder, dan terecht met al mijn vragen en zorgen rond de donorconceptie? Stap ik onmiddellijk naar een fertiliteitscentrum? En welk fertiliteitscentrum is voor mij het meest geschikt?

Op de sites van fertiliteitscentra staat heel wat te lezen over de medische behandeling. Voor de start van de behandeling zal je een medisch consult krijgen. Hier en daar lees je dat er eerst een psychologisch gesprek aan vooraf gaat. Word ik dan beoordeeld op mijn mogelijk ouderschap?

De wet bepaalt dat alle centra aan de wensouders een psychologische counseling moeten aanbieden voor en tijdens de behandeling. De wet bepaalt ook dat elk fertiliteitscentrum verplicht is tot de nodige transparantie en het verschaffen van informatie betreffende deze behandeling. Maar de fertiliteitscentra mogen aan de hand van een gewetensclausule zelf bepalen welke behandelingen ze accepteren of weigeren uit te voeren. Deze keuzes hangen af van hun filosofische en de psychologische positie ten aanzien van de ethische legitimiteit van donaties (vzw Donorfamilies, 2019). Dit maakt dat elk fertiliteitscentrum op een andere manier te werk gaat en zelf ook de keuze kan maken wie ze wel/niet behandelen. Hoe beslis ik, als wensouder welk fertiliteitscentrum het beste past bij mijn noden? Kan ik als wensouder bij deze vraag begeleid worden?

En wat met de ouders die tijdens het opvoeden van hun kind voor nieuwe vragen als gevolg van de donorconceptie komen te staan? Kunnen ze met al deze vragen terecht binnen de fertiliteitscentra? Of is er een andere plaats waar ze voor specifieke begeleiding na de donorconceptie terecht kunnen? Mij lijkt niet voor iedere persoon een psychologisch gesprek, noch een medisch consult de ideale plek om vragen rond vb. de opvoeding van donorkinderen te bespreken.

Ouders kunnen zich afvragen wat de invloed is van het gebruik van donorconceptie op het welzijn van hun kind. Zoals ik reeds aanhaalde zijn er heel wat verhalen over donorkinderen die op zoek gaan naar hun donor. Ook is onlangs het afstammingscentrum opgericht. Op hun site staat te lezen dat ze kinderen, adolescenten en volwassenen ondersteunen in hun zoektocht naar afstammingsinformatie. Daarnaast biedt het centrum ook psychosociale ondersteuning (Afstammingscentrum, z.d.). Wanneer een wensouder deze informatie leest, kan hij zich daarbij de vraag stellen of hij zijn kind tekortdoet bij de keuze voor een anonieme donor, waarbij de identiteit niet te achterhalen is.

Voor mij, als gezinswetenschapper reikt de vraag over het welzijn van het kind veel verder. Er is heel wat inkt gevloeid over het recht van het kind om zijn afstamming (art. 7, IVRK) te kennen (Pluym, 2012). Is het dan niet belangrijk dat de wensouder kennis heeft over dit recht? Welk spanningsveld ontstaat er dan tussen dit recht en het recht van de ouder op het krijgen van een kind? Ook hier lijkt me weer een degelijke begeleiding noodzakelijk. Dit recht van het kind kan niet ontkend worden, zeker niet aangezien bij de online belangengroepen regelmatig gewezen wordt op het belang van de bekendmaking van de donorconceptie aan het kind.

Het bekendmaken van de donorconceptie, zou wel eens vragen kunnen oproepen over de donor. Hoe ga je daar als ouder dan weer mee om? Vormt de donor, als afwezige 'ouder' dan geen bedreiging voor het (psycho)sociaal ouderschap van de niet-genetisch verwante ouder?

Al deze informatie en vragen die het bij mij oproept doen me het belang van een goede begeleiding van (wens)ouders voor, tijdens en na de gezinsvorming via donorconceptie inzien. In wat volgt zal ik een aantal onderzoeksvragen stellen die de weg zullen leiden om een inzicht te krijgen over belangrijke aspecten bij de beleving van en begeleiding bij donorconceptie.

1.1.2 Vraagstelling

Als gezinswetenschapper kan je op een positieve manier bijdragen om de wensouders die gebruik willen maken van donorconceptie te ondersteunen. De vraag is op welke manier dit kan. Hoe bereik je de doelgroep? Welke nood aan ondersteuning is er bij (wens)ouders en donorconceptie. **Centrale vraag** die ik me stel:

‘Op welke wijze kan de begeleiding van (wens)ouders bij donorconceptie verbeterd worden en toegankelijk gemaakt worden voor iedereen?’

Om deze vraag goed beantwoord te krijgen zal ik me buigen over een aantal **deelvragen**. Deze helpen een duidelijk beeld te vormen over de (mogelijke) aandachtspunten die begeleiding van (wens)ouders bij donorconceptie bevordert.

Het fertiliteitstraject met donorgameten wordt binnen een fertiliteitscentrum medische ondersteund en focust zich op het doel: de zwangerschap. Het traject heeft ook invloed op het psychosociaal welbevinden van de ouder(s). Tegelijk bouwen ouders aan een gezin dat op een andere manier tot stand komt dan volgens de (verwachte of gehoopte) conventionele gezinsuitbreiding.

‘Hoe ervaren wensouders het opbouwen van een gezin met behulp van een donor?’

Doel van het traject is het krijgen en opvoeden van een kind. De focus bij het begeleiden van de wensouder, moet bijgevolg verder reiken dan enkel de ondersteuning naar de zwangerschap toe. Wanneer ik aan kinderen denk, denk ik ook aan hun rechten en belangen, waar je als ouder de verantwoordelijkheid draagt deze waar te maken. Wanneer ouders rekening houden met de belangen van het kind, kunnen ze binnen het concept van donorconceptie (en de anonieme donor) botsen op hun eigen belangen die beslissingen bij hun keuze voor donorconceptie kunnen bemoeilijken.

‘Kan het vergroten van kennis over de Rechten van het Kind invloed hebben op de beslissing die wensouders nemen in hun keuze voor donorconceptie en de daarbij eventuele gevolgen voor het kind?’

Tot slot stel ik me de vraag hoe professionals binnen de fertiliteitscentra te werk gaan. Het doel van het traject is een zwangerschap helpen tot stand komen, daarnaast is er psychosociale steun tijdens het traject. Is dit voldoende uitgebouwd?

‘Op welke wijze en tijdens welke momenten is er reeds psychosociale begeleiding voorzien voor de (wens)ouders?’

1.2 Praktijkgerichte probleemverkenning: Het verhaal van een bewust alleenstaande moeder

Om mijn probleemstelling beter te omkaderen vertrek ik vanuit de concrete situatie van Isabel, een alleenstaande moeder, die haar kinderwens door het gebruik van donorconceptie waarmaakte.

Ik heb deze casus opgebouwd aan de hand van gesprekken met haar. Ze heeft de casus nagelezen en aangevuld of genuanceerd waar nodig. Het is dus haar eigen unieke verhaal over haar traject rond donorconceptie. Hierbij is te lezen voor welke uitdagingen en vragen ze staat, voor, tijdens en na de conceptie.

Het verhaal is opgeschreven vanuit haar subjectieve belevenis en kan bijgevolg onjuistheden bevatten vanuit het perspectief van de professional waarmee ze in aanraking kwam. Alle namen zijn geanonimiseerd. Isabel wil aan dit werk bijdragen om de ondersteuning bij donorconceptie te verbeteren en het proces toegankelijker te maken voor iedereen.

1.2.1 De beslissing

Isabel, 47 jaar is een bewust alleenstaande moeder (BAM). Ze heeft één zoontje. Ze is opgeleid tot maatschappelijk assistent en politieke wetenschapper. Ze heeft een vaste job en een eigen huis.

Zelf had ze niet gedacht dat ze zonder partner een kind zou krijgen. *‘Dit is gekomen door hoe het leven loopt.’* Als 39-jarige alleenstaande werd haar kinderwens te groot om naast zich neer te leggen. Het idee om als alleenstaande vrouw voor een kind te kiezen, speelde al langer. Haar keuze werd belemmerd door twijfels en vragen. Ze bleef echter met een leegte zitten. Na familiefeesten voelde ze zich vaak triestig als ze thuiskwam, *‘omdat het altijd rond die kinderen draait... Ik wilde graag een kind. Gewoon voor mezelf. Omdat ik het gevoel had dat ik iets miste.’* De moederrol was voor haar een ontbrekend deel van haar identiteit.

Het verlangen en de hoop die ene man tegen te komen die ze ook als de vader van haar kind kon zien, bleef overheersen. *‘Een papa vinden is gemakkelijk, maar dé papa is iets anders.’* Het idee dat ze haar kind geen papa kan geven weegt wel zwaar in het nemen van haar beslissing.

Voor Isabel is de steun van haar netwerk belangrijk. Ze had het idee al eerder besproken met haar ouders. Haar moeder had begrip voor haar situatie en steunde haar keuze. Dit idee viel echter niet in goede aarde bij haar vader. *‘Een kind krijgen doe je met twee.’* Haar vader vertrekt vanuit het traditionele twee-ouderidee als ideale gezinssamenstelling. Ze denkt dat hij minder problemen heeft met de donorconceptie op zich. Hij lijkt zich zorgen te maken over haar welzijn en dat van de kinderen. Hij heeft gelezen dat alleenstaande moeders een groter risico hebben om in de kansarmoede terecht te komen. Als hij daar artikels over vindt, mailt hij deze door. In haar ruimere netwerk hoorde ze zowel positieve als negatieve reacties.

Toch zette ze op 39-jarige leeftijd de eerste stap. Ze trekt richting een fertiliteitscentrum, AZ Sint-Lucas Gent (1). Op haar 40^{ste} ontmoette ze een man waarmee ze een relatie begon. Deze relatie bleek niet stabiel. De kinderwens bleef even hard aanwezig. Ze kon ervoor kiezen een kind te krijgen met die man. Ze beseftte al heel snel dat het kind een *‘heen-en weerkind’* ging worden. Dat wou ze niet. Als ze een kind kreeg, wou ze het een stabiele omgeving bieden. Daarom besliste ze door te zetten om als alleenstaande moeder haar wens in vervulling te zien gaan. Haar partner steunde haar enigszins om niet met hem, maar via een donor een kind te krijgen. De relatie bleef nog een tijd standhouden. Doch, over de beslissing en de behandeling praten was iets wat beiden uit de weg gingen. Pas na de geboorte van haar zoon, verdween haar partner uit haar leven.

Op haar drieënveertigste, de dag van haar verjaardag, stapte ze in het de eerste ivf¹-traject. Ze gaf de voorkeur aan een gekende spermadonor. Daarom vroeg ze aan 3 kennissen of ze wouden doneren. Als deze mannen weigerden leek de beste optie voor haar (en haar kind) een ID- release donor².

Tijdens haar traject kreeg ze te horen dat ze ook beroep moest doen op een eiceldonor. Dit bracht nieuwe vragen met zich mee. Hierdoor verloor ze de genetische verwantschap met haar kind. Opnieuw kon ze kiezen voor een anonieme of een gekende donor. Ze vroeg haar jongste zus om eicellen te doneren. Zij wou hier enkel op ingaan als Isabel geen andere eiceldonor vond. *'Maar dus zeker niet de bedoeling voor kruisdonatie³. Dat zou mijn zus niet gewild hebben. Ze had het sowieso moeilijk, ze kon er eigenlijk geen afstand van nemen.'* Uiteindelijk koos Isabel voor een anonieme eiceldonor.

Op haar vijfenveertigste werd ze zwanger van haar eerste zoon, ze was 46 jaar als hij werd geboren. Nu haar zoon 1 jaar is overweegt ze een tweede kind. Dit is het moment dat ik Isabel ontmoet.

Deze keer ligt de afweging anders. Nog steeds heeft ze het moeilijk met het feit dat haar kinderen geen papa hebben. Toch ziet ze een tweede kind als een meerwaarde in het leven van haar zoon. Op deze manier kan ze hem toch meer bieden dan enkel een mama.

Opnieuw verlangt ze op de eerste plaats naar een ondersteunend netwerk. Haar ouders, die uiteindelijk het eerste kind ten volle als hun kleinzoon in hun armen nemen, steunen haar niet bij deze keuze. Twee van haar drie zussen zijn op hoogte van de tweede kinderwens. Zij maken zich zorgen dat een tweede kind te veel impact zal hebben op haar eigen leven. Dat ze teveel aandacht zal moeten geven aan haar twee kinderen waardoor er te weinig tijd over blijft voor haarzelf.

Eén van haar zussen heeft zelf vier kinderen en heeft het gevoel dat ze niet voldoende aandacht kan geven aan elk kind als individu op zich. Volgens Isabel vertaalt ze deze beleving naar de situatie van Isabel. De persoonlijke invullingen van haar zussen maken dat ze haar niet stimuleren om deze tweede wens in vervulling te laten gaan. Ze houden zich eerder afzijdig, spreken er zich niet over uit en vragen er ook niet opnieuw naar. Dit bemoeilijkt opnieuw haar keuze om een tweede kinderwens te vervullen.

Zelf vindt ze het deze keer ook een moeilijk afweging om haar eigen draagkracht in te schatten. Een tweede kind vraagt meer ouderlijke aandacht en werk. Ook over het financiële aspect vraagt ze zich af of ze dit alleen kan dragen.

1.2.2 Het traject

Op haar negenendertigste gaat Isabel voor de allereerste keer naar een fertilitateitsarts in het AZ Sint-Lucas Gent (A-centrum)⁴ (1), om eicellen te laten invriezen. Ze krijgt te horen dat dit maar kan tot

¹ Ivf staat voor in-vitrofertilisatie. Daarbij vindt de bevruchting van de eicel buiten het lichaam van de vrouw plaats, in het labo. Bij de klassieke ivf worden zaadcellen en eicellen samengebracht in een omgeving die de baarmoeder nabootst. Daarnaast is er ook ICSI, waarbij één zaadcel middels een hele fijne injectienaald in de eicel wordt gebracht (UZ Gent, z.d.).

² Dit betekent dat haar kind op 18-jarige leeftijd informatie over de donor kan opvragen bij de spermabank waar het rietje (het spermastaal) vandaan komt. In Isabel haar geval een Deense donorbank.

³ Of wisseldonatie. Wanneer twee verschillende vrouwen (of koppels) onafhankelijk van elkaar een eiceldonor aanbrengen, kunnen ze wisselen van donor. Zo blijft de anonimiteit bewaart. De wachtlijsten voor eiceldonoren zijn lang. Op deze manier kan men vroeger behandeld worden met een anonieme donor (UZ Gent, z.d.).

⁴ Er bestaan A- en B fertilitateitscentra. In de A-centra kan men terecht voor de behandeling via IUI. Wanneer overgegaan wordt op ivf, in-vitrofertilisatie kunnen ze enkel behandelen tot aan de eicelpunctie. Voor het verdere proces zal een A-centrum beroep doen op het labo een B- centrum die de eicellen zal controleren op vruchtbaarheid en waar ook de bevruchting zal plaatsvinden. Ook het terugplaatsen van de embryo's gebeurt in een B-centrum in een B-centrum kan je voor de gehele behandeling terecht (vzw Donorfamilies, 2019).

haar zevenendertigste. De voornaamste reden hiervoor is dat de kwaliteit van de eicellen vanaf 37 jaar sterk afneemt. Daarom wordt beslist om onmiddellijk in het traject tot BAM te stappen.

Er wordt gestart met psychologische screening, een reeks vragenlijsten. Het invullen van die lijsten neemt een 3-tal uur in beslag. Dit kost haar enkele honderden euro's. Deze testen worden uitbesteed aan een extern team van psychologen. Nadien is er een gesprek met een psychologe van het ziekenhuis. Vanuit dit gesprek en de screening wordt beslist of ze geschikt is om alleenstaande moeder te worden. Ze krijgt goedkeuring op haar negenendertigste. Net dan komt ze een nieuwe partner tegen, wat de uiteindelijke stap naar de behandeling vertraagt. Ze stapt in het traject op de dag dat ze drieënveertig wordt, dit maakt het niet meer mogelijk om een terugbetaling voor de behandelingen te verkrijgen⁵.

Ze kan starten met KID, kunstmatige inseminatie met donorsperma. Dit betekent dat de zaadcellen van de donor worden ingebracht in de baarmoeder. Ze kiest voor een ID-release donor van een Deense spermabank.

Na een aantal pogingen wordt overgegaan op ivf, in-vitrofertilisatie. Hierbij wordt na een hormonenbehandeling een eicelpunctie uitgevoerd. De eicellen worden voor onderzoek en bevruchting naar het UZ Gent (B-centrum) (2) overgebracht. Isabel wordt vooraf niet op de hoogte gebracht van deze manier van werken. Ze komt er bij toeval achter als ze vraagt hoeveel eicellen ze hebben kunnen afnemen en ze haar het antwoord schuldig blijven. Ook voor de terugplaatsing van de embryo's moet Isabel vervolgens naar het UZ Gent.

Daarom beslist ze bij de volgende poging volledig over te schakelen naar het UZ Gent. Opnieuw moet ze op gesprek bij een psycholoog, opnieuw krijgt ze de goedkeuring. De dure psychologische screening hoeft ze niet opnieuw te doorlopen.

Bij de eerste punctie van de eicellen krijgt ze te horen dat er zes eicellen zijn geplukt. Wanneer ze thuiskomt van de behandeling, krijgt ze telefoon met de mededeling dat haar eicellen niet rijp zijn en van slechte kwaliteit, of 'abnormaal' blijken. Er zit niets anders op dan niet enkel gebruik te maken van een zaaddonor, maar ook over te gaan op eiceldonatie. Ze krijgt te horen dat er enorme lange wachttijden zijn voor eiceldonatie. Als ze beslist hier mee door te gaan, zal ze beter uitkijken om naar Spanje te gaan of zelf een donor aan te brengen voor een verdere behandeling.

Ondertussen is Isabel 45 jaar en komt ze via een kennis terecht in het fertiliteitscentrum van UZ Brussel (B-centrum) (3). Opnieuw gaat ze op gesprek bij de psycholoog en wordt ze goedgekeurd als toekomstige alleenstaande moeder. Dit centrum heeft eigen eiceldonoren ter beschikking waardoor de wachttijd maar een 2-tal maanden duurt. De eiceldonor blijft geheel anoniem. Hier wordt Isabel geholpen en ziet ze haar kinderwens in vervulling gaan.

Intussen is Isabel net 47 en heeft ze een tweede kinderwens. Ondertussen heeft ze een rietje van dezelfde spermadonor gereserveerd. Ze krijgt echter te horen dat het genetisch materiaal van de eiceldonor is geblokkeerd. Er is namelijk een kind geboren van deze eiceldonor met een zware fysieke afwijking. Daarbij zijn verdere onderzoeken lopende om te achterhalen of de eicellen aan de basis liggen van deze beperking. Gezien haar leeftijd kiest Isabel ervoor niet op het resultaat van deze onderzoeken te wachten. In de Belgische wetgeving is vastgelegd dat het terugplaatsen van embryo's maar mogelijk is tot de leeftijd van 48 jaar.

⁵ De terugbetaling voor ivf-behandeling voor vrouwen aangesloten bij een Belgische ziekenkas is slechts mogelijk tot de dag dat de vrouw 43 jaar wordt. M.a.w. t.e.m. de laatste dag dat de vrouw 42 jaar oud is (Az Jan Palfijn, 2014)

1.2.3 Hoe Isabel Informatie verkreeg en ondersteuning ervaarde

Bij de eerste aanmelding in het AZ Sint-Lucas krijgt Isabel een infobrochure mee over fertiliteitsbehandelingen. Doordat haar eerste bezoek aan het fertiliteitscentrum al acht jaar geleden is, herinnert Isabel zich niet goed meer welke informatie ze exact meekreeg. Ze heeft het gevoel dat ze zelf veel informatie moet verzamelen en lezen. *'Ze zeggen het niet, ze geven papieren en je leest het of leest het niet.'*

Hoewel Isabel op de hoogte was van het feit dat de terugbetaling enkel mogelijk was tot 43 jaar, was het voor haar onduidelijk dat de leeftijd van 43 jaar niet meer inbegrepen was. Ze denkt dat het voor de centra niet hun eerste zorg is of een behandeling al dan niet wordt terugbetaald.

Isabel heeft het moeilijk met het feit dat ze in het AZ Sint-Lucas geen openkaart spelen over hun werking bij ivf en de afhankelijkheid van het centrum van UZ Gent. Had ze dit geweten, was ze onmiddellijk gestart in het UZ Gent. Ze krijgt het gevoel dat het AZ Sint-Lucas deze info achterwege laat, om zoveel mogelijk patiënten te behouden.

Over de mogelijkheden en de beperkingen rond het invriezen van de eicellen voelt ze zich informatief te kort gedaan. Hierbij stelt ze dat dit niet aan de fertiliteitsartsen is om haar hierover te informeren, wel aan haar eigen gynaecoloog. Die was op de hoogte van haar kinderwens en had na een gesprek een aantal fertiliteitsartsen meegegeven waarbij Isabel terecht kon. Zo kwam ze op de eerste plaats in het AZ Sint-Lucas terecht zonder enig idee te hebben over hun werking of over de werking van de fertiliteitscentra in het algemeen. Ze had geen idee dat er een onderverdeling was in A- en B centra en wat dit betekende voor haar behandeling.

Het gesprek over haar kinderwens met haar gynaecoloog gebeurde reeds voor Isabel 37 jaar was. Ze had graag van haar gynaecoloog gehoord dat de fertiliteit pijlsnel achteruitgaat vanaf 37-jarige leeftijd en dat ze tijdig stappen moest ondernemen om haar wens waar te maken of eicellen laten invriezen.

Bij de psycholoog kreeg ze informatie rond de behandeling met een spermadonor. Doorheen haar traject en gesprekken met verschillende psychologen, werd meermaals het boekje *'een wereldwondertje'*⁶ aangeraden.

Van alle gesprekken en informatie die ze meekreeg bleef datgene waar ze zelf het meest bekommerd over was, het beste hangen.

Voor haar was dit de vraag of ze haar kind niet tekortdeed door het ontbreken van een vaderfiguur. Daarbij kon de psycholoog haar geruststellen dat donorkinderen van BAM's het heel goed doen. Dit werd ondersteund door onderzoeken die de psycholoog meegaf en die aangaven hoe jonge kinderen (3-4 jaar) bij alleenstaande moeders in het leven staan. Er werd benadrukt dat het belangrijk is dat de ouder(s) van in het begin open en eerlijk zijn naar het kind toe over de donorconceptie. Hoe het kind omgaat met de situatie zou volgens de psycholoog voornamelijk afhangen van hoe ze als moeder er zelf mee omgaat. Wanneer ze als moeder deze conceptierealiteit als normaal beschouwt, zal het kind daar veel gemakkelijker een plaats aan kunnen geven.

Wat betreft de keuzemogelijkheid m.b.t. de donor werden de optie anonieme en open donatie meegegeven. De psycholoog benoemde hiervan de voor- en nadelen. Bij open donatie kan je de eventuele wens van het kind invullen om de genetische vader te kennen. Het nadeel is dat je je kind

⁶ Dit is een boekje voor kinderen vanaf 3 jaar. Een kleuterboekje dat KID bij heteroseksuele paren, KID lesbische paren, ivf en eiceldonatie uitlegt (vzw Donorfamilies, 2019).

geen garantie kan geven dat hij de donor ook effectief zal leren kennen. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat de donor niet meer te traceren is. Bij volledig anoniem is het duidelijk van in het begin: *'geen info, niet op het wachtbankje.'*⁷ Het kind kan niet achterhalen wie de genetische vader is. Zelf bracht ze de mogelijkheid van een gekende donor aan. Daarbij kreeg ze te horen dat er documenten worden opgesteld waarbij de donor afstand neemt van zijn genetisch materiaal, maar dat deze niet rechtsgeldig zijn⁸.

De open donor bleek afkomstig te zijn van een Deense spermabank. Meer wist ze op dat moment niet. Zelf heeft ze er ook niet naar gevraagd, maar ze vermoedde dat ze op vraag in het centrum daar meer info over zou krijgen. Eens haar zoon geboren was, zag ze in een facebookgroepje dat ze een brief diende te krijgen met de vermelding dat je een kind hebt via centrum X en donorbank Y. Daar heeft ze alsnog naar gevraagd waarna ze die brief ontving. Daarop stond de naam van de donorbank. Tot haar grote verbazing is die online toegankelijk voor iedereen. Bovendien kon ze online heel gemakkelijk en gratis toegang krijgen tot alle profielen van de zaaddonoren. *'Ik vond het heel spannend: foto's, spraakberichten, uitgebreide psychologische testen, info over stamboom, handgeschreven boodschap aan donorkinderen. Maar ik wil er niet te ver in gaan, want ik kan nooit zeker zijn, en ik wil geen info achterhouden voor mijn zoon. Ik kan ook niet meedelen aan mijn zoon, misschien is het die of misschien die...'* Ze dacht dat het een gesloten samenwerking was tussen ziekenhuis en donorbank. Maar dat bleek haar eigen invulling.

Wanneer haar kind vanaf 18-jarige leeftijd de identiteit van de donor wil achterhalen, zullen ze zelf naar Denemarken, naar de donorbank moeten reizen. Daar zal via DNA- onderzoek achterhaald worden aan welke donor hij te linken is. Dan is er de mogelijkheid tot een éénmalig contact met de donor.

De dag dat ze de informatie kreeg vanuit het UZ Gent (2) dat haar eicellen niet bruikbaar waren, kreeg ze weinig informatie over het waarom. Wanneer ze vroeg waarom, kreeg ze een vaag antwoord over haar leeftijd. Het is een Universitair ziekenhuis waar ze steeds een andere en soms onervaren arts kreeg. Het moment van de pick-up van de eicellen werd bepaald door één van de onervaren artsen. Ze kreeg het gevoel dat die twijfelde over de bloedwaarden en de echo's die bepalen of de eicellen rijp zijn. Volgens haar kan dit mee aan de basis liggen dat haar eicellen niet bruikbaar bleken. Pluspunt was dat het labo vlak bij de behandelingstafel was, waardoor ze onmiddellijk wist hoeveel eicellen ze ter beschikking hadden. Wat ze in dit centrum ook als meerwaarde beschouwde, was dat ze heel vaak van de artsen te horen kreeg dat ze altijd met vragen, bezorgdheden of ter psychologische ondersteuning tijdens de behandeling bij de psychologen van het centrum terecht kon.

Isabel was heel geschrokken dat het centrum haar mondeling doorverwees naar Spanje om zo de lange wachttijd bij eiceldonatie te ontlopen. Hierbij kreeg ze enkel een infobrochure mee over eiceldonatie. Ze zocht zelf online naar adressen in Spanje. Niet alleen in Spanje zou ze kunnen geholpen worden, maar ook in Tsjechië bijvoorbeeld. Deze weg ging haar heel wat inspanningen en extra hindernissen kosten.

Gelukkig geraakte ze via een kennis tot in het fertiliteitscentrum van het UZ Brussel (3) waar ze haar heel snel konden helpen. Over de eiceldonor weet ze niets. De fertiliteitsarts deed de matching⁹ en

⁷ Het wachtbankje, wanneer je zwanger probeert te worden, is de periode tussen de ovulatie en de menstruatie. De periode waarop je als vrouw vol spanning wacht tot je een zwangerschapstest kan afnemen of je menstruatie uitblijft. Hier gebruikte Isabel deze term om de wachttijd (18 jaar) voor haar zoon aan te geven, tot hij contact kan zoeken met zijn donor.

⁸ Bij gekende donatie via een fertiliteitscentrum ondertekent de donor documenten waardoor hij afstand neemt van zijn genetisch materiaal en van de kinderen die er mee worden verwekt (vzw Donorfamilies, 2019). Zo heeft hij geen rechten en plichten naar die kinderen toe. Hij doneert eigenlijk aan het fertiliteitscentrum waarbij de spermastalen, bij wet verplicht, 6 maand ingevroren bewaard worden om eventuele infecties en SOA's te vermijden (UZ Gent, z.d.).

⁹ Matching: hierbij gaat de fertiliteitsarts de donor selecteren, gematcht aan de wensouder(s). Dit gebeurt op basis van bloedgroep en fysieke kenmerken als oog -en haarkleur en lengte (vzw Donorfamilies, 2019).

had onmiddellijk een beeld van een donor-kandidate die op haar zou gelijken. Ondertussen is, zoals eerder aangegeven, deze donor geblokkeerd. Dit blijft zo tot geweten is of de beperkingen van een baby'tje geboren uit de eicellen van die donor genetisch bepaald is. Isabel vraagt zich af of ze haar dit hadden meegedeeld indien ze niet de stap had gezet om aan een tweede kind te beginnen.

Isabel vindt het heel jammer dat ze geen gebruik kon maken van haar eigen eicellen. Aanvankelijk had ze schrik dat ze haar kind niet ten volle als dat van haar zou kunnen zien, dat ze zich niet ging kunnen hechten aan haar kind, alsof het haar eigen vlees en bloed is. Dit durfde ze niet bespreken met de psychologen van het fertiliteitscentrum. Deze bepalen namelijk of ze je geschikt achten om in het traject te stappen. *'Zij beoordelen mee of je al dan niet wordt toegelaten. Vandaar dat ik niet bij hen mijn twijfels op tafel wou leggen.'* Op dat moment liep haar traject al in het UZ Brussel. Daar had ze enkel een psycholoog gezien om toelating tot het traject te krijgen, daarnaast vond ze er niet de juiste plek om verder in gesprek te gaan over haar verdriet en angsten.

Bij haar moeder vond Isabel wel steun. Zij wou haar geruststellen en zei *'het is jouw bloed dat erdoor stroomt. En andere mama's die wel hun eigen kinderen dragen hebben ook twijfels. Twijfels zijn normaal. Je moet je daar niet door laten leiden.'* Deze woorden voelden voor haar bemoedigend aan. Daarbij ervaarde ze haar moeder als een steunfiguur. Haar moeder zei ook dat het belangrijk is hoe zij er als moeder mee omging. Dit bevestigde voor Isabel de moederrol die ze ging opnemen wat maakte dat het verlies van de genetische verwantschap minder als een belemmering werd gezien voor haar moeder-zijn.

De gynaecoloog en huisarts van Isabel waren beiden op de hoogte van de eiceldonatie. Haar huisarts moedigde haar aan om haar wens waar te maken. *'Zij heeft me daar heel hard in gesteund, om die kinderwens waar te maken... ze begreep ook dat dat lastig was.'*

Telkens waren de psychologische gesprekken er om na te gaan of ze in staat is een kind alleen op te voeden. Daarbij werd haar netwerk en andere praktische zaken besproken zoals de bekendmaking van de conceptie en de keuze van de donor.

Zelf koos Isabel voor een ID-release donor omdat ze vindt dat haar kind het recht heeft te weten waar zijn oorsprong ligt. Vanuit de fertiliteitscentra werd het recht van het kind nooit aangehaald. Wanneer haar zoon zijn zaaddonor wil kennen, zal ze hem ondersteunen in dit proces. Ze vindt het jammer dat ze hem dit niet kan bieden naar de donor van de eicellen toe.

Nu ze voor de keuze staat een tweede kinderwens in vervulling te laten gaan, kan ze niet langer beroep doen op dezelfde eiceldonor. Dit maakt voor haar minder uit omdat het over anonieme donoren gaat die haar kinderen toch niet kunnen achterhalen. Bovendien denkt ze dat haar kinderen minder snel op zoek zullen gaan naar de eiceldonor dan naar de spermadonor. Door het ontbreken van een vader denkt Isabel dat de spermadonor meer nieuwsgierigheid zal opwekken, al dan niet als invulling van een vaderfiguur. Daarom vindt ze het gebruik van een ID-release spermadonor een meerwaarde. Aangezien ze er zelf is als moeder, denkt ze dan weer dat de nood om de eiceldonor te kennen, minder groot zal zijn.

1.2.4 Het ouderschap

Hoewel Isabel, door het ontbreken van een genetische band, zich zorgen maakte over het ervaren van moederlijke gevoelens voor haar zoon, merkte ze gaandeweg dat de moeder-kind relatie er wel degelijk is. *'Van in het begin zag ik hem graag. Er zijn momenten dat het te veel is en dan momenten dat je je meer verbonden voelt. Maar ik denk dat dat bij andere mama's ook zo is. Er zijn ook verhalen van mama's met eigen genetische kinderen die niets voelen he. Niet dat ik niets voel he. Maar dat speelt. Het is niet dat ik dat vergeten ben.'*

Ook al voelt het dubbel aan, het lijkt haar nu beter dat haar zus niet de eiceldonor is. *‘Dan zou het eentje van de familie geweest zijn, één van de bende. Maar ik denk dat ik me dan verantwoordelijk t.o.v. haar (de zus) gevoeld zou hebben. Nu wil ik me al wat bewijzen dat ik het kan, moeder zijn. Was het haar eicel geweest ging ik altijd een gevoel van verantwoordelijkheid gehad hebben naar haar toe. Dus daarom is het ook beter zoals het nu is.’*

Nog steeds voelt Isabel verdriet en onzekerheid om het verlies van de genetische verwantschap. Ze omschrijft het rouwproces als *‘nog steeds bezig’*. Soms lijkt het alsof ze niet haar eigen kind opvoedt, wat haar ook wel eens onzeker maakt in haar rol als moeder. *‘Ik kan er soms naar kijken en denken van: dat is een kindje, maar dat is niet van mij. Zeker als die heel klein was, dan dacht ik vaak aan die donoren en nu minder en minder. Dikwijls als er iets is, dat hij me wegduwt denk ik ah, neen, ik ben niet zijn mama. Ook al weet ik rationeel dat dat niet zo is. Dan komt dat naar boven. Dan denk ik: zou die dat voelen... ook al weet ik dat dat niet zo is... Omdat ik nog altijd bezig ben om dat te verwerken.’*

Waar Isabel benieuwd naar is en wat ze soms ook grappig vindt, is hoe mensen haar aanspreken over de gelijkenissen tussen haar en haar zoon. Ze vraagt zich af of ze hem nog liever zou zien mocht het haar eigen vlees en bloed zijn. *‘De gelijkenissen vind ik niet zo belangrijk, alhoewel, misschien is het een factor die de relatie met je kind nog intenser maakt.’*

Ook naar karakter toe ziet ze bij haar zoon op deze jonge leeftijd (1 jaar) geen herkenning. *‘Ik vraag me soms af hoe het zou zijn moest het mijn eigen kind zijn, zou hij dan veel rustiger geweest zijn? Hij is heel druk he. En ik ben super rustig. Ik vraag me af welk kindje er zou uit gekomen zijn moest het van mezelf geweest zijn. Ik zie hem natuurlijk graag he, maar dat komt regelmatig naar boven.’*

Naar identiteitsopbouw van haar zoon ziet ze geen problemen. Zelf is ze overtuigd dat identiteit door verschillende factoren gevormd wordt. Daarbij horen de personen bij wie hij opgroeit, met wie hij in contact komt. De genen zijn slecht een klein onderdeel van wie hij is. *‘Genen is maar een klein stukje en voor hem is dit onbekend, denk dus niet dat het blijft. Al de rest wordt ingevuld... Alles wat niet te verklaren is, is dan van de donors (lacht).’*

Isabel hecht er belang aan dat de mensen uit de directe omgeving op de hoogte zijn van de donorconceptie, zowel de spermadonor als de eiceldonor. Binnen de familie vindt ze transparantie daarrond belangrijk omdat die mee zijn identiteit zullen vormen. *‘Ik wil niet dat er iets niet mag gezegd worden. Wat de waarheid is, mag gezegd worden, op een gewone, niet kwetsende manier... dat dat geen taboe mag zijn, vooral voor hem.’*

Isabel vindt het vooral belangrijk dat hij niet het gevoel krijgt dat hij de conceptie, wat een deel van zijn identiteit is, moet verstoppen. Maar omdat ze de keuze over wie ervan op de hoogte is ook een deel bij hem wil leggen, beperkt ze zich tot de familie, twee goede vriendinnen en de verantwoordelijke van de crèche. Hoewel die laatste eerder per toeval werd ingelicht, na een opmerking over de gelijkenissen. Bovendien krijgt ze zelf al eens vreemde opmerkingen over zijn conceptieverhaal, waarvoor ze hem eerder wil behoeden... *‘Ah, het is dan toch eigenlijk een adoptiekind... Van zo een onwetende, loze opmerkingen wil ik hem wel wat beschermen.’*

Eenmaal zwanger kreeg Isabel geen ondersteuning gericht op de donorconceptie aangeboden. Vanaf dat moment stopte het traject in het fertiliteitscentrum. Nu ze als ouder het nodig acht, zal ze zelf ondersteuning moeten zoeken. Ook waar ze later terecht kan met vragen van haarzelf of haar kind tijdens het ouderschap, kreeg ze geen informatie.

Er werd ter ondersteuning van de bekenmaking van de donorconceptie naar haar zoon toe het boekje ‘een wereldwondertje’ aangeraden. Zelf heeft ze beslist om een netwerk uit te bouwen met een grote diversiteit aan gezinssamenstellingen. Zo hoopt ze haar zoon in zijn opvoeding mee te

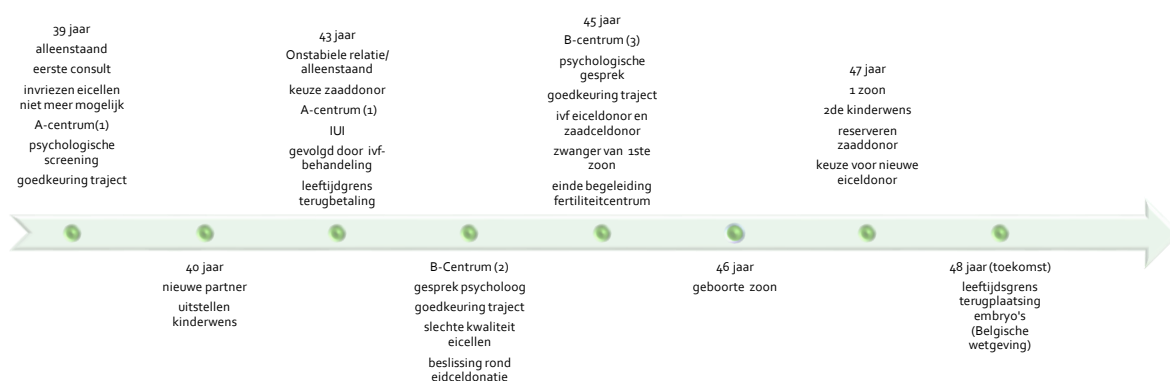
geven dat hij niet de enige is die zich in een situatie anders dan die van het traditionele tweeoudergezin bevindt.

Isabel is de donors heel dankbaar dat ze dankzij hen haar wens heeft kunnen waarmaken. Naast hun genetische bijdrage ziet ze hen als volwaardige personen die mee hebben geschreven aan het (ontstaans)verhaal van haar zoon. Ze heeft een heel positief beeld over hen. Bij de eiceldonor denkt ze aan een heel lieve sociale vrouw, omdat de donatie gepaard gaat met een hele behandelingsprocedure¹⁰. Maar ook voor de spermadonor merkt ze op dat dit gepaard gaat met redelijk wat proeven, het schrijven van een brief naar de mogelijke afstammelingen... *'dat is niet niets, niet dat ze zomaar effe passeren, het vraagt tijd van hen. Ook van de mannelijke donor, ook al is het minder intens, denk ik wel dat ze met goede bedoelingen zitten.'* De donoren hebben een belangrijke bijdrage aan het waarmaken van haar ouderschap.

Isabel heeft een lang traject afgelegd. Nu is ze moeder van één zoon. Soms vraagt ze zich al eens af wat ze gedaan heeft, maar dat geeft te maken met het alleenstaand ouderschap en het niet kunnen bieden van een vader(figuur). Toch geeft ze geen spijt, het was haar wens, echt haar kind, het kind dat al lang welkom was. *'Het was de enige manier waarop ik een kind kon krijgen, ik zou het wel opnieuw doen.'*

1.2.5 Tijdlijn en balansmodel

Om een overzicht te geven over Isabel haar traject schets ik een tijdlijn met belangrijk genomen stappen in het proces. Deze begint bij haar eerste consult in een fertiliteitscentrum en eindigt met de uiterste datum waarop ze een behandeling kan krijgen. Op dit moment is ze 47 jaar.



Om een beter overzicht en inzicht te krijgen op de draagkracht en de draaglast van Isabel bij de beslissing tot de donorconceptie, maar ook bij de opvoeding van haar kind, zal ik aan de hand van het ecologisch balansmodel van Bakker en Bakker (cit. in Van Crombrugge, 2009, pp.82) de risico- en beschermingsfactoren in beeld brengen.

Deze risico -en beschermingsfactoren doen zich voor op zowel micro-macro-als mesoniveau. De risicofactoren zijn als negatieve invloeden te beschouwen voor de ontwikkeling van het kind en zorgen voor de draaglast die Isabel kan ervaren bij het nemen van beslissingen. De beschermingsfactoren zijn dan positieve invloeden en competenties van Isabel die de draagkracht vergroten en de ontwikkeling van het kind positief bevorderen. Een kind ontwikkelt zich namelijk door de voortdurende interactie met zijn gehele context. Ook de ruime sociale context kan een positieve of negatieve impact hebben op het functioneren van Isabel (haar beslissingen en opvoedingscompetentie) en haar kind (Van Crombrugge, 2009).

¹⁰ Bij eiceldonatie ondergaat de vrouwelijke donor hormonale stimulatie, waarna een eicelpunctie wordt uitgevoerd (UZ Gent, z.d.).

Ecologisch balansmodel Isabel

Draaglast Risicofactoren		Draagkracht Beschermingsfactoren
Microsysteem		
<ul style="list-style-type: none"> • Geen genetische verwantschap met Isabel • Geen vader(figuur) 	1. Kindfactoren	<ul style="list-style-type: none"> • Vrolijk, actief kind
<ul style="list-style-type: none"> • Verlies van vruchtbaarheid + sociale onvruchtbaarheid • Moederschap op 46-jarige leeftijd 	2. Ouderfactoren	<ul style="list-style-type: none"> • Goede gezondheid • Stabiele persoonlijkheid
	3. Gezinsfactoren	<ul style="list-style-type: none"> • Affectieve gezinsrelatie • Open communicatie
Mesosysteem		
<ul style="list-style-type: none"> • Twijfel/ gebrek aan steun bij het waarmaken de tweede kinderwens • Bezorgdheid van de vader van Isabel rond het alleenstaand moederschap • Geen partner/vader 	4. Sociale (gezins)factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Sociale steun bij familie, vrienden, en huisarts • Geen taboe rond donorconceptie
<ul style="list-style-type: none"> • Beleid fertiliteitscentrum 1: invriezen eicellen tot leeftijd 37 jaar • Beleid fertiliteitscentra: dure psychologische screening tot alleenstaand moederschap • Gebrekkige transparantie en doorverwijzing fertiliteitscentra 	5. Sociale (buurt)factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Netwerken (vb. Facebookgroepen) om kennissenkring met niet traditionele tweeoudergezinnen uit te breiden. • Toegankelijkheid tot fertiliteitscentra • Psychologische begeleiding in fertiliteitscentra • Beleid van bepaalde fertiliteitscentra die ID-release donor toelaat
Macrosysteem		
	6. Sociaal-economische gezinsfactor	<ul style="list-style-type: none"> • Hoog opgeleid • Sterke financiële positie • Een eigen woonst
<ul style="list-style-type: none"> • Isabel behoort tot een minderheidsgroep: de BAM, ze moet zich 'bewijzen' als toekomstige 'goede' alleenstaande moeder binnen de fertiliteitscentra • Taboe rond onvruchtbaarheid en donorconceptie • Mensen zoeken (fysieke) gelijkenissen tussen moeder en kind 	7. Culturele factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Een groter wordende diversiteit aan gezinssamenstellingen binnen onze maatschappij • Facebook en andere sociale media, wat netwerken gemakkelijker maakt
<ul style="list-style-type: none"> • Terugbetaling medisch begeleide voortplanting tot 43 jaar • Geen juridische wetgeving die open donatie toelaat 	8. Maatschappelijke factoren	<ul style="list-style-type: none"> • Een juridische wetgeving die anoniem en gekend donorschap (eicel en sperma) toelaat • Medisch begeleide voortplanting behandeling (KID, ivf) mogelijk tot 48 jaar

1.3 Veranderingsdoelen

Vanuit de casus voel ik weinig ruimte voor een degelijke begeleiding binnen de fertiliteitscentra. Isabel gaf aan dat ze veel informatie zelf moest verzamelen en dat de fertiliteitscentra enkel de mogelijkheden aanboden die ze zelf toepassen i.p.v. van door te verwijzen naar andere centra die meer op haar maat konden werken.

Er wordt voornamelijk aandacht gegeven aan de psychologische begeleiding bij het fertiliteitstraject. Eenmaal zwanger eindigt de samenwerking en begeleiding. Isabel geeft aan dat de psychologische gesprekken voornamelijk een screeningsgedeelte (als BAM) en het meegeven van informatie was. Op de eerste plaats focussen de fertiliteitscentra op de medische kant van het waarmaken van de kinderwens.

Daarom is een eerste veranderingsdoel:

Een toegankelijke (psychosociale) begeleiding bieden en transparante informatie geven aan elke (wens)ouder die gebruik maakt van een gametendonor, op maat van de hulpvraag.

Mocht dit in een extern centrum gebeuren, los van de beoordeling, kan dit de ouders het gevoel geven vrij te kunnen praten. Isabel geeft namelijk aan dat ze op het moment dat er beslist werd met een eiceldonor te werken, ze niet durfde naar de psycholoog waarbij ze in behandeling was te stappen uit angst afgekeurd te worden. Bij elk psychologisch gesprek voor de start van het traject werd ze namelijk beoordeeld of ze in staat was als BAM een kind op te voeden. Een veranderingsdoel daarbij is:

Binnen de fertiliteitscentra start de psychosociale counseling met een gelijke behandeling voor elke (wens)ouder, waarbij aandacht is voor duidelijke, transparante informatie over de counseling.

Als gezinswetenschapper zie ik de wensouder niet los van de ouder in wording. M.a.w. de begeleiding moet verder kunnen reiken dan enkel het proces van zwanger worden. De stap tot het gebruik van donorconceptie gaat ook over een kind krijgen en opvoeden. Hoewel er reeds informatie wordt gegeven over hoe je je kind kan vertellen over de donorconceptie kunnen ouders (en het kind) tijdens de opvoeding nog geconfronteerd worden met andere aspecten rond het donorschap. Isabel weet niet waar ze met verdere (opvoedings-) vragen specifiek rond het thema donorgezin terecht kan. Daarnaast geeft ze aan dat ze nog steeds een rouwproces ervaart bij het verlies rond genetische verwantschap. Bepaalde thematieken rond ouderschap bij/na donorconceptie kunnen zowel voor, tijdens als na de behandeling aan bod komen.

Een derde veranderingsdoel is:

Begeleiding van de (wens)ouder bij het ouderschap in een gezin met donorkinderen, waarbij de ouder aandacht krijgt voor de belangen van het kind.

1.4 Werkwijze bij het opbouwen van wetenschappelijke inzichten

Om een beeld te krijgen over hoe de begeleiding van (wens)ouders kan worden aangepakt, zal ik vanuit de literatuur bespreken hoe ouders en de kinderen de donorconceptie beleven. Dit werd aangevuld met informatie uit het boek 'Anders en toch gewoon: families na donorconceptie' van Astrid Indekeu (2016). In dit boek worden belangrijke thema's rond donorconceptie aanhaalt zowel voor, tijdens als na de conceptie. Daarnaast wordt er ingegaan op de volwassen donorkinderen. Het boek is gebaseerd op resultaten van nationaal en internationaal wetenschappelijk onderzoek.

O.a. het doctoraat van Astrid Indekeu zelf. Het boek is bedoeld voor (wens)ouders en donorfamilies. Hieruit kunnen ze informatie putten en ervaringen lezen van lotgenoten en hun kinderen.

Astrid Indekeu is psychologe, seksuologe en doctor in de biomedische wetenschappen. Ze werkt als postdoctoraal onderzoekster aan Karolinska Institutet in Stockholm en is fellow aan de KU Leuven. Ook is ze voorzitter van POINT, de Belgische en Nederlandse vereniging van fertiliteitscounselors. Hun website is nog in opbouw. Dit gebeurt allemaal zonder funding en in eigen vrije tijd. Ze zijn officieel van start gegaan in oktober 2019. Daarnaast is ze wetenschappelijk adviseur voor de vzw Donorfamilies en vzw Donorkind.

Naast het boek haal ik informatie uit een semigestructureerd diepte-interview met zowel Astrid Indekeu als met vzw Donorfamilies. Dit stelt me in staat een aantal noden binnen de begeleiding van (wens)ouders bij donorconceptie beter te duiden.

Over de begeleiding en de manier waarop professionals binnen de fertiliteitscentra te werk gaan, is weinig onderzoek gedaan. De literatuur die ik er wel over vond, ging meer over de wenselijkheid van de begeleiding. Dat er weinig te vinden is over hoe de begeleiding verloopt in België, wordt beaamd door Astrid Indekeu zelf. Ze schreef me: *'En je vragen zijn ook zo up-to-date dat we er zelf binnen het professioneel netwerk volop mee bezig zijn. Het is nog een ontwikkelend gebied waarbij veel vragen openliggen. Je eindwerk onderwerp is dan ook een heel relevant thema.'* Vanuit Point zijn ze voor zichzelf nog volop bezig met het oplijsten wie welke counseling aanbiedt en op welke manier.

Graag had ik een interview bij één (of meerdere) counselor(s) binnen een fertiliteitscentra afgenomen. Helaas kreeg ik telkens opnieuw het antwoord dat ze het heel druk hadden. Op de valreep kreeg ik toch positief antwoord van Julie Nekkebroeck, psychologisch consulent in het UZ Brussel. Zij was bereid tijd te maken voor een telefonisch gesprek waarbij ze me meer info wou meegeven.

Naast de wetgeving over donorconceptie, heb ik de websites van zes fertiliteitscentra bestudeerd met extra aandacht voor informatie rond donorconceptie. Hoe gaan ze te werk? Wie laten ze toe? Welke vormen van donorconceptie en welke behandelingen passen ze toe?...

Daarnaast geef ik wegens beperkte informatie van de counselor, een reflectie van de ouders hoe zij de psychosociale begeleiding ervaren. Die heb ik proberen verzamelen aan de hand van verschillende fora: 'De Verdwaalde Ooievaar' en de gesloten facebookgroep 'Belgische BAM-mama's'.

Op de bovengenoemde fora zocht ik in de zoekfunctie naar de woorden: afgekeurd en psychologisch gesprek. De informatie die ik hiervan gebruik is enkel om een zicht te krijgen op de redenen van afwijzing voor een fertiliteitstraject met een donor en hoe ze dit beleven. Ik heb geen cijfermatige gegevens over hoe vaak en om welke redenen wensouders worden geweigerd. Bovendien gaat het over subjectieve belevingen van de wensouders zonder objectieve kijk op de feiten die achter de weigering zitten. De facebookgroep 'Belgische BAM-mama's' is zoals gezegd een gesloten groep. Daarom zal ik er niet uit citeren om de privacy van de leden te optimaliseren. Dit met uitzondering van het verhaal van Isabel en nog één BAM die er mee instemde haar verhaal in dit eindwerk te delen.

Hoofdstuk 2 Donorconceptie, de beleving van de ouders

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk ga ik op zoek naar het antwoord op de deelvraag *'Hoe ervaren wensouders het opbouwen van een gezin met behulp van een donor?'*

Daarbij bespreek ik de vragen en specifieke thema's die de donorconceptie met zich meebrengt, vanuit het ouderperspectief. Ook de beleving van het ouderschap na de conceptie wordt besproken.

Hebben ouders van donorkinderen meer nood aan ondersteuning dan andere ouders, of niet? Ik baseer mijn bevindingen op de input die ik gekregen heb van vzw Donorfamilies, een organisatie van ouders en voor ouders van donorkinderen. Mijn bevindingen vanuit de literatuur worden aangevuld met die uit een interview met een vrijwilliger van vzw Donorfamilies (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021) en aspecten van een interview met Astrid Indekeu (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).

De antwoorden op de deelvraag *'Hoe ervaren wensouders het opbouwen van een gezin met behulp van een donor?'* zal ik gebruiken om in mijn voorstel tot de veranderingsdoelen aan te geven waar de ouders nood aan hebben bij begeleiding rond de gezinsvorming via donorconceptie. Op welke manier kan die begeleiding toegankelijker gemaakt worden voor elke wensouder?

Eerst tracht ik een beeld te schetsen wat de impact van de diagnose van de onvruchtbaarheid heeft op mensen met een kinderwens. Daarbij zal ik vanuit de loyaliteitstheorie van Nagy aantonen hoe men evolueert naar het ouderschap en welke invloed loyaliteit kan hebben bij de keuze voor donorconceptie.

2.2 Van kinderwens naar ouderschap

2.2.1 De kinderwens

De kinderwens is een complex gegeven dat samengaat met heel wat factoren. Als mens hebben we een bewust verlangen en zijn er onbewuste psychische processen die in deze wens meespelen. We willen een kind liefhebben en tederheid geven. Een kind wordt gezien als een primaire en onvervangbare relatie. Het (denkbeeldige) kind wordt als het ware voor het eerst geboren in de kinderwens, in het verlangen van de wensouder.

Een kind krijgen is leven doorgeven. Daarbij hoort het verlangen om de eigen genen door te geven en de beleving van een zwangerschap mee maken. Daarnaast willen we onze waarden en normen doorgeven. Een kind krijgen helpt mee zingeven aan het leven. We willen een kind zien en helpen opgroeien.

Een kind verwekken bevestigt onze mannelijkheid of vrouwelijkheid. Voor velen is het de bezegeling van de liefde tussen twee personen. Het geeft sociale prestige, het is symbool van geïntegreerd zijn binnen de gemeenschap. Kinderen zijn een schakel tussen het verleden en de toekomst (Cornu, 2020).

2.2.2 Onvruchtbaarheid

'Psychologisch is het kind aanwezig, maar fysiek blijft het afwezig' (Van Den Broeck, 2011, pp16).

Onvruchtbaarheid is een crisis binnen de gezinsontwikkelingscyclus. Men verliest het vooruitzicht zelf ouder te worden, en men 'ontneemt' de eigen ouders de kans om grootouder te worden (Walter & McCoyd, cit. in Wyverkens, & Buysse, 2015). Het gaat dus niet enkel om het verlies bij de wensouders om een kind te krijgen, het is een intergenerationeel gegeven, een verlies dat doorwerkt op meerdere generaties. Ook Erickson praat over het wel/niet krijgen van kinderen als een concept van generativiteit. Geen kinderen kunnen krijgen kan leiden tot stagnatie, waarbij men achterblijft met persoonlijke schuldgevoelens en zelfverwijten (Hammer Burns, & Covington, 1999).

De diagnose onvruchtbaarheid kan leiden tot een sterke idealisatie van de kindwens. De positieve verwachtingen (het kind zien opgroeien, jezelf herkennen in het kind...) en negatieve verwachtingen (sociale beperkingen, slaapgebrek...) die gepaard gaan bij een gezonde kindwens geraten uit balans. Zolang de kindwens niet in vervulling gaat, bestaat het gevaar dat de wensouder enkel oog heeft voor de positieve verwachtingen (Van Den Broeck, 2011).

Wanneer de wens nooit in vervulling gaat, ervaart men een levend verlies, een verlies dat nooit ophoudt te bestaan (Keirse, 2017). Keirse (2017) praat over chronische rouw. Rouw die nooit kan ophouden te bestaan zolang de oorzaak van het verlies blijft bestaan. Ook Van den Broeck (2011) haalt aan dat 'tijd' niet zomaar alle wonden heelt. Balen (cit. in Van Den Broeck, 2011) volgde gedurende ongeveer 13 jaar het rouwproces bij wensouders na de diagnose infertiliteit. Er werden even intense gevoelens gerapporteerd rond de onvruchtbaarheid ongeacht het aantal jaren dat men er al van op de hoogte was.

Maatschappelijke en familiale gebeurtenissen en bijeenkomsten (familiefeesten...) zorgen ervoor dat de onvruchtbare wensouders steeds herinnerd worden aan het ontbreken van kinderen. *'Er is weinig maatschappelijk erkenning en sociale steun'* (Keirse, 2017, pp. 164). Velen houden de infertiliteit verborgen voor familie en vrienden, wat hen isoleert in hun verdriet.

Veel voorkomende reacties bij de diagnose van onvruchtbaarheid zijn: rouw, gevoelens van depressie en angst, kwaadheid, frustratie, schok en ontkenning. Deze mensen ervaren verlies van controle over de seksuele activiteit, hun lichaam en emoties, verlies van vertrouwen en veiligheid in een voorspelbare wereld (Van Den Broeck, 2011). Ze voelen zich schuldig naar de partner toe omdat ze hen geen kind kunnen geven of omdat ze hen meenemen door een zwaar traject van fertiliteitsbehandelingen (Indekeu, 2016).

Mannen en vrouwen rouwen op een verschillende manier. Mannen ervaren meer fysieke klachten, wat gepaard gaat met het gevoel van verlies van impotentie en verminderd vertrouwen in hun mannelijkheid. Ze maken zich zorgen wat de onvruchtbaarheid met hen en met hun relatie zal doen (Nachtigal et al., cit. in Hammer Burns, & Covington, 1999). Ook ervaren ze rolverlies, dit komt hoofdzakelijk voor in families waar de klassieke genderrollen van belang zijn (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Mannen hebben meer de neiging om de emoties die gepaard gaan bij rouw en verlies voor zich te houden. Ze hebben nooit geleerd emoties te aanvaarden of ze te tonen (Hammer Burns, & Covington, 1999). Dit betekent niet dat ze minder verdriet ervaren. De cultuur waarin mannen opgroeien, maakt hen tot 'echte mannen', waarbij ze de taal van rouw missen. Ze wantrouwen daarbij hun gevoelens. Ontkenning, betekent niet dat ze niet willen rouwen, wel is het een andere strategie om te rouwen. De manier van rouwen wordt niet zozeer bepaald door de biologie van man-vrouw zijn, wel door de opvoeding binnen het gezin en de ruimere context (Keirse, 2017).

De vrouw kan rouwen om het verlies van de vruchtbaarheid van haar partner omdat ze graag zijn kind had gedragen. Wanneer ze zelf de diagnose krijgt, kan ze verlies ervaren over een (potentiële) relatie, haar gezondheid, status en prestige, zelfrespect, zelfvertrouwen en veiligheid. Daarnaast is er het verlies van het vervullen van een grote wens, het verlies van iets (de zwangerschap, moederschap) of iemand (het meer dan gewenste kind) die een grote symbolische waarde in haar leven inhield (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Wensouders die alleen in het leven staan of door hun seksuele geaardheid de nodige gameten ontbreken, ervaren ook een vorm van onvruchtbaarheid, een 'sociale onvruchtbaarheid' (Indekeu, 2016). De verwerking van sociale onvruchtbaarheid verloopt op een andere manier. Het ontdekken van de seksuele geaardheid vindt voor de keuze tot het gebruik van donorconceptie plaats. Ook de keuze van de alleenstaande om zonder partner ouder te worden, gebeurt niet van de ene dag op de andere. Er is dan sprake van een vroegere verwerkingsperiode, wat niet betekent dat geen sprake is geweest van rouw. Zo getuigt een lesbische vrouw dat ze bij het ontdekken van haar seksuele geaardheid rouwt omdat ze beseft dat ze nooit samen met haar partner een kind zal verwekken dat hun genen deelt (Indekeu, 2016).

Brewaeyts en Bos (2018) melden dat de meerderheid van de BAM liever een kind gekregen had met een partner. Binnen de literatuur vond ik geen aanwijzingen dat de beslissing om als BAM een kind te krijgen, gepaard gaat met gevoelens van verlies of rouwervaringen.

2.2.3 Intergenerationaliteit, loyaliteit en existentiële schuld

Zoals eerder aangegeven, heeft het verlangen een kind te krijgen een intergenerationale dimensie. Generaties voor ons maken deel uit van onze relationele context. We ondergaan nog steeds de gevolgen van hun acties, positief of negatief. Ook onze toekomst maakt deel uit van onze relationele context.

Dat we kinderen willen is omdat we ouders hebben. Dat we kinderen willen opvoeden is omdat we zelf zijn opgevoed door onze ouders. Vanuit dit standpunt is het mensonwaardig om iemand te verbieden kinderen te hebben. Daarmee ontnem je die persoon de mogelijkheid om zijn existentiële schuld in te lossen (Van Crombrugge, cit. in Willaert, 2021^a)

Volgens Ducommun-Nagy (2006) geeft de toekomst richting aan ons handelen, ook als we niet in wederkerigheid staan met de komende generaties. Wanneer we ons zorgen maken over de toekomst van de generaties na ons is dit uit verplichting terug te betalen wat we hebben gekregen of uit de verwachting van een billijke wederdienst (Ducommun-Nagy, 2006).

Volgens de loyaliteitstheorie van Nagy en het aflossen van de existentiële schuld vereffenen ouders een deel van de schuld die ze hadden tegenover hun ouders door een kind op de wereld te zetten en op te voeden. Als kind het leven krijgen zorgt voor een existentiële schuld die niet te vereffenen is, de volledige schuld aflossen is onmogelijk. Wel kan die deels worden afgelost door iets van het leven te maken, daarbij een verantwoordelijkheid op te nemen voor de wereld en uiteindelijk het leven door te geven.

Nagy spreekt over het 'grootboek'¹¹ waarin staat geschreven wat we voor de ander doen en wat die voor ons terug doen. Meer recent gebruikt Nagy het beeld van de weegschaal om aan te tonen wat er tussen onszelf en de ander gebeurt. De schalen van de weegschaal zijn voortdurend in

¹¹ Een grootboek is 'een verzameling van alle grootboekrekeningen. Dit geeft een inzicht in de financiële stromen binnen een organisatie, bedrijf... Elke grootboekrekening krijgt een bepaald saldo (positief, negatief), deze breng je samen, waardoor er een balans is op te maken (Zelfstandige Vlaanderen, 2019)'

beweging. De balans is nooit volledig in evenwicht, of hooguit voor heel even. Net als onze relaties die nooit perfect wederkerig zijn (Ducommun-Nagy, 2006).

Kortom, het gaat over de balans tussen geven en nemen. Maar hoe kunnen we de balans opmaken als niet vast te stellen is wie wat in de relatie binnenbrengt? Is dit objectief waarneembaar? Daarom is het belangrijk in dialoog te gaan. Dit helpt de visie van de ander in te schatten, te erkennen en te respecteren. Zonder in te schatten wat de zwaarte van onze eigen inbreng is, zijn we niet staat een antwoord te geven op de verwachtingen van de ander (Ducommun-Nagy, 2006). Dit stelt ons in staat in een wederkerige relatie te treden tot de ander. Een eigenschap die we niet enkel nodig hebben binnen de relatie met onze partner en onze ouders, maar ook naar het toekomstige kind toe.

Wanneer we kiezen voor een partner zijn we deels deloyaal aan de familie van oorsprong. Daarom zou het zo belangrijk zijn zelf (genetische)kinderen te krijgen omdat dit de schuld die gepaard gaat met het verlaten van het gezin deels aflost. Ons deloyaal zijn of ons verzetten tegen de verwachtingen van onze ouders in, zal gemakkelijker aanvaard worden wanneer we kinderen hebben. Zonder kinderen, zullen we op één of ander manier onze loyaliteit moeten aantonen. Net daarom zullen paren die problemen hebben met kinderen krijgen zoveel moeite doen om er alsnog op de wereld te zetten. Ze zijn namelijk kwetsbaarder door dit schuldgevoel (Ducommun-Nagy, 2006).

Toch is loyaliteit aan de ouders meer dan krijgen van kinderen. Het gaat ook over het loyaal blijven aan cultuur en waarden die we vervolgens doorgeven aan de volgende generatie (Ducommun-Nagy, 2006). *'Loyaliteit gaat over de oprechtheid van een persoon. Het vermogen om engagementen aan te gaan en zich aan de regels van eer en rechtschapenheid te houden. Het is een persoonlijke kwaliteit die het resultaat is van een innerlijke motivatie om antwoord te geven op de verwachtingen van de ander* (Ducommun-Nagy, 2006, pp. 82). Je existentiële schuld inlossen kan op een andere manier dan enkel door het krijgen van eigen (genetische) kinderen. Het kan op een symbolische manier, waarbij je de zorg voor andere (kinderen) opneemt en je engageert naar de wereld toe. Vanuit dit oogpunt kan een gezin stichten via donorconceptie een even waardevolle invulling zijn in het aflossen van de existentiële schuld.

2.2.4 Wat betekent ouderschap bij het aflossen van de existentiële schuld?

'Your children are not your children. They are the sons and daughters of life's longing for itself... you may strive to be like them, but seek not to make them like you (Kahil Gibran cit. in Hammer Burns, & Covington).

Voordat men een keuze maakt op welke manier men een gezin wil vormen, kan de vraag: *'Wat betekent ouderschap?'* een belangrijke bijdrage leveren.

De kinderwens wordt gedreven vanuit een eigen verlangen. Aan deze wens voldoen is respect tonen naar jezelf. Maar de kinderwens alleen is onvoldoende. *'Voor het welzijn van het kind is het noodzakelijk dat de kinderwens doorgroeit tot een keuze voor het kind als een werkelijke 'ander' (Cornu, 2020, pp. 323).'* Dit stelt de ouder in staat het kind te zien als een individu dat men wil helpen opgroeien en ondersteunen in zijn autonomie en niet langer als het 'hebben' van een kind om een eigen wens in vervulling te zien gaan.

Binnen de pedagogiek wordt een onderscheid gemaakt tussen het technische aspect van opvoeden en het relationele aspect. Bij het technische aspect wordt enerzijds gekeken of de ouder weet heeft welke doelen hij wil nastreven binnen de opvoedingen. Anderzijds gaat het ook over de

opvoedingsstijl en de vaardigheden waarover de ouder beschikt om zijn doelen te bereiken. Binnen het relationele aspect wordt opvoeden begrepen als een relatie tussen gelijkwaardige mensen. Opvoeden is daarbij een wederkerig proces tussen ouders en/of anderen opvoedingsverantwoordelijken, kinderen en hun gehele context (Van Crombrugge, cit. in Willaert, 2021^a).

Ouderschap betekent het recht hebben op en de verantwoordelijkheid opnemen voor de opvoeding van je kind. Daarbij geef je waarden en cultuur mee die je zelf meekreeg binnen jouw opvoeding. Ouderschap start binnen een symbiotische relatie waarbij de primaire zorgfiguur (meestal de moeder) beantwoordt aan de noden van het kind en daarbij zorgt voor geborgenheid. De primaire relatie zorgt voor de gehechtheid tussen ouder en kind. Geleidelijk aan zullen beide loskomen uit die symbiose en wordt er plaats gemaakt voor de derde, de partner binnen de relatie. De primaire zorgfiguur ontwikkelt zich, samen met belangrijke andere zorgfiguren (vb. de vader) tot de psychologische ouder. Toch blijft de primaire zorgfiguur noodzakelijk voor een optimale ontwikkeling en de brug naar andere personen en de omgeving (Van Crombrugge, cit. in Willaert^a, 2021)

Elke stap verder weg van de symbiotische relatie, die het kind neemt, stelt hem in staat te ontwikkelen. Hij krijgt daarbij een steeds grotere autonomie. Het is aan de ouders om het kind hierin te ondersteunen en aan te moedigen. In het licht van Nagy's 'grootboek' is het opnemen van de verantwoordelijkheid om je kind te helpen opgroeien tot een autonoom persoon, een deel van de aflossing van de existentiële schuld. Tegelijk geef je het kind de kans zijn eigen schulden te verwerven en te vereffenen. Het zijn deze wederkerige relaties van geven en nemen die ons als kind én ouder, in staat stellen onze eigen identiteit te verwerven.

Nagy spreekt over een positieve en negatieve schuld. Positieve schuld is schuld die we bereid zijn te aanvaarden omdat we niet verplicht voelen ze terug te geven. Bij het ons verplicht voelen iets terug te moeten geven is er sprake van een 'negatieve schuld'. Deze bedreigt onze identiteit, want een verplichting geeft het gevoel niet vrij te zijn. Het beperkt ons handelen (Ducommun-Nagy, 2006). Ook onvruchtbaarheid raakt aan de eigen identiteit (Van Den Broeck, 2011). Men vraagt zich af: *'Wie ben ik, als ik geen ouder kan worden'*. Kinderen krijgen is geen vanzelfsprekende handeling meer. Bovendien treedt er een grote verandering op in het sociale leven. Omgaan met vrienden en familie die zonder problemen zwanger worden en kinderen krijgen, verloopt moeizaam. Soms wordt de confrontatie zo pijnlijk dat de onvruchtbare (of het koppel) zich sociaal gaat isoleren. Hiermee komen de wederzijdse relaties in het gedrang.

Wanneer het kinderen krijgen als een loyaliteit naar de eigen ouders ervaren wordt en men in staat is dit te zien als een positieve schuld, kan de onvruchtbaarheid verwerkt worden en de keuze naar een andere manier om alsnog de schuld af te lossen worden gemaakt. Dit kan helpen in de keuze tot en aanvaarding van donorconceptie om het ouderschap op te nemen én daarbij het kind als een uniek persoon te erkennen.

2.3 Wensouders bij donorconceptie

2.3.1 Soorten wensouders en hun opties

Wanneer mensen geconfronteerd wordt met infertiliteit, hebben ze verschillende opties. Ze kunnen kiezen voor een kinderloos bestaan, voor adoptie of ze kunnen overgaan tot donorconceptie.

Vaak verkiezen koppels donorconceptie boven adoptie. Bij de meeste koppels blijft er een genetische verwantschap met één van beide ouders. Zo kunnen ze ook de ervaring van het zwanger

zijn beleven. Zowel de vrouw, die het kind draagt, als de partner die een ondersteunende rol kan vervullen. Het geeft een hoger gevoel van controle over het ouderschap (Hammer Burns, & Covington, 1999). Wanneer de vrouw niet in staat is het kind zelf te dragen, kan gekozen worden voor draagmoederschap.

Koppels zijn niet enkel heteroseksuele paren. Ook paren van hetzelfde geslacht, 2 mannen of 2 vrouwen, kunnen ervoor kiezen een kind te verwekken. Dan hoeft er geen sprake te zijn van medische onvruchtbaarheid, wel ontbreekt het aan vrouwelijke- of mannelijke gameten.

Wanneer 2 mannen kiezen om met het genetisch materiaal van één van hen een kind te verwekken, hebben ze ook nood aan een vrouw die het kind voor hen wil dragen, een draagmoeder. Het draagmoederschap is een nog complexere manier om een gezin te stichten omdat de draagmoeder heel nauw betrokken is. Lesbische vrouwen hebben veelal voldoende aan een spermadonor om samen een kind op de wereld te zetten.

Bij toekomstige ouders die hun kinderwens zonder partner trachten te vervullen denken we op de eerste plaats aan de 'bewust alleenstaande moeder' (BAM). Deze vrouwen kiezen ervoor om alleen, zonder enige opvoedkundige of financiële inmenging of bijdrage van een partner, een kind ter wereld te brengen en op te voeden. Hammer Burns en Covington (1999) melden dat deze alleenstaande vrouwen de keuze maken over te gaan om alleenstaande moeder te worden wanneer ze zich zeker voelen over hun tewerkstelling. Daarnaast hebben ze het ouderschap voor zichzelf in vraag gesteld en bijhorende zaken uitgewerkt (Hammer Burns, & Covington, 1999). Wanneer de toekomstige BAM het gevoel heeft dat de tijd verstrijkt, maar tegelijk voldoende sociale ondersteuning ervaart om het alleenstaand ouderschap op te nemen, wordt de beslissing makkelijker. Door het gebrek aan een mannelijke partner, hebben ze meer dan heteroseksuele koppels nood aan medische assistentie. Dit betekent ook hier niet dat er sprake is van onvruchtbaarheid bij de vrouw.

Een laatste groep zijn de alleenstaande wensvaders. Voor hen wordt het waarmaken van de kinderwens een stuk complexer. Net als een homokoppel kan hij voor draagmoederschap kiezen. Een andere optie is op zoek gaan naar een vrouw die bereid is om, zonder een relatie aan te gaan, samen een kind op de wereld te zetten, om vervolgens in co-ouderschap het kind op te voeden (RTLnieuws, 7 november 2015). Vooral deze laatste groep lijkt wel een vergeten groep, online kon ik amper informatie vinden over hen. Het lijkt dan ook niet evident om een (alleenstaande) wensmoeder te vinden die bereid is om met een 'vreemde' man een kind te verwekken en in (juridisch) co-ouderschap te delen. De groep die wettelijk het meest benadeelt blijft in België in het waarmaken van de kinderwens, zijn zij die beroep moeten doen op draagmoederschap. Draagmoederschap is niet verboden, maar er bestaat geen wettelijk kader voor (Wuyts, 2013).

2.3.2 Niet-conventionele gezinsvorming

Ongeacht je gezinssamenstelling, seksuele geaardheid en culturele/religieuze overtuiging is er bij de keuze tot donorinseminatie sprake van een niet-conventionele gezinsvorming. Hoewel heterokoppels deze realiteit, technisch gezien, voor hun omgeving kunnen geheimhouden.

Weyns (2008) vergelijkt de gezinsvorming met de merel die zorgvuldig zijn nest bouwt, eieren uitbroedt en zijn jongen opvoedt en beschermt, tot ze het nest uit vliegen. Hij wil daarbij aantonen, dat hoe divers de samenstelling aan gezinnen in onze maatschappij ook mag zijn, de kern, de centrale gezinswaarden, *'de bezorgdheid om de kleintjes, toewijding, genegenheid, tederheid, opofferingsbereidheid, beschermen tegen de buitenwereld en aanleren van essentiële vaardigheden'*, blijven dezelfde. Aan de ander kant zegt hij, is een gezin meer dan een beschermend

nest. Het gezin is een uniek 'zelfgeschapen' wereld waarin de gezinsleden opgroeien. Verhalen en herinneringen worden geconstrueerd en verder verteld. Het gezin heeft een eigen narratief met positieve en negatieve ervaringen, emoties, een eigen beeldtaal en ook schandalen en gezinsgeheimen. Het gezin creëert een wij-gevoel dat nergens anders zo omvattend kan zijn dan enkel binnen je eigen gezin.

Binnen de systeemtherapie wordt het gezin gezien als een systeem dat zoekt naar een evenwicht met de omgeving. Een dynamisch gegeven gekenmerkt door een voortdurend proces tussen openheid en stabiliteit. Het gezin is de plek waar de complexiteit van de omgeving wordt verminderd. Daarbij hoeft een gezin niet langer te voldoen aan het traditionele huwelijksgezin, wel aan een voortdurend management. Dit maakt elke gezinsvorm een gelijkwaardig systeem van primaire relaties die zich voortdurend organiseren met de buitenwereld en elkaar. Het geslacht, man-vrouw, is binnen de systeemtherapie niet van belang om de ouder te definiëren. Hierdoor is de psychosociale ouder en de primaire gehechtheidsfiguur niet langer man of vrouw. Het kind heeft niet langer een moeder én een vader nodig, noch zijn deze aan geslacht gebonden. Dit betekent niet dat er geen aandacht hoeft te zijn tussen de verschillende seksen (Van Crombrugge, cit. in Willaert, 2021^a).

Het is nog niet bewezen dat de gezinsstructuur, nl. het door wie en door hoeveel personen het ouderschap wordt ingevuld, een negatieve invloed heeft op het welbevinden van het kind. Wel geeft Freeman (2015) aan dat er reeds positieve bevindingen zijn over opvoeding bij koppels van hetzelfde geslacht en alleenstaande moeders. Hieruit kan worden opgemaakt dat de vragen over potentiële psychosociale schade toegebracht door een niet traditioneel gezinsstructuur, eerder ethische en sociale vragen en angsten oproept (Golombok; Bos et al. in Freeman 2015).

Elke gezinsvorm kent een unieke samenstelling. Binnen onze Westerse cultuur worden deze gezinsvormen steeds zichtbaarder, meer aanvaard en wettelijk beschermd (denk aan de juridische afstamming bij het meemoederschap¹²). Dit betekent dat zelfs wanneer de niet-conventionele gezinsvorming nog opbokst tegen vooroordelen deze steeds toegankelijker wordt voor iedereen.

2.3.3 Culturele diversiteit en stigma rond onvruchtbaarheid en donorconceptie

Onvruchtbaarheid bij mannen wordt meer verborgen, minder erkend en minder besproken binnen onze maatschappij (Machin, cit. in Benward, 2015).

In de begintijden van donorconceptie, werd door de behandelende arts aangeraden niemand te vertellen over donorconceptie en onvruchtbaarheid, noch aan het kind, noch aan het netwerk (Wyverkens, & Buysse, 2015; Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021). *'Dit vanuit het toenmalige stigma rond infertiliteit, de morele bezwaren over de behandelingen en de angst voor de juridische positie van de niet-genetische ouder* (Van den Akker, cit. in Wyverkens, & Buysse, 2015, pp. 211).'

Men wou daarbij de vader zijn zelfvertrouwen beschermen, de vader-kindrelatie beschermen, de ouderlijke gevoelens bevorderen en sociale stigmatisering afweren (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Bij moslimgemeenschappen is infertiliteit, voornamelijk van de man, een taboe. Het wordt gezien als een falen van de mannelijkheid (Ravelingien, & Pennings, 2013).

¹² Meemoederschap: sinds 1 januari 2015 gelden voor de meemoeders dezelfde afstammingsregels als voor de juridische vaders. D.i.: een kind geboren tijdens het huwelijk of wanneer de meemoeder het kind erkend indien er geen vaderlijke afstamming vaststaat (Agentschap integratie en inburgering, 2015).

Tegelijk wordt een fertiliteitsbehandeling niet zomaar aanvaard. Binnen het protestantisme, de Islam en bij de Getuigen van Jehova wordt de behandeling met eigen gameten via ivf aanvaard (De Maakbare Mens, z.d.)

Het gebruik van gedoneerde gameten binnen de Islam wordt gezien als overspel (Hammer Burns, & Covington, 1999). De Maakbare Mens (z.d.) maakt binnen de Islam nog een onderscheid tussen Soennisme en het Sjisme. Bij deze laatste groep vaardigde Khamanei in 1999 een fatwa uit die gametendonatie toeliet, op voorwaarde dat de donor voldoet aan de islamitische eisen van het ouderschap. Er wordt wel benadrukt dat het kind enkel kan erven van de donor.

Ook in het Hindoeïsme zien we dat ivf is toegestaan met eigen gameten. Gametendonatie is bij hen niet toegestaan omwille van het kastesysteem dat wordt doorgegeven door de vader. In praktijk vindt spermadonatie vaak plaats met een dicht familielid van de vader als donor, m.a.w. binnen dezelfde kaste (De maakbare mens, z.d.).

Het Rooms-katholicisme heeft dan weer meer problemen met de fertiliteitsbehandeling op elk gebied. Voortplanting dient te gebeuren door seksuele betrekking tussen 2 personen. Over ivf heerst bovendien een bezorgdheid dat de embryo's worden beschadigd tijdens de procedure waardoor het menselijk leven, niet wordt beschermd (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Binnen het orthodox Jodendom, is inseminatie met het sperma van de echtgenoot toegestaan. Het gebruik van een eiceldonor wordt gezien als een verstoring van het huwelijk, maar kan volgens sommigen mits toestemming van een Rabbijn (De maakbare mens, z.d.).

Dit betekent dat sommige wensouders voor nog moeilijkere keuzes komen te staan, wanneer de waarden en overtuigingen van hun gemeenschap en cultuur niet open staan voor donorconceptie. Dit kan hen in een loyaliteitsconflict¹³ brengen, zeker indien het krijgen van kinderen en het verderzetten van de bloedlijn en de genen, een belangrijk aspect is in hun gemeenschap.

2.3.4 Het netwerk

Het gezin van oorsprong, deel van het netwerk, fungeert als stabiele uitvalsbasis voor de vele sociale contacten en de verscheidenheid aan waarden en normen. Waarden en normen worden meegegeven binnen het gezin, maar aangevuld door het contact met anderen, de buitenwereld. Dit wordt in onze samenleving gezien als de mogelijkheid om ons als volwaardig persoon te ontplooien vanuit eigen keuzes en aangeleerde waarden en normen (Willaert, 2021^a).

Binnen het netwerk van wensouders die kiezen voor donorconceptie is de kijk van de familie en vrienden op deze realiteit van groot belang. Dit kan meebepalen of ze de familie op de hoogte brengen van hun plannen. Hierbij verwijst ik nog eens naar het stigma dat binnen sommige culturen rond donorconceptie bestaat (zie 2.3.3).

Dit betekent niet dat, wanneer een onvruchtbaar persoon of koppel deze stigmatisering binnen zijn netwerk ervaart, dat er geen steun kan worden gevonden bij bepaalde personen binnen dit netwerk. *Familie is een onderscheiden en complex geheel, een groep personen met een gemeenschappelijk verleden en een gemeenschappelijke toekomst. De eigenschappen van een*

¹³ Loyaliteitsconflict: bij loyaliteit geven we de voorkeur aan de ene relatie boven de andere. Dit is een vrije keuze een engagement, waarbij we rekening houden met wat we reeds ontvangen hebben, wat we nog zullen ontvangen en wat we al hebben teruggegeven binnen onze relaties. Het engagement dat we opnemen naar familie zal veelal groter zijn dan die naar derden. Wanneer we tussen de keuze komen te staan waarbij de loyaliteit op hetzelfde moment even groot is, komen we voor een dilemma of een loyaliteitsconflict te staan (Ducommun-Nagy, 2006).

familie zijn niet dezelfde als de eigenschappen van de individuen waaruit die bestaat (Ducommun-Nagy, 2006, pp. 139)'.

Bovendien is een familie een dynamisch gegeven, een levend systeem, een open systeem, verbonden met andere systemen die invloed hebben op de familie. Om hun eigen structuur te behouden en niet met andere systemen te versmelten dienen families zelfregulerend te zijn. Ook bij veranderingen in de omgeving moet het systeem in staat zijn terug te keren naar de oorspronkelijke toestand. Dit wordt de homeostase genoemd. Wanneer individuen zich verspreiden, moet het systeem krachtig genoeg zijn om elk individu te herenigen tot het systeem. Bij veranderingen zal de familie steeds trachten de integriteit te bewaren. Ook wanneer de aanpassingen ongunstig lijken of net wenselijk is voor een bepaald familielid zal het systeem trachten zich te stabiliseren om de homeostase te behouden. Elke verandering bedreigt hoe dan ook het familiesysteem (Ducommun-Nagy, 2006).

Volgens Nagy is loyaliteit de sleutel tot familiaal evenwicht. *'Het betreft genetische banden, banden door afstamming, door het delen van gemeenschappelijke regels en mythen en vooral door onze loyaliteit.* (Ducommun-Nagy, 2006, pp. 144). De homeostase van het familiesysteem is zo sterk door onze persoonlijke wil om relaties te onderhouden en beschikbaar te blijven voor elkaar. Familiesystemen danken net hun voortbestaan aan veranderingen en het systeem zal tolerant zijn met het individu, zolang het maar solidair blijft binnen het systeem (Ducommun-Nagy, 2006). Veranderingen zijn dus niet enkel een bedreiging, maar ook een uitdaging voor het systeem. Wanneer de keuze van de wensouder geen ernstige bedreiging vormt voor de familie, zal ook bij twijfels en angst de keuze van de wensouder aanvaard worden.

Binnen de realiteit van donorconceptie wat kan gezien worden als een niet-conventionele gezinsvorming, kan je dus stellen dat het voor de wensouders heel wat moed vraagt om zijn netwerk, zijn familie, het systeem op de hoogte te brengen van zijn keuze tot donorconceptie. Bovendien moet hij in staat zijn hen juist in te schatten. Hoe open of net afwijzend zijn ze tegenover donorconceptie en tegelijk ook tegenover hun keuze om een gezin te stichten binnen hun relationele realiteit? Goldberg (cit. in Greenfeld, 2015) geeft aan dat koppels van hetzelfde geslacht weinig steun ervaren in hun familie, waarbij ook gebotst wordt op tegenstand in hun keuze om aan gezinsuitbreiding te doen. Welke verandering kan de familie tolereren en welk niet?

We houden ons als individu dan wel aan de regels van het systeem, maar we zijn ook in staat rekening te houden met eigen behoeften, persoonlijke kenmerken en onze unieke geschiedenis. We zijn vrij eigen keuzes te maken, maar dragen er zelf de gevolgen van. Het is net door te worden aangesproken op de gevolgen of verantwoordelijkheden van onze daden, dat we in staat zijn te veranderen (Ducommun-Nagy, 2006). Onze keuze om een gezin te vormen aan de hand van donorconceptie is bijgevolg niet enkel afhankelijk van de steun die we vinden in ons netwerk, maar ook van onze persoonlijke kracht op te komen voor onszelf.

Bewust alleenstaande moeders krijgen nogal eens met het vooroordeel te maken een groter risico te lopen om in de kansarmoede terecht te komen en een onvoldoende groot netwerk ter beschikking te hebben. De BAM zelf geeft aan dat ze zich soms zorgen maakt over de gezinssamenstelling omwille van het ontbreken van de draagkracht van een partner (Brewaeys, & Bos, 2018). Onderzoek van Brewaeys en Bos (2018) toont aan dat de BAM net in staat is om op een adequate wijze een netwerk uit te bouwen en te onderhouden, waarbij ze meer steun ontvangen uit het informele netwerk (vrienden, familie...) dan moeders uit een twee-oudergezin. Opmerkelijk daarbij is dat de BAM toch aangeeft meer steun nodig te hebben. Dit wordt door de onderzoekers verklaart door het ervaren van het ontbreken van een partner.

Binnen de vzw Donorfamilies (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021) ervaren ze dat de BAM aangeeft moe, heel moe te zijn. *'We weten dat die BAM ook wel heel veel stress hebben als dat kind er is en dat die ook... dat dat gewoon ook keizwaar is. Dat is ook gewoon keizwaar. Dat is voor ons allemaal keizwaar om jonge kinderen op te voeden. Dus als je er alleen voor staat...'* (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021)'.

Bovendien ervaart de BAM als wensouder grote stress om goedgekeurd te worden voor de fertiliteitsbehandeling. Dit komt mede doordat binnen de screening van een alleenstaande wensmoeder het sociaal netwerk een belangrijke vereiste is om toegelaten te worden. *'Dat die schrik hebben dat ze niet voldoende gaan bewijzen dat er een netwerk rond hen is dat gaat helpen bij de opvoeding...'* (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021)'. Ook in de facebookgroep 'Belgische BAM-mama's' komt het netwerk-thema vaak ter sprake en melden sommige wensmama's dat ze afgewezen worden omdat ze geen goed 'opvangplan' of onvoldoende netwerk hebben.

Binnen de betekenis van ouderschap vernoemde ik hoe een kind vanuit de symbiotische relatie autonomie kan verwerven wanneer de ouder in staat is het kind meer vrijheid te geven. Dit betekent dat het kind geleidelijk autonoom wordt en voorbereid wordt *'het nest uit te vliegen'*. Bij de verdere identiteitsontwikkeling is het belangrijk dat het kind, maar ook de ouder in relatie treedt met derden buiten de familie. Dit betekent dat niet enkel de directe omgeving, maar ook het ruimere netwerk, de gehele context, invloed heeft op het kind en de ouders.

Door het opgroeien van het kind zal het netwerk bovendien uitbreiden voor het kind en de ouders. Denk maar aan ouders van vriendjes waarop men af en toe een beroep kan doen. Maar ook school en andere formele netwerken (vrije tijd, hulpverlening...) zullen toenemen. Dit is niet anders dan eender welk gezin. Wel betekent dit dat een ouder zich lang na de conceptie vragen kan stellen als: in welke mate kan het verhaal van donorconceptie het netwerk wordt binnengebracht? Wie wil ik op de hoogte brengen van het conceptieverhaal? Wie is in staat dit conceptieverhaal te aanvaarden en wie niet?

De gevolgen van de keuze van de wensouders is dus niet enkel bepalend voor het kind, henzelf en het netwerk. Het netwerk bepaalt mee de keuzes die voor, tijdens en na het traject van donorconceptie worden gemaakt. Wanneer de (wens)ouders binnen het netwerk veel steun en begrip ervaren, kan dit de draagkracht van de wensouders (en later ook het donorkind) versterken in het maken van de beslissing om al dan niet tot donorconceptie over te gaan. Het netwerk kan de draaglast vergroten bij onbegrip of het gebrek aan steun. Dit kan ertoe leiden dat de wensouders tegen de wil van hun familie (en/of ruimere netwerk) in zelf de kracht zullen moeten vinden om deze beslissing te nemen. Dit kan samengaan met een gevoel van deloyaliteit.

2.4 Belangrijke thema's bij de keuze voor de donorconceptie

2.4.1 Het verlies van genetische verwantschap

Wanneer iemand te horen krijgt onvruchtbaar te zijn, zorgt dit voor een grote shock. Dit gaat gepaard met een rouwproces (zie 2.2.2). Het doorlopen van dit rouwproces is belangrijk om nieuwe keuzes te kunnen maken. Kinderloos blijven, adoptie, pleegzorg of gebruik maken van een gametendonor. In de laatste twee gevallen kan een persoon of een koppel alsnog ouder worden, al is het zonder genetische connectie met het kind.

Menning (cit. in Hammer Burns, & Covington, 1999) stelt dat het ook van groot belang is te rouwen over het verlies van de genetische verwantschap met een kind, wat ook partners genetisch tot elkaar verbindt. Het gaat over een verlies van een genetisch gedeelde zwangerschap.

Zeker wanneer de wensouders een fertiliteitstraject hebben doorlopen met eigen gameten kan deze beslissing zwaar wegen. Het verlies kan bij de man woede opwekken omdat hij de medische wereld het falen kwalijk neemt. Ook de vrouw kan woede voelen omdat ze haar man niet kan geven waar ze naar verlangden. Tegelijk kan schaamte, spijt en schuldgevoel optreden omdat ze niet in staat zijn afstand te nemen van deze woede. Hierdoor kunnen koppels relationele conflicten ervaren als reactie op verlies en rouw (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Het belang van genetische verwantschap wordt benadrukt in families waar het verderzetten van de bloedlijn van groot belang is. Dit kan worden verklaard vanuit de loyaliteitstheorie van Nagy waarbij is te zien hoe een eigen kind krijgen een intergenerationeel gebeuren is.

Bij mannen kan een schuldgevoel ontstaan omdat ze niet in staat zijn hun bloedlijn verder te zetten. In het bijzonder wanneer de familie veel belang hecht aan talenten die specifiek aan de familielijn zijn verbonden. Neem daarbij dat de man in de positie van de laatste man in de bloedlijn is die de genen kan verderzetten, dan kan dit naast het schuldgevoel een verwoestend effect hebben (Hammer Burns, & Covington, 1999). Het niet kunnen krijgen van een eigen genetisch kind kan bij deze mannen ervaren worden als een falen in hun verantwoordelijkheid en het niet kunnen inlossen van een existentiële schuld naar hun ouders toe.

Mannen staan vaker weigerachtig tegenover donorconceptie, omdat dit hun mannelijkheid verder aantast. Het verwekken van een 'eigen' kind staat voor sommige mannen, zeker wanneer ze zelf een goede vader-zoon band hebben, als toppunt van mannelijkheid (Zoldbrod, cit. in Hammer Burns, & Covington, 1999). Andere mannen en koppels hechten dan weer geen belang aan genetische verwantschap (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Omdat de man meer geneigd is in stilte te rouwen, loopt de man het risico de vergeten rouwer te worden. Zijn rouw heeft een impact op langere termijnbeoordeling over onvruchtbaarheid en tegelijk tot zijn perspectief en de keuze tot het ouderschap en gezinsvorming. Het ontbreken van de genetische band bij de man, heeft ook een effect op zijn vrouw. Zij ervaart het verlies van het herkennen van persoonlijke karakteristieken en het evenbeeld van haar man in het kind (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Ook bij lesbische koppels komen vragen rond de genetische band. Wanneer ze beiden in staat zijn een kind te krijgen, wordt niet steeds die keuze gemaakt. Er is geen genetische band met het kind waarvan ze niet zelf de eicel hebben geleverd (Indekeu, 2016). Bij koppels van hetzelfde geslacht zie je rond het verlies van de genetische band voornamelijk vragen opkomen over wie wel of niet de eicellen levert voor conceptie.

Toekomstige ouders maken zich voornamelijk zorgen hoe ze zullen worden gezien als ouder wanneer er geen genetische band is. Ze maken zich zorgen om het gebrek aan gelijkenis tussen het kind en de ouder. Eenmaal na de geboorte, zal die angst geleidelijk aan afnemen en krijgen de ouders vertrouwen in het belang van sociaal ouderschap (Indekeu, in Krikman-Brown, & Martins, 2020).

2.4.2 Keuze voor anonieme of gekende donor

Wensouders kunnen belang hechten aan familiegelijkenissen, gezondheid, intelligentie en persoonlijkheid. Klock (2004, cit. in Greenfeld, 2015) stelt dat de wensmoeder het belangrijker vindt om gelijkenissen te hebben met de donor dan de wensvader. Wensmoeders verkiezen het alternatief van een gekende eiceldonor met een genetische verwantschap. Denk daarbij aan een

zus (intrafamiliale gametendonatie). Hierdoor zien ze zichzelf in staat een genetische band te construeren met hun kind (Wyverkens, & Buysse, 2015).

In het geval van anonieme donatie is het aan het fertiliteitscentrum om de donor aan de wensouders te matchen. Hierdoor heeft de wensouder geen inzicht in mogelijke gelijkenissen tussen donor en wensouder. Volgens Indekeu (2016) zorgt dit voor ongewone ervaringen bij de ouders. Zo getuigt ook een ouder bij vzw Donorfamilies: *'Ik had het supermoeilijk met het feit dat die matching in de handen van het ziekenhuis ligt. Ik vond dat super griezelig. Dat is echt gewoon God zijn he. Ik heb dat ook gezegd aan de vroedvrouw: ik heb gedacht op verschillende momenten: als ik nog 1 keer aan een ambetante kwijt een vraag stel, trekt Bernadette hier voor mij haar cryovaat open en pakt die hier het strootje met de lelijkste en domste donor die ze heeft om aan mij te matchen...* (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021)'.

Het feit dat er in België geen enkele informatie wordt meegegeven over de anonieme donor roept heel wat vragen op betreffende de matching. Artsen kunnen binnen de fertiliteitscentra de verschillen met de (sociale) ouder trachten te beperken, maar kunnen deze verschillen niet gegarandeerd. Bovendien komen er vragen over de mogelijkheid van een goede matching, gezien het gebrek aan donoren (Indekeu, 2016).

Ouders van kinderen verwekt met een anonieme donor geven aan dat ze bezorgd zijn over de gezondheid van hun kinderen en dat hun kinderen toevallig in contact kunnen komen met half broers-of zussen (Nelson, cit. in Kirkman-Brown, & Martins, 2020). Kan dit een reden zijn om voor een gekende donor te kiezen?

Bij de keuze voor een gekende donor kan het feit dat ouders hun kinderen de mogelijkheid willen geven om hun afstamming te kennen een rol spelen (Hammer Burns, & Covington, 1999, Indekeu, 2016). Kiezen voor een gekende donor in België betekent dat de wensouder zelf op zoek dient te gaan naar een voor hen geschikte donor.

Tijdens het interview met vzw Donorfamilies (persoonlijke communicatie, 4 juni 2021) gaf de vrijwilligster aan dat ze als koppel kozen voor gekende eiceldonatie. Zij kozen daarbij een vriendin van de wensmoeder. Toen, een 10-tal jaar geleden aanvaardde het fertiliteitscentrum waar ze aanvankelijk in behandeling waren enkel Intrafamiliale gekende donoren. Dit zorgde voor een zoektocht naar een fertiliteitscentrum die eiceldonatie via een vriendin toeliet. *'Maar uiteindelijk zijn we daar teruggekomen en hebben we gezegd dat we er ons bij neerleggen, maar onder protest. Maar wat wil dat zeggen?'* Ze hopen op deze manier een donor gematcht gekregen te hebben die, wanneer er iets aan de wetgeving rond donoranonimiteit verandert, zelf openstaat tot het verbreken van de anonimiteit.

Ook al geeft dit verhaal geen wetenschappelijk zekerheid over hoe en in welke situaties de beslissing wordt beïnvloed door wet- of regelgeving. Het getuigt er wel van dat zowel de visie van de fertiliteitscentra als de nationale wetgeving een belangrijke invloed kan hebben op de beslissing om voor anonieme of gekende donatie te kiezen.

Indekeu (2016) geeft aan dat lesbische koppels die kiezen voor een gekende spermadonor dit doen in het belang van het kind. Ze vinden het belangrijk dat het donor van in het begin als betrokken partij aanwezig is en zo een plaats inneemt in het levensverhaal van het kind. Hierbij is het belangrijk mee te geven dat bij een gekende donor op voorhand duidelijk afspraken gemaakt worden welke rol de donor zal innemen in het leven van het kind.

De Belgische wet rond medisch begeleide voortplanting (MBV-wet) staat enkel anonieme of gekende gametendonatie toe. Een anderen vorm van spermadonatie is de ID-release donor. Dit is een donor waarbij het kind op aanvraag en bij het bereiken van een bepaalde leeftijd, informatie over de donor kan krijgen. Indien gewenst kan worden overgaan tot contact. Een Amerikaans

onderzoek (Sheib et al., cit. in Skoog Svanberg, Sydsjö, & Lampic 2019) toont aan dat wensouders hiervoor kiezen omdat dit net hun kind de mogelijkheid geeft informatie en de identiteit van de donor te kennen en er de mogelijkheid bestaat tot een ontmoeting met de donor. Tegelijk wordt op die manier mogelijke voogdijconflicten of inmenging van de donor in de opvoeding vermeden. Deze vorm van gametendonatie is niet opgenomen in de Belgische wetgeving. Toch waren er een aantal fertiliteitscentra die op vraag van de wensouders deze optie aanboden (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).

2.4.3 De bekendmaking aan het netwerk

“Donorconceptie en de implicaties ervan, zijn voor de omgeving vaak onbekend (Indekeu, 2016)’. De emoties en de beleving die er mee gepaard gaan zijn dan ook moeilijk te begrijpen. Aan wie uit de omgeving zullen de (wens)ouders tot bekendmaking overgaan?

Greenfeld (2015) geeft aan dat de keuze tot bekendmaking een even grote afweging is bij zowel anonieme als gekende donatie. Wanneer (wens)ouders beslissen deze conceptierealiteit aan niemand bekend te maken, zijn de counselor en het medische team de enige waarbij ze terecht kunnen voor verdere ondersteuning. Ze kunnen er ook voor kiezen het verhaal te vertellen aan (zeer) berouwvolle familie en vrienden, terwijl nog anderen het aan iedereen vertellen die het maar horen wilt (Hammer Burns, & Covington, 1999). De keuze om tot bekendmaking over te gaan kan gebaseerd zijn op de nood aan emotionele steun vanuit het netwerk (Indekeu, 2016). Eén van de redenen om de donorconceptie niet bekend te maken buiten een hechte vrienden- of familiekring, is dat de ouders het kind eerst op de hoogte willen brengen voordat ze het met anderen delen (Isaksson et al. cit. in Skoog Svanberg, et al., 2019).

Zoals gezien bij het stigma rond donorconceptie en het netwerk, kan het verhaal vertellen in de vertrouwde omgeving net voor conflicten zorgen. Daarbij botst men op grenzen die te rigide of te doorlaatbaar zijn. Hammer Burns en Covington (1999) wijzen bovendien bij het bekendmaken aan iedereen op het gevaar van grenzen overschrijden rond privacy en het welzijn of belang van het kind. Het kind kan hierbij niet langer zelf de keuze maken om zijn verhaal wel/niet te delen. Ook binnen vzw Donorfamilie (persoonlijke communicatie, 4 juni 2021) is een getuigenis van een koppel waarbij iedereen uit hun omgeving op de hoogte was gebracht van het donorverhaal. Dit vanuit de idee het taboe errond te doorbreken. Hierbij geeft de mama aan dat dit haar wens was. *‘Maar nu is daar een kind en hebben wij in zijn plaats beslist dat iedereen gaat weten dat hij een kind is door donatie. En dat is misschien niet helemaal zijn eigen keuze. Blijkt dat hij een jongen is die eigenlijk vrij verlegen is en vrij op zijn privacy staat en nu denk ik: oei, shit... (Vzw Donorfamilie, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021)’*

Bij de keuze van de (wens)ouders om het niet te vertellen aan de eigen ouders en familie kan de intergenerationaliteit en het belang van genetische verwantschap binnen de familie meespelen. Je ouders vertellen dat je hen geen (genetisch) kleinkind kan geven, kan een onbewust gevoel van deloyaliteit aanwakkeren. Het kan een gevoel opwekken niet in staat te zijn de nodige verantwoordelijkheid te nemen om familie verhalen door te geven en de bloedlijn verder te zetten.

De beslissing om de conceptierealiteit wel of niet te vertellen aan de omgeving eindigt niet bij de keuze gebruik te maken van een gametendonor. Dit evolueert doorheen de tijd. Volgens Indekeu (2016) is het een proces dat ook in mondjesmaat kan meegegeven worden. Zo kan men eerst vertellen over het fertiliteitstraject om later de donorconceptie ter sprake te brengen.

2.4.4 Impact op de partnerrelatie

Wanneer de fertiliteitsproblemen pas aan het licht komen doordat men niet zwanger geraakt krijgen koppels vaak in dezelfde zin te horen wat hun opties zijn. De fertiliteitsbehandeling kan zo snel in gang gezet worden dat de wensouders niet de tijd hebben om een weloverwogen beslissing te nemen (Indekeu, 2016). Dit maakt dat er te weinig tijd is om het verlies van fertiliteit voldoende te verwerken. Zoals eerder aangegeven kan de rouwverwerking een impact hebben op de relatie.

Indekeu (2016) stelt dat donorconceptie een tweesnijdend zwaard is. Aan de ene kant heeft het de kracht om een gezin te vormen, aan de andere kant geeft het de kracht om de gezinsstabiliteit of partnerrelatie te bedreigen wanneer de ouders twifelen over het aankunnen van het hele proces of bij negatieve gevoelens er rond.

Bij lesbische koppels, net als bij de BAM, waar er enkel sprake is van sociale onvruchtbaarheid kan er frustratie optreden wanneer het gewenste doel, nl. de zwangerschap, langer uitblijft dan gehoopt (Hammer Burns, & Covington, 1999). Bij de uitblijvende zwangerschap kan de vrouw meer gefocust geraken op haar eigen falende lichaam en op haar eigen verdriet. Haar partner zal verbijsterd of boos zijn of zich afvragen waarom het verlangen naar het kind groter is en belangrijker is dan het geluk met de partner. Hoewel Hammer Burns en Covington (1999) aangeven dat dit niet anders is dan bij heterokoppels.

Hammer Burns en Covington (1999) geven verder aan dat lesbische koppels hierdoor meer stress ervaren in de relatie dan heteroseksuele koppels en dat ze minder kunnen rekenen op steun uit de omgeving. Bovendien kan er sprake zijn van een moeilijke afweging in de keuze wie het kind zal dragen.

Vergeleken met heteroseksuele koppels blijken lesbische paren langer nagedacht te hebben over de beslissing over het krijgen van kinderen en is de kindwens groter (Bos, & van Balen, cit. in Greenfeld, 2015), wat dan weer als een draagkracht kan worden gezien.

2.5 Ouderschap na donorconceptie

2.5.1 Het ouderlijk en relationeel functioneren binnen de donorfamilie

Volgens Hammer Burns en Covington (1999) vertonen de donorfamilies geen problemen naar ouderlijke tevredenheid en psychosociaal welbevinden van de kinderen. Er is stabiliteit binnen de relatie en de scheidingscijfers liggen lager dan bij de rest van de bevolking. Breways (cit. in Hammer Burns, & Covington, 1999) toonde aan dat ouders stabiele relaties hebben en dat de ouder-kindrelaties beter blijken dan daar waar de kinderen op een natuurlijke manier zijn verwekt. Martins et al. (cit. in Kirkman-Brown, & Martins, 2020) melden dat ouders met kinderen verwekt na donorconceptie niet vaker scheiden dan ouders uit de algemene bevolkingsgroep. Bos, van Balen en Brewaeyns (cit. in Wyverkens, & Buysse, 2015) toonden aan dat gezinnen ontstaan via donorconceptie even goed functioneren als genetisch verwante gezinnen.

Volgens Hammer Burns en Covington (1999), kan de ongelijkheid tussen de biologische of genetische ouder en de sociale ouder leiden tot relationele conflicten. Deze variëren van verschillende gevoelens van 'bezit' of investering in het kind, afwijkende opinies over de bekendmaking en de impact ervan op de familiodynamieken en de definiëring van verwantschap. Ook Isaksson et al. (cit. in Skoog Svanberg, et al., 2019) tonen in onderzoek aan dat heteroseksuele paren die geen consensus vinden over de bekendmaking aan het kind een lagere relatiekwaliteit rapporteerden.

Lang werd aangenomen dat bewust alleenstaande moeders minder in staat zijn om hun kinderen succesvol te helpen opgroeien. Deze veronderstelling kwam voort uit de vergelijking die werd gemaakt met alleenstaande moeders na scheiding. Dit gaat gepaard met een aantal vooroordelen zoals dat één ouder niet voldoende kan voorzien in financiële en emotionele behoefte van het kind (Cavanagh; Golombock; Lamb, cit.in Brewaeyns, & Bos, 2018).

Onderzoek van Brewaeyns en Bos (2018), toont aan dat de BAM over het algemeen geen financiële zorgen hebben en goed voorbereid zijn op het ouderschap. Ze zijn in staat een steunnetwerk uit te bouwen en te onderhouden. Ook naar emotionele beschikbaarheid tot het kind is er geen verschil met moeders uit tweeoudergezinnen. Bovendien blijkt bij de alleenstaande moeder na scheiding dat voornamelijk de verandering in levensstandaard, het wegvallen van een deel van het netwerk en een conflictueuze relatie tussen de ex-partners een invloed hebben op het psychologisch welbevinden van de kinderen en de moeder (Brewaeyns, & Bos, 2018).

Klock et al. (cit. in Hammer Burns, & Covington, 1999) vonden geen verschil in psychische symptomen, zelfvertrouwen of houdingen en bekommernissen betreffende donorinseminatie tussen de BAM-groep en moeders binnen een relatie. Alleenstaande moeders namen meer tijd om hun beslissing te maken en zijn meer geneigd om over te gaan tot bekendmaking van de donorconceptie aan hun kind.

Bignes en Johnson (cit. in Greenfeld, 2015) tonen in onderzoek aan dat er naar ouderlijke beleving geen verschil is tussen homogezinnen en lesbische gezinnen. Wel vertonen homoseksuele vaders positiever functioneren en minder stress en depressie in het ouderschap dan vaders in heteroseksuele gezinnen. Er is sprake van meer warmte en responsiviteit naar de kinderen toe. Homoseksuele mannen ervaren door het ouderschap een nauwere band met hun familie en hebben een groter gevoel van zelfwaarde. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de wederzijdse relatie tussen ouder en kind ook bijdraagt aan de zelfontplooiing van de ouder.

Chan, Raboy en Patterson (cit. in Wyverkens, & Buysse, 2015) toonden aan dat er amper een verschil is in het psychosociaal functioneren van de kinderen met lesbische ouders in vergelijking met kinderen uit heterogezinnen. Patterson (cit. in Wyverkens, & Buysse, 2015) toont in uitkomstonderzoek aan dat de psychosociale ontwikkeling van kinderen meer beïnvloed wordt door gezinsprocessen dan door de gezinsstructuur.

Algemeen genomen kan men zeggen dat ouders met donorkinderen erg gelijkend zijn aan elke andere ouder. Toch staan ze binnen de opvoeding van hun kind voor andere uitdagingen die de donorconceptie met zich meebrengt.

2.5.2 De bekendmaking aan het kind

Hoewel vanuit counseling meer aandacht wordt gegeven aan het bekend maken van de donorconceptie aan het kind, blijkt toch dat het merendeel van de heteroseksuele koppels dit niet van plan is te doen. Zelfs niet wanneer ze mensen uit hun netwerk hierover hebben ingelicht (Hammer Burns, & Covington, 1999). Minder dan de helft van de ouders met kinderen van 10 jaar en ouder geven aan dat ze het hebben verteld (Zanchettin et al., in Kirkman-Brown, & Martins, 2020). Owen en Golombock (cit. in Wyverkens, & Buysse, 2015) tonen in internationaal onderzoek aan dat 54% tot 81% van de heterokoppels hun kinderen niet inlicht of niet van plan zijn om ze in te lichten over hun conceptierealiteit. Hoe langer men wachtte, hoe minder de ouders geneigd zijn om tot bekendmaking over te gaan. Freeman (2015) verwijst hierbij naar de ouders die aanvankelijk de intentie hebben de donorconceptie bekend te maken en omwille van veranderingen binnen persoonlijke, familiale en of de culturele context er toch van af zien.

In de wetenschappelijke literatuur worden een aantal redenen opgesomd waarom ouders beslissen niet tot bekendmaking over te gaan.

- De ouders vinden het een triviale zaak
- Ze zijn onzeker wat ze wel en niet vertellen en wanneer ze het vertellen.
- Bovendien missen ze bij de anonieme donor een deel van het verhaal.
- De ouders hebben het gevoel dat het kind hen meer toebehoort wanneer het niet op de hoogte is.
- De ouders geloven dat het kind sociaal zal gestigmatiseerd worden.
- De ouders hebben schrik voor negatieve reacties van het kind en om de ouder-kindrelatie te schaden.
- De ouders hopen daarmee het zelfvertrouwen van de onvruchtbare ouder te beschermen of ze zijn beschaamd over de vruchtbaarheidsproblemen.
- De niet genetisch verwante ouder voelt zich bedreigd in zijn ouderlijke positie (Hammer Burns, & Covington, 1999; Wyverkens, & Buysse, 2015).

Daarnaast zien veel ouders af van de bekendmaking omdat ze geen gevoelens bij het kind willen opwekken voor de donor. Ze vrezen dat wanneer kinderen weten dat een derde een bijdrage heeft aan hun conceptie (of geboorte) dat dit hun relatie en hun recht naar het kind toe zal schaden.

De ouders denken ook wel eens dat deze informatie het kind zou kunnen traumatiseren. *'Sommige ouders geloven dat wat niet weet, niet deert, of dat de normale procreatie al verwarrend genoeg is voor kinderen en dat de technische reproductie nog meer verwarring kan veroorzaken* (Hammer Burns, & Covington, 1999, pp.463)'.

Ouders geven aan dat bij het gebrek aan informatie over de donor, er geen reden is om tot bekendmaking aan het kind over te gaan. Verder menen ouders dat psychologische, sociale en wettelijke factoren net geheimhouding of een vorm van privacy vragen (Braverman, in Hammer Burns, & Covington, 1999).

Hammer Burns en Covington (1999) melden dat er discussie is tussen counselors of het wel of niet vertellen een goede zaak is. Zadeh et al. (cit. in Kirkman-Brown, & Martins, 2020) ontdekten dat de bekendmaking aan kinderen geen probleem oplevert inzake de psychologische aanpassing binnen het gezin. De overgrote meerderheid van kinderen voelde zich onverschillig tegenover hun conceptie. Kinderen die voor de leeftijd van 7 jaar op de hoogte waren, bleken zich psychologisch beter aan te passen en ervoeren kwalitatief betere familierelaties (Ilioi, et al., in Kirkman-Brown, & Martins, 2020).

Uit onderzoek blijkt dat geheimhouding geen schadelijke effecten heeft. Deze conclusie maken Kovacs et al. en Ilioi et al (cit. in Kirkman-Brown, & Martins, 2020) uit de vergelijking tussen adolescenten waaraan het niet werd verteld en aan hen waaraan het wel werd verteld.

Aan de andere kant zijn er verhalen waarbij 'kinderen' die op latere leeftijd, soms in de volwassenheid, te horen krijgen of bij toeval de waarheid te weten komen, achterblijven met een schok en verontwaardiging. Het kan de ouder-kind relatie zwaar onder druk zetten. Een late (toevallige) ontdekking beschadigt het vertrouwen in de ouder-kindrelatie (Freeman, 2015; Firth et al., cit. in Kirkman-Brown, & Martins, 2020).

Ook Imber-Black (cit. in Wyverkens, & Buysse, 2015) die voornamelijk aan de hand van casuïstiek de schadelijke effecten van geheimen op gezinsrelaties heeft geanalyseerd, stelt dat geheimen psychologische afstanden creëren. Het gaat over de afstand tussen de mensen die het geheim wel en zij die het geheim niet kennen. Gezinsgeheimen riskeren vertrouwen te schaden en de gezinscommunicatie onbetrouwbaar te maken.

Ouders die beslissen hun kind wel te vertellen over de donorconceptie geven dan ook aan dat ze eerlijkheid en openheid als een essentieel onderdeel beschouwen binnen de vertrouwensrelatie tussen ouder en kind (Indekeu, 2016).

In de gesloten facebookgroep 'Belgische BAM-mama's' komt het thema over de bekendmaking vaak boven. Daarbij gaat het voornamelijk over de -hoe en wanneer vertel ik het- vragen. Vele ouders vinden dit een moeilijke vraag om te beantwoorden. Daar waar de conceptierealiteit bij heterokoppels langer verborgen kan blijven, zal een kind in een alleenstaand gezin of bij holebi's zich sneller de vraag stellen waar de ouder van het andere geslacht is.

Hoewel alle BAM en lesbische vrouwen lijken over te gaan tot bekendmaking (Skoog Svansberg et al., 2019), maakte Indekeu (persoonlijke communicatie, 19 mei 2021) me duidelijk dat we er niet zomaar van mogen van uitgaan dat bij holebi's en bij de BAM de bekendmaking een evidentie is. *'Toen dat ik meer dan 10 jaar geleden in het onderzoeksveld begon rond donorconceptie dacht ik ook, lesbische paren, dat is evident, die weten dat, die gaan dat vertellen, die gaan daar open over zijn, want die moeten iets uitleg geven. Maar we zien in onderzoek dat het ook voor hen een evenwicht en een balans zoeken is van de biologische moeder, de genetische moeder, waar plaatsen we die donor, wat als mijn kind interesse heeft in de donor. Wij willen ook met ons twee ouder zijn zonder dat er iemand extern bij is* (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021)'.

Dit inzicht geeft bovendien aan dat de keuze tot bekendmaking met meer te maken heeft dan enkel met de wil om het conceptieverhaal wel/niet te vertellen. Zelf voel ik hier een spanning tussen de belangen van de ouders en de belangen van het kind.

Volgens Hammer Burns en Covington (1999) blijkt uit onderzoek dat ouders voornamelijk nood hebben aan gedetailleerde informatie en begeleiding in het -hoe en wanneer- vertellen. Daarbij willen de ouders respect voor hun angsten en twijfels én de erkenning dat zij de enige zijn die in staat zijn in te schatten wat het beste is voor hun kind.

Over de bekendmaking aan het kind zegt Indekeu (2016) dat onderzoek aantoont dat dit een interactief proces is. De ouders vertellen over de donorconceptie, waarop de kinderen vragen en reacties geven die mee bepalend zijn hoe en wanneer verder informatie ter sprake wordt gebracht. Ook Skoog Svanberg et al. (2019) benoemen dit als een complex proces dat wordt beïnvloed door de overtuigingen van de ouders en de reacties van het kind.

Zowel Skoog Svanberg et al. (2019) als Zadeh et al. (2016) geven aan dat de wensouders in de bekendmaking beïnvloed worden door het zorgpersoneel. Ouders die worden aangemoedigd het verhaal over de donatie aan het kind te vertellen, doen dit ook vaker. Bij de BAM suggereren de bevindingen van Zadeh et al. (2016) dat de moeders door het zorgpersoneel van de infertiliteitcentra kunnen worden beïnvloed in hun gedachten en gevoelens over de donor. Dit bepaalt mee welke plaats de donor krijgt binnen het gezinsverhaal.

Donorconceptie is meer dan een medische mogelijkheid om een gezin te vormen. Het is een proces waarbij gedurende de levensloop en ontwikkeling van de kinderen nieuwe vragen en moeilijkheden kunnen ontstaan specifiek rond donorconceptie. Hoewel ouders voor de keuze om tot donorconceptie over te gaan, al stilstaan bij de bekendmaking ervan aan het kind en de plaats van de donor binnen het gezin, zijn deze beslissingen geen statig gegeven. Door de interactie met het kind en andere personen binnen het netwerk, kunnen ouders hun visie hierin veranderen en alsnog andere keuzes maken. Door de grotere mogelijkheden van DNA-onderzoek en het toegankelijker zijn ervan door zelftests, zien Kirkman-Brown en Martins (2020) een verschuiving van geheimhouding naar bekendmaking als een mogelijkheid.

2.5.3 De plaats van de donor binnen het gezinsverhaal

Ouders die een gezin stichten aan de hand van donorconceptie willen in de eerste plaats een 'normaal gezin' vormen (Wyverkens, & Buysse, 2015). Aan de donor wordt over het algemeen niet meer gedacht. Dit is voornamelijk zo bij heteroseksuele gezinnen waar de genetische verwantschap een belangrijk gezinsideaal is (Wyverkens et al., cit. in Wyverkens, & Buysse, 2015).

Wyverkens et al. (cit. in Wyverkens, & Buysse, 2015) zien een transitie binnen gezinnen waar via anoniem donormateriaal een kind verwekt wordt. De donor was aanvankelijk een technisch en instrumenteel hulpmiddel. Eenmaal het kind eigenschappen vertoont die de ouders niet onmiddellijk binnen hun familie kunnen plaatsen, komt de donor meer naar de voorgrond. Ouders worden nieuwsgierig naar de donor en verlangen naar meer informatie. Toch is er geen behoefte aan contact met de donor (Wyverkens, & Buysse, 2015; Isaksson, Sydsjö, Skoog Svanberg, & Lampic, 2019).

Ouders die kiezen voor een gekende donor kunnen gelijkenissen van de donor terugvinden in het kind. Dit vormt een extra uitdaging omdat het de niet-genetische ouder laat wantrouwen in zijn positie binnen het gezin (Wyverkens, & Buysse, 2015). In het geval van een gekende donor komt zijn rol nog meer op de voorgrond (Indekeu, 2016). In gezinnen waar men koos voor Intrafamiliale eiceldonatie zoekt men voortdurend naar een evenwicht tussen nabijheid en afstand met de donor. Zo kan men kiezen om vb. de zus die eicellen leverde de rol van doopmeter toe te bedelen. Anderzijds kiezen sommige ouders om de band ook geen prominente plaats te geven en tracht men net een afstand te bewaren (Wyverkens, & Buysse, 2015).

Wyverkens en Buysse (2015) tonen in hun studies bij heterokoppels en lesbische koppels die via anonieme spermadonatie kinderen hebben, aan dat de ontbrekende genetische band de rol die de donor binnen het gezinsverhaal krijgt toebedeeld, meebepaalt. Zo werd de donor vaak gezien als een bedreiging voor de niet-genetische ouder, louter en alleen door de aanwezigheid van de genetische band met de kinderen (Wyverkens et al., cit. in Wyverkens, & Buysse, 2015).

Met het oog op het versterken van de band met de niet-genetische ouder wordt de rol en de betekenis van de donor onderhandeld en geminimaliseerd. Door genetische verwantschap te minimaliseren, wordt de donor uit het gezinsverhaal geweerd. Nadeel hierbij is dat ook de bijdrage van genetische verwantschap met de genetische ouder wordt ontkend (Grace et al., cit. in Isaksson et al., 2019).

Partners houden er niet steeds dezelfde visie op na. Waar de ene nieuwsgierig kan zijn naar de donor, wil de andere dit hoofdstuk zo snel mogelijk afsluiten. Er wordt daarbij getracht om sterke gezinsrelaties uit te bouwen (Wyverkens, & Buysse, 2015). Hier blijkt het belang van een goede gezinscommunicatie en stevige wederkerige relaties waarbij er een balans in geven en nemen is, om zo een keuze te maken waarbij elke partner zich in kan vinden.

In het boek van Indekeu (2016) staat te lezen dat de donor een bedreiging vormt voor de intieme, monogame grenzen van de partnerrelatie. Ook dit zet hen ertoe aan om de rol van de donor te minimaliseren en te focussen op het doel. Wanneer gekozen wordt voor zelfinseminatie met een gekende zaaddonor, komt de donor letterlijk in beeld en wel heel dichtbij. Het komt er dan op aan om duidelijke grenzen af te bakenen, zowel fysiek (ruimtelijk), als in tijd. Maar zegt Indekeu (2016), eenmaal de zwangerschap tot stand gekomen is, wordt de bedreiging minder.

Wanneer er sprake is van draagmoederschap, maakt dit de relatie tussen ouders en donor een stuk complexer. Het dragen van het kind kan voor moederlijke gevoelens zorgen bij de draagmoeder.

Ouders moeten beslissen hoe ze deze relaties in hun leven inbedden, vaak binnen een sociale context vol stigma's, geheimen en ambiguïteit (Hammer Burns, & Covington, 1999).

De donor krijgt ook een plaats binnen het BAM-gezin. Onderzoek van Zadeh, Freeman en Golombok (2016) toont aan dat de meeste BAM die aan het onderzoek deelnamen spraken over de donor als een 'afwezige aanwezige'. De donor krijgt een symbolische plaats in het gezin waarbij hij op verschillende manieren wordt omschreven. De ene praat over 'de schenker', een 'aardige man' die een geschenk had gegeven. Daarbij benadrukten de BAM wel een duidelijk onderscheid tussen de rol als donor i.p.v. vader(figuur). Een andere BAM zal de nadruk leggen op de man die voor het genetisch materiaal zorgde. Zo neemt hij een plaats in binnen het ontstaansverhaal van het kind. Volgens Zadeh et al. (2016) zagen verschillende moeders binnen deze genetische connectie de donor als de 'roots' die de identiteit van hun kind vertegenwoordigt. Een andere manier om de 'aanwezige afwezige' plaats binnen het gezin te verantwoorden, is de keuze voor de donor zelf. Ze hadden de donor gekozen op een aantal kenmerken die hen aansprak waardoor hij een 'potentiële partner' wordt (Zadeh, Freeman, & Golombok, 2016).

Een andere groep BAM gaven volgens Zadeh et al. (2016) de donor de rol van een afwezige. Een 'onbekende' waar ze geen informatie over opnamen in het levensverhaal van het gezin. De donor wordt daarbij beschreven als een onderdeel van het proces en krijgt een rol bij de conceptie toebedeeld zoals het medisch team in het fertiliteitscentrum. De donor werd als irrelevant beschouwd, eenmaal de behandeling tot de zwangerschap voorbij is (Zadeh, Freeman, & Golombok, 2016).

Indekeu (2016) geeft aan dat wanneer het kind interesse begint te tonen naar de donor, de rol van de donor opnieuw in beeld komt. Sommige ouders kunnen zich hierin vinden, anderen weten niet hoe er over te denken, nog anderen voelen er zich ongemakkelijk bij. Een donorkind heeft een andere positie t.o.v. de donor dan de ouders. De betekenis die het kind geeft aan de donor, staat los van de beleving van de ouders.

'D zegt ook, toen op dat moment wou ik echt niets weten van die donor en wou ik echt anonimiteit. Nu heb ik mijn kinderen, ik weet dat die mij graag zien, ik ben hun papa, dus gaandeweg vind ik dat niet meer erg (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).' Ouders kunnen doorheen de tijd een ander beeld krijgen over de rol van de donor. Naarmate ze zich zekerder voelen in hun ouderrol en de band die ze hebben met de kinderen (Indekeu, 2016).

2.5.4 De groei naar het (psycho)sociaal¹⁴ ouderschap

'Eigenlijk is dat traumatisch zo een behandeling. Eigenlijk is iedereen daar wat van getraumatiseerd. Ik bedoel, je bijt op je tanden en doet door, want je hebt geen andere keuze en je blijft maar gaan, maar dat is super heftig. Dan lukt dat en dan zit je soms al 4-5-6 jaar verder en dan lukt dat en heb je ineens 9 maanden later dat kindje he... (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).' En dan ineens ben je ouder. Geen enkele ouder weet op voorhand wat het ouderschap precies inhoudt. Ouders die eerst een keuze moeten maken op welke manier ze hun gezin gaan

¹⁴ (Psycho)sociaal ouderschap: er is een onderscheid te maken tussen het biologische (vb. De vrouw die bevalt van het kind), het genetisch (de man/vrouw die de gameten 'levert') en het sociaal ouderschap. De sociale ouder is de ouder die geen genetische (en/of biologische) verwantschap vertoont met het kind, maar wel mee instaat voor de opvoeding van het kind (De Maakbare Mens, z.d.). In het kader van ouderschap bij donorconceptie gebruikt men algemeen de term sociaal ouderschap. Hierbij wil ik opmerken dat de sociale ouder na donorconceptie, volgens de rechtsleer de juridische ouder kan zijn. Wanneer het koppel gehuwd is wordt de partner waarmee de vrouw die van het kind bevalt automatisch de juridische ouder van het kind. Wanneer ze niet gehuwd zijn, kunnen ze hun kind erkennen. Het sociaal ouderschap in juridische termen slaat dan weer op de stiefouder of de pleegouder (Swennen, 2013).

vormen en daarbij door een traject van fertiliteitsbehandelingen en donorconceptie gaan, komen voor nog extra uitdagingen te staan. Hoe zal de niet-genetisch verwante ouder zich verhouden tot het kind?

Onderzoek van Wyverkens en Buysse (2015) toont aan dat ouders constant een balans zoeken tussen het belang van sociale en genetische banden met hun kinderen. Aan de ene kant wordt het belang van de genetische band geminimaliseerd. Aan de andere kant ervaart de niet-genetische ouder dit als een groot verlies. Wyverkens en Buysse (2015) stellen dan ook dat *'voor de meeste heterokoppels de norm van het genetische verwant kerngezin blijft zegevieren'*. Ook Indekeu (2016) verwijst naar hoe onze Westerse wereld de diversiteit aan gezinsvormen meer accepteert, maar dat de gezinsvorming nog steeds wordt getoetst aan genetische verwantschap. Hierbij wordt de genetische ouder als 'echte' ouder gezien.

Sommige wensmoeders die gebruik dienden te maken van eiceldonatie ervaren dat hun omgeving ervan uitgaat dat door het dragen van het kind, er automatisch een positieve band ontstaat. Dit is niet steeds zo (Indekeu, 2016). Zo getuigde ook bij vzw Donorfamilies (persoonlijke communicatie, 4 juni 2021) een vrouw hoe ze in een sneltrein in het traject met een eiceldonor is terecht gekomen. Ze was heel snel zwanger maar beschrijft haarzelf in de eerste vijf levensjaren van het kind als de babysit van het kindje. Ze had het gevoel oppas te zijn van het kind van haar vriendin die de eicellen had gedoneerd. *'Een heel betrokken en bezorgde babysit, een betere babysit dan gewoon, maar toch een babysit'* (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021). Als het kindje vijf jaar was hebben ze het verhaal van de eiceldonatie verteld. Dit was het eerste moment dat de moeder het gevoel kreeg echt contact met haar kind te maken. Het kind gaf haar moeder na dit verhaal een knuffel, wat voor de moeder aanvoelde alsof dit voor het eerst spontaan kon gebeuren.

Kirkman-Brown en Martins (2020) stellen dat het de moeite waard kan zijn om een stap terug te doen van het genetische verwantschap en de nadruk te leggen op het worden van een familie. Indekeu (2016) merkt hierover op dat ouders die de keuze maken tot donorconceptie zich als het ware 'herdefiniëren' binnen het ouderschap. Hierbij is de invloed van het netwerk en de cultuur van groot belang. Ouders maken zich zorgen over de voorwaardelijkheid van sociaal ouderschap, terwijl genetisch ouderschap gezien wordt als onvoorwaardelijk. Sociale banden zijn breekbaar en de ouder geeft aan angst te hebben dat de ouder-kind relatie onvoldoende kan ontwikkelen door het gebrek aan genetische verwantschap.

Isaksson et al. (2019) tonen in onderzoek bij heteroseksuele koppels waarbij de kinderen zijn verwekt met donorsperma het belang aan van genetische verwantschap waardoor de familietrekken van de ouders in het kind aanwezig zijn. In onze westerse wereld wordt de genetische verbondenheid beschouwd als basis voor familiebanden. Ouders worden van bij de geboorte van het kind geconfronteerd met 'gelijkenispraat'. Dit is het benoemen van gelijkenissen die het kind vertoont met de ouder. Een alledaags onderwerp, maar een onderwerp dat aangeeft dat gelijkenissen een belangrijke rol spelen bij de identiteitsbepaling van het kind (Becker et al, cit. in Isaksson et al., 2019). De manier waarop omgegaan wordt met de aan- of afwezigheid van gelijkenissen bepalen mee het normaliseren en legitimeren van het gezin.

Wyverkens en Buysse (2015) verwijzen hierover naar een interdisciplinair onderzoeksproject aan de UGent, waarbij de beleving van verschillende gezinsleden in donorgezinnen onderzocht werd. Wat betreft de relevantie van de genetische band benadrukten de ouders dat dit niet relevant is voor de gezinsrelaties. Ze geven aan dat een gezin gevormd wordt *'op basis van liefde, de gedeelde tijd, de intentie om ouder te zijn en de rol die je als ouder opneemt'* (Wyverkens et al, cit. in Wyverkens en Buysse, 2015). Het belang van de genetische band wordt buiten beschouwing gelaten, wat een bewuste strategie is bij het omgaan met de aan-of afwezigheid van gelijkenissen.

Het kind wordt daarbij als uniek individu gezien. Hierdoor wordt het genetische belang geminimaliseerd (Grace et al., cit. in Isaksson et al., 2019; zie 2.5.3).

Aan de andere kant geeft de genetische band een groter vertrouwen in de eigen ouderrol en het aanzien worden als 'echte' ouder. Bovendien komt de bezorgdheid boven over de medische aandoening bij kinderen waarbij ouders aangeven dat de genetische band van belang is om (medische) garantie te bieden (Wyverkens en Buysse, 2015).

Wanneer het kind ouder wordt komen niet-fysieke kenmerken en persoonlijkheid (talenten, interesse...) van het kind naar boven. Ook hierin wordt de niet- genetische ouder geconfronteerd met het ontbreken van gelijkenissen. Het ontbreken van die link werd in het onderzoek van Isaksson et al. (2019) toegeschreven aan het gebrek aan genetische verwantschap. Bovendien werd aangegeven dat het ontbreken van die link voor grote uitdagingen zorgt om een sociale ouderrol op te nemen. Zo getuigde een niet genetisch verwante vader, dat hij meer gelijkenissen zag in de kinderen van zijn broer, dan in de eigen kinderen. Toch gaan ouders er van uit dat het ontbreken van de genetische band kan worden gecompenseerd door actief ouderschap op te nemen. Ouderschap wordt dan een sociale constructie waarin gelijkenissen in uitdrukkingen, houdingen, gebaren en activiteiten gezamenlijk gecreëerd worden (Isaksson, et al., 2019).

Hoewel Indekeu (2016) aangeeft dat onderzoeken uitwijzen dat genetische en sociale relaties beide aanwezig kunnen zijn in de beleving en identiteitsvorming van het kind zonder afbreuk te doen aan de waarde van de sociale ouder-kindrelatie, kan de sociale ouder zich toch afgewezen voelen door zijn kind. Dit zien we terug bij het aflossen van de existentiële schuld en het belang van kinderen op de wereld zetten. Daarbij is het belang van verwantschap en hoe familiebanden de sterkste zijn van allemaal, te zien. Dit zorgt voor een existentiële loyaliteit. Ook wanneer het kind de band negatief ervaart is de band net door de existentiële loyaliteit onbreekbaar. Dit maakt loyaliteit een zijnsgegeven.

Naast deze existentiële loyaliteit is er ook de verworven loyaliteit. Deze ontstaat doordat de ouder zijn verantwoordelijkheid opneemt voor de zorg en de opvoeding van het kind. Meestal vallen beide loyaliteiten voor het kind samen in de ouder. Bij kinderen verwekt door en op de hoogte van donorconceptie, ontstaat er ook een existentiële schuld naar de donor toe. Wanneer de sociale ouder in staat is de donor een evenwichtige plaats te geven binnen het gezin en daarover in dialoog kan gaan met het kind, zal de sociale ouder in staat zijn de donor minder als bedreiging te zien.

De vrijwilliger van vzw Donorfamilies herinnert zich een studiedag rond gametendonatie aan UZ Gent waar de vraag werd gesteld of je als niet-genetische ouder van een donorkind je een gewoon gezin kan uitbouwen. Daarop kwam het antwoord dat het ouderschap na donorconceptie over de twee gaat. Het is een en-en verhaal.

Als ouder moet je een evenwicht vinden tussen de beide. Binnen het ouderschap na donorconceptie dien je je bewust te zijn van twee zaken. Ten eerste ben je ouder van je kind en daar moet je niet aan twifelen, dan doe je je kind onrecht aan. Ten tweede moet je bereid zijn op bepaalde momenten in het leven van je kind te kunnen zeggen: ik ben niet gewoon je ouder, ik nam deel aan het verwekkingsproces, maar tegelijk heb je nog een genetische 'ouder', een donor, die ook een soort van ouder is voor jou. Die ruimte moet je kunnen geven aan je kind en je moet in staat zijn om te balanceren tussen de twee (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).

Binnen sociaal ouderschap gaat het meer over het doorgeven van waarden en normen die evenzeer bijdragen aan zowel de kindwens als het uitbouwen van (sociaal) ouderschap. Ook hier kunnen familie verhalen worden doorgegeven en blijven familiebanden bestaan.

Aan de ene kant kan dit besef voor de ouders het ontbreken van de genetische band relativeren, aan de ander kant kan dit vragen oproepen rond de bekendmaking aan het kind en de plaats die men geeft aan de donor.

2.5.5 Vzw Donorfamilies, het belang van een lotgenotengroep

Norré en Wishmann (2011) geven aan dat veel koppels gebruik maken van 'lotgenoten' die dankzij de sociale media gemakkelijk te vinden zijn. Eén lotgenotengroep die online te vinden is, is de vzw Donorfamilies.

Deze vzw is opgericht door en voor ouders die een gezin stichten of gesticht hebben via donorconceptie. Deze organisatie van ouders bestaat enkel uit vrijwilligers.

Op de website van vzw Donorfamilies staat te lezen: *'vzw Donorfamilies vormt een ondersteunend netwerk voor zowel families die kinderen kregen met behulp van een sperma-, eicel-, embryodonor als voor koppels die een behandeling met donorgameten volgen of hierover nadenken (vzw Donorfamilies, 2019).'*

(Wens)ouders kunnen er informatie krijgen over de kinderwens, onvruchtbaarheid, de behandeling, de beleving van de behandeling en de zwangerschap, hoe je kind informeren enzovoort.

Vanuit een diepte-interview ga ik een beter beeld schetsen van de noden die er zijn binnen families ontstaan door donorconceptie. Zelf geven ze aan dat er weinig wensouders bij hen aankloppen. De meeste ouders komen pas bij hen terecht als het gezin is gevormd (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).

De vrijwilliger geeft aan dat ze mee haar schouders zette onder deze organisatie omdat ze niet wou dat anderen dezelfde zoektocht en hindernissen moeten nemen die zij had ervaren. *'... bij mij gaf dat altijd het gevoel van die informatie is niet transparant, democratisch, beschikbaar, gratis en voor iedereen in het belang van goed opvoeden... (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).'*

Het bestuur bestaat uit leden die zich op vrijwillige basis inzetten. Daarnaast zijn er leden die de organisatie van specifieke activiteiten voor zich nemen. Ook wordt de vereniging wetenschappelijk geadviseerd door Astrid Indekeu.

De vereniging ontvangt geen subsidies, maar is gefinancierd door giften. Daarbij geeft de vzw aan dat ze erop moeten toezien wanneer ze bijeenkomsten organiseren, dat ze voldoende financiële middelen hebben. *'...Maar als wij niet genoeg appelsap en cake kunnen verkopen op die dag en iedereen betaald braaf zijn 5€, dan kunnen wij de huur van dat lokaal niet betalen. Dan moeten wij 25€ elk op tafel leggen om daar dat lokaaltje te kunnen betalen... (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021) '.*

In 2012 vond er een eerste informatieavond plaats over 'Sterke donorgezinnen'. Dit vonden de leden een zeer geslaagde avond waardoor de vaag kwam om opnieuw samen te komen en ervaringen te delen. Zo werd in 2013 de vzw Donorfamilies geboren, die zich verder inzet om de continuïteit van bijeenkomsten te waarborgen.

De vereniging verdedigt de belangen van donorfamilies door hen informatie en advies aan te bieden. Ze ondersteunen gezinnen en hun omgeving bij de vragen die er zijn bij gametendotatie. Ze willen het contact met professionelen stimuleren en het maatschappelijk debat rond medisch begeleide voortplanting met gametendotatie hooghouden.

Hierbij kunnen ze ook verwijzen naar hulpverleners en counselors die bekend zijn met donorconceptie. Deze counselors zijn ook online te vinden en hebben een eigen privépraktijk. *'Dat*

is ook veel geld, je moet het ook kunnen betalen, of er naartoe gaan, als je er geen om de hoek hebt... (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).'

Tweemaal per jaar organiseert de vzw een grote bijeenkomst. Er is een gezinsbijeenkomst waarbij op een informele manier ervaringen kunnen worden uitgewisseld. Daarnaast is er een bijeenkomst waarbij een hoofdthema wordt behandeld door sprekers aan het woord te laten. Via deze weg bevordert de vzw contacten en vriendschappen tussen lotgenoten. De bijeenkomsten zijn zowel voor de ouders als voor de kinderen. Zelf zijn ze verwonderd hoe ouders en gezinnen vanuit alle uithoeken van België aan de bijeenkomsten deelnemen. Dit benadrukt voor hen de nood aan ondersteuning van donorfamilies. *'Er zijn mensen die vanuit het putje van Limburg, de zee van ik weet niet hoe ver.... om bij ons cake te kunnen eten en met elkaar hun verhaal te kunnen delen. Dus daar is enerzijds ik weet niet hoeveel nood aan en anderzijds weet je dat niet iedereen dat kan opbrengen. Niet iedereen geraakt hier, heeft een babysit... Ja, dat is echt een tekort (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).'*

Ze geven aan dat het belangrijk is om vanuit de vzw voorzichtig om te springen met een eigen standpunt, vb. rond de keuze voor een anonieme donor of niet. *'Al zijn wij vanuit de vzw hoe langer hoe meer ervan overtuigd dat het beter is geen anonimiteit te hebben in het belang van de kinderen, maar sommigen van ons hebben daar ook een weg in afgelegd...Maar de mensen die in onze vzw toekomen, die zijn misschien nog niet zo ver. Wij zijn bang om die weg te jagen. Het is beter dat ze bij ons zijn en dat we ze meenemen in dat proces, dat is normaal, je moet daar geen schik van hebben... In het belang van de kinderen denken wij dat het beter is dat ze zich veilig bij ons voelen en gaandeweg meer open staan om dat taboe te doorbreken en met hun kinderen daar over praten en dat is allemaal zo erg niet... (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).'* Hierdoor willen ze een zo breed mogelijke instroom hebben en mensen gaandeweg meenemen in andere standpunten.

Daarnaast ervaren ze dat er gebrek is aan professionele begeleiding, zowel binnen als buiten de organisatie. Ze vinden zichzelf niet geschikt om alle vragen, zeker de zwaar psychologische vragen en bezorgdheden te beantwoorden of te begeleiden.

'Wij zijn een vzw, wij zijn geen counseling, dus dat is niet aan ons om daar kritische vragen bij te stellen, en je denkt daar wel aan. En je denkt, iemand zou ons daarbij moeten helpen. Iemand die wel die vragen kan stellen op een superveilige manier in een heel traject. Stap voor stap een beetje deuren open... als je iets weet over ontwikkelingspsychologie, dan weet je dat we keiveel doorgeven aan onze kinderen terwijl we er niet bij stilstaan.... je hebt ook schrik om fouten te maken. Stel dat er vandaag of morgen iets echt gebeurt met één van de families die bij ons zijn en die aangeven dat ze het zwaar hebben of dat ze twijfelen of dit of dat. Ik vind dat soms eng... (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).'

Ze willen er op de eerste plaats zijn zodat ouders naar elkaar kunnen luisteren. Elkaars persoonlijke ervaringen rond de behandeling delen. Daarbij benadrukt de organisatie aan de deelnemers van de bijeenkomsten, dat het niet de bedoeling is om artsen of andere specifiek medische kwesties met elkaar te vergelijken, aangezien elk traject heel individueel verloopt. De ene dokter die voor de ene wensouder geschikt lijkt te zijn, is dat daarom niet voor de ander. Het is van belang respect te hebben voor elkaars beleving (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).

Tijdens het interview wordt aangegeven dat het water hen aan de lippen staat. Er is zoveel nood en vraag aan begeleiding vanuit de donorfamilies, dat ze het zelf niet meer aankunnen (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).

2.6 Terugkoppeling van wetenschappelijke inzichten naar de casus

2.6.1 Isabel haar kinderwens

Isabel had lange tijd een kinderwens. Aangezien ze niet die ene partner vond die ze als de papa van haar kinderen kon zien besloot ze haar wens alleen waar te maken. Het idee haar kinderwens niet te kunnen waarmaken gaat gepaard met veel verdriet. Ze geeft aan dat telkens ze thuiskomt van familiefeesten, waar ook de kinderen van haar zussen aanwezig waren, ze het moederzijn ervaarde als een gemis in haar leven.

Daarom besloot ze op 37-jarige leeftijd bewust alleenstaande moeder te worden. De sociale onvruchtbaarheid die hiermee gepaard gaat, zorgt op het eerste gezicht niet voor een verlies- of rouwervaring. Toch treurt ze omdat ze haar (toekomstige) kind geen papa kan geven, een gevoel van verlies wat zwaar doorweegt bij haar beslissing. Vanuit deze beslissing zal ze ook niet samen met een partner een kind krijgen.

Wanneer ze alsnog een man ontmoet, zet ze haar wens om alleenstaande moeder te worden even 'on hold'. Een stabiel gezin is voor haar belangrijker, dan samen een kind krijgen wanneer de relatie met de nieuwe partner niet standvastig blijkt.

Een kind krijgen is voor haar dan ook het vervolledigen van haar identiteit. Onvruchtbaarheid, sociaal of fysiek, raakt volgens Van Den Broeck (2011) dan ook aan de eigen identiteit. Dit gaat, net zoals bij Isabel gepaard met de confrontatie binnen de sociale kring met het kinderloos zijn.

Het vervolledigen van de eigen identiteit is voor Isabel belangrijker dan een kind krijgen vanuit loyaliteit naar haar eigen ouders of familie toe. Dit kan ertoe bijdragen dat haar moeder het verlies van de genetische verwantschap als niet problematisch ervaarde.

Isabel zal ook op deze manier familiewaarden doorgeven. Wanneer ik de uitspraak: *'Dan zou het eentje van de familie geweest zijn, één van de bende'* in vraag stel, durf ik zeggen dat de genetische band toch (onbewust) gezien wordt als een belangrijke eigenschap van deel uitmaken van de familie. Dit doet geen enkele afbreuk aan de liefde die Isabel en de familie voelt voor Isabels zoon. Je zou kunnen stellen dat er sprake is van het aflossen van een positieve schuld. Een schuld die Isabel bereid is te aanvaarden omdat ze zich niet verplicht voelt iets terug te moeten geven. Deze (onbewuste) aflossing van de positieve schuld kan ertoe hebben bijgedragen dat Isabel haar moeilijke keuzes voor donorconceptie (zowel sperma-als eiceldonor) beter kon dragen.

2.6.2 Isabel haar netwerk en de bekendmaking van de donorconceptie

Isabel ontbreekt in haar beslissing en later bij het opvoeden van haar kind, de draagkracht van een partner, een papa voor haar kind. Zoals Indekeu (2016) aanhaalt dat het netwerk voor emotionele steun kan zorgen, is voor Isabel haar netwerk dan ook om die reden van zeer groot belang. Daarom is het bekendmaken van de donorconceptie aan haar netwerk eerder een evidentie. Vanuit haar sociale status als alleenstaande lijkt het evident om de familie op de hoogte te brengen over de manier hoe ze haar kinderwens wil waarmaken. Althans, wat betreft het gebruik van een spermadonor. Isabel had kunnen zwijgen over het gebruik van een eiceldonor, maar ook daar is ze naar haar omgeving toe open over geweest.

Isabel heeft besloten om zich te beperken tot de mensen die het dichtst bij haar staan. Daartoe behoort de gehele familie en enkele goede vrienden. De begeleidster van de crèche is het eerder per toeval verteld. Dat ze het niet 'aan de grote klok' wil hangen heeft niets te maken met de angst voor taboe. Integendeel, ze vindt het belangrijk dat er vooral naar haar kind toe, geen taboe heerst rond zijn conceptie. Het is de realiteit en die mag verteld worden. Alleen vindt ze het belangrijk dat

haar kind zelf inspraak heeft wie in zijn verder leven ervan op de hoogte mag zijn. Daarnaast wil ze hem behoeden tegen 'onwetende uitspraken' zoals '*het is dan toch eigenlijk een adoptiekind*'.

Niet iedereen uit haar omgeving steunde haar ten volle bij haar beslissing. Haar vader stond er eerder wantrouwig tegenover. Hierbij geeft ze zelf wel aan dat het meer gaat over de niet-conventionele gezinsvorming tot het alleenstaand moederschap dan over het donorschap. Net zoals Brewaeyns en Bos (2018) aangeven dat er nog veel vooroordelen bestaan over de draagkracht van de BAM, leeft bij haar vader voornamelijk de angst dat het alleenstaand moederschap emotioneel en financieel te zwaar zal zijn. Hier lijkt er geen sprake van stigma rond de donorconceptie, maar gaat het eerder over de gezinssamenstelling.

Eenmaal haar zoon geboren was, sloten beide grootouders hun kleinzoon in hun armen. Hierbij is de kracht van familiebanden, de homeostase van een familiesysteem te zien. Ook al dachten haar ouders er allebei anders over, toch was ook de vader in staat na verloop van tijd om zich bij haar beslissing neer te leggen. Het waarmaken van haar kinderwens geeft m.a.w. niet voor een breuk gezorgd binnen de familie. Dit bevestigt dat familiebanden in Isabel haar familie sterk zijn en dat men elkaar telkens opnieuw opzoekt.

Bij haar tweede kinderwens zien we hoe haar zussen haar niet langer steunen. Dit vanuit de overtuiging dat meer dan 1 kind opvoeden extra zwaar is als je er alleen voor staat. Ook haar beide ouders steunen haar hier niet in.

De reacties vanuit haar netwerk en het gevoel geen steun te vinden, bemoeilijkt haar keuze om de stap naar een 2^{de} kind te zetten. Hiermee is aan te tonen dat het netwerk een belangrijke invloed heeft op de keuzes die de wensouder kan maken. Aan de ene kant voelt ze zich niet gesteund, wat haar geloof in haar eigen draagkracht doet wankelen. Aan de andere kant is haar tweede kinderwens ingegeven vanuit het verlangen haar zoon meer te geven binnen het gezin dan enkel een mama.

Haar zoon is nu ook deel van haar netwerk, hoewel hij nog geen persoonlijke inbreng heeft bij de beslissing. Ook al hoeft ze geen waarde afweging te maken over de keuze tot donorconceptie, toch zal ze voor zichzelf de afweging dienen te maken of ze de mening van haar ouders en zussen of haar eigen keuze volgt. Een keuze die ze deels maakt uit loyaliteit naar haar eerstgeboren kind toe, een soort existentiële schuld die ze voelt omwille van het gebrek aan een aanwezige vader. De uiteindelijke beslissing ligt bij haar.

Ze draagt zelf de verantwoordelijkheid voor haar keuze en de gevolgen ervan. Hierbij moet ze een inschatting maken of haar familie haar alsnog zal steunen eenmaal het tweede kind er is. Elke verandering bedreigt het familiesysteem (Ducommun-Nagy, 2006). Ook al ervaart haar familie haar tweede kinderwens als ongunstig, het familiesysteem, de familiebanden kunnen zich weer stabiliseren, waardoor er geen relatiebreuken zullen optreden. De wil om familierelaties te onderhouden kan zo sterk zijn dat men uiteindelijk Isabel zal blijven steunen wanneer ze haar wens doorzet.

2.6.3 Verlies van genetische verwantschap

Waar Isabel haar kinderwens-verhaal startte met een sociale onvruchtbaarheid, krijgt ze tijdens de behandeling te maken met 'fysieke' onvruchtbaarheid. Haar eicellen blijken na de punctie in het UZ Gent niet van voldoende kwaliteit, waardoor ze haar kinderwens enkel kan waarmaken middels een eiceldonor. Hierdoor verliest ze de genetische verwantschap met het toekomstige kind.

Dit kwam heel hard binnen. Toch ging ze in haar rouw om het verlies niet in gesprek met de counselor van het ziekenhuis. Wel kreeg ze steun uit haar eigen netwerk. Haar huisarts luisterde en

had begrip voor haar verdriet en moedigde haar aan de keuze toch te maken. Bij haar moeder kon ze opnieuw op steun rekenen. Deze steun zorgde ervoor dat ze zich bevestigd voelde in haar toekomstig moederschap.

Nu haar kind er is, groeit de moeder-kindband, hoewel ze de afwezigheid van de genetische band blijft ervaren als een gemis. Dit belemmert haar niet in het moederschap, ze wordt er regelmatig mee geconfronteerd, doordat ze heel weinig van zichzelf herkent in haar kind. Hierbij stel ik me de vraag of dit verlies haar hele leven aanwezig zal blijven? M.a.w. is er bij het verlies van genetische verwantschap met je kind, sprake van een 'levend verlies'?

2.6.4 Anonieme of gekende donor

Isabel haar keuze gaat naar een gekende donor. Zowel voor de spermadonor, als de eiceldonor. Dit omdat ze vindt dat haar kind het recht heeft op informatie over zijn afkomst.

In haar netwerk vond ze geen mannen die bereid waren om voor haar te doneren. Daarom koos ze voor de tweede beste optie, een ID-release spermadonor. Ze vindt het belangrijk dat haar kind later zijn afkomst kan achterhalen. Deze beslissing komt overeen met de bevindingen van Sheib et al. (2019), dat ouders voor ID-release kiezen zodat hun kind informatie, identiteit en een eventuele ontmoeting met de donor kan krijgen.

Wat betreft het vinden van een gekende eiceldonor dacht Isabel aan haar jongere zus. Haar zus wou enkel op deze vraag ingaan als Isabel geen enkele andere optie zou hebben omdat ze zelf moeilijk afstand kon doen van de eicellen. De enige reden waarom de eiceldonor anoniem is, is omdat ze zelf geen gekende donor kon aanbrengen. De voorkeur die Isabel geeft aan een eiceldonor waarmee ze zelf genetisch verwant is, komt overeen met de bevindingen waarover Wyverkens en Buysse (2015) melding doen. Het valt op dat eenmaal haar kind er is, Isabel opgelucht is dat haar zus niet de genetische 'moeder' is van haar kind. Dit zou haar een te groot gevoel van verantwoordelijkheid geven, niet enkel naar haar kind, maar ook naar haar zus toe.

Bij het vervullen van een tweede kinderwens kan Isabel geen gebruik maken van dezelfde eiceldonor. Als haar kinderen niet genetisch verwant kunnen zijn met haar, had ze hen graag een volledige genetische sibling- verwantschap gegund. Isabel had het erger gevonden wanneer de spermadonor een andere donor zou geweest zijn. Dit vanuit het idee dat de kinderen minder interesse zullen hebben naar de eiceldonor omdat zij zelf als moeder aanwezig is in hun leven. De interesse naar de spermadonor zou volgens haar dan weer groter kunnen zijn wegens het ontbreken van een vader. Maar had ze kunnen kiezen, koos ze voor een volledige verwantschap tussen de kinderen.

2.6.5 Het ouderschap

Wanneer we kijken naar de casus van Isabel is er niets dat onmiddellijk aangeeft dat ze het ouderschap niet naar behoren kan uitvoeren. Ze maakt heel bewust de afweging of ze voldoende draagkracht heeft om een tweede kind op te voeden. Daarbij houdt ze ook rekening met het financiële aspect. Ze is hoog opgeleid, heeft een vaste job en een eigen huis.

Ze is bewust een steunnetwerk met een grote diversiteit aan gezinssamenstellingen aan het uitbouwen. Brewaeyns en bos (2018) stelden dan ook dat het uitbouwen en onderhouden van een netwerk sterk aanwezig is bij de BAM. Haar grootste doel hierbij is dat haar zoon een brede kijk krijgt over het gezinsleven op een niet-conventionele manier opgebouwd. Dit om taboe te doorbreken en hem bewust te maken dat hij niet de enige is die in een niet klassiek tweeoudergezin opgroeit. Het valt op dat ze zowel bij haar eerste kinderwens als haar tweede kinderwens lang

stilstaat bij haar beslissing. Dit komt overeen met de bevindingen van Klock et al (cit. in Hammer Burns, & Covington, 1999).

Isabel is er rotsvast van overtuigd dat ze haar kind het conceptieverhaal zal vertellen. Dit strookt met de bevindingen dat alle BAM na donorconceptie het verhaal vertellen aan hun kind. Opvallend is dat ze voor de vraag -hoe en wanneer- verwijst naar het boekje 'een wereldwondertje'. Dit boekje vertelt het conceptieverhaal via gametendotatie en is er voor kinderen vanaf 3 jaar. Dit betekent niet dat Isabel bij het ouder worden van haar zoon, niet zal geconfronteerd worden met moeilijk te beantwoorden vragen rond zijn donorconceptie.

Binnen het gezinsverhaal zijn de donors een 'afwezige aanwezigheid'. Isabel geeft aan de donors heel dankbaar te zijn. Dankzij hen heeft ze haar kinderwens toch kunnen waarmaken.

Naast het genetisch materiaal dat ze leverden, ziet ze hen allebei als aardige personen. Personen die er heel wat voor over hebben om een ander hun kinderwens mogelijk te maken. Je kan spreken van een altruïstische daad.

Isabel ziet de donors van haar zoon niet als de basis van zijn identiteit. Ze vormen een deel van zijn identiteit, meer als zijn ontstaansverhaal, zijn conceptierealiteit. Wie hij zal worden zal het grootste deel bepaald zijn door zijn opvoeding. Zowel de opvoeding die hij meekrijgt van Isabel, als van de ruimere context.

Door het verlies van het genetisch ouderschap komt ook Isabel voor de uitdaging te staan om een sociale ouderlijke band met haar kind uit te bouwen. Indekeu (2016) gaf aan dat moeders die gebruik dienden te maken van eicelotatie uit de omgeving te horen krijgen dat er automatisch een positieve band ontstaat omdat ze het kind dragen. Ook Isabel krijgt dit te horen van haar moeder: *'het is toch jouw bloed dat er doorstroomd'*. Isabel ervaarde deze woorden eerder als bemoedigend.

In het licht van de theorie rond het aflossen van de existentiële schuld, wil ik bij de uitspraak: *'het is toch jouw bloed dat er doorstroomd'*, even stilstaan. Hoewel de genetische band belangrijk is binnen onze maatschappij, is Isabel haar moeder wel bereid hier afstand van te doen. Uiteraard ontstaat er bij het krijgen van haar kleinkind nog steeds de afstammingsband, hoewel die enkel nog sociaal en juridisch aanwezig is. Dit doet me vermoeden dat de moeder open stond voor verandering binnen het familiesysteem. Isabel haar keuze vormt dan ook geen bedreiging voor de familie. De uitspraak van haar moeder doet me vermoeden dat ze lang voor het kind er was, haar kleinkind in haar hart had gesloten. Hoewel ik dit niet met zekerheid kan zeggen, kan dit te maken hebben met het belang dat ze hecht aan het doorgeven van familiewaarden.

Ook de andere familieleden steunden Isabel, ongeacht het verlies van genetische verwantschap. Isabel blijft bij de opvoeding van haar kind geconfronteerd worden met het verlies van genetische verwantschap.

Ze geeft aan dat ze de 'gelijkenispraat' wel grappig vindt. Zelf ziet ze echter geen enkele gelijkenis. Haar zoon is nog jong, dus het gaat op de eerste plaats over de fysieke gelijkenis. Hoewel ze ook aangeeft dat haar zoon redelijk druk is, terwijl zij zelf een heel rustig type is. Dit zijn kenmerken die haar doen stilstaan bij de donors. De donors die bij de geboorte van haar zoon veel meer aanwezig waren dan nu. Isabel groeit geleidelijk aan in het sociaal ouderschap.

Hoewel ze zich afvraagt of ze nog meer van haar kind zou houden, mocht die genetische verwantschap er wel zijn, voelt ze gaandeweg dat de kind-moederrelatie er wel degelijk is.

Isabel heeft geen idee waar ze in de toekomst met haar vragen terecht kan. Voor haar zijn organisaties als vzw Donorfamilie een mogelijke oplossing. Had ze die eerder gekend, hadden die haar tijdens het traject kunnen bijstaan en een luisterend oor kunnen bieden.

2.7 Besluit

De keuze tot het ouderschap via donorconceptie is een complex gegeven. Voorafgaande aan de keuze gaan de wensouders door een periode van rouw om het verlies van fysieke of sociale vruchtbaarheid. De aflossing van onze existentiële schuld lijkt de wensouders in staat te stellen een keuze te maken om het ouderschap alsnog, op een andere manier op te nemen.

Gezinnen gevormd na donorconceptie doen het even goed, tot beter dan gezinnen die op een natuurlijke manier tot stand komen. Dit betekent dat er naar relationele -en opvoedkundige aspecten toe niet meer nood is aan ondersteuning dan in eender welk ander gezin.

(Wens)ouders die kiezen voor donorconceptie staan voor heel wat uitdagingen. Ze worden naast het verlies van fertiliteit geconfronteerd met verlies van genetische verwantschap (van minstens één van de ouders) met het kind. Ze moeten de donor, die vaak als bedreigend wordt ervaren, een plaats moeten geven binnen het gezin. Ook wanneer de donor anoniem en niet fysieke aanwezig is. De keuze tot anoniem, gekend of ID-release donorschap kan hierdoor beïnvloed worden, en omgekeerd kan die keuze latere beslissingen beïnvloeden. Er kan aangetoond worden dat ook met een gekende donor men niet persé tot bekendmaking van de conceptie naar het kind toe overgaat.

Het wel of niet bekendmaken van de conceptierealiteit, zowel naar het kind als naar het netwerk, zijn persoonlijke keuzes die (wens)ouders moeten maken. De visie, cultuur en het stigma dat heerst binnen de familie en het ruimere netwerk kan hierop een belangrijke invloed hebben.

De openheid rond verandering binnen het netwerk en de familie bepalen of de wensouders bepaalde keuzes wel/niet maken. Wanneer de omgeving gekant is tegen donorconceptie, kan de wensouder toch beslissen om op deze manier zijn gezin uit te breiden. Dit kan meebepalen hoe ze het conceptieverhaal en de donor opnemen in het gezinsverhaal en of ze tot bekendmaking aan het kind overgaan. Opvallend is dat de keuze tot bekendmaking positief beïnvloed wordt door de aanmoediging van het zorgpersoneel.

Voor de niet-genetische ouder is het een uitdaging om zich een 'volwaardige' ouder te voelen. Binnen partnerrelaties is er een onevenwicht in genetische verwantschap. Dit in een maatschappij waar de waarde van genetische verwantschap hoog is bij het uitbouwen en voortbestaan van familiebanden. We zien dat de niet-genetische ouder er meestal in slaagt zich binnen het sociaal ouderschap zekerheid te geven over zijn rol als ouder. Hierbij zien we een (groei)proces van de ouder, die meer vertrouwen krijgt in zijn rol wanneer hij merkt dat de hij in staat is een ouder-kind relatie uit te bouwen. De genetische banden kunnen minder belangrijk worden geacht, zowel door de (wens)ouders als door de omgeving. De bijdrage van de donor komt dan meer op de achtergrond. Ouderschap en het verderzetten van familiebanden gaat dan niet langer over het doorgeven van genen. Het doorgeven van het familieverhaal, de waarden en de normen winnen hierbij aan belang.

Dit betekent nog steeds niet dat het hele proces, vanaf de keuze tot conceptie tot het groeiende (sociale)ouderschap, vanzelf verloopt. Vzw Donorfamilies geeft aan dat ouders voornamelijk bij hen aankloppen wanneer hun gezin is uitgebouwd. Dan komen er meer vragen, zowel van hen als van het kind. De leden van de vzw maken zich soms zorgen over de gezinnen die ze bij zich krijgen. Ze geven aan dat er door de ouders grote vraag is naar ondersteuning in het omgaan bij hun vragen.

Dit doet me besluiten dat er te weinig plaatsen zijn waarbij de ouders terechtkunnen na de gezinsvorming. Ook kan er voor de keuze tot en tijdens het traject van donorconceptie meer worden stilgestaan bij vragen die tijdens het ouderschap gesteld kunnen worden. Dit kan ervoor zorgen dat de focus van het zwanger worden, wordt verlegd naar de focus op ouderschap. Dit helpt voorkomen dat men eenmaal het kind er is, zich onzeker kan voelen in zijn ouderlijke rol.

Hoofdstuk 3 Donorconceptie vanuit het perspectief van het kind

3.1 Inleiding

Vanuit de beleving van de donorconceptie van de kinderen probeer ik te evalueren of kennis over de kinderrechten ouders kunnen bijstaan in de beslissingen die (wens)ouders moeten maken bij deze gezinsvorming.

Ik zoek uit wat er geweten is over het psychosociaal functioneren van donorkinderen. Welke gevolgen hebben de conceptie en de bekendmaking voor het kind? Hoe ervaren de kinderen de (afwezige) donor? Hoe ervaren de kinderen de niet- genetische ouder?

Vervolgens kijk ik op welke manier het kindbeeld dat de ouders hebben bijdraagt aan hun beslissingen. Wat betekent het recht van het kind op kennen van zijn afstamming voor de (wens)ouders? Zijn de (wens)ouders in staat hun belangen tegen die van hun (toekomstig) kind af te wegen? Op deze manier probeer ik te achterhalen of er bij het begeleiden van ouders aandacht kan zijn voor de belangen van het kind voor, tijdens en na de gezinsvorming met donorconceptie.

3.2 Psychosociaal functioneren van het donorkind

Net zoals bij het ouderlijk en relationeel functioneren doen er zich geen opmerkelijke problemen voor bij donorkinderen. We zien dat donorkinderen inzake psychosociaal functioneren het net zo goed doen als kinderen op een natuurlijke manier verwekt (Golombok et al.; Mac Callum et al.; Murray et al.; Shelton et al., cit. in Freeman 2015; Zadeh, Ilioi, Jadv, & Golombok, 2018).

Ilioi et al. (cit. in Kirkman-Brown, & Martins, 2020) geven aan de overgrote meerderheid van de kinderen onverschillig staat tegenover hun conceptie. Kinderen die voor de leeftijd van 7 jaar op de hoogte waren van de donorconceptie, bleken zich psychologisch beter aan te passen en ervoeren kwalitatief betere familierelaties.

Volgens Freeman (cit. in Willaert, 2021^a) en Golombok (cit. in Freeman 2016; Kirkman-Brown, & Martins, 2020) is er geen enkel bewijs van negatieve impact m.b.t. het welzijn van donorkinderen. De afwezigheid van genetische verwantschap tussen het kind en de ouder(s) binnen het donorgezin, heeft geen negatieve invloed op de ontwikkeling van het kind. Ook naar emotionele en gedragsproblemen werden bij donorkinderen geen verschillen gevonden in vergelijking met kinderen uit andere gezinsrelaties (Freeman, 2015).

Freeman (2015) merkt op dat het welzijn van de kinderen niet zozeer bepaald wordt door de donorconceptie en het ontbreken van de genetische band. Wat wel bepalend is, is de manier waarop en door wie het kind wordt opgevoed. Het lijkt erop dat verschillen in ouder-kindrelaties en het welzijn van het kind bepaald is door de kwaliteit van de opvoeding. De opvoeding binnen het gezin en het ruimere netwerk zijn belangrijker, dan de gezinsstructuur (Freeman, 2015). Soderman et al. (cit. in Willaert, 2021^a) tonen aan dat een frequent ouderlijk conflict meer negatief is voor het subjectieve welbevinden van kinderen, dan de gezinsstructuur.

Dit sluit aan bij de loyaliteitstheorie van Nagy. Hoe basisbehoeften worden ingevuld, wordt doorgegeven aan de volgende generatie. Wanneer een ouder als kind gebrek ervoerde aan een eigen plek en geen respect en steun kreeg moet het zelf op zoek naar deze (eigen)waarden. Veelal gebeurt dit op latere leeftijd, bij de partner of kinderen. Hierdoor kan niet worden voorzien in de basisbehoeften van zijn eigen kind, wel in het alsnog vervullen van de eigen behoefte. Hierdoor kan zijn kind geen erkenning krijgen en kan het zich niet ten volle ontwikkelen. Het kind bouwt een onzekerheid op en geeft dit op zijn beurt door aan de volgende generatie (Grolus en Riemsdagh, cit. in Willaert, 2021^a). Dit betekent dat de intergenerationele context van de ouder-kind relatie een

verrijking is voor de opvoeding. Dit betekent evenwel niet dat elke ouder de ideale opvoeder is voor een kind. Adoptie, pleegzorg en echtscheiding tonen aan dat er niet zomaar kan worden geëxperimenteerd met de ouder-kindrelatie (Willaert, 2021^a). De stabiliteit van de gezinsvorm blijft primair. Een donorgezin waarbij stabiliteit aanwezig is, kan bijgevolg het psychosociaal functioneren van de donorkinderen positief ondersteunen.

3.2.1 Invloed van wel/niet bekendmaking op het psychosociaal functioneren van het kind

Bij het in kaart brengen van het psychosociaal functioneren van donorkinderen is de impact van de bekendmaking of de geheimhouding een belangrijk thema.

Geheimhouding kan bij de kinderen een gevoel van stigmatisering opwekken. Dit komt doordat de kinderen niet openlijk kunnen spreken over de donorconceptie, ook niet wanneer de waarheid aan het licht komt (Daniels, & Meadows cit. in van der Meer, 2017). Kirkman- Brown en Martins (2020) geven hierbij aan dat onderzoek naar impact over de geheimhouding nog schaars is. De wetenschappelijke evidentie die reeds voor handen is, geeft aan dat er geen schadelijk effect is bij adolescenten die niet op de hoogte zijn van de donorconceptie (Kovacs et al., Ilioi et al., in Kirkman-Brown, & Martins, 2020).

Freeman (2015) verwijst naar een gebrek aan onderzoek naar de effecten van de bekendmaking. Wel vertrekt ze vanuit onderzoek (Golombok; Owen et al., cit. in Freeman, 2015) bij gezinnen waar de ouders (nog) niet tot bekendmaking aan het kind zijn over gegaan. Hierbij wijst ze op de lage respons van ouders die de conceptie (nog) geheimhouden. Dit betekent dat er een grote 'verborgen' groep is binnen de donorconceptiepopulatie waar niets over geweten is.

Het is pas wanneer het kind tijdens de adolescentie of in de volwassenheid de donorconceptie ontdekt, dat er sprake kan zijn van schok en ongeloof (Frith et al., cit. in Kirkman-Brown, & Martins, 2020). Geheimhouding door de ouders staat lijnrecht tegenover de veiligheid en betrouwbaarheid die ze hun kind moeten bieden. Hierdoor, komt zoals reeds aangegeven in het hoofdstuk over de (wens)ouders (Hoofdstuk 2), de vertrouwensrelatie in het gedrang. Dit kan gepaard gaan met boosheid naar de ouders toe (Turner & Coyle cit. in van der Meer, 2017).

In onze westerse cultuur wordt aangeleerd dat familie ontstaat uit een genetische verwantschap. Een late ontdekking dat die genetische realiteit anders blijkt te zijn, is een schokkende gebeurtenis (van der Meer cit. in Willaert, 2021^a). Ook Turner et al. en Jadva et al. (cit. in Freeman, 2015) melden dat het ontdekken van het geheim op latere leeftijd een bron van psychologische schade is. Dit heeft bij conceptie met donorsperma vnl. impact op de moeder-kind relatie, waarbij het kind zijn woede naar de moeder uit (Jadva, in Ravelingien, & Pennings, 2013). Volgens Indekeu (2016) heeft dit te maken met het feit dat moeders worden gezien als diegene die verantwoordelijk zijn voor de communicatie, het geven van informatie en het in stand houden van geheimen binnen het gezin.

Over het algemeen functioneren families waar het conceptieverhaal een geheim is, even goed als families waar men tot bekendmaking is overgegaan (Freeman, 2015).

Gezinnen waar de ouders de conceptie hebben verteld aan hun kind, vertonen een aantal positievere facetten. Specifiek vond men een lager emotioneel conflict met een minder emotionele nood aan de moeder (Freeman et al.; Golombok et al.; Lycett et al., cit. in Freeman, 2015). Daar waar er een vader aanwezig is, is die sociale band belangrijker en sterker dan het ontbreken van de genetische band (Freeman, 2015). Adolescenten rapporteerden een minder warme relatie met hun vader, maar dit was volgens de jongeren niet te wijten aan het gebrek aan genetische verwantschap (Blake et al.; Freeman, cit. in Freeman, 2015).

Ook hier merkt Freeman (2015) op dat we moeten rekening houden met een doelgroep waarbij weinig respons komt om deel te nemen aan onderzoek. Het kan volgens haar dus zijn dat er een

groep donorgezinnen is waarbij geen geheim bestaat rond de donorconceptie, maar waarbij het gezin niet naar behoren functioneert en dat deze terughoudend zijn om deel te nemen aan onderzoek.

Golombok (cit. in Freeman 2015) stelt dat transparantie over de donorconceptie, het welbevinden van het kind niet in gevaar brengt. Dit kan samenhangen met het gegeven dat families die open zijn over de donatie, over het algemeen goed functionerende gezinnen zijn, wat zorgt voor een betere ouder-kind relatie en beter psychosociaal functioneren van het kind. Verschillen in het welbevinden van het kind binnen donorgezinnen waar er geheimhouding is en tussen donorgezinnen waar men tot bekendmaking aan het kind overgaat, hoeven niet noodzakelijkerwijs verband te houden met de beslissing rond wel/ niet bekendmaking (Freeman 2015).

Er is aangetoond (Jadva et al. cit. in Freeman, 2015) dat het voornamelijk factoren als leeftijd, geslacht, gezinsstructuren én de omstandigheden waarin de donorconceptie bekend gemaakt wordt, de reactie van het kind bepalen. M.a.w., het psychosociaal welbevinden hangt samen met een complex samenspel van factoren binnen de context van het gezin.

Freeman (2015) wijst er op dat jonge kinderen een beperkt begrip hebben van donorconceptie en de implicaties ervan. Blake et al. (cit. in Zadeh et al. 2018) ontdekten dat kinderen op 7-jarige leeftijd weinig begrip hebben over donorconceptie. Omstreeks de leeftijd van 10 jaar toonden ze op zijn minst een rudimentair begrip en uitten ze ofwel neutrale, ofwel positieve gevoelens hierover. Het niveau van begrip en interesse naar de donor verschilt in functie van de emotionele en cognitieve ontwikkeling van het kind. Kinderen krijgen een beter begrip over de donorconceptie tijdens de adolescentie. Dit is een periode waarin het kind begrip krijgt van biologie en genetische verwantschap (Richards; Williams, & Smith, cit. in Zadeh et al., 2018). Dit is ook een ontwikkelingsfase waarbij identiteitsproblemen en conflicten binnen de ouder-kindrelatie vaker voorkomen (Freeman, & Golombok, cit. in Freeman 2015). Toch vonden Ilioi en Golombok (cit. in Zadeh et al., 2018) dat er geen verschil is in psychologische aanpassing bij kinderen verwekt via donorconceptie en zij die op een natuurlijk manier zijn verwekt.

Recenter onderzoek van Zadeh et al. (2018) toonde aan dat bij adolescenten verwekt via donorconceptie (zowel eiceldonor, spermadonor als draagmoederschap) bij heterokoppels, de overgrote meerderheid onverschillig stond tegenover hun conceptie. Sommigen verklaren daarbij dat de conceptie geen invloed heeft op de relatie met hun ouders. Andere jongeren geven dan weer aan zich ambivalent of positief te voelen t.o.v. de conceptie. Dit onderzoek toont aan dat de jongeren zich geen zorgen maakten en zich psychologisch aanpassen aan hun donorconceptie (Zadeh et al., 2018). Een mogelijke verklaring hiervoor van de onderzoekers was dat alle kinderen voor hun zevende verjaardag op de hoogte waren van de donorconceptie. Een andere verklaring kan worden gevonden in de dissonantietheorie waarbij de kinderen zich aanpassen aan de realiteit van de donorconceptie en daarbij op zoek gaan naar consistentie om tegenstrijdige gevoelens en overtuigingen te rechtvaardigen.

Schrijvers, Bos, van Rooij, Gerrits, van der Veen, Mochtar en Visser (2018) deden gelijkaardig onderzoek bij Nederlandse donorkinderen die waren geworven via FIOM¹⁵. Deze kinderen zijn reeds volwassen en bekend met hun donorconceptie. Ze geven aan dat ze het belangrijk vinden dat ze open kunnen communiceren met hun ouders, familie en vrienden over de donorconceptie. Sommige donorkinderen voelen aan dat hun vader zich ongemakkelijk voelt over het feit dat hij onvruchtbaar is. Een aantal van hen geeft aan dat ze voor de bekendmaking het gevoel hadden dat hun ouders iets achterhielden. Het voordien zwijgen over de donorconceptie van de ouders wijten

¹⁵ FIOM is een Nederlandse organisatie die hulp biedt bij ongewenste zwangerschap en afstammingsvragen. Ook helpen ze o.a. donorkinderen in de zoektocht naar hun genetisch verwanten (FIOM, 2021).

ze aan het feit dat ouders van de dokter het advies kregen hierover te zwijgen. Zij vinden dan ook dat ouders van donorkinderen moeten aangemoedigd en begeleid worden in de bekendmaking van donorconceptie naar de kinderen toe (Schrijvers et al., 2018).

Vanuit ethisch oogpunt kan een kind beter op vroege leeftijd met de biologische realiteit gekend zijn, gezien de kans op psychologische schade bij ontdekking op latere leeftijd (Turner, & Cole; Jadva, cit. in Freeman 2015). Daarnaast denk ik dat bepaalde ouders niet kunnen leven met een geheim. Dit verhoogt het risico dat het kind op een ongeplande, destructieve en ongecontroleerde manier de waarheid te weten komt. Bovendien wordt er gesuggereerd dat kinderen intuïtief aanvoelen dat er iets niet klopt. Vaak zijn de fantasieën en verdenkingen (hun moeder ging vreemd) nefaster voor het kind dan de waarheid (Snowden et al, cit. in Hammer Burns, & Covington, 1999).

3.2.2 *Interesse voor de donor en identiteitsvorming van het kind*

Kinderen die op de hoogte zijn van de donorconceptie vertonen tijdens de adolescentie meer interesse in de donor. Daarbij zijn ze nieuwsgierig naar gelijkenissen in fysieke- en persoonlijkheidskenmerken (Freeman, 2015). Toch, zijn er volgens Freeman (2015) naast leeftijd ook andere factoren zoals geslacht en de kwaliteit van de ouder-kindrelatie van belang bij het -wanneer- en in -welke mate- een kind interesse vertoont in de donor. Ook de gezinsstructuur en het donortype (gekend, anoniem) kan de perceptie van het kind op de donor beïnvloeden. Slutsky et al. (cit. in Zadeh et al., 2018) ontdekte in een studie bij BAM en lesbische koppels, dat kinderen die veilig gehecht zijn aan de moeder, meer interesse toonden naar de donor, dan zij die onveilig gehecht waren. Zadeh et al. gaan ervan uit dat deze bevinding is door te trekken bij heterokoppels. Ook in hun onderzoek waarbij enkel donorkinderen met heteroseksuele ouders bevroegd werden, vertonen de meeste jongeren interesse naar de donor. Freeman (2015) stelt dat er een grotere interesse is bij de kinderen naar de spermadonor dan naar de eiceldonoren.

In een onderzoek bij volwassen donorkinderen (Schrijvers et al., 2018) is er sprake van een sterke interesse in de persoonlijkheid en het karakter van de donor. Deze interesse werd steeds sterker naarmate de kinderen ouder werden. Daarnaast zijn ze nieuwsgierig naar de motieven van de donor om te doneren. De meeste donorkinderen die aan het onderzoek deelnamen, hopen de donor ooit te ontmoeten of zijn reeds actief op zoek. Ook is er interesse naar eventuele half -siblings (Schrijvers et al., 2018).

Payne (cit. in van der Meer, 2017) stelt dat het opvalt dat de behoefte om de genetische ouders, in dit geval de donor te kennen groeit met de leeftijd. Jonge kinderen richten zich namelijk op de ouders die hen opvoeden. Pas bij het onafhankelijker worden tijdens de adolescentie en de identiteitsvorming en bij het bewust worden van de eigen sterfelijkheid, wordt de behoefte naar kennis van de genetische stamboom groter. Van hieruit concluderen onderzoekers al eens aan dat de behoefte van jonge kinderen naar het kennen van hun afstamming zeer laag is (van der Meer, 2017). Freeman (2015) stelt dat het zelf krijgen van kinderen kan leiden tot een grotere interesse in de genetische afkomst.

Bij donorkinderen zien we net als bij kinderen in adoptie, dat de wens om de genetische ouder (de donor) te kennen moeilijk te uiten is. Dit net omwille van de loyaliteit t.o.v. de verzorgende ouder. Vaak zijn ze meer bezig met de mogelijke gevoelens van die ouders (Hoksbergen, cit. in van der Meer, 2017). Toch toont onderzoek van Zadeh et al. (2018) dat een minderheid van de adolescenten die ze bevroegen, zich zorgen maakten over hoe de niet-genetische ouder zich zou voelen wanneer ze interesse tonen naar de donor. Zou het kunnen zijn dat de veilige hechting met

de moeder en een open communicatie het kind in staat stelt beter om te gaan met loyaliteitsconflicten?

Sheib et al. (cit. in Freeman, 2015) en Zadeh et al. (2018) rapporteren over bevindingen bij adolescenten dat het merendeel aangaf nieuwsgierig te zijn naar de donor en op zoek te willen gaan naar identificatiegegevens en contact.

Kinderen die contact hadden met de donor deden melding van positieve resultaten, waarbij hun zelf-en familiegevoel verhoogde (Jadva et al., Freeman et al., cit. in Freeman, 2015; Zadeh et al., 2018). Ook het contact met half-siblings verwekt met dezelfde donor, wordt als positief ervaren. Jadva et al. (cit. in Freeman, 2015) en Zadeh et al. (2018) doen ook melding van minder positieve ervaringen in de ontmoeting met de donor, waarbij de ontmoeting ambivalente en tegenstrijdige gevoelens opriep. Freeman (2015) merkt op dat er meer onderzoek naar het welzijn van het kind na het contact met de donor aangewezen is, voornamelijk betreffende de impact ervan op lange termijn. Bij de onderzoeken die er zijn wijst Freeman (2015) op het gebrek aan representativiteit van de onderzochte groep binnen de gehele donorconceptiepopulatie. Binnen de groep die interesse toont is er maar een kleine groep die ook tot contact overgaat.

Informatie en identificatie van de donor lijkt belangrijker dan effectief contact (Scheib, cit. in Freeman 2015). Scheib et al., (cit. in Zadeh et al., 2018) vonden in onderzoek waarbij kinderen (jongvolwassenen) verwekt met identificeerbare spermadonoren bij heteroseksuele koppels minder interesse tonen naar de identiteit van de donor, dan zij die opgroeien bij de BAM of bij lesbische koppels.

Ravelingien en Pennings (2013) vermelden dat de kinderen die op zoek gaan naar de donor, maar de donor niet kennen, zich onvolledig voelen. Ze ervaren een gebrek aan genetische continuïteit en een gebrek aan plaats binnen de familie. Een mislukte zoektocht kan leiden tot een verlieservaring die gepaard gaat met rouw. Veel mensen hebben behoefte aan informatie over familie, cultuur én genetische afkomst. Dit laatste komt volgens Ravelingien en Pennings (2013) doordat onze westerse cultuur meer de nadruk legt op het belang van genetische verwantschap voor de identiteitsontwikkeling.

Ook Schrijvers et al. (2018) doen melding van donorkinderen verwekt met anoniem donorsperma die het moeilijk hebben met het feit dat ze zich geen beeld kunnen vormen van de identiteit van de donor. *Sommigen van hen voelen zich hierdoor belemmerd in hun ontwikkeling en de eigen identiteit* (Schrijvers et al., 2018). Hoewel sommige van de donorkinderen zelf aangaven dat depressieve klachten die hiermee gepaard gaan, niet te maken hebben met het feit dat ze een donorkind zijn. Anderen gaven dan weer aan dat hun problemen net ontstonden wanneer ze hoorden dat ze een donorkind zijn. Kinderen die met depressieve gevoelens te maken kregen en ondersteund werden door een counselor, waren in staat deze gevoelens te verwerken (Schrijvers et al., 2018). Hierbij wil ik opmerken dat er een verschil kan zijn in de beleving van kennis hebben over de donorconceptie en de nood aan identificatie van de donor. Een bedenking die ook door Zadeh et al. (2018) werd gemaakt.

Helaas worden de mogelijke risico's bij het opgroeien zonder weet te hebben van wie de donor is, gebanaliseerd. Ouders dragen hoe dan ook bij tot de identiteitsvorming. Hierbij hoort ook het zich kunnen afzetten tegen de ouders. Net daarom zal een kind op de eerste plaats zijn ouders moeten kennen. De donor is dan niet de pedagogische ouder, bij de identiteitsvorming kan het kind de nood voelen aan informatie over en/of het kennen van de genetische oorsprong.

Verschillende donorkinderen geven aan dat ze zich niet begrepen voelen wanneer hen wordt uitgelegd dat de donor geen vader is (van der Meer, 2017). Dit betekent niet dat de identiteitsontwikkeling zonder de aanwezigheid van de ouder, in dit geval de donor, onmogelijk is: ze wordt wel moeilijker (Van Crombrugge, cit. in Willaert, 2021^a).

Indekeu (2016) geeft aan dat het tijdig vertellen van de donorconceptie meehelpt de informatie geleidelijk aan in de ontwikkeling van de identiteit op te nemen. Het is daarbij belangrijk het verhaal als een continu proces aanwezig te laten zijn in het gezinsverhaal, telkens aangepast aan het ontwikkelingsniveau van het kind.

Binnen elke relatie wordt nu eenmaal onderhandeld om individuele behoeften te bevredigen. Daarvoor moet je weten wie je bent en wat je wilt. Je moet sterk in je schoenen staan, maar ook de relatie moet stevig zijn, tegen een stootje kunnen. Wat de ene persoon wil, kan lijnrecht staan tegenover wat de ander persoon wil. Hier ontstaan dus conflicten die om oplossingen vragen. Ook binnen conflicten moet elk mens kunnen groeien. In realiteit zien we echter dat mensen meer bezig zijn met het niet verliezen, het gelijk halen, i.p.v. elkaars groei te bevorderen en begrip op te brengen voor elkaars behoefte (Van Crombrugge, cit. in Willaert, 2021^a).

In onderzoek naar de afwezige vader als risicofactor binnen de jeugdzorg merkt Veerman (cit. in Willaert, 2021^a) op dat het kind dat zijn genetische vader niet kent zelf een ontstaansverhaal kan verzinnen. Hierdoor lijkt open communicatie cruciaal. Het kind kan zo tijdig de juiste informatie bekomen omtrent de genetische 'vader' *'Als een kind een goed verhaal heeft over de afwezige genetische 'vader', lijken toekomstige problemen minder waarschijnlijk'* (Vermeer, cit. in Willaert, 2021^a). Hoewel ik hier wil bij opmerken dat binnen het concept van anonieme gametendonatie de ouder het donorkind kennis kan geven over zijn ontstaansgeschiedenis, maar ze het kind geen verder informatie kan geven over de donor.

Globaal genomen kan worden gesteld dat de donorconceptie geen negatieve impact heeft op het psychosociaal functioneren bij donorkinderen. *'De mens ontwikkelt door allerlei omstandigheden die hij op zijn levenspad tegenkomt. Er is op de eerste plaats nood aan geborgenheid, stabiliteit en waarborgen van privéleven. Daartoe kan een gezin, eender op welke manier de gezinsvorming tot stand kwam, toe bijdragen. Het gezin biedt daarbij een veilige plek waar het kind zich kan ontwikkelen en tot zichzelf kan komen'* (Van Crombrugge cit. in Willaert, 2021^a).

3.3 Kinderrechten als leidraad bij het begeleiden van (wens) ouders bij donorconceptie

3.3.1 Artikel 7, het recht van het kind op kennen van de afstamming na donorconceptie.

Centraal in het debat rond anoniem donorschap staat Artikel 7. Dat stelt dat *'elk kind vanaf de geboorte recht heeft op naam en nationaliteit en dat het voor zover mogelijk het recht heeft om zijn of haar ouders te kennen en door hen verzorgd te worden'* (IVRK).

Dit recht is pas in de laatste fase van het opstellen in het Kinderrechten Verdrag (IVRK) opgenomen, met als doel de psychologische stabiliteit van het kind te waarborgen. Het recht op kennen van de ouders is even essentieel als het recht op naam en nationaliteit (Detrick, cit. in Willaert, 2021^b). Op de eerste plaats is de stabiliteit van het gezin belangrijk voor de ontwikkeling van de persoonlijkheid en de identiteit van het kind. Net om dit te waarborgen werd artikel 7 (IVRK) ingevoerd. Het recht van het kind om zijn ouders te kennen is essentieel voor de psychologische stabiliteit. Elke ouder kan een belangrijke rol opnemen in het leven en de identiteitsvorming van het kind. Bij gevolg heeft het kind recht om elke ouder te kennen (Hodgkin & Newell; Van Broeck, cit. in Pluym, 2012). Volgens Pluym (2012) is het om die reden onlogisch om een onderscheid te maken tussen genetische, biologische, sociale of juridische ouders. Het kind heeft recht om zijn ouders in de 'ruimste zin' van het woord te kennen, indien deze vormen van ouderschap niet samenvallen in één persoon.

Het VN-kinderrechtencomité formuleert in zijn slotpleidooi betreffende adoptie dat ook in geval van donorconceptie het kind recht heeft om de donor te kennen. Het gaat over afstammingsinformatie, niet enkel vanuit de juridische vorm maar ook vanuit de wettelijk, het sociaal en de genetisch component (Kind en Gezin, cit. in Willaert, 2021^b). Ryngaert en Vanobbergen (cit. in Willaert, 2021^b) merken op dat het Europees Hof voor Rechten van de Mens deze visie bijtreedt door te stellen dat de biologische/genetische band tot de harde kern van de identiteit van ouders én kinderen behoort.

In de pedagogie wordt ouderschap toebedeeld aan de personen die zorg en verantwoordelijkheid opnemen voor het kind. Daarbij wordt noch de partnerrelatie en het al dan niet aanwezig zijn van een genetische verwantschap tussen ouder en kind, noch het geslacht van de ouder bepaald. *‘Het besef van verantwoordelijkheid voor de zorg en opvoeding van kinderen maakt mensen tot ouders van de kinderen* (Van Crombrugge, cit. in Willaert, 2021^b)’.

Vanuit deze pedagogische visie merk ik op dat de (wens)ouder bij de gezinsvorming via donorconceptie, niet vertrekt vanuit de invulling van ouder in de ‘ruimste zin’ van het woord. De (wens)ouders is of wordt de ouder van het kind. De donor is daarbij een ‘noodzakelijk kwaad’ om de wens waar te maken (zie 2.3). Mij lijkt het dan ook dat ouders aanspreken enkel vanuit artikel 7 (IVRK), hen het gevoel kan geven hun kind tekort te doen in de keuze tot donorconceptie, zeker wanneer er geen informatie over de donor te achterhalen is (Willaert, 2021^b). Gezien het debat rond het afschaffen van anoniem donorschap, waarbij men verwijst naar dit artikel 7 (IVRK), kunnen ouders dit recht niet negeren. Vanuit ethisch standpunt zal de wensouder moeten opteren voor het ‘minste kwaad’. Dit kan betekenen dat ze de donor een plaats kunnen geven in hun gezinsverhaal.

Detrick (cit. in Willaert, 2021^b) stelt dat de woorden tot ‘zover mogelijk’ tot een willekeurige interpretatie van dit recht kunnen leiden. De wetgever in België bepaalt door de keuze voor anoniem donorschap dat het beter is de identiteit niet bekend te maken. Een absoluut verbod of onmogelijkheid van de Staat is in strijd met artikel 7 (Pluym, 2012). Stel dat ouders de donorconceptie niet geheim willen houden, kunnen ze bij anoniem donorschap het kind geen kennis meegeven over de donor. Deze beperking kan bepalend zijn in de keuze tot geheimhouding (Willaert, 2021^b; Indekeu, 2016).

3.3.2 De ouder en het kindbeeld

‘Bij de interpretatie van de rechten van kinderen op basis van hun wettelijke status wordt het pedagogisch handelen uiteindelijk gereduceerd tot 'disciplinaire' actie: het is de taak van de opvoeder om kinderen te helpen zich te ontwikkelen tot 'goede' (autonome) burgers. Deelname aan de samenleving is het uiteindelijke doel’ (Roose, & Bouverne-De Bie, 2007). Het doel is kinderen te helpen verbinden met bestaande maatschappelijke waarden en opvattingen.

Zowel in de rechten van het kind als van de ouder spelen cultuur, stigma en het netwerk (Zie 2.3.3) een belangrijke rol. De hele context bepaalt mee het kindbeeld van de ouders. Het kindbeeld is een sociale constructie waarin de eerste levensjaren van het kind worden gevormd. De constructie bepaalt mee de sociale relaties en de interactie tussen kinderen en volwassenen (de ouders). Deze constructie bepaalt daardoor ook de pedagogische opvoeding en de beslissingen die erbij komen kijken. Een ander kindbeeld zorgt voor een andere benadering vanuit de rechten van het kind (Roose, & Bouverne-De Bie, cit. in Willaert, 2021^b).

Er zijn twee dominante kindbeelden te onderscheiden die evolueerden doorheen de geschiedenis. Vroeger stond bescherming van het kind voorop en was er sprake van een paternalistische benadering. Het kind werd gezien als incompetent, ‘een kind in wording’. Vanaf de jaren 70

streefden de ‘Kinderbevrijders’ voor dezelfde rechten voor kinderen als voor volwassenen. ‘*Gelijkheid van alle mensen*’. Zo evolueerde in onze westerse wereld het kindbeeld van ‘het kwetsbare kind’ naar het ‘autonome kind’, waarbij de nadruk gaat liggen op het zelfbeschikkingsrecht van het kind. Aan de andere kant zien we nog steeds een groep waarbij de nadruk blijft liggen op de beschermende rechten van het kind (Roose, & Bouverne-De Bie, cit. in Willaert, 2021^b). In realiteit zien we dat beide kindbeelden door elkaar lopen, maar ook naast elkaar blijven bestaan.

In het IVRK zijn nog steeds heel veel beschermende rechten aanwezig. Het blijft dan ook een plicht van de ouders of andere opvoeders en de Staat om het kind te beschermen. Wanneer kinderen dezelfde rechten hebben als volwassenen kan dit op lange termijn schadelijk zijn. ‘*Laura Purdy* (Roose, & Bouverne-De Bie, cit. in Willaert, 2021^b) *stelt dat te veel vrijheid de kinderen kan schaden door het overschatten van de grenzen van begrip en wijsheid van de kinderen.*’ Ouders kunnen ervoor kiezen hun kind de waarheid te ontzeggen omwille van de incompetentie met deze bepaalde kennis om te gaan.

Wanneer we gaan overbeschermen komt de persoonlijke ontwikkeling van het kind in het gedrang. Voegen we de libertaire (autonomie) en paternalistische benadering samen, komen we tot een volledige benadering van de rechten van het kind (Hanson in Roose, & Bouverne-De Bie).

3.3.3 Participatie van het (ongeboren) kind verwekt door donorconceptie

In het ‘autonome kindbeeld’, wordt het kind gezien als autonoom met eigen meningen, noden en behoeften. Het kind krijgt daarbij het recht actief deel te nemen aan de maatschappij.

In het IVRK worden een aantal artikels (art 12, art 13 IVRK) aangehaald die de deelname van het kind als volwaardig en autonoom lid van de maatschappij waarborgen. ‘*Het kind heeft recht op vrije meningsuiting in de aangelegenheden die hem aanbelangen en de vrijheid om informatie van welke aard ook te verzamelen, te ontvangen en door te geven, zolang daarbij geen rechten van anderen worden geschaad. Aan de mening van het kind dient passend belang gegeven te worden in overeenstemming met zijn leeftijd of rijpheid.*’

Kinderen kunnen zelf een mening hebben over familie - en ouder-kindrelaties. Van der Meer (2017) concludeert in onderzoek dat donorkinderen familiebanden zien ontstaan door bloedverwantschap, rolvervulling, gezamenlijke ervaring, lichamelijke herkenning en/of sociale herkenning. De intense band tussen de niet-genetische ouder en de donorkinderen, bestaan naast relaties binnen bloedverwantschap. Ook wanneer men de biologische ouder niet kent, is er bij sommigen de drang die te leren kennen. Daarbij schatten de kinderen zelf in dat er alsnog familiebanden kunnen ontstaan. Op jonge leeftijd zal het kind zich richten naar de ouders in de directe omgeving, bij het ouder worden en de wanneer de identiteitsontwikkeling sterk naar boven komt, groeit de drang om de biologische ouder te kennen (van der Meer, 2017).

De keuze tot donorconceptie ligt bij de ouders. Het ongeboren kind heeft nog geen stem, maar de ouders dragen wel verantwoordelijkheid voor hun toekomstig kind. *Het is aan de ouder om rekening te houden met de wensen van een ongeboren kind* (Willaert, 2021^b).

Binnen anonieme donatie kunnen kinderen, ook op volwassen leeftijd, geen informatie over hun afstamming opvragen. Bij gekende donatie kan het kind dan wel informatie inwinnen over de donor, voor kennis over de donorconceptie zelf blijven ze afhankelijk van de bereidheid van de ouders (of een toevallige ontdekking) die de conceptie al dan niet geheimhouden. Het kind heeft hierin op geen enkel moment zelf inspraak. Volgens Blyth (cit. in van der Meer, 2017) betekent dit dat hun rechten en belangen steeds ondergeschikt zijn aan die van anderen, wat kan leiden tot gevoelens van minderwaardigheid.

Wanneer we de donor als een belangrijke (genetische) factor binnen de identiteitsontwikkeling van het kind zien, zou het kind zelf de keuze moeten hebben in welke mate hij deze (niet) wil kennen (informatie, identificatie, contact). Hier zien we het belang om het kind te laten mee participeren aan het recht op het kennen van zijn ouders (afstamming). Om deze keuze te kunnen maken dient het kind op de hoogte te zijn van de donorconceptie. Participatie van het kind in zijn conceptieverhaal begint bijgevolg pas bij de bekendmaking. De voorwaarden om tot bekendmaking over te gaan en de voorwaarden om het kind te laten participeren, worden mogelijk gemaakt of beperkt bij de keuze voor een anonieme of gekende donor.

3.3.4 Afwegen van belangen van het kind en de ouder

‘Kinderrechten worden gerealiseerd vanuit de leefwereld van kinderen. Voor de pedagogische praktijk is het een contextuele oriëntatie, uitgaande van het dagelijks leven en de ervaringen van mensen (Reynaert, cit. in Willaert, 2021^b).

Binnen de pedagogie wordt opvoeden begrepen als een relatie tussen gelijkwaardige mensen, een wederkerig proces tussen ouders, kinderen en de context. Vanuit de evolutie naar het ‘autonome kindbeeld’ ontstaan de onderhandelingshuishoudens. Dit houdt in dat ouders en kinderen samen onderhandelen over individuele behoeften en wensen, met respect voor ieders mening (Van Crombrugge, cit. in Willaert, 2021^b).

Dit vraagt om dialoog, een toekomstgericht dialoog. Dit gaat over meer dan het uiten van gevoelens en gedachten. Het in dialoog treden gaat over de eigen binnen- en buitenkant afstemmen op die van de ander. Het is leren afstemmen op de emoties en het gedrag van de ander. Zo kan men rekening houden met elkaars belangen. Het gaat over luisteren naar wat de ander zegt en niet langer vertrekken van het beeld dat we hebben van de ander. Hierdoor zijn we in staat onze eigen noden en voorwaarden te uiten en tegelijk rekening te houden met die van de anderen (Grolus, & Riemsdagh, cit. in Willaert, 2021^a). Het gaat over stilstaan bij jezelf. Klopt dat wat ik denk en zeg met de werkelijkheid van de ander? Door in dialoog te treden en rekening te houden met de wensen van alle betrokken partijen, kunnen verschillende belangen onder spanning komen te staan.

Volgens Nagy worden recht en onrecht reeds in de kinderjaren meegegeven binnen de relatie met ouders. Een kind is afhankelijk van de bereidheid en/of de mogelijkheid van de ouder om met de wil van het kind rekening te houden. Het kind heeft recht op zorg, maar heeft niet gevraagd geboren te worden. Om de balans van recht en onrecht in evenwicht te houden dient de ouder rekening te houden met de belangen van het kind. Het kind hoeft dit niet zelf aan te geven. De ouder tracht in te spelen op de noden van het kind en het kind geeft erkenning voor de zorg van de ouder. Hier ontstaat de loyaliteit en de wederzijdse relatie tussen ouder en kind. (Grolus en Riemsdagh, cit. in Willaert, 2021^a). *‘Loyaliteit is de meest fundamentele grond voor de band tussen ouders en kinderen (Grolus en Riemsdagh, cit. in Willaert, 2021^a).*’

Dit vraagt een goede verstandhouding, een open communicatie tussen de ouders en het kind. Daarbij kan de niet-genetische ouder vertrouwen krijgen dat de verworven loyaliteit standhoudt wanneer het kind ook interesse toont naar de donor. Vanuit dit perspectief kunnen de ouders ten alle tijden, rekening houdende met de competenties van het kind, beslissen of ze autonomie en participatie aan het kind overlaten of niet. Het komt erop aan een voortdurend evenwicht te houden tussen de belangen van het kind en die van de ouder.

3.3.5 De keuze tot anonieme of gekende donor in het belang van het kind

De keuze voor een anonieme of gekende donor gaat de conceptie vooraf (zie 2.4.2). Toch kan en moet de ouder zich reeds voor de conceptie vragen stellen over de plaats die de donor in het gezinsverhaal zal innemen (zie 2.5.3). De keuze van de ouders tot anoniem of gekende donatie wordt meebepaald door de nationale wetgeving, maar tevens door de context van de ouder (zie 2.4.2). Stigmatisering en hoe men met donorconceptie omgaat in de cultuur kunnen daarbij van belang zijn. Ook kan de vrees bestaan dat de donor zich vroeg of laat zal mengen in hun leven.

Wanneer we kijken naar de identiteitsontwikkeling van de donorkinderen wordt aangegeven dat er nood is aan identificatie van de donor. Er is minstens sprake van nieuwsgierigheid naar de donor (Zie 3.2.2). *'Bovendien ervaren ze een gevoel van machteloosheid ten aanzien van een systeem dat bepaalt wie wel en wie niet toegang heeft tot informatie over de donor, terwijl hen dit ook aanbelangt* (Indekeu, 2016, pp. 146).'

In het belang van de kinderen lijkt het er dus op dat het kind op een bepaalde leeftijd toegang zou moeten kunnen hebben tot minstens informatie over de donor, waarmee ze zichzelf kunnen identificeren. Een kanttekening hierbij is de beperkte representativiteit van de gehele donorkinderen- en gezinspopulaties binnen de bestaande onderzoeken. Zoals Freeman aangaf (2015) dat er een verborgen groep donorfamilies bestaat, nuanceren ook Schrijvers et al. (2018) dat hun bevindingen beperkt zijn binnen een groep kinderen die op de hoogte zijn van hun conceptie. Bovendien kan het zijn dat kinderen die geen enkele interesse vertonen naar informatie of contact met de donor, zich niet aanmelden op FIOU en daarom ook uit het onderzoeksgebied vallen.

Ook Pennings (2016) wijst op de beperkingen vanuit onderzoek bij donorkinderen, dit in het kader van de opheffing van anoniem donorschap. Hij stelt zelfs dat onderzoeken en de roep om met identificeerbare of gekende donors te werken, enkel uit de groep komt die tegen anonieme donatie zijn. Ook wanneer dit over een kleine groep zou gaan, zijn het zij die, nog volgens Pennings het luidst roepen.

Ik wil me hier niet uiten over het al dan niet afschaffen van anonieme donatie. Wel wil ik begrijpen hoe inzicht in de rechten en de belangen van donorkinderen kunnen bijdragen aan de beslissingen die ouders maken rond donorconceptie. Hoe het ook moge zijn, er is een groep donorkinderen die nood heeft aan identificatie van de donor. Ook met deze groep moet rekening gehouden worden. Voor de ouders is het natuurlijk moeilijk te voorspellen hoe hun kind zelf zal denken over de conceptie en de donor of wat die zal verlangen naar de donor toe. Daarom kan een ouder bij anonieme donatie het kind enkel steunen in zijn zoektocht naar informatie over de donor, wanneer het kind dit wenst.

Daarnaast zullen ouders in hun afweging niet enkel rekening houden met de belangen van het kind en henzelf, maar ook met die van hun gehele context. Wat dan ook weer bepalend kan zijn in het handelen in het belang van het kind. Hoe dan ook, ook bij gekende of identificeerbare donors zal het recht op participatie van het kind, ook pas mogelijk zijn bij bekendmaking van de donorconceptie. De bekendmaking neemt volgens recent onderzoek toe, zowel bij anonieme als identificeerbare donors (Isaksson et al.; Salevaara et al.; Freeman et al., cit. in Zadeh et al., 2018).

3.3.6 Bekendmaking of geheimhouding in het belang van het kind

Een belangrijke afweging die ouders dienen te maken in het belang van het kind is de bekendmaking van de donorconceptie. Anders dan bij de keuze tot anoniem of gekend donorschap kunnen de ouders na de conceptie evolueren in deze beslissing. Men kan daarbij rekening houden met de

persoonlijke ontwikkeling, de leeftijd, rijpheid, competentie van het kind. Deze keuze ligt vrij bij de ouder en wordt op geen enkele manier wettelijk opgelegd. *'Dit beantwoordt aan het recht (Art. 5) waarbij de Staat de verantwoordelijkheid van de ouder eerbiedigt in de opvoeding passend bij de ontwikkeling van het kind (Willaert, 2021^b)'*.

Nachtigall (cit. in Hammer Burns, & Covington, 1999) concludeerde dat het niet bekend maken, niet schadelijk is voor de familierelaties of een symptoom is van familieproblemen (zie 2.5.2, 3.2). Bijgevolg brengt geheimhouding het belang van het kind niet in het gedrang.

Bij gerechtelijke beslissingen wordt vaak gepleit in het belang van het kind om voorzichtige beslissingen te maken betreffende voogdij en ouderschap. Critici van fertiliteitsbehandeling en donorconceptie, beweren daarom ook dat er geen rekening wordt gehouden met het belang van het kind wanneer men alleen maar focust op de zwangerschap (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Wanneer we de kinderrechten benaderen vanuit de rechtspositie ligt de nadruk op gelijkheid van alle burgers. Daarbij krijgt elke burger rechten waarvan hij in staat moet zijn deze in vrijheid uit te oefenen. *'In een sociale wereld genieten burgers vrijheid (Braithwait, & Petit, cit in Roose & Bouverne-De Bie, 2007)'*. Vrijheid is niet enkel een individueel recht waarbij men vertrekt vanuit het eigen belang. In een sociale wereld wordt vrijheid een gemeenschappelijk goed, een collectief recht, waarbij wordt opgekomen voor het algemeen belang. Hierdoor krijgt iedereen gelijke kansen om zijn of haar rechten uit te oefenen. Dit vraagt een actieve verantwoordelijkheid. Hiervoor wordt van alle burgers, inclusief kinderen verwacht bepaalde competenties te bezitten of te verwerven, zoals het opkomen voor de eigen rechten (Roose & Bouverne-De Bie, 2007). *'Dit houdt een individueel en collectief leerproces in (Reynaert, cit. in Willaert, 2021^b)'*. Een leerproces over wie verantwoordelijk is en wie niet, waarover voortdurend moet worden onderhandeld (Roose & Bouverne-De Bie, 2007).

Kinderen groeien op in interactie met de omgeving waaruit sociale relaties worden gevormd. *'Binnen een open leerproces leert men omgaan met de onzekerheid, ambiguïteit en onvoorspelbaarheid (Reynaert, cit. in Willaert, 2021^b)'*. De benadering van het te 'beschermen of incompetent kind' lijkt hier niet op te gaan. Binnen de juiste omkadering en ondersteuning kan het kind perfect leren omgaan met de conceptierealiteit en het gegeven dat er geen genetische verwantschap is met een ouder. Dit sluit aan bij de bevindingen dat ook de bekendmaking van de donorconceptie het welzijn niet in gevaar brengt (zie 3.2).

Het collectieve proces heeft betrekking op de cultuur en de voortdurende (her)structurering ervan (Reynaert, cit. in Willaert^b). Hoe staat men binnen de eigen cultuur tegenover donorconceptie (zie 2.3.3)? Er is een grote verscheidenheid aan maatschappelijke doelen, normen, waarden en hun interpretaties in de samenleving.

Het individuele en het collectieve leerproces zijn met elkaar verweven. Wanneer men in staat is zich naar deze processen te positioneren en eventueel regels te wijzigen, fungeren de kinderrechten als een *'startpunt voor dialoog'* (Roose & Bouverne-De Bie, 2007). Dit brengt je tot een kinderrechten benadering van onderuit (Reynaert, cit. in Willaert, 2021^b). Hierbij moet men zich bewust zijn dat het opleggen van een bepaalde interpretatie of visie een vorm van macht is (Roose & Bouverne-De Bie, 2007) en ver weg staat van de verantwoordelijkheid die ouders dienen op zich te nemen.

Zo is er het gevoel van donorkinderen machteloos te staan in hun donorconceptie. Kinderen voelen zich buitengesloten en verloochend wanneer de donorconceptie laattijdig aan het licht komt. Vaak wordt hen gevraagd hun donorconceptie geheim te houden, wat hen tevens de kans ontnemt zich vanuit deze macht te onttrekken (Indekeu, 2016). Het achterhouden van deze informatie door de ouder en de vraag tot verdere geheimhouding impliceert een vorm van macht. Kinderen zouden daarbij autonoom horen te beslissen met wie ze deze informatie verder delen.

Zowel de bekendmaking als de geheimhouding van de donorconceptie kan in het belang van het kind zijn. Kijkt men enkel naar de optimale identiteitsontwikkeling binnen een open gezinssysteem waar dialoog centraal staat, lijkt bekendmaking het belang van het kind te dienen. Artikel 3 (IVRK) stelt dat het belang van het kind de eerste afweging moet zijn.

Tegelijk mag het recht op eerbiedingen van privé- en gezinsleven van de andere betrokkenen niet in het gedrang komen (van der Linden & Vlaardingerbroek, cit. in Pluym, 2012). Wanneer we rekening houden met de hele context en wanneer deze context, het netwerk van de ouders en het kind vb. een groot stigma kent rond donorconceptie, kan dit een bedreiging zijn voor de ontwikkeling van het kind en het opgroeien in een veilige stabiele omgeving. Binnen deze context kan de keuze voor geheimhouding dan weer in het belang van het kind zijn.

Maar, wanneer de belangen evenredig zijn, wordt voorgang gegeven aan het recht van het kind (van der Linden & Vlaardingerbroek, cit. in Pluym, 2012)!

Wat de ouders ook beslissen, allen vertrekken vanuit hetzelfde motief: het belang van het kind. Hun keuze kan mee vorm krijgen door het kindbeeld. De belangen van de ouder zijn bepaald door cultuur en context die mee hun kindbeeld vormgeven. Zetten ze in op bescherming of op participatie?

3.3.7 Het gevaar van sentimentalisering

De evolutie waarbij de nadruk meer op de rechten van het kind komt te liggen is ontstaan vanuit een sentimentalisering van het kind en een groter wordende aandacht voor de symbolische waarde van het kind (King; Pupavac, cit. in Roose, & Bouverne-De Bie).

In ons samenleven vormen partnerrelaties minder een zekerheid van blijvend bestaan. De relatie met het kind blijft bestaan, *'het kind is de bron van de laatst overgebleven onherroepelijke, onveranderlijke primaire relatie'*. (Beck, cit. in Roose, & Bouverne-De Bie, 2007). Bijgevolg kunnen de ouders hoge verwachtingen stellen waaraan het kind moet voldoen. Het kind wordt daarbij een noodzaak voor de ouder om 'zich goed te voelen'. M.a.w., de ouder zal het kind gaan zien als noodzakelijk bij het verder ontwikkelen van zijn eigen identiteit als ouder. De (wens)ouders verwachten dat de verandering binnen henzelf vanuit het kind zal komen.

Dit kan negatieve gevolgen hebben zowel voor de ouder als voor het kind. Het ouderlijk gezag kan in opspraak komen en gezien worden als elke vorm van onrechtvaardigheid naar het kind toe. Zo loopt elk kind een potentieel gevaar op schade binnen de opvoeding. Ouders gaan dan de nadruk leggen op de veiligheid en het beschermen van de kinderen en kunnen moeilijk inschatten welke handelingen wel en dewelke geen bedreiging vormen voor het kind (Roose, & Bouverne-De Bie, 2007; Willaert, 2021^b). Misschien hebben ouders die een hele lange weg hebben afgelegd om hun kinderwens waar te maken, een hoger risico om het kind te gaan (over)beschermen.

Opvoeden wordt hierdoor een heel complexe situatie waarbij de ouders op de tippen van hun tenen lopen om het kind niet te schaden. Dit leidt tot paranoïde ouders en overspannen kinderen. Andere nadelige gevolgen zijn dat het kind niet beantwoordt aan de verwachtingen van ouders betreffende de emotionele nabijheid en vriendelijkheid (De Graaf, cit. in Roose, & Bouverne-De Bie, 2007; Willaert, 2021^b). Wanneer men in de omgang met de kinderen steeds vertrekt vanuit de angst de kinderrechten te schaden, worden de verantwoordelijkheden t.o.v. de kinderen eerder beperkt i.p.v. nagekomen. Dit kan de opvoeding onder druk zetten (Roose, & Bouverne-De Bie, 2007; Willaert, 2021^b).

Vertrekken vanuit de participatierechten van het kind en hen de bijhorende autonomie bieden vraagt een onderhandelingshuishouden. Een onderhandelingshuishouden vergt een aantal vaardigheden en capaciteiten, waar niet elke opvoedingscontext over beschikt (Reynaert, cit. in Willaert, 2021^b). Hierbij lopen we het risico de ouders als 'slechte ouders' te bestempelen. Een tweedeling tussen de 'goede' en 'slechte' ouder geeft het risico tot controlerende en disciplinerende dynamieken in opvoedingspraktijken. Hierbij wordt te veel verwacht dat iedereen kan voldoen aan de maatschappelijke norm, de actieve en verantwoordelijke burger binnen de opvoeding en het autonoom handelen (Reynaert, cit. in Willaert, 2021^b).

Dit betekent dat bij belangenafwegingen van de ouders alle perspectieven moeten worden ingebracht. Die van het kind, die van de ouder en die van hun context, elk met zijn mogelijkheden en beperktheden. Elk in zijn eigen waarde. Door te veel de nadruk te leggen op de rechten van het kind, kunnen de ouders 'angst' voelen om bepaalde keuzes of fouten te maken.

Het benadrukken om rekening te houden met de rechten van het kind naar de (wens)ouders toe kan ervoor zorgen dat de ouders niet enkel de beschermende rol opnemen of enige vorm van macht zullen uitoefenen. Hierdoor lopen ze mogelijks minder het risico hun kind, waar ze zolang naar uitkeken, te idealiseren tot dat kind dat alle verwachtingen van de (wens)ouders zal invullen. Hiervoor moeten de ouders in staat zijn het kind autonomie te bieden.

Deze autonomie start bij de bekendmaking van de donorconceptie, waarna men in dialoog met het kind kan bepalen welke verdere handelingen in het belang van het kind zijn. Kinderen voelen zich vaak machteloos vanuit hun positie als kind in hun conceptieverhaal (zie 3.3.6). Door het kind niet te sentimentaliseren, maar de vrijheid te geven een eigen (andere) mening te hebben over zijn donorconceptie kan het kind zich vanuit de (over)beschermende positie van de ouder onttrekken. Dit bevordert hun identiteitsontwikkeling die verder begeleid kan worden door de ouderlijke steun en verantwoordelijkheid.

Ook in het licht van Nagy' s 'grootboek' is het opnemen van de verantwoordelijkheid om je kind te helpen opgroeien tot een autonoom persoon, een deel van de aflossing van de existentiële schuld. Tegelijk geef je het kind de kans zijn eigen schulden te verwerven en te vereffenen. Het zijn wederkerige relaties van geven en nemen die ons als kind én ouder, in staat stellen onze eigen identiteit te verwerven (zie 2.2.4).

Dit sluit aan bij wat Indekeu (persoonlijke communicatie, 19 mei 2021) vertelde over een boekje uitgegeven door Donor Conception Network¹⁶ dat ingaat op de onzekerheid die ouders ervaren wanneer hun kind een ander idee heeft over de donorconceptie. Dat het ok is wanneer een kind zegt dat hij dat eigenlijk niet zo tof vindt, dat hij liever gewoon twee ouders, een mama en een papa wil hebben omdat hij dan niet opvalt in de vriendgroep. Dit zegt niets over de ouder en zijn ouderschap. *'Maar ge moet dat als ouder wel kunnen verdragen, allez... die emotie dragen voor uw kind, zonder daartegenin te willen gaan...* (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).'

Dit benadrukt het belang de ouders de aandacht te vestigen op het (groeïend) ouderschap, i.p.v. enkel op het zwanger worden en de donorconceptie. Hierbij vormt het kind en zijn rechten een belangrijk startpunt. Een ethische bandering van de relatie tussen individuele en sociale moraal lijkt een beter vertrekpunt (Roose, & Bouverne-De Bie, 2007; Willaert, 2021^b). Het gaat dan over een bewustwording dat persoonlijke handelingen gevolgen kunnen hebben voor het kind en de bereidheid zich te verantwoorden voor deze gevolgen, zelfs als deze niet te voorspellen zijn (Heyting, et al, cit. in Roose, & Bouverne-De Bie, 2007).

3.4 Terugkoppeling van wetenschappelijke inzichten naar de casus

Isabel haar kind is nog zeer jong. Het heeft nog geen enkel inzicht in gezinssamenstellingen, laat staan in de donorconceptie. Daarom is het interessant eens na te gaan op welke manier Isabel het standpunt van het kind heeft ingenomen bij het maken van de beslissingen rond donorconceptie.

3.4.1 De bekendmaking in het belang van Isabel haar zoon

Er is nog geen sprake van bekendmaking naar haar kind toe. Wel geeft ze duidelijk aan dat ze dit van plan is te doen. De bevindingen bij kinderen uit BAM- gezinnen tonen aan dat deze moeders tot bekendmaking overgaan. Deze bevindingen en het belang dat ze hecht aan de mogelijkheid voor haar kind om kennis te hebben over de donor (ID-release) doet me vermoeden dat haar intentie om het te vertellen, zal overgaan in het effectieve vertellen. Althans, wat betreft de spermadonatie.

Zelf geeft ze aan dat ze kennis heeft over de boekjes 'het wereldwondertje', waarmee ze haar kind vanaf 3 jaar met de donorconceptie bekend kan maken. Zadeh et al. (2018) zien dat er een verband is tussen een vroege bekendmaking (bij kinderen jonger dan 7 jaar) en de mogelijkheden van het kind om zich psychologisch goed aan te passen aan de donorconceptie. Deze kinderen lijken zich geen zorgen te maken over de conceptie zelf. Dit wetende kan het voor Isabel een geruststelling zijn dat haar kind, ondanks het ontbreken van een aanwezige genetische vader en van de genetische band met haar, evenveel kans heeft op een goede ontwikkeling als een kind verwekt op een natuurlijke manier.

De manier waarop de realiteit wordt verteld zal meebepalen welke plaats haar kind geeft aan de donor(s) binnen zijn ontstaansgeschiedenis. Volgens onderzoek kan gehechtheid met de moeder gerelateerd zijn aan de mate waarin een donorkind belang hecht aan kennis over de donor. Wanneer haar kind een veilige gehechtheid kent, bestaat de kans dat hij minder interesse heeft in zijn donor(s) dan wanneer hij onveilig gehecht is. Dit kan betekenen dat haar kind minder de nood zal voelen om meer informatie over zijn donors te hebben, of minder de nood zal hebben in contact te komen met zijn donors. Bovendien geven kinderen verwekt via gameten donoren zelf aan dat ze het belangrijk vinden dat de ouders open zijn over de donorconceptie (Schrijvers et al., 2018).

¹⁶ Het Donor Conception Network is een liefdadigheidsinstelling in de UK voor en door ouders van kinderen verwekt via donorgameten (vergelijkbaar met vzw Donorfamilies) (Donor Conception Network, 2021).

Vanuit deze bevindingen kan ik zeggen dat de openheid van Isabel naar haar kind toe, de moeder-zoonrelatie kan bevorderen.

Het open zijn over de donorconceptie zou ertoe kunnen leiden dat haar zoon op oudere leeftijd, ondanks de loyaliteit die hij voelt voor zijn moeder, geen schuldgevoel zal ervaren wanneer hij vraagt naar zijn donoren. Bovendien blijkt dat wanneer een kind 'een goed verhaal' heeft over zijn genetische (afwezige) ouder, dat toekomstige problemen minder waarschijnlijk lijken (Vermeer, cit. in Willaert, 2021^a)

Hoewel haar kind informatie zal kunnen achterhalen over de spermadonor, is dit niet mogelijk over de eiceldonor. Isabel vindt dit jammer, maar ook hier tonen bevindingen dat dit niet problematisch hoeft te zijn voor het kind.

Zelf denkt ze dat de interesse naar de eiceldonor kleiner zal zijn omwille van haar aanwezigheid als moeder. Dit terwijl er geen vaderfiguur aanwezig is, wat de drang naar kennis over de spermadonor kan vergroten. Of deze (mogelijks) mindere interesse naar de eiceldonor te verklaren valt door haar aanwezigheid valt niet te bevestigen. Wel blijkt dat volgens Freeman (2015) kinderen meer interesse vertonen voor de spermadonor dan voor de eiceldonor.

De anonimiteit van de eiceldonor, valt in het kader van de kinderrechten en het recht op kennis over zijn afstamming (art. 7 IVRK) te betreuren. Dit zou in de toekomst vermeden kunnen worden.

3.4.2 De ID-release donor, de anonieme eiceldonor en het belang van Isabel haar zoon

Wanneer haar zoon op zoek wil gaan naar de donor, zal ze hem daar ook in steunen. Hiertoe geeft ze hem de volledige autonomie. Dit ziet ze in het belang van haar kind. In de mogelijkheid zijn om haar zoon zijn afstamming te kunnen achterhalen, bepaalde voor haar de dan ook keuze om gebruik te maken van een ID-release spermadonor. Ze vond het heel jammer voor haar zoon dat ze bij de eiceldonor niet op dezelfde manier tewerk kan gaan. Aangezien ze geen gekende eiceldonor vond, zag ze zich, gezien de Belgische wetgeving rond anonieme gametendonatie, genoodzaakt gebruik te maken van een anonieme eiceldonor. Dit ervaart ze als een gemis voor haar kind. Isabel tracht (onbewust?) artikel 7 (IVRK), het recht op kennen van zijn afstamming waar te maken, maar wordt hierdoor belemmert door de Belgische wetgeving betreffende medisch begeleide voortplanting.

Hoewel ze beseft dat ID-release geen garantie geeft op contact tussen haar kind met de donor, staat ze open voor deze optie. De groep donorkinderen die effectief tot contact met de donor wil overgaan, is eerder klein. Wanneer ze toch tot contact overgaan kan Isabel erop vertrouwen dat de kans op een positieve ervaring groot is. Onderzoek toont aan dat de meeste kinderen dit contact als positief ervaren. Bovendien zal haar zoon reeds 18 jaar zijn voordat hij deze kans kan grijpen. Dit is een leeftijd waarbij de identiteitsontwikkeling binnen de adolescentie reeds volop bezig is. Gezien er geen bewijs is gevonden voor een moeilijke psychologische aanpassing na kennis over de donorconceptie bij adolescenten, zijn er geen aanwijzingen dat Isabel haar zoon op die leeftijd niet in staat zal zijn zelf een keuze te maken rond welke stappen hij wil ondernemen naar het kennen van de donor toe.

Wanneer hij echt tot contact wil overgaan, kan hij wel op de teleurstelling botsen als blijkt dat de donor daartoe niet bereid is. Daarbij kan een rouwproces op gang komen. Dit wordt meebepaald doordat er een sterke nadruk ligt op genetische verwantschap binnen onze westerse cultuur (Ravelingien, & Pennings, 2013). Wanneer Isabel erin slaagt vanuit haar intentie het taboe rond donorconceptie te doorbreken, kan het zijn dat ze haar zoon voor grote teleurstellingen behoedt. Ook bestaat de kans dat hij rouwt of zich niet volledig voelt omwille van het gebrek aan informatie over de eiceldonor (Ravelingien, & Pennings, 2013; Schrijvers et al., 2018). Hierbij kan Isabel hem

bijstaan, eventueel met behulp van een counselor. Kinderen die rouwen omwille van het ontbreken van de identiteit van hun donor geven aan geholpen te zijn met counseling (Schrijvers et al., 2018).

3.4.3 Kiezen voor participatie, autonomie en bescherming van Isabel haar zoon

Voor Isabel zal het erop aankomen haar zoon een stabiele omgeving te bieden, waarbij hij de ruimte krijgt te onderhandelen over zijn eigen behoeften. Daarbij is ruimte voor open dialoog en kan ze hem het gevoel geven dat hij met alle vragen bij haar terecht kan. Hierbij kan ze zichzelf en hem de ruimte geven om naar elkaar te luisteren, ook wanneer ze een andere mening hebben over de donorconceptie. Hoewel hun belangen daarbij tegenover elkaar kunnen komen te staan, blijft er ruimte en respect voor elkaars mening. Hiermee helpt ze een veilige plek te creëren wat de ontwikkeling van haar zoon bevordert.

Bij haar keuze voor gekende donoren, hoewel hierin beperkt door de wetgeving, en de bekendmaking van de donorconceptie zou je kunnen stellen dat ze haar kind nog voor de geboorte laat mee participeren aan de mogelijkheid in hoeverre hij kennis wil nemen van zijn donoren.

Door haar kind een eigen plek, respect en steun te geven in zijn eigen leven (en meningen), m.a.w. door hem te behandelen als een autonoom individu, bevordert dit zijn zelfwaarde en identiteit. Volgens (Freeman 2015) is het welzijn van de kinderen niet zozeer bepaald door het ontbreken van de genetische band, wel eerder door de opvoeding. In een open gezinsklimaat, een onderhandelend huishouden, heeft een kind meer kans om zichzelf ten volle te ontplooiën. Rekening houdend met de intentie van Isabel open te zijn over beide donoren, kan de idee van Isabel dat het genetische component slecht een klein onderdeel van de identiteit van haar zoon is en zal zijn, vanuit deze aanname beaamd worden.

Uit de keuzes die Isabel maakte kan ik opmaken dat ze de autonomie van haar kind belangrijk vindt. Daarnaast voel ik ook een bescherming naar haar kind toe. Dit merk ik aan haar keuze om BAM te worden, waarbij ze haar kind op de eerste plaats een stabiele omgeving wil bieden, ook al betekent dit dat er geen vader aanwezig is. Daarnaast ziet ze het conceptieverhaal als een gezinsverhaal dat beperkt verteld wordt aan de mensen uit de nabije omgeving. Dit waarborgt de privacy van haarzelf en haar kind, die op latere leeftijd zelf kan beslissen aan wie hij zijn verhaal vertelt. Hierbij kan Isabel haar ouderlijke verantwoordelijkheid opnemen en haar zoon begeleiden in de beslissingen die hij zelf kan nemen.

Het opbouwen van een netwerk met een ruime variatie aan gezinsvorming kan vanuit de visie op bescherming komen. Het geeft het kind een ruimere kennis over de maatschappij en helpt stigmatisering te beperken. En laat het nu net de stigmatisering zijn waarvoor ze haar kind wil behoeden. Niet alleen kan dit beschermend werken, haar kind krijgt hierdoor ook toegang tot heel wat informatie, wat hem in staat stelt een eigen mening te vormen en mee te participeren aan zijn eigen verhaal en de samenleving.

Rekening houden met de belangen van het kind draagt bij tot een wederzijdse relatie waarbij een sterke loyaliteit tot stand kan komen. Daarbij kan ze bij de afwezigheid van de genetische band steunen op de verworven loyaliteit die niet bedreigd wordt wanneer het kind interesse toont in zijn donors. Zo worden de donors, zelfs binnen hun anonimiteit, niet enkel onderdeel van het ontstaansverhaal van haar kind, maar van het hele gezinsverhaal.

3.5 Besluit

Uit onderzoek naar het psychosociaal welbevinden van donorkinderen blijkt dat er geen verschil is op te merken met het psychosociaal welbevinden van kinderen op een natuurlijke manier verwekt. Wel blijken kinderen die op jongere leeftijd, jonger dan 7 jaar oud, kennis krijgen over de donorconceptie deze beter kunnen verwerken in hun persoonlijke verhaal en identiteitsontwikkeling. Hoewel er aanwijzingen zijn dat kinderen die geen informatie over de donor kunnen achterhalen, de kans hebben depressieve gevoelens te ontwikkelen, kunnen ze met de nodige ondersteuning door een rouw- en aanvaardingsproces gaan.

Dit geeft aan dat er vanuit het standpunt van het kind geen reden is waarom ouders de donorconceptie zouden verzwijgen aan hun kind. Integendeel, hoe ouder het kind is voordat hij bekend gemaakt wordt (al dan niet toevallig) met de conceptierealiteit, hoe groter de kans op psychische schade.

Wanneer we kijken vanuit het perspectief van de ouders blijkt de bekendmaking en de keuze voor anoniem of gekend donorschap niet steeds een evidentie. Bovendien is er ook aangetoond dat kinderen die niet bekend zijn met de donorconceptie ook geen psychosociale problemen vertonen. Door de belangen van de ouders af te wegen met die van het kind, kan de ouder tot een beter inzicht komen in het maken van de 'juiste' keuze.

Het kindbeeld dat de ouders hebben, kan bepalend zijn in hun keuzes. Zo kan een ouder ervoor kiezen om het kind in bescherming te nemen, omdat hij vb. de conceptierealiteit als een bedreiging ziet voor het kind of omdat hij zijn kind wil beschermen tegen stigmatisering of uitsluiting door zijn cultuur. Aan de andere kant kan de ouder ervoor kiezen het kind als een autonoom individu te laten mee participeren aan zijn levensverhaal. Daarbij kan hij beslissen zijn kind op de hoogte te brengen van de donorconceptie. Zo krijgt het kind zelf de verantwoordelijkheid en de keuze om meer informatie en/of contact met de donor te zoeken. Althans in de mate dat de wetgeving dit toelaat. Het komt er voor de ouder op aan het kind te zien als een autonoom individu waarbij de ouder steun en verantwoordelijkheid kan bieden bij de beslissingen die het kind maakt.

Een belangrijke conclusie is wanneer de ouders voor geheimhouding kiezen, dat dit effectief uit bescherming is tegen een 'collectief', cultureel belang. Wanneer het echter een individueel belang is van de ouder (schaamte, depressie, angst) lijkt het me aangewezen de ouder alert te maken voor zijn beweegredenen.

Door de bekendmaking kan de donor deel van het gezinsverhaal worden, wat het kind in staat stelt zijn identiteit ten volle te ontwikkelen. Bovendien geeft het kind het gevoel zelf een bepaalde controle te krijgen over zijn conceptieverhaal. Een verhaal waarbij blijkt dat kinderen zich vaak machteloos voelen omdat ze geen enkel inspraak hebben. Wanneer echter de identiteit van de donor niet te achterhalen is en het kind daardoor een rouwproces doormaakt, ervaart het een gevoel van onvolledigheid. Kinderen die hierbij hulp zochten via counseling, gaven aan dat ze er ook baat bij hadden.

Bij de beslissing het kind niet op de hoogte te stellen vanuit bescherming, kan de ouder bewust gemaakt worden van het recht van het kind op informatie over zijn conceptie. Het is aan de ouder om zich te positioneren en eventueel regels binnen zijn cultuur of eigen overtuigingen te wijzigen. Ook wanneer het kind op de hoogte is van zijn donorconceptie, kan dit als gezinsverhaal in beperkte kring blijven. Hierbij wil ik de bedenking meegeven dat ook deze kinderen, waar de conceptie geheimgehouden wordt omwille van stigmatisering, veelal in dezelfde maatschappij leven, waar er toegang is tot DNA-testen. Hierdoor zou het kind alsnog bij toeval kunnen ontdekken dat hij niet genetisch verwant is met de ouder(s).

De donorconceptie integreren in het levensverhaal en de identiteitsontwikkeling van het kind is geen eenmalige handeling. Het is een proces waarbij het verhaal telkens opnieuw wordt verteld. Hierbij kan op ontwikkelingsniveau van het kind extra informatie worden gegeven over het conceptieverhaal. Dit vraagt, naast communicatie en onderhandelingsvaardigheden van de ouders en het kind, ook het nodige inzicht in de competentie van het kind om met deze realiteit om te gaan. Daarnaast moeten de ouders in staat zijn te aanvaarden dat hun kind een andere mening kan nahouden op de donorconceptie. Dit is ok! Hierbij wordt wel nog eens het belang van open wederzijdse communicatie en het onderhandelingshuishouden bevestigd.

Wat de ouders ook beslissen, ze moeten zich bewust zijn dat de uitkomst van de bekendmaking of de geheimhouding niet te voorspellen is. Ook wanneer ze denken te handelen in het belang van hun kind, bestaat de kans dat het kind er een andere mening op nahoudt. Het is aan de ouders om zelf de verantwoordelijkheid op te nemen over de keuzes die ze maken.

Hoofdstuk 4 Donorconceptie: regelgeving en de rol van de counselor

4.1 Inleiding

De laatste deelvraag ‘Op welke wijze en tijdens welke momenten is er reeds begeleiding voorzien voor de (wens)ouders?’ waarbij ik de zienswijze van de professionals nader bekijk, vormt voor mij de grootste uitdaging.

Ik zal me focussen op zij die de psychosociale begeleiding van de (wens)ouder binnen de fertiliteitscentra op zich nemen. Er is tot nu toe geen enkel overzicht te vinden hoe deze begeleiding in België verloopt.

Vanuit de geschiedenis van de medische behandeling kom ik tot de Belgische wetgeving omtrent fertiliteitsbehandelingen (de wet betreffende medisch begeleide voortplanting). Die is er zeer recent gekomen (2007). Wat zegt deze wetgeving? Op welke manier wordt die toegepast?

Om die laatste vraag beantwoord te zien, zal ik op de sites van zes fertiliteitscentra uitzoeken hoeveel info ik als wensouder kan verkrijgen om een keuze te maken welk centrum het beste aansluit op mijn noden. Het eerste waar ik naar op zoek ga is welk type wensouder (doelgroep) bij elk van de zes fertiliteitscentra terecht kan. Een tweede vraag die ik beantwoord wil zien, is voor welke behandeling met welk soort donor ik bij deze zes centra terecht kan.

Vanuit de literatuur en de interviews met Indekeu en vzw Donorfamilies tracht ik een beeld te vormen van wie de counselor is en hoe de psychosociale counseling verloopt. Aangezien ik op zoek ga naar de optimale begeleiding van wensouders bij donorconceptie, zal ik deze informatie aanvullen met belevingen van de wensouders over de counseling. Hiervoor gebruik ik ervaringen van (wens)ouders vanuit de fora van ‘De Verdwaalde Ooievaar’ en ‘Belgische BAM-mama’s’. Tenslotte worden mijn bevindingen aangevuld met informatie die Julie Nekkebroeck, psychologisch consulent in het fertiliteitscentrum van het UZ Brussel, die me in een telefonisch gesprek inlichtte over de manier van psychologische begeleiding bij hen in het centrum.

Vanuit deze info zal ik voorstellen aangeven, hoe volgens mij de begeleiding van (wens)ouders kan verbeterd worden en hoe er duidelijke en transparante informatie over de screening kan worden meegegeven.

4.2 Stukje geschiedenis

4.2.1 Medische behandeling/ denkkaders

In 1884 werden ongeveer tegelijk in de VS en in Frankrijk melding gedaan van de eerste kinderen verwekt door inseminatie. Hoewel de geboorte van het eerste kind verwekt met donorsperma pas 25 jaar later, na de dood van de behandelende arts werd gepubliceerd. Dit vanwege het taboe en de angst voor de gevolgen van het gebruik van donorsperma en omwille van de vraag wie de juridische vader is (Indekeu, 2017). Pas na WOII werd dit een populaire manier om heterokoppels met fertiliteitsproblemen aan een eigen kind te helpen. (Hammer Burns, & Covington, 1999).

In België werden de eerste inseminaties met donorsperma pas uitgevoerd rond 1945 (Indekeu, 2017). In de jaren 70 werden in België de eerste spermabanken opgericht (Indekeu, 2017).

Aanvankelijk werd vers sperma van een anonieme donor gebruikt en werd de koppels aanbevolen om de donorconceptie geheim te houden (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Nadat Verschillende vrouwen in verschillend landen geïnfecteerd geraakten met HIV na inseminatie met donorsperma is het enkel nog toegestaan om cryopreservatie sperma (ingevroren in een vloeibare stikstof) te gebruiken. Het gebruik van anoniem donorsperma werd in sommige landen (vb. Zweden en Nieuw-Zeeland) niet langer de regel (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Het gebruik van eiceldonoren werd eind jaren 70 haalbaar. Dit was aanvankelijk bijna exclusief voor zussen (identificeerbare donoren) waarbij de één haar eicellen doneerde aan de ander (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Dankzij het ontstaan van de ivf-behandeling hoeft men niet langer enkel gebruik te maken van inseminatie en kan de bevruchting ook buiten het lichaam, in een labo plaatsvinden. Deze techniek laat toe om de eicellen van een (donor)vrouw te bevruchten met sperma in het labo, waarna de bevruchte eicellen worden teruggeplaatst in de baarmoeder van de wensmoeder. Hierdoor kan een heel nieuwe groep wensmoeders die met onvruchtbaarheid te maken hebben, toch geholpen worden (Hammer Burns, & Covington, 1999). Ook in België werden midden/eind de jaren 80, de eerste kinderen geboren via eiceldonatie (Indekeu, 2017).

In de jaren 80 van de vorige eeuw ging men, ondanks de vele protesten en ethische vragen, gebruik maken van 'surrogaatmoeders' of draagmoeders. Hierbij werd het sperma van de man uit het onvruchtbare koppel geïnsemineerd bij een vrouw die bereid was een kind waaraan ze genetisch verwant is ter wereld te brengen om nadien af te staan aan het koppel. Men was voornamelijk bezorgd over de psychologische gevolgen voor de surrogaatmoeder en het kind die zowel fysiek en wettelijk van elkaar werden gescheiden. In België is het gebruik van draagmoederschap niet wettelijk geregeld (Wuyts, 2013).

Door de techniek van ivf werd in 1987 een kind geboren uit een draagmoeder zonder genetische verwantschap. Dit door de terugplaatsing van een embryo dat genetisch verwant was aan het onvruchtbare wenspaar. Dit kan bijvoorbeeld wanneer de genetische moeder medisch gezien niet in staat is het kind zelf te dragen (Hammer Burns, & Covington, 1999).

4.2.2 Psychosociale begeleiding

Naast de medische behandeling kwamen heel wat vragen over het mentale welbevinden van de ouders bij het gebruik van gameten van een spermadonor. *'Een koppel dat een kind gaat krijgen waar dat de vader geen genetische band mee geeft. Gaat de vader dat kunnen dragen of gaat de band wel stevig genoeg zijn tussen dat koppel? Of gaat dat koppel wel sterk genoeg zijn? De eerste soort begeleiding die er was, was van gaat dat koppel wel sterk genoeg zijn. Eigenlijk de relatiekwaliteit van dat koppel. Dat waren toen heteroseksuele paren, er was nog geen sprake van lesbische paren of alleenstaanden (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021)'.*

Het gebruik van gedoneerde eicellen riep ethische vragen op. Er waren ook heel wat vragen over het psychosociaal welbevinden van de wensouders. Vrouwen kunnen nu ook op oudere leeftijd kinderen krijgen, zelfs wanneer hun vruchtbare jaren achter zich liggen. Zussen en andere verwanten (en anonieme donoren) kunnen eicellen doneren, waardoor er heel aparte relaties binnen de familie kunnen ontstaan die specifieke begrenzing en copingstrategieën vragen. Er is net als bij de man het verlies van de genetische band. Er kwam de nood aan psychologische begeleiding, evaluatie en ondersteuning (Mahlstedt et al.; Braverman, cit. in Hammer Burns, & Covington, 1999).

Onze maatschappij evolueerde en geleidelijk aan werden homoseksuele relaties meer aanvaard. Binnen het Belgisch recht worden deze relaties gezien als een beschermwaardige relatie. Hierbij heeft het kind geboren bij een koppel van hetzelfde geslacht evenzeer recht op eerbiediging van het privé, -gezins- en familieleven (gelijkheidsbeginsel) (Wuyts, 2013).

Ook bij donorconceptie zien we een evolutie waarbij lesbische vrouwen door het gebruik van donorsperma hun kinderwens kunnen waarmaken. Door de evolutie naar draagmoederschap zien ook sommige mannelijk homoseksuele koppels hun kinderwens (met een genetische band van één van de wensvaders) waargemaakt.

Dit maakte dat na de vragen die er aanvankelijk waren, zoals *'gaat dit voor het kind wel goed zijn dat die geen genetische band heeft met een ouder?'*, er vragen werden gesteld over de opbouw van een gezin bij paren van hetzelfde geslacht. Heeft een kind geen nood aan een vader en een moeder? Nadien kwamen de alleenstaande moeders aan de beurt. Moet een kind dan geen twee ouders hebben (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021)?

Binnen de fertiliteitscentra heeft de focus heel lang op het **screeningsgedeelte** gelegen. Dit onder de noemer 'wij zijn medeverantwoordelijk voor een leven dat we creëren'. De nadruk lag op het medische gedeelte van de behandeling, een *'technische oplossing'* (Indekeu, 2017). Er werd niet echt over donorconceptie gesproken en zelfs aangeraden om er met niemand, ook niet met het kind over te praten. De kinderwens werd vervuld en daar stopte het verhaal. De focus lag dan ook op een resultaat op korte termijn, namelijk het vervullen van de kinderwens bij wensouders (Indekeu, 2017).

*'Geleidelijk aan is men gaan inzien dat het verhaal verder loopt. En dan is het stukje gekomen: het is eigenlijk niet alleen screening, maar eigenlijk zouden de mensen ook wat informatie moeten meekrijgen van wat men noemt: **implicatiecounseling**, dat je de implicaties, wat komt er allemaal bij kijken bij je gezin vormen met donorconceptie.'* En eigenlijk wil men naar een **voorbereidingscounseling** (Indekeu, 2017; Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021). Er treedt een verschuiving op van het technische aspect naar de menselijke impact. Het gaat niet langer over zwanger worden, maar het gaat over een alternatieve manier van gezinsvorming. Het gaat over de sociale en familiale relaties die erdoor ontstaan. Ook de donor wordt hierbij gezien als een persoon. Hierdoor werd het debat over het wel of niet vertellen van de donorconceptie door psychosociale professionals opengetrokken (Indekeu, 2017).

4.3 Wetgeving rond begeleiding bij donorconceptie in België

4.3.1 Wet betreffende de medische voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten.

België kent een eerste MBV-wet (wet Medisch begeleide voortplanting) sinds 6 juli 2007. De fertiliteitscentra bepalen zelf de toegankelijkheid van de behandeling. M.a.w. ze beslissen zelf of alleenstaanden, lesbische koppels en/of heterokoppels worden toegelaten tot de behandeling. Daarvoor kunnen ze een beroep doen op de gewetensclausule¹⁷. Hiermee volgt de wetgever het advies van het Comité voor Bio-ethiek¹⁸, waarbij fertiliteitscentra het recht hebben om een behandeling te weigeren. *'Indien ze de situatie als te problematisch beschouwen. Men oordeelt dat de medische teams de vrijheid hebben om te beslissen om bepaalde personen niet te behandelen wanneer ze het risico voor het kind om in de toekomst geconfronteerd te worden met ernstige hindernissen als te hoog inschatten'* (Wetsvoorstel MBV, cit. in Wuyts, 2013. pp. 18).

¹⁷ De gewetensclausule stelt de gezondheidswerkers in staat geen handeling te stellen of niet deel te nemen aan een handeling die tegen hun geweten ingaat omwille van morele bezwaren (Europees Instituut voor Bio-ethiek, 2012).

¹⁸ Het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek *'brengt adviezen uit over problemen die rijzen n.a.v. onderzoek en de toepassingen ervan op het gebied van biologie, geneeskunde en gezondheidszorg. Deze problemen worden onderzocht op ethische, sociale en juridische aspecten, meer bepaald betreffende de eerbiediging van de rechten van de mens.'* Daarnaast zullen ze het publiek en de Overheden inlichten (Health Belgium, z.d.).

De Wet over de medische begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en gameten (2007) bevat een heel deel artikels specifiek betreffende de al dan niet toegestane medische behandelingen. Ook zijn er bepalingen betreffende donoren¹⁹ en het gebruik van gameten en embryo's. Over begeleiding en informatie over de behandeling naar de toekomstige ouders toe, vond ik het volgende:

Hoofdstuk I Algemene beginselen.

[Art. 5.](#)

De fertiliteitscentra zorgen voor **grote transparantie van hun opties in verband met de toegankelijkheid van de behandeling**; ze kunnen ten aanzien van de tot hen gerichte verzoeken een beroep doen op de gewetensclausule. De fertiliteitscentra brengen de verzoeker(s) *binnen een maand na de beslissing van de geraadpleegde arts op de hoogte van hun weigering om in te gaan op het verzoek*. Deze weigering gebeurt schriftelijk en bevat verplicht:

- 1° hetzij de **medische redenen voor de weigering**;
- 2° hetzij een verwijzing naar de **gewetensclausule** waarvan sprake is in het eerste lid van dit artikel;
- 3° wanneer de verzoeker of de verzoekers dat wensen, het adres van een ander fertiliteitscentrum waartoe zij zich kunnen wenden.

Hoofdstuk II Procedure.

Afdeling 1 Voorafgaande informatie.

[Art. 6.](#)

Als het geraadpleegde fertiliteitscentrum besluit in te gaan op het verzoek om medisch begeleide voortplanting, gaat het in de gevallen waarin zulks aangewezen is vóór de ondertekening van de in artikel 7 bedoelde overeenkomst na of de oorzaken van de steriliteit, de onvruchtbaarheid of de subfertiliteit bij de verzoekster of bij de verzoekers werden vastgesteld en behandeld overeenkomstig de stand van de wetenschap en de gebruiken van het beroep. Nadat deze controle is uitgevoerd, moet het fertiliteitscentrum eveneens verplicht :

- 1° de betrokken partijen **eerlijke informatie verstrekken over de medisch begeleide voortplanting**;
- 2° de betrokken partijen **psychologische begeleiding bieden voor en tijdens het medisch begeleide voortplantingsproces**.

(Sociale zekerheid, 2007)

4.4 Transparantie en informatie, een online zoektocht naar een geschikt fertiliteitscentrum

Stel, je bent een wensouder en moet beroep doen op een gametendonor. Je kan je laten leiden en/of laten doorverwijzen door je behandelende arts (gynaecoloog, huisarts, fertiliteitsarts). Je kan ook zelf op zoek gaan naar het voor jou meest geschikte fertiliteitscentrum. Wanneer je online te werk gaat, zal het belangrijk zijn om eerst duidelijke informatie te krijgen over het centrum. Wie zijn ze? Welke behandelingen voeren ze uit? Welke stappen moet ik ondernemen? Zijn alle wensouders welkom? Welke vormen van donorconceptie beiden ze aan?

'En dat is... ik denk dat de meest klinieken het wel... ze moeten wel zeer transparant zijn. Het moet duidelijk zijn, waarom... als nu kliniek A zegt, bij ons komen alle lesbische paren en alleenstaanden en heteroseksuele paren of ivf of donorconceptie of wat dan ook, allemaal voorbij, ok, dan is dat

¹⁹ De donor van gameten kan bekend of onbekend zijn. Bij een onbekende donor kan worden aangenomen dat hij niet de wil heeft om juridische ouder van het kind te zijn. De bekende donor sluit een overeenkomst af met het fertiliteitscentrum, waardoor hij krachtens de wet geacht is niet de wil te hebben om als juridische ouder aangewezen te worden. *'De wet tracht iedere vestiging van een afstammingsband t.a.v. de donor te voorkomen.* (Wuyts, 2013, pp. 347). Bij donatie buiten de fertiliteitscentra om is er geen sprake van 'donorschap'. Zo heeft de man die de zaadcellen leverde het recht om als genetische vader het kind te erkennen (Wuyts, 2013).

duidelijk. Bij ons komen ze alleen als er donorconceptie is met heteroseksueel of lesbisch, ok, dat is duidelijk. Bij ons komen alleen de solomoeders in donorconceptie voorbij, ok, dat is duidelijk (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021)'.

Een arts kan heel uitgebreid de ouders informeren over de technische aspecten van de fertiliteitsbehandeling. Daarbij is het van belang dat de arts meedeelt dat de gehoopte zwangerschap alsnog kan uitblijven. Wanneer een fertiliteitsbehandeling met eigen gameten niet slaagt kan men de mogelijkheid aanbieden om over te schakelen naar gedoneerde gameten. Hierbij zal men de wensouder(s) op de hoogte moeten stellen van de soorten donoren, nl. anoniem en gekend (eventueel ID-release).

Tijdens het interview met vzw Donorfamilies (persoonlijke communicatie, 4 juni 2021) kwam naar voor dat wensouders al eens op zoek gaan naar achterpoortjes. *'Wat kan er wettelijk, wat wil ik zelf en dan, ha tiens (sic), dat is precies niet in alle centra zelfde, dan moet je al een beetje shoppen tussen de centra tot dat je er eentje vindt dat je wel graag wilt (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).'*

Andere wensouders zijn dan weer zo van slag dat ze blind vertrouwen op het eerste centrum waar ze terecht komen. *'En dan komen die voorbeeld later bij ons te weten dat er een ander centrum wel iets kon, dat is dan soms ook een schok voor mensen. Dan voelen ze zich schuldig dat ze dat niet geweten hebben, dat ze dat niet gedaan hebben (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).'*

'Of mensen gaan inderdaad naar het buitenland, Spanje, of werken met een cryobank²⁰... maar heel dat gepuzzel om dat uit te zoeken. Sommige mensen zijn daar assertief in. Sommige mensen leggen daar Exel sheets van aan om te vergelijken. Sommige mensen op internet, wat er daar allemaal circuleert...! Mensen zijn daar ook hele kwetsbaar in (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).'

'Hoeveel energie vraagt dat om dat allemaal te beginnen uitzoeken als je helemaal onderste boven bent van slecht nieuws en paniek ...

Ook naar prijzen, naar wachttijden voor eiceldonatie... dat vind ik ook raar. Op sommige plekken, heb je zo direct altijd eicellen beschikbaar en op andere plekken moet je twee jaar wachten. Ik begrijp dat en dat is allemaal te verklaren, maar ik zou dan wel graag die verklaring hebben. Omdat ik dat ook wel wil meenemen in mijn afweging waar ik naartoe wil gaan (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).'

Dit toont aan dat de keuze van een fertiliteitscentrum geschikt voor de specifieke vraag van een wensouder, niet evident is. Hoe transparant zijn de fertiliteitscentra en kan je met de informatie die online te vinden is een eerste selectie maken? Of zal je als wensouder van centrum naar centrum moeten gaan, *'shoppen'* zoals genoemd bij vzw Donorfamilies (persoonlijke communicatie, 4 juni 2021) tot je een geschikt centrum vindt die aan jouw wensen kan voldoen?

Omdat er geen overzicht bestaat van de fertiliteitscentra in België, ging ik online aan de slag en koos ik zes fertiliteitscentra uit. Hiervoor beperkte ik me tot Vlaanderen. Ik koos de drie fertiliteitscentra vanuit de casus van Isabel, nl. die van AZ Sint-Lucas Gent, UZ-Gent (vrouwenkliniek) en UZ Brussel (Jette). Daarnaast koos ik er Life Leuven (vanwege

²⁰ Een faciliteit voor opslag en behouden van sperma of te transplanteren weefsels, bij zeer lage temperaturen (The free dictionary, 2021).

naambekendheid), het AZ Jan Palfijn Gent (omwille van het zelf bij hen in behandeling zijn) en AZ Groeninge Kortrijk (voor mij geheel onbekend) uit.

4.4.1 Welke behandeling voor welke wensouders

Het **AZ Jan Palfijn**, **UZ Brussel**, **Life Leuven** en **UZ Gent** zijn B-centra. Dit betekent dat je voor elk stadium gedurende de fertiliteitsbehandeling in hetzelfde centrum terecht kan. Ze beschikken over een eigen labo die de bevruchting van de eicellen tot stand brengt.

AZ Sint-Lucas en **AZ Groeninge** zijn beiden A centra. In de brochure van het AZ Sint-Lucas (AZ Sint-Lucas, z.d.) staat te lezen dat ze beschikken over een eigen labo voor spermabewerking van zowel donorsperma als het sperma van de partner. Ook voeren ze de eerste stappen ter voorbereiding van ivf uit (identificatie van de eicellen bij eicelpunctie + spermavoorbereiding). Ivf zelf vindt plaats in het ivf-labo van UZ Gent. AZ Groeninge (AZ Groeninge z.d.) doet melding op hun site dat ze een erkend centrum zijn dat samenwerkt met Sint Jan Brugge en UZ Gent. Ook voor ivf kan men er terecht voor de eerste voorbereidende stappen.

Wanneer het gaat over de mogelijk behandeling zal ik me beperken tot het aanbod van de behandeling met een donor. Dit kan o.a. gaan over KID, ivf/ICSI of embryodonatie.

Zowel het **UZ Brussel** (CRG Brussel z.d.) als het **UZ Gent** (UZ Gent z.d.) geven aan dat ze behandelen met **donorsperma, eiceldonor als embryodonatie**. In UZ Brussel (CRG Brussel z.d.) verplichten ze het gebruik van een eiceldonor vanaf 43 jaar.

Life Leuven (Life Leuven, 2020) en het **AZ Jan Palfijn** (AZ Jan Palfijn 2014), bieden **eicel - en spermadonatie** aan. Bij het AZ Sint-Lucas (AZ Sint-Lucas, z.d.) is er op hun site sprake van eiceldonatie, pas in hun brochure over fertiliteitsbehandelingen doen ze melding over het gebruik van donorsperma (inseminatie en eerste stappen in ivf-behandeling).

Bij het **AZ Groeninge** (AZ Groeninge, z.d.) vond ik informatie over behandeling met **donorsperma** (KID) en ivf- behandeling.

Een bijzondere vorm van donorconceptie is dat van het **draagmoederschap**. Hierbij is het **UZ Gent** het enige fertiliteitscentrum waarover ik informatie vond. *'Sinds 2003 worden vragen naar hoogtechnologisch draagmoederschap binnen het UZ Gent in beraad genomen. Aanvankelijk ging het uitsluitend om aanvragen van heteroseksuele wensouders waarbij de wensmoeder een slechtwerkende of geen uterus had of een zwangerschap als gevaarlijk werd beschouwd voor de moeder en/of het ongeboren kind. Sinds april 2011 worden ook aanvragen van homoseksuele koppels in overweging genomen (UZ Gent, z.d.)'*. Daarbij delen ze nog mee dat ze de wensouders doorverwijzen naar een jurist, omwille van het ontbrekend wettelijk kader rond draagmoederschap binnen onze Belgische wetgeving. Een behandeling kan volgen na de goedkeuring van een multidisciplinair team (UZ Gent, z.d.).

Het fertiliteitscentrum van het **AZ Jan Palfijn** kondigt op de website aan dat ze er zijn voor *'iedereen met een kinderwens'* (AZ Jan Palfijn, 2014). Donorsperma wordt gebruikt bij zowel inseminatie als bij ivf/ICSI, dit staat te lezen in hun brochure *'Inseminatie en in -vitrofertilisatie'*. Ook **UZ Brussel** (CRG Brussel, z.d.) geeft duidelijk aan dat ze er zijn voor elke wensouder. Wanneer ik bij hen doorklik naar donorsperma staat te lezen dat dit bij zowel het heterokoppel, de alleenstaande vrouw als het lesbisch koppel kan worden toegepast.

Op de site van **AZ Sint-Lucas** (AZ Sint-Lucas, z.d.) staat op de eerste plaats te lezen: *'koppels met vruchtbaarheidsproblemen kunnen bij ons terecht.'* Pas wanneer je de link naar de brochure opent, vind je bij donorinseminatie dat het gebruik van donorsperma mits inseminatie ook bij lesbische koppels en alleenstaande vrouwen kan worden toegepast. Maar, *'in het geval van alleenstaande*

vrouwen kan dit enkel met een voorafgaande goedkeuring na een grondige evaluatie van de aanvraag (AZ Sint-Lucas, z.d.).' Wanneer na drie à zes inseminaties de zwangerschap uitblijft, zal de vrouw getest worden op vruchtbaarheid. Zonder afname van de onvruchtbaarheid bij de vrouw, kan men pas na 12 KID-pogingen beslissen over te stappen op ivf/ICSI via donorsperma (AZ Sint-Lucas, z.d.).

In de brochure van **Life Leuven** (Life Leuven, 2020) over fertiliteitsbehandeling staat bij donorsperma naast de groep heterokoppels ook de lesbische koppels en de alleenstaande vrouwen. Hier is sprake van donorsperma, zonder specifiek uit te wijden over de techniek die er mee kan worden toegepast. Op hun site staat onder donorsperma te lezen dat dit ook kan worden toegepast bij ivf en ICSI. Daarnaast hebben ze een brochure over ivf waarbij enkel de heteroparen worden aangesproken. In hun brochure over IUI (intra uterine inseminatie) worden dan weer alle voorgaande groepen behandeld.

In de brochure voor '*behandeling met donorsperma*' van het **UZ Gent** (UZ Gent, z.d.) staat te lezen dat heteroseksuele koppels, lesbische koppels en alleenstaande vrouwen hierop beroep kunnen doen. In deze brochure is er enkel sprake van het gebruik van donorsperma via inseminatie (KID). Wanneer we een andere brochure van UZ Gent (UZ Gent, 2008) bekijken over medisch begeleide voortplanting, staat bij het gebruik van donormateriaal te lezen dat donorsperma ook bij ivf of ICSI kan worden toegepast na 12 KID-pogingen (Idem Sint- Lucas Gent).

Ook het **AZ Groeninge** (AZ Groeninge, z.d.) is bereid om zowel heterokoppels, lesbische vrouwen als alleenstaande vrouwen te behandelen via donorinseminatie. Er is geen melding of donorsperma ook bij hen beschikbaar is voor ivf/ICSI.

Wat blijkt uit deze korte exploratie?

Alle zes de fertiliteitscentra behandelen zowel heterokoppels, lesbische koppels als alleenstaande vrouwen met donorsperma. Het enige fertiliteitscentrum dat uitdrukkelijk draagmoederschap aanbiedt, en daardoor ook homokoppels in zijn doelgroep opneemt is het UZ Gent. Vaak krijg je pas duidelijkheid of je tot de doelgroep behoort, wanneer je doorklikt naar één van hun online folders. Ook of het gebruik van donorsperma kan worden toegepast bij ivf- behandelingen, vereist enig zoekwerk. Enkel bij het UZ Groeninge kan ik niet achterhalen of ivf/ICSI met donorsperma mogelijk is. Over eiceldonatie wordt geen vermelding gemaakt inzake specifieke doelgroepen, met uitzondering van het UZ Brussel dat stelt dat wanneer de vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt, een eiceldonor verplicht is. Behandeling met een eiceldonor is dan ook enkel mogelijk via ivf of ICSI, maar zonder dat de wensmoeder de behandelingen voor de eicelpunctie moet doorlopen.

In de casus van Isabel kwam ter sprake dat ze op 37-jarige leeftijd haar eicellen niet langer kon laten invriezen. Dit kreeg ze te horen in het AZ Sint-Lucas. Nu ben ik benieuwd of er op de sites van de fertiliteitscentra daar meer informatie over te vinden is.

De wetgever heeft beslist dat de afname van eicellen enkel kan bij meerderjarige vrouwen, tot een leeftijd van 45 jaar (Wuyts, 1013). Over het invriezen ervan is naar leeftijd niets bepaald. Wanneer ik op zoek ga naar informatie hierover op sites van de fertiliteitscentra, lees ik op de site van UZ Brussel dat invriezen van eicellen mogelijk tot de dag voor men 40 wordt (CRG Brussel, z.d.). Dit is een duidelijk voorbeeld hoe de invulling van de eigen visie en regels per fertiliteitscentrum voor beperkingen binnen de behandeling kunnen zorgen.

Ik concludeer uit een en ander dat er niet steeds een eenduidig overzicht is over de doelgroep die het centrum behandelt. Ook het gebruik van de mogelijkheden bij de behandeling met donorgameten, vraagt enig zoekwerk. Zoekwerk waar ik al heel wat tijd en energie in heb gestoken.

4.4.2 Anonieme of gekende donoren

De Belgische wetgever koos ervoor om gametendonoren volledig anoniem te houden. Toch bestaat er de mogelijkheid om als wensouder voor een gekende donor te kiezen die je zelf aan brengt. Bieden alle fertiliteitscentra beide opties? Kom ik via de sites van de fertiliteitscentra iets te weten over de matching bij de keuze van een anonieme donor?

Wat betreft donorsperma kan je in het **AZ Jan Palfijn**, **UZ Brussel**, en het **UZ Gent** voor zowel de **anonieme** als de **gekende** donor terecht. UZ Brussel doet hierbij wel de melding dat ze, net als de wetgever, de voorkeur geven aan anonieme donatie. *‘Anonimiteit is een goede methode om alle partijen te beschermen tegen teleurstellingen, conflicten, tegengestelde belangen. Hoe goed de onderlinge relatie vandaag ook is, het valt niet te voorspellen hoe ze over vijf of tien jaar zal zijn (CRG Brussel, z.d.)’*. In de brochure over donorinseminatie van het UZ Gent staat te lezen dat intergenerationale donatie (vb. vader voor zoon) niet wordt uitgevoerd (UZ Gent, z.d.).

Het **AZ Sint- Lucas** en **Life Leuven** geven **geen specificatie** over het gebruik van een anonieme of gekende spermadonor. Het **AZ Groeninge** biedt enkel de behandeling met een **anonieme donor** aan. Voor het gebruik van een gekende donor verwijzen ze door naar de B-centra waarmee ze samenwerken.

Wat betreft **eiceldonatie** zien we een iets of wat ander verhaal. Er is een groot tekort aan eiceldonoren, waardoor er lange wachtlijsten bestaan.

Het **UZ Gent** (UZ Gent, z.d.) doet melding dat ze wensmoeders van 40 jaar of ouder die vallen onder de Belgische ziekteverzekering en alle buitenlandse wensmoeders, niet op de wachtlijst zetten. Ze kunnen wel worden behandeld (tot de 45^{ste} verjaardag) indien ze zelf een donor aanbrengen (UZ Gent, z.d.). Dit staat ook te lezen in de brochure van het **AZ Sint- Lucas** (AZ Sint-Lucas, z.d.), waarbij ze vermelden dat elke wensouder die beroep moet doen op een eiceldonor, sneller geholpen is wanneer men zelf een eiceldonor aanbrengt. Wisseldonatie is daarbij een optie.

Ook **UZ Brussel** ziet het voordeel van gekende eiceldonatie waardoor men niet op de wachtlijst komt te staan en waar de mogelijkheid tot wisseldonatie wordt aangeboden. Zij melden er wel bij dat wensmoeders die op de wachtlijst staan, geholpen zijn binnen de 3 maanden à 1 jaar tijd (CRG Brussel, z.d.). Zoals eerder aangegeven is het gebruik van de een eiceldonor in UZ Brussel verplicht vanaf de vrouw de leeftijd van 43 jaar heeft bereikt.

In het ‘Basiscontractboek’ van het **AZ Jan Palfijn** (AZ Jan Palfijn, 2014) staat te lezen dat zowel anonieme als gekende eiceldonatie (en donorsperma) mogelijk is, zonder vermelding van enige voorwaarden.

Life Leuven (Life Leuven, 2020) geeft geen informatie over anonieme of gekende eiceldonatie. Het **AZ Groeninge** doet geen melding over eiceldonatie (AZ Groeninge, z.d.).

Over de **matching** staat bij een getuigenis van een BAM in het **AZ Jan Palfijn** (Az Jan Palfijn, 2014) te lezen dat ze een donor kiezen die het meeste lijkt op jou.

Het **UZ Gent** verwijst naar de manier van matchen: *‘We streven een zo groot mogelijke overeenkomst na tussen de uiterlijke kenmerken van de donor en die van de aanvrager(s), zoals de kleur van de ogen en het haar en de lichaamslengte. De fertiliteitsconsulente noteert de fysieke kenmerken van de vrouw en eventuele partner op een fenotypekaart. Vervolgens gebeurt de donorselectie in de donorbank door de fenotypekaart te vergelijken met die van de donor. Lesbische koppels vermelden vaak de fysieke kenmerken van de meemoeder op de fenotypekaart. Alleenstaande vrouwen geven meestal hun eigen uiterlijke kenmerken op. Bij de selectie spelen de bloedgroep en de resusfactor een rol (UZ Gent, z.d.)’*

Ook het **UZ Brussel** geeft aan hoe de matching gebeurt: *‘Daarnaast streven we naar een goede ‘match’: we proberen donor en acceptor zo goed mogelijk bij elkaar te laten passen. We checken de bloedgroep en resusfactor. We stellen een fenotypisch profiel op, d.w.z. uiterlijke kenmerken zoals huidskleur, kleur van haar en ogen, gestalte... Helaas is zo'n fenotypische match meestal maar beperkt mogelijk, vanwege het beperkte aanbod. (URG Brussel, z.d.).’*

Er is geen enkele informatie te vinden over **ID-releasedonoren**. Dit komt doordat *‘de wet in België spreekt over absolute anonimiteit. Enkel gekende donatie is wettelijk toegestaan. Er zijn inderdaad klinieken geweest die op vraag van ouders ID-release zaad hebben aangekocht en hebben gebruikt bij behandelingen. Zij zijn hier vanuit hogehand (het is mij niet heel bekend welke instantie juist) op aangesproken/teruggeroepen omdat dit niet de intentie/navolging van de wet was (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).*

Volgens Indekeu (2016) is het beleid rond donorconceptie en de mogelijkheid tot het gebruik van eenzelfde donor niet steeds transparant. Zo komt later al eens aan het licht dat siblings niet dezelfde donor hebben. Ook stellen ouders zich vaak vragen rond de matching van de donor. In welke mate wordt er rekening gehouden met de kenmerken van de wensouder en kan dit worden gegarandeerd, rekening houdende met het tekort aan beschikbare donoren (Indekeu, 2016)?

Volledig transparant is de informatie op de website niet steeds. Het lijkt me ook onmogelijk om alle vragen van de wensouders op deze manier te beantwoorden. Over transparantie zei men in het interview met vzw Donorfamilies (persoonlijke communicatie, 4 juni 2021): *‘centra kunnen dat ook uitleggen als: het is beter dat het niet te transparant is, want dan kunnen we dingen voor u regelen, die anders niet zouden mogen.’*

Als wensouder kan je je via de websites wel een beeld vormen waar je kan geholpen worden met jouw specifieke vraag. Hierdoor kan je een eerste selectie maken over welke centrum best bij je past. Andere criteria als afstand en bereikbaarheid kunnen ook meespelen in je beslissing.

Enmaal je op consultatie gaat bereid je je als wensouder best voor, zodat je alle vragen die je nog hebt kan stellen.

4.5 Psychische begeleiding en/of screening

De wet zegt enkel dat de ziekenhuizen de psychische begeleiding moeten aanbieden. Een verplichting zou dan ook eerder weerstand oproepen bij de wensouders. *‘Als ik zeg, jij moet bij mij komen en wij moeten reflecteren over dingen, per definitie is er al niet meer de openheid om echt een gesprek aan te gaan (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).’*

‘Historisch gezien lijkt het erop dat er een impliciete, niet zo feitelijke hiërarchie is geweest in de manier waarop verwijzingen voor counseling zijn gemaakt’ (Machin, cit. in Benward, 2015). Het lijkt er op dit moment op dat wensouders die beroep doen op eicel of embryodonatie vaker doorverwezen worden voor verplichte counseling dan zij die spermadonoren nodig hebben (Benward, 2015).

4.5.1 Informatie over de psychologische begeleiding/ screening bij de ‘online’- fertiliteitscentra

‘Veel mensen zijn nog niet bij een psycholoog geweest of bij een counselor, wat ok is. Je weet niet wat te verwachten. Wat is hier de bedoeling van? En dat maakt wel moeilijke situaties. Ook omdat er verschillen zijn tussen klinieken. Waar de een zegt bij ons moeten de lesbische paren niet passeren, maar de alleenstaanden wel. Waarom zijn wij dan geïsoleerd hierin? Die moeten niet, die

wel? Dat maakt het ook onduidelijk, dat klinieken daar ook wel een verschillend beleid in hebben (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).'

Ook hier zal ik bij de zes geselecteerde fertiliteitscentra, nagaan welke begeleiding er wordt geboden. Welke psychologische begeleiding is ervoor handen? Is er sprake van verplichte psychologische gesprekken en/of screening? Is daarbij een verschil in aanpak voor verschillende doelgroepen?

Het **AZ Jan Palfijn** biedt psychologische gesprekken aan voor alle betrokkenen tijdens een ivf-behandeling, wanneer ze worden geconfronteerd met onzekerheden (fysiek, emotioneel, stress, verdriet...). Verder staat te lezen dat het geen overbodige luxe is om doorheen je fertiliteitsbehandeling ondersteuning te zoeken. Dit kan binnen je eigen netwerk en ook bij professionelen. De behandelende gynaecoloog kan contactgegevens bezorgen van een psycholoog. Psychologische begeleiding kan zowel voor, na als tijdens de behandeling. Met vragen over de behandeling en alle andere vragen kan je steeds bij de vroedvrouw terecht (AZ Jan Palfijn, 2014).

Het **AZ Sint- Lucas** verplicht alleenstaande vrouwen bij het gebruik van een spermadonor tot een screening: *'in het geval van alleenstaande vrouwen kan dit enkel met een voorafgaande goedkeuring na een grondige evaluatie van de aanvraag'* (AZ Sint-Lucas, z.d.). Voor het gebruik van donorsperma bij een koppel is er enkel sprake van een grondig overleg en voorlichting. Wel is een uitdrukkelijk verzoek van het koppel noodzakelijk. Verder kunnen koppels beroep doen op psychologische begeleiding bij de verwerking van psychische hindernissen door de nood aan het gebruik van donormateriaal (AZ Sint-Lucas, z.d.).

Bij het gebruik van eiceldonatie zijn zowel de wensmoeder als de eventuele partner verplicht om voorafgaand een psychologisch gesprek te hebben.

Onder de titel psychosociale begeleiding (AZ Sint-Lucas, z.d.) staat te lezen dat deze beschikbaar is *'als u wilt'*. Daarnaast wordt op schakelmomenten tijdens de behandeling vragenlijsten meegegeven aan de wensouders, die hen mee helpen beoordelen of ze al dan niet nood hebben aan psychische begeleiding.

Vroedvrouwen zijn in het AZ Sint-Lucas het eerste aanspreekpunt en staan in voortdurend overleg met de gynaecologen. Voor psychologische begeleiding kan je de vroedvrouw, de gynaecoloog en de psycholoog aanspreken. In AZ Sint -Lucas doen ze beroep op de psychologen van het psychologenteam Pspypunt: *'Praten over de psychische en emotionele impact van vruchtbaarheidsbehandeling kan de meeste koppels al bijstaan, ook specifieke sessies zijn mogelijk om de weerbaarheid te verhogen. Ze verlichten de last van de behandeling en werken informatief'* (AZ Sint-Lucas, z.d.).'

Het **UZ Brussel** verplicht het consult bij een psycholoog bij het gebruik van een gekende zaaddonor en/of eiceldonor. Dit zowel voor de donor als voor de wensouder(s).

De BAM moet verplicht op voorhand een vragenlijst invullen om een goedkeuring te verkrijgen voor de behandeling met anoniem donorsperma, er vindt hier een eerste screening plaats. Zonder het invullen van deze vragenlijst kan de BAM niet worden uitgenodigd voor een verkennend gesprek. Enkel de psychologen nemen kennis over de vragenlijst. Indien de BAM op basis van de vragenlijst niet wordt geweigerd, volgt een uitnodiging tot een gesprek met de psycholoog. Daar wordt een verslag van opgemaakt, wat wordt toegevoegd aan het dossier van de BAM en door iedereen van het CRG-team kan worden ingezien (CRG Brussel, z.d.).

Psychologische begeleiding is ter beschikking voor tijdens en na de behandeling: *'Op psychisch vlak kan een vruchtbaarheidsbehandeling zijn tol eisen. Er komt veel kijken bij de behandeling en jullie moeten je levensstijl voor een tijdje aanpassen. De onzekerheid en de angst over het welslagen van de behandeling zijn bovendien stressfactoren die soms een belasting kunnen vormen voor jullie relatie'* (CRG Brussel, z.d.).'

Life Leuven: *‘Psychologische begeleiding is niet alleen een must, maar vaak ook noodzakelijk. Je staat er niet alleen voor. Je kan hiervoor terecht bij onze psycholoog Jan Norré, www.people-development.be of bij onze fertiliteitscounseling door vroedvrouw Heidi De Ruyterver (Life Leuven, 2020)’. Wanneer ik doorklik naar de site van Jan Norré staat bij adviesgesprek te lezen: Een fertiliteitsbehandeling die beroep doet op een donatie van sperma, eicel of embryo wordt pas uitgevoerd na een psychologisch advies. Want, wie aangewezen is op een donor om de kinderwens in vervulling te laten gaan, moet eerst afscheid kunnen nemen van het biologisch eigen kind. Bovendien word je geconfronteerd met vele vragen. Die verkennen we in onderling overleg.’* Elke behandeling van elke wensouder die beroep doet op gametendonoren wordt dus voorafgegaan door een psychologisch adviesgesprek. Daarnaast zijn psychologische begeleidingen mogelijk tijdens de fertiliteitsbehandeling zelf. Maandelijks is er een overleg met de artsen waarbij wordt afgestemd op een goed verloop van de verdere medische behandeling (People Development, 2015).

In het **UZ Gent** kan je zowel individueel als in koppel een beroep doen op een fertiliteitsconsulent. Deze kan mits psychologische begeleiding stress voor, tijdens en na de fertiliteitsbehandeling helpen verminderen en het emotioneel welzijn en de levenskwaliteit helpen verbeteren.

Verder is een counselinggesprek verplicht voor iedereen die gebruik maakt van een sperma- of eiceldonor. Voor een behandeling met donorsperma staat te lezen: *‘Bij een heteroseksueel koppel wordt onder meer aandacht besteed aan de motivatie voor de keuze, aan de relatie, het verwerken van de mannelijke onvruchtbaarheid, het verschil tussen genetisch en sociaal ouderschap en eventuele twijfels. Er wordt ook gepraat over belangrijke beslissingen zoals de keuze van het type donor, openheid of geheimhouding tegenover het kind en de omgeving enz. De counselinggesprekken die we met lesbische koppels en alleenstaande vrouwen hebben zijn afgestemd op hun specifieke context en vragen. Bij alleenstaande vrouwen is er ook ruimte voor een psychosociale analyse (bv. sociaal netwerk als alleenstaande mama enz.)’* (UZ Gent, z.d.).

Bij het gebruik van een eiceldonor gaat het counselinggesprek ook over de mogelijke implicaties voor de toekomst. Het biedt een beschermende functie en heeft als doel alle facetten van eiceldonatie goed te doorlopen en de psychologische implicaties in te schatten (UZ Gent, z.d.).

In het **AZ Groeningen** is een counselinggesprek een vast onderdeel bij de procedure van elke donorbehandeling, voor de start van de behandeling. Daarnaast kan het aangewezen zijn in andere situaties. Voor de behandeling bij alleenstaande of lesbische vrouwen vinden ze een uitgebreid psychologisch consult essentieel om de specifieke aspecten van de behandeling aan bod te laten komen. Alleenstaande vrouwen moeten twee keer langskomen (AZ Groeninge, z.d.).

Het resultaat van mijn zoektocht is dat de zes verschillende fertiliteitscentra die elk een ander accent leggen op de psychologische begeleiding. Het verschil in aanpak is voornamelijk te merken naar de BAM- groep. Deze bevinding komt overeen met de bevindingen van Dekempe en Demey (2019) in hun thesis aan de faculty of medicine and health science van de UGent. Zij geven aan dat er nog steeds vooroordelen bestaan rond de bewust alleenstaande moeder, die meer psychische problemen zou hebben. Hun onderzoek toont aan dat dit niet zo is. Daarom stellen ook zij de verplichte extra screening bij de BAM in vraag.

4.5.2 Wie is de counselor?

Er bestaat verwarring over de definitie van counseling ... Een goede counseling is alleen mogelijk als er ruimte en tijd is voor het koppel in een neutrale sfeer met een volledig opgeleide counselor (VLA, in Blyth, 2012).

Wanneer we kijken naar de Belgische wetgeving rond begeleide voortplanting, staat nergens te lezen wie de psychische begeleiding op zich moet nemen. Wie is dan precies de counselor binnen onze fertiliteitscentra?

'Dat kan evengoed een arts zijn die 10 minuten meer tijd neemt. Dat is een beetje cynisch gesteld. Ik bedoel dat terwijl een ander ziekenhuis een psycholoog kan hebben die nog eens een therapie opleiding heeft en die een gesprek doet. Om maar te zeggen, dat is ook al een grote onduidelijkheid wie dat die counseling mag doen. Want we zien soms vb. ook de term counselor, in de ene kliniek is dat een verpleegkundige en is het dan de counselor en de psycholoog...Ik zeg niet dat de één slechter is dan de ander, ik denk dat we allemaal een aanbod kunnen doen, maar het moet wel voor de mensen duidelijk zijn, met wat kan ik bij wie terecht (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).'

Tijdens mijn online zoektocht merkte ik ook op dat de counselor niet steeds diegene is die de psychosociale aspecten van de fertiliteitsbehandeling op zich neemt. Zo maakt men in UZ Brussel een onderscheid tussen counselors (veelal vroedvrouwen) en psychologen (CRG Brussel, z.d.). Ook in het AZ Groeninge spreekt men bij de vroedvrouwen over de counselor die de wensouders bijstaat tijdens de behandeling (AZ Groeninge, z.d.). Wanneer ik het verder heb over de counselor, heb ik het wel degelijk over diegene die de psychosociale begeleiding op zich neemt.

Ook internationaal bestaat er een grote variatie aan wie gekwalificeerd is om psychologische begeleiding aan te bieden bij fertiliteitsbehandelingen. Het kan gaan over maatschappelijk werkers, gekwalificeerde counselors, psychologen, psychotherapeuten, artsen en verpleegkundigen (Crawshaw, Pericleous-Smith, & Dark, 2021). Er zijn internationaal geen standaardeisen gesteld aan de 'counselor' om op de hoogte te blijven over de latere ervaringen van wensouders of om ouders op de hoogte te stellen waar ze later terecht kunnen voor ondersteuning (Crawshaw et al., 2021).

België kent geen opleiding fertiliteitscounseling, aldus Indekeu (persoonlijke communicatie, 19 mei 2021). Dit maakt dat de psychologen, of andere psychosociale zorgverleners een eigen invulling kunnen geven aan de aanpak van counseling of het begeleiden van wensouders binnen een fertiliteitstraject. Indekeu (persoonlijke communicatie, 19 mei 2021) geeft daarbij het voorbeeld van de pas afgestudeerde psycholoog met psychodynamiek in de vingers die ervoor kiest om met een vragenlijst te werken, wat een veilig gevoel geeft alle aspecten goed bekeken te hebben. Terwijl een psycholoog met meer ervaring dan weer zal kiezen voor een klinisch gesprek waarbij die aandacht geeft aan wat er bij de persoon of het koppelt speelt (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).

De counselor is lid van het fertiliteitsteam binnen het ziekenhuis. Dit team bestaat uit de artsen en andere verzorgenden. Het zijn specialisten met elk hun eigen verantwoordelijkheid.

De counseling is geen technische handeling in het ziekenhuis, wat kosten voor het ziekenhuis meebrengt. Daarom zal het ziekenhuis bepalen hoeveel tijd er in de counseling van de wensouders zal gestoken worden. *'Je moet je voorstellen als er tien patiënten zijn en die moeten allemaal tien gesprekken hebben, dan worden de wachtlijsten wel veel langer, dat is ook niet wat mensen willen (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).'*

Zoals we zagen is in het ene ziekenhuis de counseling een verplicht onderdeel om toegelaten te worden tot een fertiliteitsbehandeling, in het andere wordt het enkel aangeboden (zie ook Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021). Het AZ Jan Palfijn is het enige centrum dat geen psychologisch gesprek verplicht voorafgaand aan de donorbehandeling. Het UZ Gent, UZ Brussel en Life Leuven verplicht het aan iedereen die start met donorconceptie. De andere fertiliteitscentra bepalen het al dan niet verplicht gedeelte naar de doelgroep die ze voor zich hebben.

Sommige counselors werken als onafhankelijke beoefenaars, andere werken op basis van contractuele afspraken met fertiliteitscentra, nog andere combineren de beide (Crawshaw et al, 2021). De eerste groep counselors kan dan zelf meer beslissen hoeveel tijd ze steken in de begeleiding van de wensouders. Sommigen, die deze counseling ook aanbieden in een privépraktijk, hebben daar meer ruimte voor (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).

Om zichzelf te beschermen tegen wangedrag en de wensouders te kunnen dienen, moet de counselor zich houden aan de deontologische code. Daarbij is het een grote uitdaging om alle principes binnen hun praktijk voor alle betrokkenen, zowel in het team als de wensouders te laten gelden (Hammer Burns, & Covington, 1999).

4.5.3 De taak van de counselor: een behandelend of oordelend karakter

De psychologische begeleiding binnen een fertiliteitscentrum heeft als doel informatief en evaluatief te zijn. Dit maakt dat de counselor binnen het ziekenhuis *'op twee stoelen tegelijk is gaan zitten (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021)'*. Er blijft het stuk screening, maar tegelijk moet de counselor voldoende informatie geven en de vragen van de wensouders behandelen (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).

Naast counseling die is afgestemd op het medisch behandelingsproces is er het screeningsgedeelte waarbij aandacht is voor financiële middelen, arbeidsstatus en geschiktheidscriteria om toegang te krijgen tot een behandeling (Norré, & Wischman, cit. in Crashaw, & Daniels, 2019). Wanneer de counselor ook instaat voor de screening krijgen ze te maken met een rolspanning. Aan de ene kant ondersteunen ze de wensouders in al hun vragen en bij de implicaties van de behandeling. Aan de ander kant staan ze mee in voor de beoordeling of ze al dan niet het traject mogen starten. Hierbij is te zien hoe counseling op de eerste plaats gebruikt wordt als een middel om de kinderen, het behandelend team en de bredere samenleving te beschermen i.p.v. aandacht te geven aan het opbouwen van een emotioneel en sociaal gezond gezinsleven. Psychosociale professionals worden zo meer een 'poortwachter' die optreedt namens het fertiliteitsteam (Lee et al., cit. in Crawshaw, & Daniels, 2019).

Bovendien zijn er in vele centra andere benaderingen voor ouders die behandeld worden met eigen gameten, dan zij die worden behandeld met gedoneerde gameten (zie 4.5.1). Hammer Burns en Covington (1999) stellen de vraag waarom ouders die geen beroep moeten doen op een donor, dan niet aan dezelfde tests worden onderworpen?

De psychologe van het UZ Brussel bevestigde dat ook bij hen de ouders die een traject starten met eigen gameten geen verplicht eerste consult hebben bij de psycholoog. Wanneer kandidaat ouders echter niet voldoen aan één of meerdere geschiktheidscriteria (vb. wanneer men niet onder hetzelfde dak woont, wanneer er fysieke of mentale beperkingen zijn, psychiatrische problematiek aanwezig is...) kortom, wanneer er psychosociale risicofactoren worden gedetecteerd, worden ze toch doorverwezen naar de psycholoog om deze zaken beter in kaart te brengen (Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021).

De screening

De screening houdt verband met aan de verantwoordelijkheid die de fertiliteitsartsen hebben bij de conceptie van een nieuw menselijk leven. Hun verantwoordelijkheid reikt verder dan het behandelen van medische of fysieke tekortkomingen. Door rekening te houden met de huidige situatie van de wensouder(s) en eventuele risicofactoren voor het kind, tracht men het welzijn van

het toekomstig kind te garanderen (Pennings, de Wert, Schenfield, Cohen, Tarlatzis, & Devroey, 2007).

Bij het afwegen van de risicofactoren van het kind houdt men rekening met medische aandoeningen bij de wensouder(s) die gezondheidsrisico's voor het toekomstige kind kunnen meebrengen. Daarnaast zijn er de psychosociale risicofactoren zoals kindergeweld, verslavingen, psychiatrische stoornissen, armoede en net zo goed alleenstaande vrouwen en weduwschap (Pennings et al., 2007).

Bij de screening in het UZ Brussel zal men bij de koppels nagaan hoelang ze samen zijn, of de relatie stabiel is, of ze samenwonen, of ze zichzelf financieel kunnen beredderen. *'Wanneer een koppel niet samenwoont, hoeft dit nog geen reden zijn om hen tot het fertiliteitstraject te weigeren en dit is bespreekbaar. Zo kan de domicilie verschillen omwille van voor het koppel grondige redenen, maar kan het zijn dat ze toch onder één dak leven en de intentie hebben het kind samen op te voeden, wat dan wel weer aanvaardbaar is* (Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021).'

Ook al beseffen ze bij UZ Brussel dat de wensouders sociaal wenselijk kunnen antwoorden, ze proberen de situatie van het koppel in kaart te brengen. Dit in het welzijn van het potentiële kind (Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021).

De eerste screening voor de BAM-groep gebeurt, zoals vermeld op hun website, via een vragenlijst die de wensmoeder toegang geeft tot een fertiliteitsbehandeling met een spermadonor. Daarbij wordt gepolst naar hoe autonoom dames zijn, wonen ze nog bij hun ouders, hebben ze ooit een partner gehad? Ook op vlak van fysieke gezondheid wordt gescreend: *'als ze al gezondheidsproblemen hebben en ze zijn de enige verantwoordelijke voor dat kindje.'* Dit telt ook voor de psychologische gezondheid.

Verder wordt aandacht geven aan de openheid van de conceptie naar het kind. Dit vinden ze vanuit het UZ Brussel een belangrijk aspect bij de BAM, wanneer de wensmoeder aangeeft niet open te zijn over de donorconceptie, betekent dit sowieso een *'no go'* (Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021).

Daarnaast wordt bevraagd of er voldoende steunend netwerk is en of er voldoende financiële middelen zijn. Het UZ Brussel kiest voor de aanpak van de vragenlijst bij de BAM, omdat er zich een grote groep aanmeldt en ze zo een eerste selectie kunnen maken. *'Zo hoeven de wensmoeders ook niet nodeloos op een eerste consult komen, om nadien te horen dat ze afgekeurd worden omdat ze vb. nog bij hun ouders wonen.'* Dit is één van de regels die voor de BAM in het beleid van het fertiliteitscentrum zijn opgenomen (Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021)

De counselor zal bij de screening een risico-inschatting moeten maken. Hiervoor zijn relevante gegevens nodig. Wanneer ik terugkijk op mijn online zoektocht is er duidelijk een grote diversiteit van aanpak van psychologische counseling bij donorconceptie. Waar het ene centrum een gesprek voorafgaande aan de behandeling verplicht voor elke wensouder, is dit niet het geval in een ander fertiliteitscentrum of is er een andere aanpak afhankelijk van de doelgroep. Bovendien stelt zich hier de vraag of één of twee gesprekken voldoende zijn om een risico-inschatting te maken. Ook Indekeu (persoonlijke communicatie, 19 mei 2021) merkte hierbij een tekortkoming op: *'In 1 uur, dat is niks vind ik persoonlijk om efkes rustig de tijd te nemen, om daar efkes rustig over na te denken, hoh wat betekent dat nu voor mij? En tegelijkertijd elkaar (counselor en wensouder) ook wat te leren kennen in zo een gesprek.'*

Volgens Pennings et al. (2007) moet de counselor de informatie die hij krijgt van de wensouders als waarheid accepteren. Dit om het wederzijds vertrouwen tussen de counselor en in het verlengde het hele team en de wensouder te waarborgen. Bovendien kan de counselor niet zomaar contact

opnemen met buitenstaanders die de informatie kunnen verifiëren. Wanneer hij gegronde reden heeft om te twijfelen aan de waarheid van de informatie, moet hij eerst toestemming krijgen van de wensouder om informatie in te winnen bij derden (Penning et al., 2007).

Wanneer de wensouder na de screening geweigerd wordt voor een behandeling, moet die hiervan op de hoogte gesteld worden. De MBV-wet verplicht dat dit schriftelijk gebeurt met vermelding van de reden waarom men geweigerd wordt. Deze weigering kan om medische redenen. Overeenkomstig de bepalingen van de patiëntenrechtenwet (Wuyts, 2013), moet er aan de wensouders uitgelegd worden waarom die wordt geweigerd.

‘Wanneer de bewust alleenstaande moeder na de eerste screening (vragenlijst) geweigerd wordt, wordt die schriftelijk op de hoogte gebracht, maar is er telefonisch de mogelijkheid tot bijkomende informatie over de weigering tot behandeling.’ Ook kunnen ze worden doorverwezen naar een ander fertiliteitscentrum dat mogelijks wel bereid is hen te helpen (Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021).

Naast weigeringen omwille van risico's voor het kind, kan de counselor (en/of het team) ook om andere redenen de wensouder(s) weigeren tot het opstarten van een behandeling. Het kan gaan om filosofische, ideologische of religieuze bezwaren van de counselor. Dit is het moment dat de counselor beroep kan doen op een gewetensclausule. Het lesbische koppel of de alleenstaande vrouw die via KID een kind wil laten verwekken, is aangewezen op de good-will van de behandelende arts. Elke arts is vrij om in 'eer en geweten' te handelen, naar de eigen filosofische of andere overtuigingen (Wuyts, 2013). *‘Dergelijke gewetensbezwaren moeten worden gerespecteerd (Pennings et al., 2007)’*.

Aansluitend daarbij is dat de counselor rekening dient te houden met de belangen van meerdere partijen: de patiënt, het behandelend team en de fertiliteitsbehandeling op zich. Hierbij kan de counselor in een rolconflict vallen. De visie van het team kan verschillen met die van de wensouders en met zijn eigen functiebeschrijving (Benward, 2015).

In deze situaties kan de wensouder worden doorverwezen naar een collega of naar een ander fertiliteitscentrum die dergelijke verzoeken in overweging neemt (Pennings et al., 2007). Pennings et al. (2007) stellen dat de doorverwijzing nog steeds een vorm van medeplichtigheid inhoudt. Om deze dilemma's te voorkomen wijzen ze op het belang van duidelijk en transparante informatieverspreiding, vb. via een website, waarbij de mogelijkheden van de fertiliteitsklinieken worden aangehaald (Pennings et al., 2007). Deze transparantie van de opties in verband met de toegankelijkheid van de behandeling is bovendien bepaald in de MBV-wet (Wuyts, 2013).

Kunnen counselors dan zomaar groepen wensouders uitsluiten vanuit eigen overtuigingen?

Nederlands onderzoek (Kool, van der Graaf, Bos, Pieters, Custers, Fauser, & Bredenoord, 2019) bij zowel eiceldonoren, eicelontvangers als professionals toont aan dat alle groepen een beschermende houding aannemen t.o.v. het toekomstige kind. In het onderzoek zijn de standpunten van de donoren, de ontvangers en de zorgprofessionals gelijk vertegenwoordigd. Bij het screenen van de wensouder moet volgens hen geoordeeld worden op ouderlijke capaciteit, als in het vermogen om het kind liefde en stabiliteit geven. De relationele status is volgens de respondenten *geen* indicatie voor de ouderlijke capaciteiten. De alleenstaande vrouw kan niet geweigerd worden om beroep te doen op het gebruik van een eiceldonor omwille van het feit dat ze alleenstaand is. Wel moet ze de impact van de niet-genetische verwantschap met het kind goed in overweging hebben genomen. De respondenten waren bovendien kritisch over voordelen van 'goed ouderschap'. De samenstelling van het koppel (hetero, homo, lesbisch) kan geen criterium zijn in het toelaten of weigeren van een behandeling met (eicel)donoren. Dit zou een beslissing zijn die enkel berust op vooroordelen (Kool et al., 2019).

Informatieve - of implicatiecounseling

We mogen ervan uitgaan dat wensouders die zich moeten beroepen op gametendonatie capabel zijn om zelf overwogen beslissingen te nemen binnen hun traject. Volgens Benward (2015) beweren counselors dat een verplichte verwijzing en de dubbele rol van adviseur en beoordelaar noodzakelijk en passend is. Toch wordt de counselor afgeraden om de ouders in een bepaalde richting te duwen, wel wordt aangeraden een neutrale houding aan te nemen. Dit bevordert de ouderlijke zelfbeschikking of autonomie wat hen aanmoedigt zelf de pro's en contra's af te wegen binnen hun eigen situatie en dat van hun toekomstige kind (Nachtigall; McWhinnie; Mahlstedt; cit. in Hammer Burns, & Covington, 1999).

'Het domein van fertiliteitsbehandeling is zo gespecialiseerd dat nieuwe kennis en expertise noodzakelijk zijn om aan de groeiende vraag te voldoen (Hammer Burns, & Covington, 1999, pp. 491).' De geschiedenis van de fertiliteitsbehandeling bracht het verwekken van kinderen uit de slaapkamer binnen in het labo. Dit gegeven alleen al roept heel wat ethische vragen op: zowel vragen over het psychologisch welzijn van de wensouders als vragen over de verantwoordelijkheid die de medische wereld heeft inzake het belang van het kind (Cohen; Alpern, cit. in Hammer Burns, & Covington, 1999). Tegelijk dragen de beoordelingen over het welzijn van het kind bij tot de beslissing of de wensouders geschikt zijn om het ouderschap op te nemen (Crawshaw, et al., 2021). Deze ouderschapsbeoordeling is praktisch moeilijk beoordeelbaar is, omdat noch de ouder, noch het kind reeds bestaat (de Lacey, Peterson, & McMillan, 2015).

Een Australisch onderzoek (Vissers et al., in Crawshaw, & Daniels, 2019) doet melding over hoe psychosociale professionals bij fertiliteitsbehandelingen morele conflicten en onzekerheden uitten over het gevoel paternaliserend op te treden wanneer ze de wensouders moeten voorbereiden op de bekendmaking van de donorconceptie.

In het UZ Brussel geeft men tijdens het eerste (verplichte) consult de nodige informatie mee over wat er allemaal komt kijken bij de donorconceptie. Hoe gaat een behandeling met een donor in zijn werk? Welke zijn mogelijkheden? Gekende of anonieme donatie? Wat is de openheid rond dit thema? Is dit al besproken met vrienden en familie? Zijn er eventueel kandidaat donoren voor gekende donatie? Hoe zit het met het rouwproces? Hebben ze al voldoende tijd gehad om te wennen dat ze geen mama /papa met eigen genetisch materiaal zullen worden...

Wat betreft de bekendmaking naar het kind toe vinden ze dit een must bij de BAM. Bij heteroseksuele koppels gaat men polsen of de ouders het al dan niet willen vertellen. Indien de ouders bereid zijn om tot bekendmaking naar het kind over te gaan en zelfs wanneer de ouders niet open zullen zijn of twijfels te hebben wordt er informatie meegegeven over de leeftijd en de manier waarop ze dit best aan hun kind kunnen vertellen. Ook wordt er aandacht besteed aan de woorden die kunnen gebruikt worden bij de bekendmaking. Daarnaast wordt verwezen naar een aantal websites en literatuur waarbij men meer info kan bekomen zoals verwijzingen naar boekjes rond dit thema gericht op volwassenen en kinderen (Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021).'

De counselors beslissen niet als enige. Dit gebeurt meestal in team, soms is de behandelende fertiliteitsarts diegene dat het eindoordeel geeft. Dit vereenvoudigt de formulering van de beslissing en dekt alle soorten praktijken die er bij de beoordeling aan te pas komen (Pennings et al., 2007).

In elk ziekenhuis werd een ethisch comité ingericht. Dat speelt een belangrijke rol bij het bepalen van de toegankelijkheid tot de behandeling. Elke arts moet het advies van het ethisch comité inwinnen om de indicaties te bepalen bij de uitvoering van de behandeling. Dit comité heeft namelijk de functie om begeleiding en raad te geven bij beslissingen over ethische aspecten bij individuele gevallen (Wuyts, 2013).

In het UZ Brussel beslissen de psychologen welke situaties, welke aanvraag naar het ethisch comité gaan. *‘Deze worden anoniem voorgelegd aan ethisch comité. De vraag is: willen we mee verantwoordelijk zijn voor de komst van een kind bij dat koppel/mevrouw in die situatie? Het Comité bestaat uit een 10 à 15-tal personen: hoofdverpleger/counselor, counselor, diensthoofd fertilititeit, genetica, kinderpsychiater, gynaecoloog, labo, ethicus, de psychologen (Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021).’*

Soms wordt beslist dat het koppel nog niet klaar is voor het ouderschap via gametendonatie. Dan kan gekozen worden voor gerichte therapie bij een fertilitieitscounselor, of kan worden doorverwezen naar een ander counselor om een specifiek probleem aan te pakken. Hierbij wegen het welzijn van de wensouder en van het kind even zwaar door. Er wordt dan als het ware een proces in gang gezet, wat niet noodzakelijk tot een weigering leidt. Wensouders kunnen een voorlopig uitstel van behandeling krijgen (De Lacey et al., 2015).

Ook de psychologe van het fertilitieitscentrum van het UZ Brussel stelt dat wanneer ze merkt dat er bij een koppel één van de beide wensouders niet klaar blijkt te zijn om gebruik te maken van donormateriaal, dat er beslist wordt het traject uit te stellen. Zo zien ze soms dat er te weinig wordt stilgestaan bij de impact die de donorconceptie later op het kind kan teweegbrengen. *‘Er zijn wensouders die er licht lijken overheen te gaan, alsof ze geen rouwproces doormaken.’* Dit kan een ontkenning van de rouw zijn, maar soms voelen ze ook een grote druk, *‘een race tegen de tijd’*, om toch die kinderwens waar te maken. Ook kan het zijn dat vb. de man zich schuldig voelt omdat hij zijn vrouw door de zware ivf-behandelingen laat gaan met eigen gameten. Dan voelt hij zich verplicht naar de partner toe om voor donorconceptie te kiezen. Ook zonder dat dit een bewuste keuze is voor hem. Dit zijn geen redenen om de behandeling te weigeren, wel zal er tijd gemaakt worden om langer bij de beslissing en het rouwproces stil te staan (Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021).’

De counseling bij fertilitieitsbehandelingen is een nog ontwikkelend gebied dat evolueert van screening naar implicatiecounseling, naar voorbereidingscounseling of een psycho-educatieve aanpak. Dit laatste staat nog in kinderschoenen en houdt in dat bij de sessies voorafgaand aan de behandeling met donorgameten aandacht is voor zowel de vragen van de wensouder(s) als voor aandachtspunten bij donorconceptie (zie hoofdstuk 2). Er wordt aandacht gegeven aan de gevoelens en de beleving van de wensouders in het ‘hier en nu’, alsook aan de ouderschapsrol dat ze zullen opnemen (Benward; Braverman; Pasch, cit. in Crawshaw et al., 2021).

4.5.4 Het toekomstige kind in beeld bij de counselor

In de ervaringen die te lezen zijn in de facebookgroep ‘Belgische BAM-mama’s’ en op het forum van ‘De Verdwaalde Ooievaar’ staat te lezen dat er in de psychologische gesprekken aandacht is voor het toekomstige kind. Dit gaat op de eerste plaats over de bekendmaking van de donorconceptie aan het kind. In welke mate staan de wensouders bij de belangen van het kind stil en hoeveel ruimte heeft een counselor om deze belangen in beeld te brengen?

In onderzoek in Nieuw-Zeeland en Australië (De Lacey et al., 2015) gaven counselors aan dat wanneer ze ouders in een richting duwden om vooruit te denken over wat de wensouders het toekomstige kind zullen vertellen rond de donorconceptie en de oorsprong van het kind, dit voor de wensouders als belastend werd ervaren. De wensouders die reeds een lange weg achter zich hebben in het vervullen van hun kinderwens, trachten zichzelf te beschermen tegen leed en herhaaldelijke teleurstellingen. Hun eerste prioriteit is zwanger worden. Wanneer de wensouders

er nog niet aan toe zijn om de belangen van het ongeboren kind in beeld te brengen kan dit hen kwetsbaar maken voor meer leed wanneer de behandeling niet succesvol is (De Lacey et al., 2015).

De counselors in dit onderzoek zagen het inbrengen van de belangen van het kind wel als zeer waardevol. Tegelijk stelden ze zich de vraag of het hun taak is wensouders te weigeren waarbij ze weerstand voelen tegen het advies van de counselor betreffende het toekomstige kind en de beste opvoedingspraktijk. De vraag of de weerstand bij de wensouders een tijdelijk fenomeen is of eerder pertinent, blijft onbeantwoord (de Lacey et al., 2015). Kan men op deze basis een oordeel vellen of de ouders als dan niet in het belang van hun kind (zullen) handelen?

Hierbij merk ik op, zoals gezien bij de afweging van de belangen van het kind en de ouder, dat de ouders net vanuit het belang van het kind bepaalde beslissingen maken vanuit hun eigen kindbeeld. Zetten ze in op autonomie van het kind, of net op bescherming? Denk daarbij aan de keuze om wel of niet tot bekendmaking van de donorconceptie over te gaan (zie 3.3.6).

Wel zagen de counselors het inbrengen van het belang van het kind binnen de counseling als een mogelijkheid om verandering teweeg te brengen. Hierbij kan de wensouder de behoefte van het kind aan een stabiele omgeving en veiligheid vergroten, wat een positief ouderschapsplan kan bevorderen. De invulling van het belang van het kind wordt dan ook voornamelijk aan de wensouders overgelaten, tenzij er kan worden aangetoond dat er duidelijk schade aan het kind kan worden veroorzaakt door beslissingen die wensouders maken (De Lacey et al., 2015).

4.5.5 Counseling na het fertiliteitstraject

Zoals aangegeven in het hoofdstuk 2, de beleving van de (wens)ouders bij donorconceptie, is er na de behandeling geen opvolging meer. Sommige ouders vinden dan de weg naar vzw Donorfamilies. Deze vzw geeft aan dat het water hen tot aan de lippen staat. Ze zijn zelf niet opgeleid om de vele (psychologische) vragen en noden van de donorfamilies op te vangen.

In het hoofdstuk over het kind is aangegeven dat er donorkinderen zijn die de weg vinden naar counseling, wanneer ze depressieve gevoelens of een rouwervaring beleven bij het niet kunnen achterhalen van de identiteit van de donor. Ik vond binnen de wetenschappelijke literatuur geen informatie over plaatsen waar de ouders en kinderen met hun vragen terecht kunnen.

Er zijn wel counselors die werken in een privépraktijk waarbij deze mensen kunnen geholpen worden. Kan men ook terecht in het fertiliteitscentrum waar men in behandeling was?

De psychologe van het UZ Brussel geeft aan dat er meer en meer aanvragen zijn van ouders die kinderen kregen via donorconceptie in de periode waarbij geheimhouding werd aangeraden. *'die uit een tijdperk dateren dat er minder directief gecounseld werd in de richting van openheid. In de tijd zei men: men hoeft dat niet te weten, hou dat maar geheim. Maar dat geheim wordt onhoudbaar en het wordt moeilijk om er te blijven over liegen. In het begin is het wat de waarheid achterhouden, maar op den duur wordt het wel actief liegen om de waarheid niet aan het licht te laten komen.*

Dan komen sommigen wel nog om raad vragen, hoe kan ik dat nog bespreekbaar maken? (Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021)'

Daarnaast krijgen ze ook vaker mailtjes van donorkinderen die vragen om meer informatie over de donor.

'Maar daar kunnen we wettelijk gezien niet op ingaan. Wel zullen we ze ontvangen op gesprek of telefonisch te woord staan. Dan kunnen we met hen kijken wat de opties zijn. Bijvoorbeeld via DNA-banken, bijvoorbeeld van Deense bank bestaat de mogelijkheid om zich naar die bank zelf te wenden. Verder kunnen we niets concreet vertellen. De vraag moet wel vanuit de (wens)ouder of vanuit het kind zelf komen (Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021).'

Op de vraag of er voldoende tijd is om de psychologische counseling na een traject binnen een fertilitieitscentrum in te plannen gaf de psychologe aan dat ze in het UZ Brussel sinds een jaar of 2 aparte tijdsloten hebben om op korte termijn een consult aan te bieden.

'Als het is voor een intakegesprek is, is er soms een wachtlijst van een maand of langer voordat je bij de psycholoog terecht kan. Voor begeleiding gaven we aan dat dergelijke wachttijd te lang is..

Als er een crisismomenten zijn, is het belangrijk dat dit binnen een week à twee weken kan aangepakt worden. Daarom is er extra ruimte voor gemaakt in de agenda.

(Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021).'

Of alle ouders dan de weg terugvinden naar het fertilitieitscentrum is een vraag die zonder onderzoek niet met zekerheid kan worden beantwoord.

Wel merkte de psychologe van het UZ Brussel op dat een aantal ouders aangeven dat ze toch liever elders op consultatie gaan.

'Sommigen komen wel terug maar zeggen: ho, neen alleen al in die wachtzaal zitten was moeilijk voor mij, het roept zoveel op. Dat ze daar eigenlijk de setting niet naar vinden, zeker als het is om de kinderswens af te ronden zien we weinig mensen die naar de fertilitieitspsycholoog gaan. Toch niet in het ziekenhuis. Er zijn wel collega's die in de privépraktijken werken en dat kan dan weer wel, een andere setting. Ik denk dat het voor sommige mensen heel verwarrend is. Als je dan ook nog eens een traject moet afsluiten zonder kind, dan lijkt het centrum niet de ideale plek om een langdurige begeleiding op te starten (Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021).'

4.6 Ervaringen van de wensouder bij de counselor.

4.6.1 Psychologische begeleiding/screening, noodzaak of niet?

De diagnose onvruchtbaarheid brengt heel wat stress, verdriet, angst en onzekerheden met zich mee. Wanneer de wensouders beslissen in een fertilitieitsbehandeling te stappen komen allerlei nieuwe vragen boven. Bovendien vergroot de behandeling de psychologische belasting (Benward 2015). Indekeu (2016) geeft aan dat de manier waarop de artsen de diagnose van infertiliteit aan de wensouders voorleggen, een grote impact kan hebben op het omgaan met het verlies van vruchtbaarheid. Wat voor de arts een objectieve vaststelling is, is voor de ouders een rollercoaster aan emoties. Wanneer direct overgegaan wordt op alternatieven, zoals donorconceptie, dan wordt de ruimte om te rouwen ontnomen. Volgens Benward (2015) hebben onderzoeken aangetoond dat psychologische begeleiding bij de wensouders effectief kan helpen en angst en depressie kan verminderen. Het bevordert de verwerking van de verlieservaringen en het kan de levenskwaliteit verbeteren.

De keuze om gebruik te maken van een donor is niet altijd evident. Bij een koppel is er minstens één van de wensouders die geen genetische verwantschap zal hebben met het kind. Bij de BAM speelt dit verlies van genetische verwantschap minder vaak, maar wordt men meer geconfronteerd met het verlies van de draagkracht van een partner. Alle wensouders krijgen hoe dan ook te maken met de vraag wat en wanneer ze hun kind zullen vertellen over de donorconceptie.

We weten dat een psychologisch gesprek voorafgaande aan een fertiliteitsbehandeling met gebruik van donorgameten niet in elk fertiliteitscentrum verplicht is, of dat er een onderscheid wordt gemaakt naar de doelgroep waartoe de wensouder behoort.

Wanneer ik op de site van 'De Verdwaalde Ooievaar' en in de facebookgroep 'Belgische BAM-mama's' ervaringen van (wens)ouder lees, dan merk ik op dat velen angst hebben voor de psychologische gesprekken. Het voelt alsof ze zich moeten verantwoorden of ze wel geschikte ouders zullen zijn. Ze hebben schrik dat ze zullen worden afgewezen voor het traject. Aan de andere kant zijn er (wens)ouders die de gesprekken bij de counselor relativeren: 'Als je vb. op de site van "De Verdwaalde Ooievaar" kijkt waar mensen ervaringen uitwisselen. Dan zegt de één van: ja, dat is niet erg bij de counselor, dat is gewoon maar een babbeltje doen en dat is in orde... (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021)'.

Volgens Emery et al. (cit. in Benward 2015,) 'geeft het merendeel van de patiënten aan dat ze de counseling nuttig achten. Wanneer hen duidelijk werd gemaakt dat alle patiënten eerst voorbij de counselor gaan, werd dit proces genormaliseerd en acceptabeler dan wanneer slechts voor sommige patiënten counseling nodig is'.

In de facebookgroep 'Belgische BAM-mama's' ontstond een discussie over het wel of niet nuttig en noodzakelijk zijn van psychologische begeleiding. Een deel vrouwen geeft aan daar echt wel steun en informatie uit te halen. Een ander deel geeft aan het heel moeilijk te hebben met het beoordelend of screenend aspect ervan. Het ervaren van het gesprek als informatief of als screenend bepaalt hoe de (wens)ouder denkt over de (verplichte)psychologische gesprekken. De discussie liep enigszins uit de hand, waarna één van de dames haar verhaal neerpende in de groep. Haar verhaal raakte me. Daarom wil ik dit aanwenden om aan te geven dat er wel degelijk heel wat 'fout' kan gaan binnen deze 'psychologische gesprekken'. Ze stemde er mee in dat ik haar verhaal als een anonieme getuigenis opnam in deze bachelorproef:

'Waarom kiezen voor een traject zonder psychologische gesprekken? Ik merk dat ik toch graag mijn verhaal even wil delen, omdat er enorm onbegrip lijkt te zijn.

Ik ben zelf om verschillende redenen met dit traject begonnen. Ik ben drager van een genmutatie waardoor ik mijn eierstokken op jonge leeftijd zal moeten laten wegnemen om te voorkomen dat ik ziek word. Hierdoor heb ik toestemming gekregen om ivf te doen toen ik 24 was. Dit deed ik in UZ Brussel. Op dat moment nog zonder plannen om zwanger te worden. Dit traject verliep vrij spoedig, tot ze bij het invriezen een fout maakten waardoor de helft van mijn eicellen doodgingen en ik niets meer dan een 'sorry, soms gebeurt dat' kreeg. Er begon onrust in mijn lijf op te spelen. Ik zag mijn droom om mama te worden aan mijn neus voorbijgaan terwijl ik nog opties had. Ik besloot om het traject van BAM in te stappen (inmiddels was ik 26 toen ik hier aan startte).

Ik ging 'braaf' vol goede moed naar de psycholoog, waar ik vervolgens helemaal uitgescheten werd. 'Waarom zo jong? Of ik wel wist wat een verantwoordelijkheid een baby is? Dat ik me eerst maar moest gaan inschrijven op een dating site, want de prins op het witte paard komt niet aanbellen!' (Ik citeer de psycholoog). Ik vertelde haar over mijn tijdslimiet (mijn zus overleed door dit wat ik heb op 32-jarige leeftijd, ze was 28 toen ze ziek werd). Dat 28 jaar mijn limiet wel een beetje was. 'Mevrouw, in dit gesprek doet dit niet ter zake'.

De deur ging dicht. Eén dame die mogelijk gewoon met het verkeerde been uit bed gestapt was had even besloten voor mij dat ik nooit mama zou worden. Ik ben huilend naar huis gegaan. Zo afgemaakt en afgewezen worden op zoiets existentieel doet enorm veel pijn. Dat breekt iets in je. Een deel van je zelfvertrouwen als persoon, als vrouw, als toekomstige mama...

Ik was boos en teleurgesteld en wilde een ander antwoord. Ik ging op zoek naar een privékliniek. Tegen mijn hoop in kreeg ik ook daar niets dan negatieve kritiek. Ze vond mij egoïstisch omdat ik mijn eigen eicellen wilde gebruiken in plaats van donor eicellen (????). Ik zou nog wel een man

*tegen komen, 'wacht maar af, en dan ben je me dankbaar'. Op mijn vraag 'Wat als ik op vrouwen val?', begon ze paniekerig in haar pc te scrollen en vroeg me of dat zo was. Ik gaf geen antwoord, ben opgestaan en vertrokken. 'Egoïstisch', want ik wil mijn eigen *gezonde* eicellen gebruiken in plaats van eicellen anoniem gedoneerd.*

Ik was er helemaal klaar mee. Ik heb het traject gestopt. Nog een afwijzing kon ik niet aan, dat zou me gebroken hebben. Ik heb een aantal jaar verder geleefd zonder er wat mee te doen. En toch...het bleef knagen. Een kindje. Het zou zo welkom zijn.

Een hele tijd na mijn laatste afspraak (ik denk meer dan een jaar) ben ik toch weer op zoek gegaan. Ik kwam nog in Leuven en Gent terecht. In Leuven zijn ze zowat anti en kreeg ik terug het deksel op mijn neus: te jong. In Gent kreeg ik toestemming van prof De Sutter maar het klikte niet met de psycholoog waardoor ik heel zenuwachtig werd. Bang voor de laatste afwijzing heb ik alle vervolgspraken geannuleerd en daarmee het traject gestopt.

Op een dag las ik over een website 'meer dan gewenst'. De uitleg erbij: een website voor wensouders. Ik ging kijken. Heel voorzichtig, alsof ik iets deed wat ik niet mocht. Een snoepje stelen uit de snoeppot nadat moeder 'neen' had gezegd. Zo voelde het. Na het eerste bezoek ben ik nog vaak teruggegaan en ik heb me uiteindelijk ingeschreven. Lang verhaal kort, na lang scrollen kwam ik op een advertentie uit met maar een paar zinnen. En ik wist meteen: dit is hem. We kwamen in contact. Zetten een contract op en ik volgde verschillende maanden mijn cyclus op met LH testen. In september 2019 was het eindelijk zover. Onze eerste poging, wat was dat spannend. We hadden elkaar 1 keer ontmoet en nu was het zover. We deden dit door middel van zelfinseminatie. Ik had een pakketje gekocht op internet en op 10 minuten was het 'gepiept'. En toen... wachten. Ik had dat weekend erna nog een weekend weg gepland. De laatste dag kreeg ik een bloeding. Nee... dacht ik. In paniek. Maar dit bleek achteraf een inplantingsbloeding te zijn. Ik was zwanger en na 9 misselijke maanden werd mijn zoontje op exact 40 weken, op de verjaardag van mijn overleden zus geboren. Thuis, in bad, onder begeleiding van de allerliefste vroedvrouw. Het was een magische ervaring en in de kraamweek kreeg ik nog te horen dat ze zelden iemand zo goed voorbereid had gezien.

Dus ja, Mijn traject is uiteindelijk zonder psycholoog gelopen. En heb ik iets aan die gesprekken gehad? Nee, helemaal niets! Enkel dat ik geleerd heb dat ik bijna alles zonder hulp kan en ik geen vertrouwen meer heb in de reguliere medische hulpverlening. Mijn traject is anders verlopen, maar zeker niet gemakkelijker. Ik heb moeten vechten voor mijn zoontje, misschien nog wel harder dan de vrouwen die wel 'toestemming' krijgen.'

Natuurlijk neemt niet elk verhaal zo een drastische wending. Het merendeel van de wensouders, ook de BAM, krijgen groen licht. Wel kan je je vragen stellen bij de aanpak en het doel van de psychologische begeleiding. Wie bepaalt en waarom bepaalt iemand of de wensouders wel of niet geschikt zijn voor een fertiliteitstraject of voor het ouderschap? Dit verhaal is de subjectieve ervaring van de vrouw waarbij geen duidelijkheid is of de counselor effectief alleen zou beslissen of de vrouw werd toegelaten tot het traject. Wel merk ik op hoe sterk de nadruk ligt op het screenen van de wensouder i.p.v. op begeleiding en ondersteuning. Bovendien wordt ze beoordeeld op haar genetische aandoening en haar leeftijd, meer dan op haar ouderlijke vaardigheden. In dit verhaal heeft de vrouw toch haar wens vervuld, buiten de centra om. Niet alleen kreeg ze daardoor geen professionele ondersteuning tijdens het traject, vragen die bij het grootbrengen van het kind verwekt met een donor kunnen spelen, worden ook niet beantwoord.

Ook Indekeu (persoonlijke communicatie, 19 mei 2021) geeft aan dat wensouders het moeilijk hebben met het screeningsgedeelte: 'Ze hebben soms het gevoel van: Waarom moeten wij hier zitten en mensen die een ivf-behandeling ondergaan met eigen gameten niet?' Hierop vult Indekeu

aan dat dat screenen onaangenaam voelt als niet duidelijk uitgelegd wordt wat daar de bedoeling van is.

Bovendien hoort ze ook in verhalen van (wens)ouders dat niet iedereen op een psychologisch consult moet gaan. *'Voor de lesbische paren hoor ik het minder, in sommige kronieken hoor ik dat eigenlijk sommigen helemaal niet op consultatie moeten komen. Ik merk dat daar soms wat... dat ik het moeilijk vind om daar toegang toe te krijgen... Ik denk dat omdat je heel hard hebt moeten vechten op het recht van met twee moeders een gezin te mogen vormen en nu moeten er zich niet te veel mensen mee gaan moeien* (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).'

Bij de BAM ziet Indekeu ook twee groepen. Er is de groep die zoveel mogelijk informatie wil verzamelen en de gesprekken nuttig acht. En er is de andere groep die de screening moeilijk vindt en zich geïsoleerd voelt: *'Lesbische paren moeten dat niet meer...en dat heterokoppel, ja die hebben toch een zwaardere slag gekregen door die onvruchtbaarheid. Waarom moet ik me hier zitten verantwoorden als ik dat toch wil, maar dan alleen?* (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).'

Deze bevindingen, ook bij koppels, worden ook door de vzw Donorfamilies (persoonlijke communicatie, 4 juni 2021) bevestigd. Ze horen nog steeds van ouders dat bij de counseling de screening als zeer overheersend wordt ervaren. *'Dit biedt voor de (wens)ouders geen veilige context om echt open te praten over al hun angsten en bezigheden om in hun kwetsbaarheid daar te staan* (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).'

Doordat de fertiliteitscentra in een belangenconflict zitten: *'beslissen of je als ouder voldoende geschikt bent, of je een stabiele context kan bieden om een kind in groot te brengen* (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021)', durven de wensouders het *'achterste van hun tong niet laten zien.'* Dit ervaart de vzw als een gemiste kans.

Dit betekent voor de vzw niet dat de psychologische gesprekken echt als negatief worden ervaren, wel dat de wensouder zich zeer bewust is van de dubbele rol die counselor heeft (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).

Volgens Bakker, McBain en Dill (cit. in De Lacey et al., 2015) hebben sommige fertiliteitsartsen en patiëntenbelangengroepen ouderlijke **screening** publiekelijk afgewezen. Er werd ook kritiek geuit naar de reikwijdte van de screening die is toegestaan en de discretie die counselors moeten kunnen behouden (Mumford et al., cit. in De Lacey et al., 2015). Daniëls et al. (cit. in De Lacey et al., 2015) zeggen dan weer dat de beslissingen gemaakt worden door het vertrouwen op een subjectief oordeel van de counselor.

Blyth en Cameron (cit. in De Lacey et al., 2015) verwijzen naar het gebruik van kindermisbruik, het handelen in het belang van het kind bij counseling, als onwettig en discriminerend wanneer bepaalde sociale groepen worden uitgesloten of behandelingen worden geweigerd. *'Twee studies van klinici in de VS met betrekking tot screeningspraktijken en het bepalen van toegang tot ART²¹ toonden aanzienlijke variatie in beoordelingspraktijken en een hoog risico op ongepaste weigering van behandeling* (Stern et al.; Gurmankin et al., cit. in De Lacey et al., 2015)

Wanneer we focussen op de **informatieve of implicatie counseling** toont onderzoek (Daniëls; Schrijvers et al.; Visser et al., cit. in Crawshaw et al., 2021) dat sommigen (wens)ouders hulp willen bij de openheid, de bekendmaking van de donorconceptie. Waar nodig willen ze een beroep kunnen doen op therapeutische hulp. Uit onderzoek bij wensmoeders die beroep doen op een eiceldonor (Hersberger, cit. in Crawshaw, & Daniëls, 2019) bleek dat niet alleen de impact om ouder te worden met behulp van derden beter kon worden beheerst, ook gingen ze adequater

²¹ Assisted reproduction techniques

functioneren. Dit omdat ze niet het gevoel hadden behandeld te worden als ziek of psychisch behoeftige (Benward, cit. in Crawshaw, & Daniëls, 2019).

Machin en Söderström-Anttila et al. (cit. in Benward, 2015) ondervinden dat de wensouders meer ontevredenheid uiten wanneer hen in de counseling wordt opgedragen om tot bekendmaking over te gaan. De wensouders verkiezen een meer geïndividualiseerde aanpak. Dit komt overeen met de bevindingen uit onderzoek bij counselors waarbij er meer weerstand wordt ervaren bij de wensouders, wanneer de bekendmaking hen wordt 'opgedrongen' (zie 4.5.3).

Uit een studie in Nederland (Vissers et al., cit. in Crawshaw, & Daniëls 2019; Crawshaw et al., 2021) blijkt dat wensouders teleurgesteld zijn in de ondersteuning bij de strategie om tot bekendmaking over de donorconceptie aan het kind over te gaan. Verder onderzoek (Vissers et al., cit. in Crawshaw, & Daniëls, 2019) toonde aan dat psychosociale interventies niet geslaagd waren in het zich aanpassen aan de veranderende sociale context van donorconceptie en het bewust worden van de levenslange implicaties ervan. Schrijvers et al. (cit. in Crawshaw, 2021) toonde aan dat de behoeften bij lesbische koppels of de BAM niet werden vervuld bij een psychologische counseling.

Daarnaast merkt Indekeu (2016) op dat mannen (de partner) zich vaak een buitenstaander voelen tijdens de behandeling. Dit omdat de technische kant van de behandeling voornamelijk bij de vrouw wordt uitgevoerd. Ze vermeld hierbij dat recente bevindingen aangeven dat er meer met het perspectief van de partner moet rekening gehouden worden (Indekeu, 2016).

Op voorhand goed geïnformeerd zijn en over donorconceptie praten kan zeer waardevol zijn. Veel (wens)ouders geven aan dat er een gebrek is aan informatie wat betreft psychosociale aspecten van donorconceptie en de impact ervan op het gezin op langere termijn (Indekeu, 2016). Nochtans is goede informatie en ondersteuning belangrijk bij het maken van de juiste beslissing.

4.6.2 Reden van weigering

Bij de taak van de counselor zien we dat hij een oordelend functie heeft (4.5.3). Dit betekent dat wensouders na een consult de toegang tot het fertiliteitstraject kan worden geweigerd. Dit kan omwille van medische redenen, maar ook vanuit persoonlijke overtuigingen van de counselor of het fertiliteitsteam.

Om de vraag over de redenen van weigering vanuit de beleving van de wensouders te beantwoorden, ben ik op het forum van 'De Verdwaalde Ooievaar' en op de facebookpagina 'Belgische BAM-mama's' op zoek gegaan. Dit houdt uiteraard een aantal beperkingen in. Zo beperkt de informatie zich voornamelijk tot de ervaringen van de BAM, ik vond slechts één ervaring van een lesbisch koppels op het forum van 'De Verdwaalde Ooievaar'. Omdat ik de privacy van de BAM-moeders wil garanderen, en de meeste ervaringen uit de gesloten facebookgroep komen, zal ik hier niemand in citeren en me beperken tot een aantal opsommingen.

Ik wil benadrukken dat het over ervaringen en dus subjectieve belevingen van de wensouders gaat. Hoeveel informatie of op welke manier ze informatie meekregen van de counselor is niet gespecificeerd. Er is geen enkel zekerheid over de objectiviteit van de feiten van hun verhaal.

Iemand kreeg als antwoord op de vraag waarom koppels worden afgekeurd het volgende te horen: *'koppels die minder dan een jaar samenzijn en/of nog niet samenwonen, een totaal gebrek hebben aan een sociaal vangnet en/of psychologische problemen hebben waarvoor ze nog niet in behandeling zijn (De Verdwaalde Ooievaar, z.d.)'*. Dit komt overeen met de redenen die de psychologe van het UZ Brussel aangaf (zie 4.5.2).

Redenen van **afkeuring** bij de BAM: te weinig relaties gehad, te jong, nog geen 32 jaar, te gemotiveerd, te emotioneel, het verlies van een ouder nog niet voldoende verwerkt, omdat ze nog bij de ouder woont, wegens overgewicht, te klein netwerk, ambigue relatie met de vader van haar eerstgeborene, nog geen vaste relatie gehad, afgekeurd zonder reden.

Een aantal van deze redenen komen vaker terug. Vooral dat laatste -zonder reden- roept heel wat vragen op en werd meerdere keren door verschillende personen genoemd.

Bij afkeuring hebben ze vaak het gevoel dat ze niet voldoende zijn geïnformeerd over het waarom van de beslissing of de afwijzing. Ze vinden het moeilijk dat hun wens en het wel of niet krijgen van een kind afhankelijk is van derden.

Omdat een alleenstaande nog bij de mama woont. Dit is ook een criterium waarbij de BAM in het UZ Brussel wordt geweigerd. Daarbij gaf de psychologe aan dat dit psychologisch aspecten zijn waarbij het niet steeds evident is aan iemand uit te leggen wat daar precies mis mee is. De BAM denkt dan dat dit een voordeel is dat haar ouders altijd kunnen helpen. *‘Maar het is natuurlijk ook niet de bedoeling dat de ouders continu het kind opvangen. Het is de bedoeling als je er als alleenstaande voor gaat dat je het ook wel alleen kan en niet continu moet terugvallen op iemand anders. Het kind groeit dan ook op in een situatie waarbij de mama nog een stuk verantwoording moet afleggen aan de eigen ouders (Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021).’*

Reden tot **uitstel**: eerst steviger in de schoenen staan, bepaalde chronische ziekte niet onder controle (ondanks tegenbewijs van de behandelend arts). Na overlijden van een eerste kind omdat ze te graag een kindje wil.

Meerdere alleenstaande (wens)moeders worden in een wachtrij gezet. ‘Er zijn eerst een aantal andere zaken die ze op orde moeten zetten voordat ze groen licht krijgen’.

Het gebrek aan transparantie kan ertoe leiden dat er op online fora informatie en waarschuwingen worden gegeven over waarom je wel/ niet voor een bepaald fertiliteitscentrum zou kiezen, ook al lijken hun bevinden niet steeds uit eigen hand, of uit duidelijke bron te komen:

‘Jette laat mensen toe, maar niet allemaal. Volgens diverse websites is dat pas vanaf 28 jaar. Eerst moet je op psychologisch gesprek gaan, ben je al heel wat geld kwijt en uiteindelijk toch ‘nee, te jong’. Ik wil dat vermijden (getuigenis, De Verdwaalde Ooievaar, z.d.).’

‘Oh, en zeker niet naar UZ Gent gaan, zij gaan zeggen dat je wel op afspraak mag komen, en na het betalen van de € 500 dossierkosten krijg je alsnog te horen dat je te jong bent. Heb ik al meermaals gehoord van mensen dat ze dat hebben meegemaakt... (getuigenis, De Verdwaalde Ooievaar, z.d.).’

Of ze nu worden afgekeurd of niet, er zijn een deel wensmoeders die zich heel onzeker voelen na een gesprek bij de psycholoog. Sommigen geven aan dat er in het gesprek geen ruimte was om informatie in te winnen, er kwam niets ter sprake over de bekendmaking, de donor, ... De focus lag zo hard op bepaalde aspecten van de persoon zelf, dat ze het gevoel hadden dat ze zich moesten verdedigen om wie ze zijn en moesten bewijzen of ze wel een goede moeder zouden zijn. Sommige uitspraken van de psycholoog die ze voor zich hadden komen heel bot tot vernederend over. Ook al kunnen deze uitspraken bijgekleurd zijn door de beleving van de wensmoeder en heb ik wegens gebrek aan onderzoek geen enkel cijfermatig gegeven hoe vaak zulke uitspraken en weigeringen voorvallen, deze ervaringen bracht de wens- BAM van slag en maakte hen heel onzeker over zichzelf.

Ook de psychologe van het UZ Brussel beaamde dat een weigering niet gemakkelijk is om psychisch te dragen. *‘Je moet voldoende veerkrachtig zijn om naar een ander centrum te stappen*

of om veranderingen aan te brengen om je wens toch nog te bereiken (Nekkebroeck, persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021).'

Bovendien stel ik me de vraag of het verschil in criteria bij elke doelgroep steeds te verantwoorden is. De reden van weigering roept bij mij voornamelijk veel vragen op en lijkt me een aspect bij de psychologische counseling waar verder onderzoek kan naar worden gedaan.

4.6.3 Autonomie van de wensouder

De autonomie van de patiënt is niet absoluut. Juist door de medewerking van de arts is ook diens autonomie in het geding (Pennings et al., 2007)'.

Mede door de ontwikkeling van de medisch begeleide voortplanting is het krijgen van een kind een doelbewuste keuze geworden. Een persoon heeft dan ook het recht en de beschikkingsvrijheid om zijn procreatievermogen uit te oefenen. Hierdoor wordt binnen de rechtsleer de procreatie zelf als een wilsbepaald gebeuren gezien (Wuyts, 2013).

Dankzij de ontwikkeling van de medische voortplantingstechnieken, vormen natuurlijke hindernissen geen belemmering meer voor de wensouders om zich op hun beschikkingsvrijheid over procreatie te beroepen. *Hierdoor wordt de vrijheid tot voortplanting steeds meer vertaald als een recht op een kind (Wuyts, 2013, pp. 25).* Door de noodzakelijke tussenkomst van een derde (de fertiliteitsarts) kan de wetgever beperkingen opleggen aan de beschikkingsvrijheid van het individu. Tot nu toe heeft de wetgever zich hier niet over uitgesproken, er is in de MBV-wet enkel een maximale leeftijdsgrens inzake toegang tot de vruchtbaarheidsbehandelingen voor de vrouw (47jaar) opgelegd. Het zijn de medische partijtjen zelf die de grenzen van het zelfbeschikkingsrecht over het procreatievermogen aflijnen (Wuyts, 2013).

Het verplichten van counseling kan weerstand oproepen bij de wensouders. Het kan het gevoel geven dat hun autonomie en zelfbeschikking worden ontnomen. Weerstand en al dan niet ingaan op de counseling kunnen uiteindelijk schade berokkenen aan de cliënt (Benward, 2015).

Counseling zelf kan een obstakel worden dat de wensouders moeten overwinnen om hun kinderwens waar te maken. Daaraan hangen ook praktische overwegingen vast zoals meer tijd vrijmaken voor een toch al intensief traject. Er zijn ook meer verplaatsingen en meer financiële kosten. Vaak blijft counseling geassocieerd met het stigma van psychische aandoeningen, wat zorgt voor nervositeit en afkerig staan tegenover counseling. *'Binnen sommige culturen is het vreemd en gênant om persoonlijke gevoelens met een vreemde te bespreken (Levitan, cit. in Benward, 2015).'*

De manier van aanbevelen of verwijzen naar counseling door de arts is bepalend voor de acceptatie ervan bij de patiënt. Wanneer de persoonlijke arts de aanbeveling doet en daarbij het belang van counseling duidelijk uitlegt, is men meer geneigd om de stap ernaartoe te zetten (Benward, 2015). *'Vaak worden de potentiële voordelen van de counseling door het personeel van de ziekenhuizen als niet nuttig en passend beoordeeld'* (Machin, cit. in Benward, 2015) Patiënten krijgen dan een checklist met vereisten van de behandeling en worden hooguit op de hoogte gebracht dat een psychologisch gesprek mogelijk is. Dit vergroot doorgaans de terughoudendheid van de wensouder om in counseling te gaan (Benward, 2015).

Hoewel counseling positieve effecten kan hebben voor de wensouder die gebruik maakt van donorgameten, lijkt het verplichten ervan tegenstrijdig met de autonomie van de wensouder. Zoals vastgesteld roept vooral het gevoel van beoordeeld te worden een grote weerstand op. Uiteraard is de wensouder steeds in de mogelijkheid om de counseling te weigeren. Wanneer het fertiliteitscentrum een eerste counselinggesprek als verplicht onderdeel oplegt om toegang te krijgen tot het gebruik van donorgameten, betekent dit dat de wensouder of zijn wens niet kan

waarmaken of op zoek moet gaan naar een ander fertiliteitscentrum die meer aan zijn wensen voldoet.

De autonomie van de wensouder reikt verder dan het wel of niet ingaan op counseling. Ook de manier waarop de behandeling verloopt, kan niet zomaar door de arts worden opgelegd. In de keu (2016) geeft aan dat ouders het tempo in de fertiliteitscentra als hoog kunnen ervaren. Achteraf lijken ze het gevoel te hebben niet voldoende tijd genomen hebben bij het nemen van hun beslissing.

De arts kan dan wel aangeven wat de beste opties voor de wensouders zijn, maar het is de wensouder zelf die beslist of hij er mee doorgaat:

‘Wij hebben in ons fertiliteitstraject zelf op verschillende momenten eigenlijk al op de pauzeknop gedrukt. Ik ben ook iemand die heel koppig is en heel veel behoefte heeft aan autonomie.

Wij waren bij Petra De Sutter in behandeling en dat klikte ook en toen we het nieuws kregen zeiden we onmiddellijk neen. Wij willen niet zomaar onmiddellijk met eiceldonatie beginnen. Dat is een te grote stap voor mij. Ik moet daar eerst effe over nadenken of ik dat wil. Wij hebben dat voor een stuk geprobeerd, in de mate dat dat mogelijk is om in de mate van het mogelijke daar een beetje controle en autonomie over het traject te hebben, want eigenlijk is dat een rollercoaster en zijn het de dokters die beslissen. Wat wel maakte dat wij al een heel rouwverwerkingsproces hadden gehad voor dat we terug naar De Sutter gingen en zeiden, ok we zijn er klaar voor. Het is goed, we zullen het doen op uw voorwaarden met die anonimiteit. We hadden het zo niet gewild, we hadden eerst een traject geprobeerd met materiaal van een vriendin... we hadden dingen geprobeerd en uiteindelijk gezegd, ok dan zit er niets anders op dan een anoniem traject in te zetten. Maar dat maakt dat op het moment dat ons zoontje geboren was, dat ik het idee had, dat we voor bepaalde dingen klaar waren (vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).’

Uit deze getuigenis kan ik concluderen dat niet enkel het beleid en de behandelingen die het fertiliteitscentrum aanbieden, maar ook de wetgeving zoals de anonimiteit van de donoren, een beperking stellen aan de autonomie van de wensouder. Het vraagt bovendien assertiviteit om tegen je arts in te gaan. Het vraagt moed om zoals in de getuigenis op de pauzeknop te duwen. Er is nu eenmaal die sterke kindervens die de wensouder in vervulling wil zien gaan. Wanneer een wensouder niet de weg vindt tot de voor hem juiste behandeling binnen onze Belgische fertiliteitscentra, betekent dit dat die op zoek zal moeten gaan naar alternatieven.

4.7 Terugkoppeling van wetenschappelijke inzichten naar de casus

4.7.1 Transparantie en informatie

Isabel heeft zich bij de beslissing om naar een fertiliteitscentrum te stappen, laten doorverwijzen door de eigen gynaecoloog. Daardoor kwam ze in het AZ Sint Lucas terecht. Ze was toen 37 en had het idee om haar eicellen te laten invriezen, zodat ze nog even de tijd kon nemen omtrent haar beslissing.

Zelf had ze nog geen opzoeken verricht over het fertiliteitscentrum van het AZ Sint- Lucas of eender welk ander centrum. Ze had geen idee dat er grote verschillen in behandeling konden zijn per centrum. Over het AZ Sint -Lucas heeft ze het gevoel dat die niet transparant waren over het feit dat ze een A- centrum waren en dus beroep moesten doen op het UZ Gent voor de bevruchting van de eicel bij een ivf- behandeling. Ze kreeg wel informatiebrochures mee. In de online brochure staat nu wel degelijk te lezen dat ze een A-centrum zijn en tot hoever de behandeling in hun eigen centrum uitgevoerd wordt. Bovendien was bij de start van het traject nog geen sprake van ivf. De eerste pogingen om zwanger te worden gebeurden middels KID.

Zoals blijkt uit het interview met de vzw Donorfamilies, eenmaal je in zo een traject stapt, heeft niet iedereen de kracht om alle informatie op te zoeken en door te nemen. Zeker niet wanneer je de eerste klap van infertiliteit nog te verwerken hebt. Isabel werd toen nog niet geconfronteerd met de onvruchtbaarheid, maar te horen krijgen dat ze haar eicellen niet meer kon invriezen was ook een onverwachte wending in haar plan.

Eenmaal ze besloten op ivf over te gaan, was het evident dat de procedure van de behandeling mondeling werd doorgenomen. Daarbij had er de ruimte moeten zijn om te vermelden dat de bevruchting van de eicellen en de terugplaatsing in het UZ Gent gingen gebeuren.

Wat betreft de onmogelijkheid van het invriezen van de eicellen omwille van haar leeftijd hadden ze kunnen vermelden dat dit bij hen niet mogelijk is omwille van hun beleid, maar dat er andere centra zijn waar dit wel nog kan, vb. in het UZ Brussel. Het UZ Brussel vermeld namelijk dat het invriezen van eicellen van de vrouw mogelijk is tot de leeftijd van 40 jaar (CRG Brussel, z.d.).

Wanneer haar in het UZ Gent verteld werd dat ze gebruik moest maken van een eiceldonor, werd ze om de lange wachtlijsten te omzeilen, doorverwezen naar Spanje. Dit gebeurde mondeling zonder enige informatie hoe ze daaraan kon beginnen. Wat het UZ Gent niet vertelde, althans zo is het op te maken vanuit het verhaal van Isabel, is dat ze omwille van hun beleid geen wensmoeders ouder dan veertig jaar meer op de wachtlijst zetten. Isabel werd niet doorverwezen naar andere fertiliteitscentra die eveneens over een eiceldonorbank beschikken. Via een kennis komt ze in het UZ Brussel terecht, waarbij de lange wachtlijsten geen belemmering waren, zoals ook te lezen op hun site. De wensmoeders die beroep moeten doen op een eiceldonor worden tussen de drie maand en één jaar geholpen.

Hier zie je dat er een groot verschil is te merken in het beleid bij het gebruik van eiceldonoren. Zoals de vzw Donorfamilies aangeeft is niet geweten hoe dit te verklaren is.

Door het gebrek aan doorverwijzing en transparante informatie, kwam Isabel niet onmiddellijk bij het voor haar meest geschikte fertiliteitscentrum terecht. Over de informatie die ze verkreeg had ze vooral het gevoel dat ze veel zelf moest lezen. Wat betreft het niet worden doorverwezen, stel ik me de vraag of de centra zelf op de hoogte zijn over de werking bij hun concullega's. Of doen ze dit bewust om klanten te houden? Maar dit praat niet goed dat Isabel hierdoor een aantal kansen heeft mislopen.

4.7.2 Counseling

In alle drie de centra waar Isabel werd behandeld, werd ze eerst aan een psychologische evaluatie onderworpen.

Het AZ Sint-Lucas vermeldt in zijn brochure dat alleenstaande vrouwen enkel goedkeuring krijgen na een grondige evaluatie van de aanvraag. In praktijk zien we dat Isabel als BAM een hele reeks vragenlijsten moest invullen waarop ze werd geëvalueerd. Dit kostte enkele honderden euro's. Deze evaluatie gebeurt voorafgaand aan een psychologisch gesprek. Naar het psychologenteam dat Isabel ter sprake brengt wordt verwezen in de brochure nl. Psypunt.

De psychosociale analyse voor alleenstaande vrouwen waarvan sprake is in de online-informatie bij het UZ Gent heeft Isabel niet meer moeten doorlopen. Ze kon rechtstreeks naar het verplichtte psychologisch consult. Uit de casus valt niet op te maken of ze de verplichte vragenlijst die de als alleenstaande moeder toegang geeft tot de fertiliteitsbehandeling in UZ Brussel, ook heeft ingevuld. Wel ging ze naar het verkennend gesprek bij de psycholoog.

Isabel praat bij elke fertiliteitscentrum over 'de psycholoog'. Ook in de online- informatie van de drie centra is op te maken dat de psychosociale counseling wordt uitgevoerd door psychologen. Ze ervaarde de psychologische gesprekken als uitzoeken of ze 'geschikt' is voor het alleenstaand moederschap. Ook geeft ze aan dat er zaken besproken werden zoals de bekendmaking aan het kind. Dit werd haar zelfs aangeraden als alleenstaande moeder. Er is dus geen sprake van weerstand bij Isabel bij het inbrengen van de noodzaak om het kind op de hoogte te brengen van de donorconceptie. Ze koos ervoor dat haar kind zijn oorsprong kan achterhalen wat het evident maakt dat ze overgaat tot de bekendmaking. Ze ziet zijn ontstaansgeschiedenis nu eenmaal als een deel van zijn identiteit. Hoewel uit de casus blijkt de manier waarop en wanneer ze tot bekendmaking overgaat, niet verder reikt dan de tip om het boekje 'Het wereldwondertje' te gebruiken om de donorconceptie op jonge leeftijd bij haar zoon als realiteit in te brengen.

Nu rest de vraag of de counselor de noodzaak aan bekendmaking van de donorconceptie aan het kind aan elke ouder meedeelt, of dit beperkt tot alleenstaande vrouwen en eventueel lesbische koppels. In hoeverre zal de counselor het toekomstige kind in beeld brengen bij elke wensouder?

Er was ruimte om haar bezorgdheid over het ontnemen van een vader aan haar zoon te bespreken. Uit de casus is niet op te maken of ze deze zaken bij elke psycholoog aanhaalde en of dit bespreekbaar was in elk consult.

Wat betreft het aanbieden van de psychologische begeleiding (zie MBV-wet) werd dit in het UZ Gent herhaaldelijk meegedeeld. In het UZ Brussel, waar ze uiteindelijk terecht kwam voor de eiceldonatie, durfde ze gesprekken met de psycholoog, om het verlies van de genetische verwantschap te verwerken, niet aan. Net omwille van het gevoel beoordeeld te worden als 'goede' toekomstige moeder en om wel of niet toegelaten te worden tot het traject. In Isabel haar ervaringen met de psycholoog heeft die zowel het oordelend als informatieve karakter. Tot het behandelde gedeelte rond het verwerken van het verlies van genetische verwantschap kon Isabel, al was het vanuit een subjectief gevoel, niet de weg vinden tot bij de psycholoog. Het niet veilig aanvoelen binnen het fertiliteitscentrum om psychologische consulten aan te vragen wordt bevestigd vanuit de ervaringen die de vrijwilligers van vzw Donorfamilies horen bij hun leden.

Isabel ervaarde de dubbele rol van de counselor als beoordelend, maar ook informatief. Isabel gaf niet aan dat ze problemen had met het beoordelend karakter. Naast het beoordelen kreeg ze nu eenmaal informatie mee. Dit laatste is niet steeds het geval wanneer we de ervaringen van wensmoeders lezen op de fora. Velen vinden het dan ook onrechtvaardig dat ze als BAM extra geïsoleerd worden. Hoewel uit de informatie die ik kon vinden ook op te maken is dat sommige koppels ook aan een screening worden onderworpen. De vraag is of deze screening op dezelfde manier verloopt.

4.7.3 Isabels autonomie

In de mate dat Isabel correct geïnformeerd werd doorheen de behandeling heeft ze steeds de vrijheid gehad om te kiezen of en waar ze het traject verderzette. Hoewel doordat er op sommige momenten onvoldoende transparante informatie werd gegeven, was ze soms genoodzaakt een andere weg in te slaan. Had ze vb. op haar zevenendertigste geweten dat ze in UZ Brussel haar eicellen alsnog kon laten invriezen, was de kans groter geweest dat ze een kind had waarmee ze genetisch verwant is.

Daar waar ze verder belemmerd werd in haar persoonlijke keuze, gaat het meer over de beperkingen die zijn opgelegd door de wetgever. Op de eerste plaats denk ik daarbij aan het gebruik van een anonieme eiceldonor. Hoewel ze zelf het heft in handen had genomen om een gekende

eiceldonor aan te brengen, was ze genoodzaakt over te gaan op een anonieme eiceldonor of haar kinderwens opgeven toen ze er niet in slaagde een eiceldonor te vinden. Wat betreft de spermadonor heeft ze het geluk gehad dat ze in de fertiliteitscentra waar ze terecht kwam gebruik kon maken van een ID-release donor.

4.8 Besluit

Fertiliteitscentra kunnen zelf bepalen welke fertiliteitsbehandelingen ze accepteren of weigeren uit te voeren bij elke doelgroep. Deze keuzes hangen af van hun beleid en gewetensclausule. Binnen verschillende fertiliteitscentra kan de aanpak verschillend zijn. Er is geen overzicht over de werking van de verschillende fertiliteitscentra, wat de keuze voor dat specifieke centrum dat het beste de vraag van de specifieke wensouder kan invullen, bemoeilijkt.

De informatie die de centra op hun sites aanbieden is niet steeds transparant. Wel kan het ertoe bijdragen om een eerste selectie te maken in het aanbod, waarna verdere informatie verschaft kan worden bij een eerste consult. Al lijkt de zoektocht naar een geschikt fertiliteitscentrum op 'shoppen'. Uit de ervaringen in de casus blijkt dat ook tijdens het consult niet steeds alle informatie even transparant wordt meegedeeld. Dit gebrek aan transparantie valt ook op te merken vanuit de manier waarop de (wens)ouders de mededeling bij een weigering tot het traject ervaren. Wensouders blijven hier al te vaak met veel vragen en onzekerheden achter.

Wat betreft de counseling zien we grote verschillen. De MBV-wet bepaalt enkel dat elk centrum psychologische begeleiding moet aanbieden. Daar waar het ene centrum een eerste psychologisch gesprek verplicht voor elke wensouder die gebruik wenst te maken van een gametendonor, zal in het andere niemand langs de psycholoog moeten passeren. Aan de andere kant zijn er centra die verschillende voorwaarden stellen aan verschillende doelgroepen om toelating te krijgen tot een fertiliteitstraject. Vanuit verschillende hoeken wordt aangegeven dat wensouders dit oneerlijk en discriminerend vinden, aangezien niet iedereen die in een fertiliteitstraject stapt gescreend moet worden. Hierbij lijkt voornamelijk de BAM-groep geïsoleerd.

Uit een Nederlands onderzoek (Kool, et al., 2019) blijkt dat ook counselors, eiceldonors en ontvangers (wensouders) deze verschillen in aanpak opwerpen als discriminerend. Het beoordelen over de ouderlijke capaciteiten zou bovendien niet beïnvloed mogen worden door de relatiestatus.

De dubbele rol van beoordelaar en behandelaar die de counselor meekrijgt, wordt ook zo bij wensouders ervaren. Hoewel het eerder gaat over de counselor die moet oordelen of iemand geschikt is voor het traject (ouderschap?) en de counselor die informatie geeft.

Counselors zien baat bij het inbrengen van het belang van de bekendmaking van de donorconceptie aan het kind, ze komen toch in conflict met het paternalistisch karakter dat ze daarbij ervaren. Bovendien merken ze op dat dit weerstand oproept bij wensouder die er nog niet aan toe zijn om het toekomstig kind in beeld te brengen als de focus nog op het zwanger ligt. Dit komt voort uit de zelfbescherming van de ouder tegen nog grotere teleurstelling wanneer de kinderwens ook via donorconceptie niet waar te maken is.

Bij het waarmaken van de kinderwens via donorgameten is een evenwichtsoefening tussen wetgeving, het beleid van de fertiliteitscentra, het belang van het kind en de wensen van de wensouders een grote uitdaging. Op welke manier kiest de wensouder in welk fertiliteitscentrum hij het beste geholpen is met zijn specifieke hulpvraag? Om het in de zowat alles omvattende woorden van vzw Donorfamilies (persoonlijke communicatie, 4 juni 2021) te zeggen: *'er is geen ideaal traject, er zijn geen perfecte antwoorden, het is altijd een zoeken en een afwegen om de zo goed mogelijke beslissing te nemen, maar daar is zo weinig hulp en kompas en richtlijn...'*

Hoofdstuk 5 Veranderingsstrategieën

5.1 Inleiding

Na het uitwerken van de casus van Isabel (zie 1.2) kwam ik tot drie veranderingsdoelen. Ik constateerde dat er binnen de fertiliteitscentra weinig ruimte is voor een degelijke begeleiding. De aandacht ging voornamelijk naar het beoordelen van Isabel als 'goede' toekomstige BAM en het verschaffen van beperkte informatie. Isabel gaf aan dat de screening specifiek op maat van de BAM was opgesteld.

Niet alle informatie die ze ontving was even transparant. Aan Isabel werd gezegd dat ze bij de psycholoog binnen het fertiliteitscentrum op consult kon. Dit voelde aan als een drempel omwille van het oordelend karakter. Ook nu, tijdens het ouderschap en de opvoeding van haar zoon weet ze niet waar ze naartoe kan met verdere vragen.

Vanuit de casus kwam ik tot volgende drie veranderingsdoelen:

1. *'Binnen de fertiliteitscentra start de psychosociale counseling met een gelijke behandeling voor elke (wens)ouder, waarbij aandacht is voor duidelijke, transparante informatie over de screening.'*

Na de wetenschappelijke inzichten, mijn onlineonderzoek bij zes fertiliteitscentra en de beleving van de wensouders omtrent de psychosociale begeleiding binnen de centra, concludeerde ik dat er een discriminerende aanpak is bij het screenen van verschillende doelgroepen. De reden van weigering is niet steeds duidelijk is. Daarom zie ik dit veranderingsdoel vertaald naar de volgende veranderingsstrategie:

Een gelijkwaardige screening voor elke wensouder waarbij aandacht is voor duidelijke, transparante informatie over de screening en het resultaat – een balansmodel

2. *'Een toegankelijke (psychosociale)begeleiding bieden en transparante informatie geven aan elke wensouder die gebruik maakt van een gametendonor, op maat van de hulpvraag.'*

In hoofdstuk twee over de beleving van de ouder toonde ik aan dat er verschillende soorten wensouders zijn. Ze vertrekken allemaal van dezelfde wens, het krijgen en opvoeden van een kind. Daarbij worden ze geconfronteerd met vragen en hindernissen bij het nemen van hun beslissingen over de donorconceptie. De beslissingen gaan over de bekendmaking aan het netwerk/het kind, de keuze voor de donor... tot zelfs de keuze tot welk fertiliteitscentrum men zich richt. Binnen de fertiliteitscentra wordt bij een eerste psychologisch consult informatie gegeven over de implicaties bij donorconceptie. Om voldoende begeleiding te voorzien is te weinig tijd. Er moet meer ruimte gecreëerd worden om informatie en de begeleiding te voorzien. Deze moet op een transparante en gelijke manier verlopen voor elke wensouder. Daarom zie ik dit veranderingsdoel vertaald in volgend veranderingsstrategie:

Een toegankelijke (psychosociale)begeleiding en transparante informatie voor elke (wens)ouder bij donorconceptie - Het expertisecentrum voor donorconceptie

3. *'Begeleiding van de (wens)ouder bij het ouderschap in een gezin met donorkinderen, waarbij de (wens)ouder aandacht krijgt voor de belangen van het kind.'*

In hoofdstuk 3 over het kindperspectief werd duidelijk dat aandacht geven aan de belangen van het kind niet eenvoudig is. Dit houdt meer in dan enkel bespreken of de wensouder wel of niet zal beslissen om over te gaan tot bekendmaking aan zijn kind. De ouder moet in staat zijn om voor de

donorconceptie een aantal beslissingen te maken die hij ziet in het belang van zijn kind. Deze beslissingen kunnen veranderen doorheen de tijd in interactie met het kind en zijn omgeving. Daarom is een belangenafweging tussen de belangen van de ouder en die van zijn kind een meerwaarde. Een stappenplan bij deze afweging kan een handige tool zijn. Daarom leidde mijn veranderingsdoel tot volgend veranderingsstrategie:

(Wens)ouders ondersteunen bij te maken beslissingen in het belang van het (toekomstige) donorkind – een stappenplan

In wat volgt werk ik mijn veranderingsstrategieën uit en ga ik na op welke manier deze Isabel beter (hadden) kunnen ondersteunen.

5.2 Een gelijkwaardige screening voor elke wensouder waarbij aandacht is voor duidelijke, transparante informatie over de screening en over het resultaat.

5.2.1 Inleiding

Dit veranderingsvoorstel beantwoordt voor een deel de vraag:

‘Op welke wijze en tijdens welke momenten is er psychosociale begeleiding voorzien voor de (wens)ouders?’

In hoofdstuk 4, ‘Donorconceptie: regelgeving en de rol van de counselor’, werd aangetoond dat fertiliteitscentra zelf invullen hoe de psychologische begeleiding vorm krijgt. Er is geen eenduidigheid binnen de psychosociale counseling. Het ene fertiliteitscentrum verplicht niemand tot een eerste consult. Het andere kiest ervoor om elke wensouder die een fertiliteitsbehandeling met donorgameten start, verplicht voorbij de psycholoog moet. Eenmaal de behandeling gestart, is de wensouder niet langer verplicht om psychologische begeleiding te krijgen.

De counseling binnen fertiliteitscentra verloopt met aandacht voor implicatiecounseling, of het aanbieden van informatie. De nadruk ligt wel op het screenen van de wensouder. Ook het screenen gebeurt op een verschillende manier tussen de fertiliteitscentra onderling. Een aantal fertiliteitscentra kiest ervoor een andere aanpak aan te wenden per doelgroep. Daarbij lijkt de BAM het meest gevisieerd. Onderzoek van Dekempe en Demey (2019) bevestigt deze laatste bevinding.

Bovendien is er een groep wensmoeders dat aangeeft dat de psychologische gesprekken en/of de screening hen een deuk geeft in hun zelfvertrouwen. Wanneer ze worden afgekeurd zijn er wensmoeders die aangeven niet te weten hoe ze verder moeten of dat ze de reden van weigering niet begrijpen.

Daarom sluit deze veranderingsstrategie aan bij het volgende veranderingsdoel:

‘Binnen de fertiliteitscentra start de psychosociale counseling met een gelijke behandeling voor elke (wens)ouder, waarbij aandacht is voor duidelijke, transparante informatie over de counseling.’

5.2.2 Waarom verschil in aanpak per doelgroep niet gewenst is

Onderzoek (Kool et al., 2019) waaraan zowel counselors, (wens)ouders als donoren deelnamen toonde aan dat bij het screenen van de wensouder moet geoordeeld worden op ouderlijke

capaciteit, als in het vermogen om het kind liefde en stabiliteit geven. Oordelen op relatiestatus geeft geen weergave over de ouderlijke capaciteit. Bovendien vertonen zowel de BAM als holebi-koppels geen verschil in ouderlijke capaciteit als heterokoppels (zie 2.3.2 en 2.5.1).

Fertiliteitscentra kiezen voor screening omdat ze mee een verantwoordelijkheid dragen bij de procreatie van een kind. Blyth en Cameron (cit. in De Lacey et al., 2015) stellen daarbij dat wanneer bij het uitsluiten van bepaalde sociale groepen en de weigering tot de behandelingen wordt verwezen naar het kinderwelzijn van het kind, dit onwettig en discriminerend is. Volgens Pennings et al. (2007) moet om vooroordelen, willekeur en discriminatie te voorkomen, naar objectief bewijs worden gezocht dat kan aangeven waarom een wensouder wel/ niet kan worden toegelaten tot het traject.

De counselor of het fertiliteitsteam kan zich beroepen op een gewetensclausule. Dit gaat dan over beslissingen gemaakt omwille van filosofische, ideologische of religieuze bezwaren. M.a.w. kan er op basis van 'eer en geweten' worden gehandeld en kunnen bepaalde doelgroep anders worden beoordeeld. Hoewel deze gewetensbezwaren moeten worden gerespecteerd, moet er ook transparantie rond bestaan (zie 4.5.3).

Volgens Hammer Burns en Covington (1999) is het doel van de counseling de ouders psychisch klaar te maken voor de behandeling. Daarvoor is aandacht of ze in staat zijn informed consent te geven, geen huwelijksproblemen of andere sociale problemen hebben die hen niet in staat stellen de behandeling te ondernemen of ouder te worden. Het is van belang dat de geschiedenis van fertiliteitsbehandelingen wordt doorlopen met aandacht voor hun seksueel verleden, sociale stabiliteit en beschikbare steunbronnen, inclusief financiële stabiliteit. Ook fysieke gezondheid, welbevinden en coping strategieën kunnen aan bod komen (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Over het verschil in aanpak naar doelgroep stellen Hammer Burns en Covington (1999) dat de counseling voor de behandeling, opgevat als screening, niet hoeft af te wijken van die bij heteroseksuele koppels. Wel zien ze dat er een aantal andere accenten kunnen liggen die aan bod komen.

Net als bij vrouwen met mannelijke partners verschilt de wens bij de BAM en de lesbische wensmoeder om ouder te worden niet. De motivatie -waarom- is voor elke vrouw moeilijk uit te leggen. Er wordt aangegeven altijd al moeder te willen worden. Ze kijken uit naar de ervaring ervan. Sommigen hopen dan weer de eenzaamheid te verdrijven, of ze hopen de verwachtingen van de familie waar te maken (Hammer Burns, & Covington, 1999). Voor mij lijkt dit een aandachtspunt bij de screening, maar het hoeft nog geen reden te zijn tot afkeuring om een traject te starten. Af en toe zal er ook eens een vrouw zijn die een overhaaste beslissing neemt zonder deze doorsproken te hebben met familie en vrienden. Deze vrouwen kunnen ondersteund worden om dit alsnog te doen (Hammer Burns, & Covington, 1999).

'Lesbische en alleenstaande vrouwen zouden dan ook niet verplicht mogen worden om hun wens naar kinderen beter of duidelijker te moeten uitdrukken dan vrouwen in een heteroseksuele relatie (Hammer Burns, & Covington, 1999, pp. 275).'

Hammer Burns en Covington (1999) vinden dat iedereen op dezelfde manier moet worden behandeld. Als er beslist wordt om de wensouder te screenen dan gebeurt dit voor elkeen op dezelfde manier, eventueel met een aantal verschillen in aandachtspunten (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Wanneer we dit voorstel van Hammer Burns en Covington (1999) en de bevindingen van Kools et al. (2019) vanuit het gelijkheidsbeginsel benaderen, moeten gelijke gevallen op gelijke wijze worden

behandeld. Deze gelijke gevallen slaan dan op ‘zij die beroep moeten doen op het gebruik van donorgameten’.

Tegelijk zou het miskennen van ongelijkheden omwille van de relationele status - of samenstelling, benadeeld worden bij een identieke behandeling of screening. Hierbij is sprake van de gelijkheidsparadox: gelijke normen creëren meer ongelijkheid.

Verschil en ongelijkheid vallen niet onder één noemer, maar kan wel op gelijk respect gericht zijn. Gelijk respect geeft net aandacht aan de verschillen. Of het elimineert de verschillen wanneer deze in strijd zijn met de menselijke waardigheid. Verschillen kunnen hierdoor worden geaccentueerd of geproblematiseerd (Raes, 1994).

De Bam zal niet beter geholpen zijn door een beoordeling na het veralgemenen van haar status, wel vraagt het BAM-schap, door de eigenheid van haar alleenstaand moederschap, extra aandacht rond haar netwerk. Het erkennen van verschillen tussen de verschillende groepen is wel degelijk van belang bij de focus van individuele verschillen bij de screening.

De nood uitdrukken dat de BAM, omwille van haar maatschappelijke status als alleenstaande moeder extra dient gescreend te worden, benadrukt het vooroordeel dat er bestaat rond alleenstaand moederschap (zie casus Isabel en 2.3.2). Niet alleen wordt ze hierdoor gediscrimineerd, maar wordt het stigma dat rond het bewust alleenstaand moederschap bestaat, in stand gehouden.

Ik besprak zonet de BAM, deze redenering gaat op voor elke wensouder die niet aan de ‘norm’ van het maatschappelijk traditioneel tweeloudergezin voldoet waarbij hij te maken krijgt met vooroordelen. Vooroordelen die worden aangewend om extra screening te verantwoorden, onder de noemer, in het belang van het kind.

Mij lijkt het dan ook beter dat de counselor en het fertiliteitsteam hun persoonlijke morele overtuigingen naar relatiestatus-of samenstelling, naast zich neer leggen. De focus komt op een objectieve inschatting van de ouderlijke capaciteit van de wensouder en op het belang van het kind te liggen.

Ook Isabel ervaarde het verschil in aanpak bij de screening. In het eerste fertiliteitscentrum (Sint-Lucas Gent) moest ze een reeks vragenlijsten invullen, wat een 3-tal uur duurde om alles te beantwoorden. Dit kostte haar enkele honderden euro's. Vanuit mijn online-zoektocht blijkt dat Sint Lucas deze screening wel degelijk voorbehoudt voor de BAM. Bovendien gaf Isabel aan dat elk psychologisch consult dat nadien werd gehouden, het doel had haar te beoordelen als ‘geschikte’ BAM.

5.2.3 Hoe de screening kan verlopen

Onderzoek toont aan dat wanneer de wensouders goed geïnformeerd zijn over het waarom van de begeleiding en de screening, er minder weerstand en meer begrip is voor de aanpak (zie 4.6.1).

Op de website van het UZ Brussel stond te lezen dat de BAM verplicht een vragenlijst moest invullen. Hierna kan ze toestemming of weigering krijgen om op een eerste consult te gaan. Waarom moet de BAM zich op voorhand verantwoorden over haar financiën, over haar vorige partnerrelaties, over haar netwerk, woonst, arbeid..., terwijl andere groepen dit niet moeten doen? In gesprek met een psychologe van het UZ Brussel werd die vraag beantwoord. Er zijn zoveel vragen van kandidaten binnen de BAM-groep dat er gekozen wordt voor een eerste selectie via de

vragenlijst. De vragen op de lijst zijn zo opgesteld dat ze beantwoorden aan de criteria die het beleid opstelt om de BAM tot het traject toe te laten.

De criteria verschillen enigszins met die van de koppels. Daar waar bij koppels aandacht wordt gegeven aan de relatiekwaliteit, zal men bij de BAM de aandacht leggen op het netwerk en de autonomie van de wensmoeder.

Dit een eerste selectie om de last binnen het centrum te verlichten. De wensmoeders die soms van heinde en ver komen, hoeven zich niet nodeloos te verplaatsen voor een eerste consult, of krijgen geen valse hoop op toegang tot het traject, wanneer er duidelijke elementen zijn voor het UZ Brussel om hen te weigeren.

Dit lijkt een mooie aanpak, waarbij geen winnaars of verliezers zijn. Meer informatie en transparantie over het waarom van de vragenlijst kan voor meer begrip zorgen voor deze keuze.

Deze manier van werken in het UZ Brussel staat lijnrecht tegenover de aanpak in de casus en bij de voorbeelden van ervaringen van wensouders (zie 4.6.2). Een aanpak waar de BAM eerst een intensieve en dure screening moest doorgaan, om vervolgens op consult te gaan bij de psycholoog en met het risico alsnog geweigerd te worden.

5.2.4 Hoe screening verloopt bij de adoptieprocedure

Om een beter zicht te hebben op het verloop van screening bij adoptie had ik een interview met een medewerker van vzw Steunpunt Adoptie (persoonlijke communicatie, 25 mei 2021). Het adoptielandschap is een versnipperd landschap waarbij verschillende organisaties betrokken zijn. Elke dienst staat in voor een andere fase binnen de adoptieprocedure. De screening van de kandidaat adoptieouders gebeurt door het MOA, Maatschappelijk Onderzoek voor Adoptie. De tool die ze daarvoor hanteren is een semigestructureerd interview als leidraad voor het maatschappelijk onderzoek. Daarbij wordt gescreend op persoonlijkheidsfactoren, bekwaamheid tot internaliseren, veerkracht... Ook partnerfactoren als communicatie en hechtingsstijl komen aan bod (Vzw Steunpunt Adoptie, persoonlijke communicatie, 25 mei 2021).

Partnerfactoren als hechtingsstijl dienen om in te schatten hoe de kandidaat ouders zich verhouden in relatie tot de ander. De mogelijke ouder-kind hechting komt hierdoor in beeld. Bij alleenstaanden zal men nagaan hoe ze zich verhouden in relatie tot vrienden en familie. Zo wordt de capaciteit tot het opbouwen van een duurzame relatie (met het kind) ingeschat. Alle kandidaat ouders worden op dezelfde manier gescreend, er is geen discriminatie. *‘Wel wordt er bij de BAM vb. meer aandacht besteed aan het netwerk, maar daarom moeten ze zich niet harder bewijzen (Vzw Steunpunt Adoptie, persoonlijke communicatie, 25 mei 2021)’*.

Op basis van de antwoorden wordt een afweging gemaakt tussen de protectieve- en risicofactoren. Kandidaat adoptieouders zullen geen negatief advies krijgen omwille van één aspect waaraan ze niet ‘voldoen’. Hun boodschap aan de kandidaat adoptieouder is: *‘we zijn niet op zoek naar de perfecte ouders. Er zijn veel verschillende soorten kinderen en er zijn veel verschillende soorten ouders (Vzw Steunpunt Adoptie, persoonlijke communicatie, 25 mei 2021)’*.

Vanuit deze informatie ging ik op zoek naar meer informatie over hoe de aanpak van deze methode, gehanteerd bij het screenen van de kandidaat adoptieouders, verloopt. Ik trof een rapport van 2011 (Stroobants, Vanderfaillie, & Put, 2011) aan waarin de methode van het maatschappelijk onderzoek wordt geëvalueerd en aangepast.

Het rapport geeft een overzicht over de thema’s die in de afweging van de protectieve- en de risicofactoren aan bod komen.

Bij ouderkenmerken staan als factoren: persoonlijkheid, opvattingen, life-events, motivatie en overige. Daarnaast wordt rekening gehouden met gezinskenmerken, omgevingskenmerken en opvoedingskenmerken. Telkens komen een aantal adoptiespecifieke factoren aan bod, maar ook algemene factoren (Stroobants et al., 2011). Stroobants et al. (2011) zien het gebruik van een afweging van de positieve en negatieve factoren als een sterkte. Een beperking kan zijn dat hun theoretisch raamwerk mogelijks onvolledig is. Er is zoveel als mogelijk beroep gedaan op ontwikkelingspsychologische en adoptiespecifieke onderzoeken (Stroobants et al., 2011).

Het maatschappelijk onderzoek gebeurt op basis van vier gesprekken. Hierbij worden de risico- en protectieve factoren onderzocht aan de hand van een semigestructureerd interview. Het advies van Stroobants et al. (2011) is om het interview strak te houden door vb. gebruik te maken van een vragenlijst. Daarbij komen alle thema's aan bod waarbij alle factoren voor de afweging in kaart worden gebracht. De thema's zijn opgesomd in een themalijst, die als houvast van de maatschappelijk werker en de psycholoog (die elk twee van de gesprekken voor zich nemen) dient. De keuze voor twee partijen bij de afname van de screening kan bijdrage aan een objectievere beschrijving van de risico-en protectieve factoren. Daarbij kan er verschil zijn per kandidaat adoptieouder over hoe diep op de thema's of bepaalde factoren wordt ingegaan. Niet elk factor is bij elke adoptieouder een even groot risico (Stroobants et al., 2011).

De maatschappelijk werkers en de psychologen benaderen de kandidaat adoptieouders vanuit een respectvolle houding en open communicatie waarbij de kans op een constructief proces bevorderd wordt. De manier waarop de kandidaat adoptieouder eerlijk en open is, of eerder weerstand toont, heeft invloed op de proces en het uiteindelijke advies (Stroobants et al., 2011).

Naast de gesprekken zijn er voor alle kandidaat adoptieouders een verplichte 'standaardvragenlijst ter ondersteuning van het onderzoek' en een verplichte opdracht om zijn eigen levensverhaal op te stellen. Deze tools worden gebruikt als hulpmiddel bij de gesprekken, hoewel ze minder van belang zijn voor de uiteindelijke besluitvorming (Stroobants et al., 2011).

Een grondige evaluatie van het maatschappelijk onderzoek gebeurt in teamverband waarna een advies wordt opgesteld. Hierbij worden de risico – en protectieve factoren besproken. Het team bestaat uit verschillende teamleden met elk een eigen expertise, waardoor alle verschillende thema's en factoren grondig worden besproken. *Factoren worden niet als aanwezig of afwezig gescoord maar op een continuüm gaande van risicovol naar protectief. Dit uit zich bijvoorbeeld in termen als werkpunten of aandachtspunten* (Stroobants et al., 2011, pp. 51). Bepaalde factoren wegen ook zwaarder door dan anderen. Er zijn geen onbelangrijke factoren en ze worden zelden als risico gezien (Stroobants et al., 2011).

Het maatschappelijk onderzoek wordt afgerond met een adviesverslag. Wanneer de protectieve factoren doorwegen op de risicofactoren, krijgt de kandidaat adoptieouder een positief geschiktheidsadvies. Omgekeerd, waarbij de risicofactoren doorwegen, volgt er een negatief geschiktheidsadvies. Soms wordt er een bijkomend onderzoek bevolen wanneer belangrijke vragen onbeantwoord blijven. Uitsstel is ook mogelijk wanneer de risicofactoren doorwegen, maar er groeimogelijkheden worden gezien. Ook kan men besluiten dat er geen eindafweging komt omdat de balans tussen de risico-en protectieve factoren niet kan worden beoordeeld. Het uiteindelijke geschiktheidsvonniss wordt uitgesproken door de familierechtbank (Stroobants et al., 2011).

Door de keuzen van afwegen van risico-en protectieve factoren, wordt elke situatie vanuit zijn eigenheid beoordeeld. Hoewel men vertrekt van standaard vragenlijsten en dezelfde factoren bij elke doelgroep (hetero-, holebi's en alleenstaanden) is er toch aandacht voor de specifieke eigenschappen en uitdagingen die bij elke doelgroep komen kijken. Zo wordt ook bij de BAM extra aandacht besteed aan haar steunend netwerk.

5.2.5 Het beste uit beide werelden voor het screenen van wensouders bij donorconceptie

Adviseren, screenen en voorlichten van wensouders bij het gebruik van donorgameten is een centrale aanbeveling bij de counseling die een behandeling voorafgaat in o.a. de VS, het VK, Australië, Nieuw-Zeeland en Duitsland. Internationaal blijft er een grote variatie aan wettelijke voorschriften of aanbevelingen hieromtrent (Benward, 2015). De fertiliteitscentra hebben een eigen autonomie in de keuze wie ze wel of niet willen behandelen. Ik pleit voor een aanpak waarbij de screening in elk fertiliteitscentrum voor elke doelgroep wensouders op dezelfde manier verloopt.

De beoordelingen worden in het belang van het kind genomen. Tegelijk draagt de beoordeling bij aan de beslissing of de wensouder geschikt is om het ouderschap op te nemen (Crawshaw, et al., 2021). Volgens Benward (2015) verwijzen counselors bij de screening naar de noodzaak om rekening te houden met het welzijn van het kind. Het Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (ASRM) pleit ervoor dat de screening bij wensouders aan een zorgvuldig onderzoek wordt onderworpen en afhankelijk moet zijn van empirische feiten (ASRM, in De Lacey et al., 2015).

De methode zoals gebruikt in het maatschappelijk onderzoek bij de adoptieprocedure is evidence based: *'Het maatschappelijke onderzoek is gebaseerd op de beoordeling van risico- en protectieve factoren. Een evaluatie van die factoren aan de hand van een literatuurstudie toont dat voor het grootste deel van de factoren empirische evidentie bestaat* (Stroobants et al., 2011, pp. 11).

Een gelijkaardige balansopmaak van risico - en protectieve factoren bij de screening van wensouders bij donorconceptie is gewenst. Aan de hand van een standaard vragenlijst en een semigestructureerd diepte-interview kan elke ouder vanuit een gelijkwaardige manier beoordeeld worden over zijn toekomstig ouderschap. Dit in het belang van het kind. Hierbij wordt de wensouder niet meer geweigerd tot het traject omwille van één aspect. Een weigering volgt wanneer de risicofactoren doorwegen op de protectieve factoren.

Wanneer er ook bij een positief advies alarmbellen afgaan bij één of meerdere factoren die als heel belangrijk worden gezien, kunnen voorwaarden gesteld worden voor het verkrijgen van 'groen licht'. Dit kan leiden tot een verplichte aanpak van deze specifieke factoren. Hierbij is het doel de wensouder te versterken in zijn draagkracht. Wanneer het doel van de begeleiding duidelijk en transparant aan de wensouder wordt verwoord, als zijnde ondersteunend bij een aantal werkpunten, zou dit minder weestand kunnen opwekken bij de wensouder. Zo wordt er gescreend in functie van verdere begeleiding i.p.v. weigering.

Het is van groot belang dat de counselor open en transparant de beslissing meedeelt en daarbij doorverwijst naar diensten die de wensouder verder kunnen ondersteunen bij het aanpakken van zijn risicofactoren. De fertiliteitscentra zullen hiervoor moeten netwerken met diensten die ondersteuning van (wens)ouders op zich nemen.

Het komt er dan op aan om binnen de afweging de factoren die adoptiespecifiek zijn, te vervangen door factoren die specifiek bij donorconceptie meespelen (Zie voorbeeld in bijlage 1).

De beoordeling zelf kan ook hier binnen het team besproken worden. Een second opinion kan steeds bekomen worden bij het ethisch comité.

Een balansmodel waarbij een afweging gemaakt wordt van de risico - en protectieve factoren zou niet alleen de counselor van het fertiliteitscentrum een inschatting geven van de draagkracht van Isabel, ook bij Isabel kunnen hier aandachtspunten naar voor komen. Ook bij haar beslissing voor

het krijgen van een tweede kind, kan deze afweging Isabel inzicht geven in haar draagkracht. Ze geeft aan te dat ze twijfelt over de eigen draagkracht wat het nemen van de beslissing bemoeilijkt. Het doel van het balansmodel om in te zetten op verder begeleiding, kan voor Isabel de drempel verlagen om deel te nemen aan een (tweede) screening. Deze screening kan haar helpen beter inzicht te krijgen over haar effectieve draagkracht.

5.2.6 Mogelijke resultaten en beperkingen

Net als Indekeu (persoonlijke communicatie, 19 mei 2021) stelt ook Benward (2015) zich de vraag of één sessie van een uur alle benodigde informatie zal opleveren. Adoptie-evaluaties, zoals hierboven beschreven (zie 5.4.4) duren uren. Ook bij pleegzorg wordt meer tijd besteed aan de screening (Benward, 2015). Bovendien zouden meerdere consulten bij de psychosociale counselor ervoor zorgen dat de wachtlijsten voor de wensouders nog langer zouden oplopen. Dit is niet wat de wensouders, noch het medische team wil (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).

Door het gebruik van een hanteerbare tool bij de screening kan een sociaal werker opgeleid in de sociale agogische wetenschappen, zoals de gezinswetenschapper, hierbij een functie vervullen. De vragenlijsten kunnen thuis ter voorbereiding worden ingevuld. Ook kan er een verplicht onderdeel zijn als het schrijven van een eigen levensverhaal. Daarbij wordt een duidelijke opdracht meegegeven op welke levensthema's men kan focussen.

Er zijn aanwijzingen dat de screening weerstand oproept bij wensouders, er wordt ook aangegeven dat wanneer er duidelijkheid en transparantie is over het waarom ervan en dat deze screening voor iedereen gelijk is, de wensouder meer begrip en openheid toont naar de screening toe (zie 4.6.1).

Deze aanpak zal heel wat tijd in beslag nemen. Ook zal er ruimte moeten zijn voor de implicatiebegeleiding, waarbij de nodige informatie aan de wensouders wordt verschaft. Een goede screening, zonder te werken aan verdere ondersteuning die garanties bieden op betere uitkomsten voor de wensouders, is weinig zinvol.

Dit brengt mij bij de volgende veranderingsstrategie, die de implicatiebegeleiding weghaalt uit het fertiliteitscentrum. Hierdoor kan de psychosociale counselor van het fertiliteitscentrum zich blijven focussen op de screening. Bovendien ontstaat een duidelijke scheiding tussen de beoordelende en de adviserende en/of behandelende rol van de counselor.

5.3 Een toegankelijke (psychosociale)begeleiding en transparante informatie voor elke (wens)ouder bij donorconceptie - Het expertisecentrum voor donorconceptie

5.3.1 Inleiding

Elk individu heeft recht op procreatie. Vanuit de loyaliteitstheorie van Nagy, zou het onmenselijk zijn om iemand het recht te ontnemen om ouder te worden. Dit ontnemt hem het aflossen van de existentiële schuld.

Wensouders geven aan dat de screening binnen de fertiliteitscentra niet steeds gerechtvaardigd is. Ze hebben het gevoel alsof een derde voor hen beslist of ze ouder mogen worden. Dit weerhoudt de wensouders er soms van om psychosociale begeleiding te zoeken tijdens de behandeling. Daarom vertrek ik voor dit veranderingsvoorstel van de centrale vraag:

'Op welke wijze kan de begeleiding van wensouders bij donorconceptie verbeterd worden en toegankelijk gemaakt worden voor iedereen?'

Om aan deze vraag te beantwoorden doe ik een voorstel tot het uitwerken van een expertisecentrum. Niet alleen is er oog voor de wensouders, maar ook voor de ouders van een donorgezin. Daarmee tracht ik een antwoord te bieden op mijn veranderingsdoel:

‘Een toegankelijke (psychosociale) begeleiding bieden en transparante informatie geven aan elke (wens)ouder die gebruik maakt van een gametendonor, op maat van de hulpvraag.’

Eerst ga ik op zoek naar richtlijnen voor een ‘goede’ counseling bij infertiliteit en donorconceptie. Door te kijken hoe ze de counseling in andere landen, vnl. het VK, verloopt, ga ik na wat bij ons de mogelijkheden zijn.

Ik verkies voor de begeleiding een expertisecentrum voor donorconceptie. Ik bouw voort op de structuur van een beleidsplan, dat ik hier niet volledig kan uitwerken, maar wel veronderstel. In het uiteindelijk expertisecentrum dat ik voor ogen heb, behoren niet enkel de (wens)ouders, maar ook de donorkinderen en de donoren tot de doelgroep. Binnen dit eindwerk beperk ik me tot de (wens)ouders.

Bovendien stamp je een expertisecentrum niet zomaar in je eentje uit de grond. Dit vraagt heel wat voorbereidend werk en onderzoek. Ik baseer me op de eerste inzichten die ik verkregen heb uit de vorige drie hoofdstukken.

5.3.2 De gewenste counseling voor (wens)ouders bij het gebruik van donorgameten

De Belgische MBV-wet spreekt zich niet uit over de aanpak van de (psychosociale) begeleiding van wensouders bij donorconceptie. Elk fertiliteitscentrum heeft zijn eigen aanpak. Sommige (groepen) wensouders voelen zich geïsoleerd wanneer ze extra gescreend worden boven andere groepen wensouders (zie 4.6). Ook toont onderzoek (House of Commons Science and Technology Committee, Blyth, 2012) aan dat de waarde van counseling niet volledig gewaardeerd wordt door klinici. Sommigen lijken er met minachting naar te kijken.

Het Verenigd Koninkrijk kent rond de psychosociale begeleiding bij fertiliteitsbehandelingen en donorconceptie heel wat voorsprong t.o.v. België (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).

In de VK wordt er rekening gehouden met vereiste kwalificaties en ervaringen van de counselors. Er is een wettelijke toezichter, de Human Fertilization and Embryology Authority (HFEA) die met deze vereisten rekening houdt bij de vergunningsprocedures voor de fertiliteitscentra. De vereisten zijn gespecificeerd in de Praktijkcode van het HFEA. De British Infertility Counseling Association, de Britse professionele fertiliteitscounseling organisatie, ontwikkelde een accreditatiesysteem waarnaar het HFEA verwijst (Blyth, 2012). De wetgever houdt geen toezicht op de begeleiding, maar legt de verantwoordelijkheid voor het operationaliseren ervan bij het HFEA. Wel is in het VK het aanbod van ‘behoorlijk advies’ vereist voor iedereen die een fertiliteitsbehandeling doorloopt (HFEA, in Crawshaw et al., 2021). In Australië en Nieuw-Zeeland is de counseling dan weer verplicht voor iedereen die een behandeling met donorgameten wenst (Crawshaw et al., 2021).

De manier waarop fertiliteitscounseling wordt gedefinieerd, niet enkel in het VK, is grotendeels te danken door het werk van het King’s Fund Centre, een Britse commissie die van het Britse ministerie van Volksgezondheid vier ‘goede’ vormen van counseling hebben vooropgesteld (Blyth, 2012): informatieve counseling, implicatiecounseling, ondersteunende counseling en therapeutische counseling (King’s Fund Centre, in Blyth, 2012). Het HFEA nam de implicatie en therapeutische counseling over maar maakte geen onderscheid meer met de informatiecounseling. Ook twee andere adviesorganen, de Psychosocial Special Interest Group of the European Society of Human

Reproduction and Embryology (ESHRE) en de Australian en New Zealand Infertility Counselors Association (ANZICA) hebben implicatie, ondersteuning en therapeutische counseling onderschreven, maar geen van beiden heeft het begrip informatiecounseling aangenomen. ANZICA voegde er twee vormen van begeleiding aan toe: besluitvormingsbegeleiding en crisisbegeleiding (Byth, 2012). Wat volgt zijn vijf verschillende vormen van counseling:

1. **Implicatiecounseling:** het verkennen van persoonlijke en familiale implicaties bij onvruchtbaarheid, de behandeling en het gebruik van gedoneerde gameten. Deze counseling zou over het algemeen plaatsvinden voor de behandeling bij een getrainde psychosociale hulpverlener. Zo is er voldoende ruimte voor reflectie van de wensouders. Ook kan deze counseling plaatsvinden na de behandeling, wanneer de ouders tot het besluit komen kinderloos te blijven.
2. **Ondersteunende counseling:** emotionele en psychologische ondersteuning tijdens de diagnose, onderzoeken en de behandeling. Hierbij wordt de wensouder zo goed mogelijk ondersteund om te copen met de ervaringen en de gevolgen van de behandeling. Deze begeleiding hoeft niet enkel door de professionele vruchtbaarheidsconsulent uitgevoerd te worden.
3. **Therapeutische counseling:** Deze begeleiding kan zich aandienen bij doordringende, schokkende en stressvolle gebeurtenissen bij of gevolgen van de behandeling. Dit vereist een counselor met specifieke kwalificaties rond vb. rouw en seksualiteit.
4. **Beslissingsadvies:** een counselingsvorm die beschikbaar is voor patiënten tijdens belangrijke beslissingen die gemaakt dienen te worden gedurende de fertiliteitsbehandeling.
5. **Crisisbegeleiding:** wanneer de wensouders een crisis of ongunstige afloop ervaren bij de behandeling (Byth, 2012).

Volgens Hammer Burns en Covington (1999) is het belangrijk dat de counselor een neutrale positie inneemt en de (wens)ouder ondersteunt in het verkennen van alle consequenties die bij donorconceptie komen kijken. Het is de taak van de counselor om zijn eigen visie op ouderschap, bekendmaking van de donorconceptie... goed te exploreren zodat hij deze tijdens de counseling achterwege kan laten (Hammer Burns, & Covington, 1999). Volgens Benward (2015) is het de counselor zijn ethische plicht om zijn gevoelens rond de bekendmaking en de geheimhouding te onderzoeken. Iedereen heeft zijn eigen standpunten rond geheimen en bovendien hebben we allemaal een standpunt over ons standpunt, nl. dat het onze het juiste is (Imber-Black, in Benward 2015).

Door zich bewust te zijn van de eigen vooroordelen, gevoelens, ideeën en reacties is de counselor in staat neutraal te blijven, zodat de beslissing bij de (wens)ouder blijft liggen. Het is namelijk zijn doel om alle pro's en contra's bij elke optie waarbij de (wens)ouder stil staat, te doorlopen (Hammer Burns, & Covington, 1999; Benward 2015). Zonder het zelfbewustzijn van de counselor over zijn standpunten, zou zijn werk minder effectief kunnen zijn (Benward, 2015). Het opleggen van een eigen visie zou weerstand bij de (wens)ouders kunnen oproepen. Het is belangrijk voor de fertiliteitscounselor om zich te verdiepen in het onderwerp (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Daarnaast is het belangrijk dat het fertiliteitsteam samen met de counselor afspraken maakt hoe er te werk wordt gegaan om ongewenste of onmogelijke verwachtingen uit te sluiten en de professionaliteit van de counselor niet in twijfel te stellen. Het is dus belangrijk dat de counselor een duidelijke rol toebedeeld wordt als screener, therapeut of counselor die informatie doorspeelt. Het team moet ook begrijpen dat er limieten zijn aan de informatie die de counselor kan doorspelen (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Zowel het British Infertility Counseling Association (BICA) als het Donorconception Netwerk melden dat er steeds meer vraag is naar behandelingen voor personen en families na de donorconceptie. Ook de vraag naar begeleiding van volwassene kinderen en donoren die informatie over en contact met elkaar zoeken neemt toe. Daar waar het beleid enkel kiest voor anonieme donatie, zien we een toename van verwanten die elkaar opsporen via commerciële DNA-testen (Crawshaw et al., 2021). Ook deze situaties vragen begeleiding.

5.3.3 Waarom kiezen voor een expertisecentrum?

In het interview met vzw Donorfamilies (persoonlijke communicatie, 4 juni 2021) werd aangegeven dat ze een tekort aan informatie en ondersteuning ervaren voor de (wens)ouders. Bovendien is de informatie niet transparant, beschikbaar voor en in het belang van iedereen. Zij verdedigen de belangen van donorfamilies door hen gratis informatie en advies aan te bieden. Ook willen ze het contact met de professional stimuleren en het maatschappelijk debat rond medisch begeleide voortplanting met gametendonatie hooghouden (zie 2.5.5).

De vzw geeft aan dat er privé- counselors zijn waarbij de (wens)ouder terecht kan, maar dat dit heel wat geld kost. Ze zien aan het grote aantal leden die zich vanuit alle hoeken van België verplaatst om deel te nemen aan hun activiteiten, dat er grote nood is aan meer (professionele) begeleiding. Ze vinden zichzelf niet geschikt om aan alle (psychologische) vragen en noden van hun (wens)ouders te voldoen. De vzw Donorfamilies geeft aan dat het water hen tot aan de lippen staat en dat er nood is aan professionele ondersteuning die het (deels) van hen kan overnemen. Ook Indekeu (persoonlijke communicatie, 19 mei 2021) gaf aan dat ze de nood aan meer en beter ondersteuning van de (wens)ouders voelt aan het groot aantal inschrijvingen op haar webinars (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021).

Bij de screening en de begeleiding bij adoptie (Vzw Steunpunt Adoptie, persoonlijke communicatie, 25 mei 2021) wordt aandacht besteed aan het welzijn van het kind en een degelijke ondersteuning van de ouders. Zowel tijdens de screeningsprocedures als bij het opvoeden van de kinderen zelf. Dit laatste is dan weer bij pleegzorg het sterkst aanwezig doordat elk pleeggezin een trajectbegeleider krijgt die hen blijft opvolgen (Vzw Steunpunt Adoptie, persoonlijke communicatie, 25 mei 2021). Uiteraard gaat dit over een andere situatie, namelijk (kandidaat) adoptie-of pleegouders die (mee)helpen de kinderen van een ander op te voeden. Deze kinderen dragen een hele rugzak en trauma's met zich mee.

Opvallend bij adoptie is de werking die bestaat uit een versnipperd landschap van verschillende diensten waarbij elk zijn eigen deel van de screening of de begeleiding voor zich neemt. Niet alleen hebben de diensten zelf daardoor niet steeds een overzicht hoe het er precies bij een ander aan toe gaat, ook voor de (kandidaat) adoptieouder is het niet steeds duidelijk voor welke vraag ze waar terecht kunnen. Dit is vnl. te merken bij de nazorg van adoptiegezinnen (Vzw Steunpunt Adoptie, persoonlijke communicatie, 25 mei 2021).

Een expertisecentrum als centraal informatie- begeleidings- en aanspreekpunt is het meest geschikt om op de eerste plaats de belangen van de (wens)ouders te verdedigen, maar ook in te zetten op de rechten en de belangen van het kind en de donoren. Daarnaast kan het expertisecentrum een brugfunctie opnemen tussen de (wens)ouders en de fertiliteitscentra.

Zowel de begeleiding van adoptie als pleegzorg start met een aantal infosessies voor de kandidaat ouders waarbij wordt stilgestaan bij de implicaties eigen aan adoptie-of pleegzorg (Vzw Steunpunt Adoptie, persoonlijke communicatie, 25 mei 2021). Dit deel, gericht op donorconceptie, lijkt me een meerwaarde om als verplicht onderdeel in te zetten bij alle wensouders die kiezen voor het

gebruik van donorgameten. Deze infosessies kunnen vanuit het expertisecentrum voor alle wensouders op dezelfde manier verlopen.

Er zijn wensouder die niet de tijd namen om weloverwogen beslissingen te maken over hun traject met een gametendonor, vb. omdat de behandeling binnen de centra heel snel in gang wordt gezet. Hierdoor is er ook weinig tijd om het verlies van fertiliteit te verwerken (indekeu, 2016). De infosessies kunnen de wensouders ertoe aanzetten langer stil te staan bij de te nemen beslissingen.

Dit betekent dat de behandeling binnen het fertiliteitscentrum pas van start kan gaan na deze infosessies te hebben doorlopen. Hoewel er weerstand te voelen is bij wensouders rond (verplichte) counseling, toont onderzoek aan dat dit werd genormaliseerd en geaccepteerd wanneer dit van alle wensouders verwacht werd te doen (Emery et al., in Benward, 2015; zie 4.6.1).

Verplichte infosessies voor alle wensouders die gebruik maken van donorgameten zouden bijgevolg minder weerstand kunnen opwekken. Dit staat in contrast met de verscheidenheid aan (verplichte) counseling binnen de fertiliteitscentra die nu voor handen is. Ook bij adoptie geven de kandidaat ouders aan dat ze de vele infosessies, screening en begeleiding terecht vinden en een meerwaarde is voor alle mensen die aan kinderen krijgen, denken. Hoewel het traject bij adoptie heel zwaar en lang is (Vzw Steunpunt Adoptie, persoonlijke communicatie, 25 mei 2021).

Tijdens de infosessies komen belangrijke thema's als verlies van genetische verwantschap, de keuze voor een anonieme of gekende donor en de bekendmaking aan het netwerk en het kind ter sprake. Verder zal worden geduid dat de werking binnen de fertiliteitscentra kan verschillen en dat elke (wens)ouder er belang bij heeft de voor hem beste aanpak, zowel naar medische behandeling als naar psychosociale begeleiding toe, te vinden.

Ik concludeerde dat de werking binnen de fertiliteitscentra niet steeds overzichtelijk en eenduidig was (zie 4.5.1). Noch over de doelgroepen die binnen een centrum wordt behandeld, noch over de behandelingen zelf. Naast de infosessies is er ruimte in het begeleiden van wensouders naar het voor hen geschikte en best bereikbare fertiliteitscentrum en de eventuele screening, als ze dit zelf wensen.

Volgens Benward (2015) is de wensouder het beste gebaat wanneer de dienst (in dit geval het expertisecentrum) kan achterhalen wat voor soort hulp de (wens)ouder zoekt en hoe deze wordt geboden. Daarom zal tijdens de infosessies ook meer informatie gegeven worden over de verdere begeleiding die het expertisecentrum aanbiedt en over de screening binnen de fertiliteitscentra. Door de infosessies en de mogelijke begeleidingen binnen het expertisecentrum te leggen en te scheiden van de screening in het fertiliteitscentrum, kan de counselor loskomen van zijn dubbele rol van adviseur en beoordelaar. Zo wordt voor de wensouder duidelijk wat de rol is van de counselor binnen het fertiliteitscentrum en die van de counselor binnen het expertisecentrum. Hiermee kan worden tegemoetgekomen aan het creëren van een veilige omgeving binnen het expertisecentrum waar de (wens)ouder met alle vragen terecht kan.

De counselors kunnen ondersteuning bieden bij de beslissingen die (wens)ouders moeten maken, waarbij rekening gehouden wordt met de psychosociale impact op elk lid binnen de familie. Ook de sociale context, cultuur en familiewaarden waarin het kind zal worden opgevoed, krijgt aandacht. Aanbevelingen die Hammer Burns en Covington in 1999 maakten (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Volgens Weyverkes en Buysse (2015) kunnen we donorconceptie niet langer zien als enkel een medische ingreep. Het is een alternatieve vorm van een gezinsvormingsproces. Bij dit proces kan

men zich niet enkel focussen op de ouder en zijn (nakend) ouderschap, maar moet er ook aandacht zijn voor het (toekomstige) kind. Daarbij pleiten Weyverkes en Buysse (2015) voor een aanpak die het gehele gezin in beschouwing neemt. Dit is een visie die ik met hen deel. Het expertisecentrum heeft de mogelijkheid zich daarop toe te spitsen. Naast aandacht en begeleiding voor de (wens)ouder en het kind, is ook aandacht en begeleiding voor de (gekende) donor. De donor die onrechtstreeks ook betrokken is in het gezinsleven.

De vzw Donorfamilies geeft aan dat ze voornamelijk worden benaderd door donorfamilies: gezinnen waarbij de donorkinderen reeds in volle ontwikkeling zijn. Dit is een groep die volgens Hammer Burns en Covington (1999) moeilijk bereikbaar is. Na de behandeling gaan ze als het ware op in de massa. Andere professionele hulpverleners waarmee ze te maken krijgen in het latere leven, zijn niet steeds op de hoogte van de conceptierealiteit, wat gerichte doorverwijzing bij problemen of uitdagingen gerelateerd aan donorconceptie kan uitsluiten.

Wanneer we het hele gezin in beschouwing nemen is het belangrijk om ook na de conceptie begeleiding aan te bieden. Nekkebroeck (persoonlijke communicatie, 2 augustus 2021) geeft aan dat ze ook in het UZ Brussel ruimte hebben gecreëerd voor psychosociale begeleiding voor ouders van donorkinderen, als voor donorkinderen zelf. Daarbij geeft ze aan dat de klinische setting, plus de herinneringen aan de fertiliteitsbehandeling een drempel kunnen vormen voor verdere begeleiding na de gezinsvorming binnen de fertiliteitscentra. Ook hier zie ik de rol van het expertisecentrum dat een veilige plek biedt, als een meerwaarde.

Naar het zorgpersoneel kan ook aandacht gaan binnen het expertisecentrum. Aan hen worden opleidingen geboden die inzetten op patiëntgerichte zorg, met als doel de communicatieprocessen tussen personeel en wensouders te vergemakkelijken (Strauss, & Boivin, cit. in ESHRE, z.d.).

Het expertisecentrum staat zelf in voor onderzoek. Hiertoe kunnen ze, in samenspraak met de betrokkenen, data verzamelen. Bovendien kan elk recent extern onderzoek van dichtbij worden opgevolgd. Crawshaw et al. (2021) stellen dan ook dat de uitwisseling van expertise tussen verschillende professionals die zich op een ander domein van de fertiliteitsbehandeling met donorgameten specialiseerde, elkaar voordeel kunnen doen tijdens de behandelingen. Zo kan de kennis van de medewerkers van het expertisecentrum steeds worden bijgeschaafd en de werking van het expertisecentrum steeds worden bijgestuurd.

Isabel ervaaarde een tekort aan transparantie over de informatie die ze kreeg. Ze had geen idee over het verschil tussen een A en B centra en hun werking. Het ontbrak haar aan informatie over de mogelijkheid van het invriezen van haar eicellen. Ook bij de beleving van het verlies van genetische verwantschap was ze beter geholpen geweest, had ze ondersteuning kunnen vragen in het expertisecentrum. Isabel geeft aan dat ze niet weet waar ze, nu haar zoon geboren is, naartoe kan met verdere vragen als gevolg van de donorconceptie. Ook voor haar lijkt een expertisecentrum voor donorconceptie een meerwaarde.

In wat volgt tracht ik een eerste inhoudelijk beeld te vormen hoe het expertisecentrum te werk gaat en waarom. Daarbij zal ik me voornamelijk focussen op de begeleiding van de (wens)ouders.

5.3.4 Het expertisecentrum: Visie²²

De begeleiding van (wens)ouders die een beroep doen op gametendonatie verloopt binnen het expertisecentrum met aandacht voor de specifieke noden van elke wensvraag. Het basisaanbod is

²² Zie infofolder bijlage 3

voor elke (wens)ouder dezelfde. Hiermee beogen we **respect voor de diversiteit** aan gezins-en relatiesamenstelling en culturele verschillen.

We creëren daarbij een **veilige omgeving** en nodigen de (wens)ouders uit ten alle tijden beroep te doen op onze expertise.

Elke wensouder is een potentiële ouder. We schenken aandacht aan elke hindernis of mogelijke valkuil in de beslissing bij donorconceptie en bij de toelating tot een behandeling. Hier hangt geen oordelend karakter aan vast. Er wordt ingezet op begeleiding om de **draagkracht** van elke potentiële ouder te verhogen.

We geloven in de kracht van elke (wens)ouder. We zetten in op **empowerment**, waarbij zelfvertrouwen en een positief zelfbeeld wordt bevorderd. Elk individu leert opkomen voor zijn eigen wensen en verantwoordelijkheid nemen voor het eigen handelen.

Er is aandacht voor verschillende maatschappelijke en culturele betekenissen van donorconceptie en ouderschap. Er wordt stilgestaan bij de psychosociale impact van de conceptie bij de donorkinderen, hun ouders en de ruimere context.

Er is niet enkel oog voor de rechten van de (wens)ouders en de donors, maar ook voor die van het kind. **Gezinsrelaties** worden versterkt doordat er aandacht gaat naar elke betrokkene bij de donorconceptie, met aandacht voor de betekenis en de rol van de donor binnen het gezinsverhaal.

Onze medewerkers beogen een **meerzijdige partijdigheid**. Elke betrokkene bij de donorconceptie wordt gehoord, ongeacht zijn visie, gezichtspunt, leeftijd of toestand. Al onze medewerkers zullen dialoog bevorderen tussen de betrokkenen, waarbij aandacht is voor het luisteren naar ieders verhaal.

5.3.5 Het expertisecentrum: Missie

We zijn een **laagdrempelig** expertisecentrum voor elke **(wens)ouder** die aan gezinsuitbreiding doet via eicel-zaadcel-of embryodonatie.

Als expertisecentrum geven we de (wens)ouders **informatie, advies** en waar nodig **ondersteuning** voor, tijdens en na de behandeling.

Tijdens de **verkennende infosessies** brengen we wensouders in contact met de centrale thema's die bij donorconceptie komen kijken. Daarnaast wordt stilgestaan bij de diversiteit bij de werking van fertiliteitscentra. Een juridisch kader rond de psychosociale begeleiding van (wens)ouders is niet voorzien binnen de MBV-wet. Daarom zetten wij een duidelijk begeleidingsplan op, **op maat** van elke (wens)ouder.

Participatie van alle betrokkenen is daarbij van cruciaal belang. Dit betekent respect voor de diversiteit aan onze (wens)ouders, maar ook aandacht voor de (toekomstige) donorkinderen en voor de donoren. We beogen een goede samenwerking met de fertiliteitscentra, waarbij open communicatie en vertrouwen centraal staat.

We bieden (wens)ouders, maar ook donorkinderen en donoren buiten de fertiliteitscentra om, een aanbod aan **groepsessies** en **workshops** op maat gefaciliteerd door ervaringsdeskundigen en adviseurs.

Er is de mogelijkheid tot persoonlijke **infomomenten en adviesgesprekken** bij één van onze maatschappelijke medewerkers (adviseurs) die de (wens)ouder in elke fase van de gezinsvorming (voor, tijdens, na het fertiliteitstraject) kan consulteren.

Voor de meer specifiek **psychosociale begeleiding** staan onze psychologen gespecialiseerd in fertiliteitsbehandelingen en het gebruik van donorgameten ter beschikking. Ook zij zijn bij elke fase van de gezinsvorming te consulteren.

Na het psychologisch consult of na de screening in een fertiliteitscentrum bieden we de mogelijkheid met vragen of bezorgdheden bij ons langs te komen. Hierbij kunnen wij **terugkoppelen en in dialoog treden met het fertiliteitscentrum** om zo meer informatie te verschaffen aan de wensouder.

We fungeren als **brugfiguur** tussen (wens)ouders, fertiliteitscentra en beleidsmakers, waarbij **dialoog en verbinding** centraal staat.

Ons expertisecentrum wil **beleidsmakers** inspireren om het beleid betreffende de MBV-wet te versterken, met aandacht voor de wensen en noden van alle betrokken partijen.

Naast groepssessies en workshops voor ouders, is er ook aandacht voor het zorgpersoneel binnen de fertiliteitscentra. Daarbij staan we in voor **vorming en expertise**. Aan het zorgpersoneel van fertiliteitscentra worden opleidingen geboden die vb. inzetten op patiëntgerichte zorg.

We gaan **netwerken** met al onze partners, waarmee we vormgeven aan een betere aanpak rond het begeleiden van wensouders, donorkinderen en donoren. Naast het uitwerken van vormingen op maat, kunnen we ook gericht doorverwijzen naar één van onze partners wanneer we niet kunnen antwoorden op een specifieke hulpvraag buiten onze expertise om.

Door onze brede aanpak trachten we taboedoorbrekend te werken.

5.3.6 Het expertisecentrum: Kerntaken

1. **Advies, informatie en begeleiding** verstrekken aan (wens)ouders, donorkinderen en de (gekende) donoren gedurende elke fase van de gezinsvorming
 - Algemene verplichte infosessies voor elke wensouder
 - Advies en info op maat van de wensvraag
 - Groepssessies op maat onder begeleiding van (vrijwillige) ervaringsdeskundigen
 - Workshops op maat
 - Psychosociale begeleiding bij een psycholoog met kennis van fertiliteitsbehandelingen met donorgameten
 - Jaarlijks magazine met ervaringen, wetenschappelijke onderzoeken en onze jaarkalender
2. **Vormingen** aanbieden aan het zorgpersoneel van de fertiliteitscentra
3. **Beleidsadviezen** opstellen gebaseerd op evidenced based werken waarbij de (wens)ouders, de donorkinderen, de donoren en de fertiliteitscentra actief betrokken worden.

5.3.7 Het expertisecentrum: Positionering, profilering en partners

Het expertisecentrum richt zich op de eerste plaats op het behartigen van de belangen van de **(wens)ouder**. Daarbij benadrukken we onze adviserende en informerende rol. Aan onze psychosociale begeleiding hangt geen oordelend karakter vast. Daarmee onderscheiden we ons van het screenend gedeelte binnen de fertiliteitscentra. Om aan alle noden van de (wens)ouders te voldoen zetten we in op participatie.

Elke opstart van een fertiliteitsbehandeling start met een **verplichte infosessie** bij ons expertisecentrum. Hierna krijgt elke (wens)ouder de **autonomie** in zijn keuze naar een fertiliteitscentrum toe of in het verder exploreren en voorbereiden op de donorconceptie in ons expertisecentrum.

Eenmaal in behandeling fungeren we als **brug** tussen de fertiliteitscentra en de wensouders. Dit is een aanpak die in beide richtingen werkt. Zo kan de wensouder ons contacteren bij vragen over de duidelijkheid rond de werking of de beslissing binnen het fertiliteitscentrum. En omgekeerd kan het fertiliteitscentrum ons (met goedkeuring van de wensouder) contacteren om meer informatie over de wensouder te verkrijgen, met het voorstel tot meer advies en informatie of een intensieve psychosociale begeleiding.

Omdat het krijgen van een donorkind verder rijkt dan het beoogde doel van de medische wereld, een zwangerschap tot stand brengen, is er aandacht voor de **donorkinderen** en hun noden. Afhankelijk van de wensvraag van de donorkinderen kunnen we zelf advies of begeleiding geven, of we kunnen doorverwijzen naar één van onze partners vzw Donorkinderen of het Afstammingscentrum. Ook is er aandacht en ondersteuning voor de donoren zelf.

Door onze brede aanpak gericht naar alle betrokkenen bij donorconceptie, het ouderschap en familielevens na donorconceptie onderscheiden we ons van een aantal partners (vzw-kinderwens, vzw-donorkinderen, het afstammingscentrum, Kind en Gezin en de fertiliteitscentra) die zich focussen op andere of bredere expertise. Daarnaast laten we ons bijstaan door de jarenlange ervaringen van de vrijwilligers, de ervaringsdeskundigen van vzw Donorfamilies.

We gaan **Evidenced based** te werk, waarbij onze onderzoekers ons op de hoogte houden van de allerlaatste bevindingen en onderzoeken bij donorfamilies. Alle medewerkers scholen zich voortdurend bij vanuit wetenschappelijke kennis bij fertiliteitsbehandelingen, donorconceptie en over het psychosociaal functioneren van donorfamilies.

Er is oog voor reflectie over de werking van ons expertisecentrum. Op regelmatige basis zullen we feedback vragen bij alle betrokken partijen naar de tevredenheid van onze werking. Daarbij is ruimte voor het delen van ervaringen en suggesties. Zo kunnen we niet alleen onze organisatie verbeteren, ook zetten we in op **participatie** van alle betrokkenen.

Partners zijn: vzw Donorfamilies, vzw Kinderwens, vzw-donorkinderen, het Afstammingscentrum Kind en Gezin, de fertiliteitscentra en de Huizen van het Kind. In samenspraak met hen kunnen infomomenten en studiedagen georganiseerd worden. Ook kan er gericht naar hen doorverwezen worden wanneer hun specifieke expertise is vereist.

5.3.8 Het expertisecentrum: Wie is wie binnen onze organisatie?

Onze **adviseurs**: zijn professioneel geschoolde werkers in het sociaal agogisch werk. Ze scholen zich steeds bij over de laatste bevindingen rond donorconceptie en elk sociaal thema dat erbij komt kijken. Naast de adviserende en informatieve rol nemen ze de taak op zich om workshops te organiseren. Bovendien staan ze in voor het uitwisselen van informatie tussen de fertiliteitscentra en de wensouders

Onze **psychologen** zijn gespecialiseerd in het begeleiden van (wens)ouders, donorkinderen en donoren. Bij hen kan je terecht voor alle psychosociale facetten rond donorconceptie. Dit gaat van verwerkingsprocessen bij verlieservaringen van fertiliteit en genetische verwantschap, tot relatieproblemen of depressieve gevoelens en angsten voor of als gevolg van donorconceptie.

Onze **vrijwilligers** zijn ervaringsdeskundigen op het gebied van fertiliteitsbehandelingen en/of gezinsvorming met gametendonoren. Ze staan de (wens)ouders bij tijdens de laagdrempelige groepssessies waar ze een faciliterende functie hebben. Ook zijn ze aanwezig tijdens informele bijeenkomsten op vraag van (wens)ouders. Daarnaast kunnen ze de adviseurs bijstaan tijdens de workshops.

Onze **onderzoekers** gespecialiseerd in fertiliteitsbehandelingen en donorconceptie, de psychosociale en culturele dimensies ervan, houden ons op de hoogte van de laatste ontwikkelingen en bevindingen binnen de donorconceptie. Zowel op medisch en juridisch niveau als op psychosociaal niveau.

Onze **(wens)ouders** krijgen een stem via een digitaal platform waar ze ervaringen en suggesties kunnen delen. Ook is er de mogelijkheid tot open communicatie waarbij feedback kan worden gegeven aan alle medewerkers van ons centrum. Dit telt ook voor onze **donorkinderen** en **donoren**.

5.3.9 Het expertisecentrum: Strategische (SD) - en operationele doelstellingen (OD)²³

SD 1. Informatie en advies verstrekken aan alle (wens)ouders, donorkinderen en donoren met aandacht voor de diversiteit aan relatiestatus en gezinscultuur.

Toekomstige ouders hebben meer nood aan beschrijvende literatuur. Dit helpt hen beter te begrijpen hoe het is op te groeien in een familie die koos voor donorconceptie (Hammer Burns, & Covington, 1999; Crawshaw et al., 2019). Crawshaw et al. (2019) stellen dat de primaire focus van de psychosociale counseling zou moeten liggen op het praten over donorconceptie, het aanvaarden van zaken en het voorbereiden op het copen met aanhoudende gevoelens binnen de context van het gezinsleven en de omgeving. Dit stelt (wens)ouders in staat beter geïnformeerde beslissingen te nemen en (toekomstige) familierelaties te versterken. Dit vereist een psycho-educatieve benadering: de combinatie van informatie delen en emotionele ondersteuning en advies verstrekken bij beslissingen binnen de individuele, gezins- en sociale contexten (Crawshaw et al., 2019).

Door te focussen op de informatieve en adviserende rol van ons expertisecentrum verlagen we de drempel naar verdere psychosociale begeleiding binnen ons centrum of bij de psycholoog of counselor van het fertiliteitscentrum. Net zoals Crawshaw et al. (2019) aangeven is het niet de bedoeling de (wens)ouders een bepaald pad te laten volgen. Dialoog wordt aangemoedigd om met uitdagingen rond donorconceptie om te gaan. Daarbij is aandacht voor de (toekomstige) relaties tussen ouders en donorkind, dit zonder te pathologiseren (Crawshaw et al., 2019).

OD 1.1 Het expertisecentrum organiseert eerste verplichte informatiesessies voor elke wensouder

Omwille van de autonomie van de wensouders is een verplichte counseling voorafgaande aan de fertiliteitsbehandeling een moeilijke opdracht. Dit roept weerstand op bij de wensouders die net als alle andere ouders een kind willen opvoeden, zonder inmenging van buitenaf.

Onderzoek toont aan dat wensouders die psychosociale ondersteuning kregen deze als positief ervaren (zie 4.6.1).

Wij kiezen voor een middenweg. Geen verplichte counseling, maar een verplichte infosessie waarbij alle aandachtspunten rond donorconceptie worden meegegeven. Daarbij worden een aantal signalen meegegeven over wat er uit onderzoek bij donorfamilies boven komt. Er wordt informatie

²³ In het kader van dit eindwerk, focus ik mij enkel op de doelstellingen die de (wens)ouders aanbelangen. Dit betekent niet dat andere doelgroepen worden uitgesloten.

verschafft over de te nemen stappen. Ook wordt de mogelijkheid geboden om individueel advies en informatie in te winnen. Deze infosessies vinden wekelijks plaats. Wensouders kunnen uit eigen beweging inschrijven voor deze sessies, of ze kunnen zijn doorverwezen door een fertiliteitscentrum.

Actie 1.1.1 Het expertisecentrum ontwikkelt in samenspraak met de fertiliteitscentra en de onderzoekers doelgerichte en algemene thema's die aandacht vragen bij het gebruik van donorconceptie.

Belangrijke thema's zijn:

- Omgaan met het verlies van genetische verwantschap
- De keuze voor de donor (anoniem/gekend)
- De keuze voor het fertiliteitscentrum
- Bekendmaking van de conceptie aan het netwerk/het kind²⁴
- De plaats van de donor binnen het gezinsverhaal²⁵
- Het kind en zijn rechten²⁶
- De groei naar het (psychosociaal) ouderschap²⁷

Actie 1.1.2 Het expertisecentrum ontwikkelt, test en evalueert de infosessies

- Na overleg met de partners over de belangrijkste thema's, stelt het expertisecentrum een infosessie samen met bijhorende visuele ondersteuning, ervaringen van lotgenoten en infobrochures
- In samenwerking met vrijwillige deelnemers gerekruteerd via de fertiliteitscentra wordt het eerste prototype infosessie uitgetest.
- De vrijwillige deelnemers evalueren de infosessie aan de hand van een vragenlijst met zowel gesloten als open vragen. Daarbij hebben ze de kans om suggesties mee te geven.

Had Isabel op het moment dat ze de optie overwoog om BAM te worden via een spermadonor (voor de leeftijd van 37 jaar) de infosessies kunnen volgen, had ze al haar bijkomende vragen (ook over het invriezen van de eicellen) kunnen stellen. Zo had ze niet alleen tijdig haar eicellen kunnen laten invriezen, ook had ze sneller de weg gevonden naar het fertiliteitscentrum waar ze haar het meest geholpen voelde. Informatie over het verschil tussen de A en B centra was daarbij belangrijk geweest voor Isabel.

²⁴ Zowel Skoog Svanberg et al. (2019) als Zadeh et al. (2016) geven aan dat de wensouders in de bekendmaking beïnvloed worden door het zorgpersoneel. Ouders die worden aangemoedigd het verhaal over de donatie aan het kind te vertellen, doen dit ook vaker.

²⁵ Door de donor 'als persoon' te zien via dvd's waarin door donoren verwekte kinderen vertellen welke betekenis 'hun' donor of donorbroers en zussen voor hen hadden of wanneer ontvangende ouders hun ervaringen delen met hun kinderen of hen helpen zoeken naar genetische verwanten, krijgen ouders meer vertrouwen in hun rol als (niet-genetische) ouder (Crawshaw et al., 2019). De keuze van de donor kan bepalend zijn bij de bekendmaking aan het kind.

²⁶ Zie veranderingsvoorstel 3: (Wens)ouders ondersteunen bij te maken beslissingen in het belang van het (toekomstige) donorkind – een stappenplan (5.4)

²⁷ Door het aanbieden van psycho-educatieve informatie wordt aandacht gegeven aan gevoelens en het ontwikkelen van copingstrategieën bij het omgaan met donorconceptie en bij het leven binnen een donorgezin. Daarbij kan worden ingezet op het belang van actief ouderschap. Ouderschap wordt dan een sociale constructie waarin gelijkenissen in uitdrukkingen, houdingen, gebaren en activiteiten gezamenlijk gecreëerd worden (Isaksson, et al., 2019). Een hoger vertrouwen in het ouderschap tussen de niet-genetische ouder en de relatie met het kind heeft bovendien een positieve invloed op de bekendmaking van de donorconceptie (Crawshaw et al., 2019).

OD 1.2 Het expertisecentrum helpt wensouders voor te bereiden op de screening

Dit betekent niet het omzeilen van de screening door sociaalwenselijk te antwoorden. Wel wordt er stil gestaan bij de voorwaarden waarop de psychologen binnen de fertiliteitscentra screenen. Hoewel wij pleiten voor een gelijke screening van elke wensouder, ongeacht relatiestatus, kunnen de aandachtspunten per doelgroep verschillen (zie 5.2).

Tijdens deze voorbereiding wordt aandacht gegeven aan belangrijke factoren waar verschillende fertiliteitscentra vanuit hun beleid per doelgroep belang aan hechten:

- *Netwerk*
- *Financiën*
- *Autonomie*
- *Psychische stabiliteit*
- *Medische redenen*

Wanneer een bepaald thema bij de screening een hindernis kan vormen om toegelaten te worden, kunnen wensouders samen met de juiste begeleiding op maat, werken aan verbetering rond dat specifieke thema.

OD 1.3 Het expertisecentrum gaat evidenced based te werk om inzichten en vrijblijvend advies en informatie uit te werken op maat van de hulpvraag

Actie 1.3.1 Het expertisecentrum brengt alle doelgroepen in beeld

Alle wens koppels, alleenstaande wensmoeders, alleenstaande wensvaders, gekende en anoniem donoren, draagmoeders, donorkinderen, relationele samenstellingen die kiezen voor co-ouderschap zonder partnerrelatie. Ook is er extra aandacht voor de partners van de vrouw die in behandeling is. Maar ook alle ouders van donorkinderen, donorkinderen zelf en de donoren.

Actie 1.3.2 Het expertisecentrum laat zich ondersteunen door wetenschappelijke informatie om de adviseurs, psychologen en vrijwilligers 'bij te scholen' omtrent alle aspecten rond donorconceptie

Actie 1.3.3 het expertisecentrum geeft een jaarlijks magazine uit rond donorconceptie

Hiermee trachten we alle betrokkenen te blijven ondersteunen met de nieuwste bevindingen rond donorconceptie en alle aspecten die er bij het ouderschap komen kijken. Zo trachten we ouders (en hun kinderen) de weg naar het expertisecentrum terug te laten vinden wanneer ze verdere begeleiding nodig hebben.

Via dit magazine zou Isabel bij interesse een zicht hebben op de activiteiten van ons expertisecentrum. Ook zou dit haar extra informatie kunnen verschaffen bij vragen die zich in het latere leven rond de donorconceptie kunnen voordoen. Maar bovenal, wordt ze elk jaar herinnert aan ons bestaan, wat haar gemakkelijk de weg laat vinden wanneer ze extra ondersteuning zoekt.

SD 2. Het expertisecentrum biedt laagdrempelige groepssessies en workshops aan voor alle (wens)ouders (donorkinderen en donoren)

Hammer Burns en Covington (1999) geven aan dat supportgroepen wensouders die voor de keuze staan over te gaan op donorconceptie kunnen helpen bij het begrijpen, accepteren en het maken van de keuzes.

OD 2.1. Het expertisecentrum biedt laagdrempelige groepssessies waarbij de (wens)ouder (donor, donorkind) vrijuit kan spreken

Voor de **laagdrempelige groepssessies** laten we ons inspireren door zelfhulpgroepen. We kiezen er voor deze sessies te faciliteren door onze vrijwilligers die tevens ervaringsdeskundigen zijn bij het gebruik van fertiliteitsbehandelingen en/of het uitbouwen van een donorgezin.

Volgens Thorn (cit. in ESHRE, z.d.) zullen door de afwezigheid van een professionele hulpverlener de deelnemers zich niet gepathologiseerd voelen of psychologisch gestigmatiseerd. Bovendien vinden de meeste wensouders het gemakkelijker om gedetailleerde vragen te stellen in een ontspannen, meer persoonlijke setting dan bij een counselor. Dit leidt tot een open communicatie over persoonlijke aspecten. Hoewel deze groepen niet zijn opgezet om therapeutische begeleiding te bieden, worden de deelnemers bewust van hun individuele moeilijkheden en kunnen ze worden gemotiveerd om hulp te zoeken bij een hulpverlener. De wensouders worden mondiger en hun autonomie wordt bevorderd. Deze groepssessies werken empowerend (Thorn, in ESHR, z.d.).

Onze vrijwilligers worden aangemoedigd om zelf de thema's voor de groepssessies te bepalen. Ook is de input over de thema's door de (wens)ouder mogelijk.

Tijdens deze sessie wordt steun geboden en informatie uitgewisseld. Net zoals vzw Donorfamilies aangeeft is het niet de bedoeling om de fertiliteitscentra en de artsen te beoordelen (zie 2.2.5). Het gaat over delen van eigen ervaringen en gevoelens bij de behandeling en de gezinsvorming. Het delen van emotionele reacties, het ondersteunen in een rouwproces, delen van gebrek aan eigenwaarde... heeft een helend en normaliseerend effect. Door het uitwisselen van copingstrategieën, inspireren (wens)ouders elkaars in hun aanpak hoe om te gaan met de uitdagingen die donorconceptie met zich meebrengt (Thorn, cit. in ESHRE, z.d.).

De thema's sluiten aan bij de thema's die tijdens de verplichte infosessies worden meegegeven. In onze groepssessie laten we alle doelgroepen aan bod komen. We houden sessies op maat.

Dit betekent dat de groepssessies per thema zowel gemengd als per doelgroep kunnen plaatsvinden. Zo kunnen er naast groepssessies voor koppels, ook groepssessies zijn voor elk individu van het koppel apart. Zo willen we meer aandacht geven aan de partners. Deze geven namelijk aan dat tijdens de behandeling de focus ligt op de vrouw die de donorconceptie ondergaat. Vaak voelt de partner zich buitengesloten tijdens de behandeling (Indekeu, 2016). Ook wanneer de vrouw moeilijk zwanger geraakt, kunnen ze zich tekort gedaan voelen als partner omdat de vrouw zich veel meer focust op het toekomstige kind waarbij de partner zich als ondergeschikt kan voelen (zie 2.2.4). Het verwerkingsproces en de manier waarop rouw zich toont kan verschillend zijn bij de man en de vrouw (zie 2.2.2 en 2.4.1).

Thorn (cit. in ESHRE, z.d.) noemt een aantal nadelen aan zelfhulpgroepen. Zo ervaren ze moeilijkheden bij het werven van leden, is er gebrek aan continuïteit van de participatie,

vermindering van motivatie, gebrek aan leiderschap en gebrek aan verkennen van emotionele kwesties. Bovendien stuiten ze vaak op onbegrip en afwijzing van de professionals (Thorn, in ESHRE, z.d.). Door het faciliteren (wat in zelfhulpgroepen niet gebeurt) van de groepssessie door een vrijwilliger is hierbij een meerwaarde.

De vrijwilliger zal bovendien ondersteund worden in zijn kennis door het expertisecentrum en kan algemene bevindingen die tijdens de groepssessies boven komen terugkoppelen naar het expertisecentrum toe.

OD 2.2. Het expertisecentrum biedt laagdrempelige workshops aan waarbij de (wens)ouder (donor, donorkind) vrijuit kan spreken

Workshops hebben als doel een ondersteunend of therapeutisch aanbod te creëren. Deze worden georganiseerd en begeleid door onze geschoolde sociaal werkers (adviseurs), waarbij hij met zijn expertise in fertiliteitsbehandelingen en gezinsuitbouw aan de hand van donorconceptie de deelnemende (wens)ouders positief beïnvloedt. Daarbij is aandacht voor de autonomie en empowerment van de (wens)ouders.

Deze workshops versterken de draagkracht en de copingsstrategieën van de (wens)ouder, met aandacht voor het bevorderen van communicatie en versterken van gezinsrelaties.

Donorconceptie is een proces waarbij gedurende de levensloop en ontwikkeling van de kinderen nieuwe vragen en moeilijkheden kunnen ontstaan als gevolg van de donorconceptie.

Veel ouders die beslist hebben om over te gaan tot bekendmaking van de donorconceptie worstelen met het hoe en wanneer vertellen (2.5.2). Dit is één van de belangrijkste workshops die we aanbieden.

Indekeu (2016) geeft aan dat wanneer het kind interesse begint te tonen naar de donor, de rol van de donor opnieuw in beeld komt. Sommige ouders voelen zich hier ongemakkelijk bij. Een donorkind heeft een andere positie t.o.v. de donor dan de ouders. De betekenis die het kind geeft aan de donor, staat los van de beleving van de ouders (zie 2.5.2). Zo kan een workshop vb. focussen op de communicatie rond dit thema met het kind, maar ook met het omgaan van de eigen emoties.

Naast communicatie met het kind kan ook gewerkt worden aan het beter begrijpen van en het communiceren tussen partners over belangrijke thema's bij infertiliteit en het gebruik van donorgameten. Denk daarbij aan inzicht in elkaars rouwproces, verlies van genetische verwantschap, keuze voor de donor, beslissingen rond de bekendmaking...

Door het aanbieden van deze workshops kunnen we de drempel tot al deze thema's verlagen en bespreekbaar maken. Bij een psycholoog zit je in een sessie, alleen, met je verhaal. In de workshops ervaren de deelnemers dat ze niet de enige zijn die voor de vele uitdagingen staan bij donorconceptie en de beleving ervan binnen het gezin.

Het grote verschil met de groepssessie is dat er professionele begeleiding is. De deelnemers gaan actief aan de slag met het leren communiceren over en copen met specifieke thema's en gevoelens die de behandeling en een donorgezin met zich meebrengt. Wanneer de adviseur onderliggende problemen detecteert, kan hij advies geven om bepaalde zaken gerichter aan te pakken. Daarbij kan een verwijzing naar persoonlijke sessies bij de psycholoog aan de orde zijn.

Isabel zou eender welke groepssessie of workshop kunnen volgen die aansluit bij haar behoefte van dat moment. Zo had ze bij de keuze voor haar tweede kindwens een workshop kunnen volgen met als thema: de donorconceptie binnen het netwerk. Hierbij gaat ze met lotgenoten

verhalen uitwisselen over de reacties binnen het netwerk en hoe men met deze reacties kan omgaan. Bovendien zouden de workshops en de groepsessies omwille van hun vrijwillige karakter en het contact met ander (wens)ouders haar kunnen bijstaan bij haar persoonlijke doel: het uitbouwen van een netwerk voor haar zoon, waarbij de gezinsvorming op een niet-conventionele manier verloopt.

SD 3 Het expertisecentrum biedt individuele psychosociale begeleiding aan op maat van de hulpvraag, zonder oordelend karakter²⁸

(Wens)ouders kunnen tijdens de behandeling, maar ook tijdens het ouderschap geconfronteerd worden met heel wat angsten, zorgen, vragen, maatschappelijke afkeuring, ambivalentie over donorconceptie en/of beperkt begrip van de ontwikkeling van het kind. Door middel van psycho-educatieve aanpak kan relevante informatie worden meegegeven met aandacht voor de gevoelens van de (wens)ouders (Crawshaw et al., 2019).

Daarnaast willen we ook inzetten op intensieve begeleiding en sessies bij de psycholoog. Voor het aanbod laten we ons inspireren door de vier van de vijf vormen voor counseling zoals besproken in 5.3.2.: *gewenste counseling voor (wens)ouders bij het gebruik van donorgameten*. De counseling bij de psycholoog is beschikbaar voor alle doelgroepen. Het beslissingsadvies zien we als onderdeel van de psycho-educatieve aanpak en behoort bij het Informatie - en advies verlenen.

OD 3.1 Het expertisecentrum biedt implicatiecounseling buiten een klinische setting

Voor wensouders die nood hebben aan intensievere begeleiding bij persoonlijke en familiale implicaties tijdens of als gevolg van de behandeling met donorgameten.

OD 3.2 Het expertisecentrum biedt ondersteunende counseling buiten een klinische setting

Voor (wens)ouders die kampen met emotionele en psychologische uitdagingen die ze niet met de adviseurs (sociaal werkers) kunnen/willen bespreken, of waar men dieper op wil doorgaan.

OD 3.2 Het expertisecentrum biedt therapeutische counseling buiten een klinische setting

De psychologen zijn er om de (wens)ouder bij te staan bij het verwerken van schokkende of stressvolle gebeurtenissen tijdens de donorconceptie. Ook tijdens het ouderschap kunnen de ouders, maar ook de donorkinderen hier terecht.

OD 3.2 Het expertisecentrum biedt crisisbegeleiding buiten een klinische setting

Wanneer (wens)ouders of donorkinderen een crisis of ongunstige afloop ervaren bij de behandeling of de gevolgen van de gezinsuitbouw via donorconceptie.

Isabel had op het moment dat ze te horen kreeg dat ze tot eiceldonatie moest overgaan, kunnen aankloppen bij het expertisecentrum om psychische begeleiding te vragen. Zelf geeft ze aan dat ze dit heeft verwerkt met de steun van haar omgeving. De psycholoog binnen het fertiliteitscentrum voelde voor haar onveilig aan, omwille van het oordelend karakter dat eraan vast hangt.

Ook nu, tijdens het opvoeden van haar zoon, voelt ze dat het verdriet bij het verlies van de genetische verwantschap, nog aanwezig is. Binnen het expertisecentrum zou Isabel op eender

²⁸ Omdat ik geen psycholoog van opleiding ben, zal ik deze psychologische counseling niet diepgaand uitwerken.

welk moment in haar leven (tijdens de ontwikkeling van haar kind) psychologische begeleiding kunnen krijgen over de gevolgen van de donorconceptie.

SD 4 Het expertisecentrum ontwikkelt een digitaal platform voor alle (wens)ouders, donorkinderen en donoren

Op dit platform kunnen (wens)ouders, donorkinderen en donoren meer informatie vinden over de donorconceptie en gezinsvorming bij donorconceptie. Ook is er ruimte om met elkaar in contact te komen en ervaringen uit te wisselen in een soort digitaal praatcafé.

Elke betrokkene kan de werking van het expertisecentrum evalueren. Voorstellen naar verbetering toe kunnen worden ingediend. Er is ook plaats voor het voorstellen van thema's die behandeld kunnen worden bij de groepsessies en workshops.

Op deze manier trachten we alle betrokkenen te laten participeren aan de organisatie.

Dit platform had voor Isabel van pas kunnen komen, zowel op het moment dat ze voor het eerst besliste om BAM te worden, als op eender welk moment tijdens haar traject. Hierdoor kon ze contact maken en ervaringen uitwisselen met andere wensouders. Ook kon ze er de weg vinden om verdere informatie via ons expertisecentrum te bekomen.

SD 5 Het expertisecentrum fungeert als brug tussen fertiliteitscentra en wensouders

Wanneer wensouders moeite hebben met de beslissingen binnen de fertiliteitscentra of bij de informatie die hen wordt meegegeven, vb. over de uitslag van de screening, of het eventuele stopzetten van de behandeling, kunnen wensouders bij de adviseurs van het expertisecentrum terecht. Zij kunnen meer feedback vragen bij de fertiliteitscentra, waarna deze kan besproken worden met de wensouder. Indien de wensouder dit wenst, kan samen met de adviseur een volgende stap worden genomen. Zo kan men werken aan het verbeteren van de reden die wordt opgegeven voor de weigering.

Ook omgekeerd kan het fertiliteitscentrum bij twijfel over het psychosociaal welbevinden van de wensouder of bij ongerustheid over het welzijn van het toekomstige kind, contact opnemen met het expertisecentrum. Omdat onze adviseurs en psychologen vertrouwenspersonen zijn voor de wensouders, zal aan het fertiliteitscentrum de informatie enkel doorgegeven worden met toestemming van de wensouder.

SD 6 Het expertisecentrum behartigt de belangen van de (wens)ouders bij beleidsmedewerkers²⁹

De MBV-wet spreekt zich niet uit over de begeleiding van (wens)ouders bij donorconceptie. Er zijn ouders die aangeven dat ze hun kind de mogelijkheid willen bieden om de identiteit van de donor te achterhalen.

Op het gebied van draagmoederschap is er in ons land niets geregeld.

²⁹ Ook dit kan worden toegepast bij de donoren en donorkinderen

Er zijn (wens)ouders die zelf op zoek gaan naar een donor en buiten de fertiliteitscentra om hun kindwens waarmaken (zie getuigenis 4.6.1). Voor deze groep is er geen enkele juridische mogelijkheid om zich als ouder en donor veilig te stellen...

Vanuit onderzoek willen we met het expertisecentrum de beleidsmakers aandacht schenken aan wat er leeft bij (wens)ouders en welke veranderingen in de wet hen extra kan ondersteunen.

Isabel gaf de voorkeur aan een gekende donor, zowel voor de sperma-als eiceldonor. Vanuit haar belang (en dat van gelijkgestemden) zouden we kunnen meestrijden om de anonimiteit van donoren op te heffen.

5.3.10 Het expertisecentrum: gelijkenkansenbeleid

Om de toegankelijkheid tot het expertisecentrum te bevorderen streven we naar een gelijke behandeling voor iedereen ongeacht gender, seksuele geaardheid, gezinssamenstelling, relatiestatus en cultuur.

Onze maatschappij kent een grote diversiteit aan culturen en religies. Ook bij de fertiliteitscentra kloppen mensen met een migratieachtergrond aan voor een vruchtbaarheidsbehandeling. Binnen sommige culturen rust er een taboe op infertiliteit en donorconceptie (zie 2.3.3). Volgens Kentenich (cit. in ESHRE, z.d.) geraken artsen en consultants vaak overbelast wanneer zij rekening moeten houden met alle individuele wensen van de wensouders. Wensen bepaald door hun cultuur die bovendien van invloed kunnen zijn op het kind (Kentenich, cit. in ESHRE, z.d.).

We proberen als expertisecentrum een sfeer te creëren die openstaat voor etnische, socioculturele en religieuze bijzonderheden.

Om deze groepen beter te dienen, voorzien we in vertalers/tolken. Dit kunnen professionals zijn, maar net zo goed lotgenoten vanuit dezelfde gemeenschap. Ook hier zien we ruimte voor groepssessies gefaciliteerd door vrijwilligers binnen dezelfde culturele of etnische gemeenschap. Kentenich (cit. in ESHRE, z.d.) wijst er op dat niet alle personen uit eenzelfde land dezelfde klasse en etnische of culturele tradities kent.

Het is belangrijk voor al onze medewerkers op de hoogte te zijn van die verschillen in culturele benadering en de impact van kinderloos zijn én fertiliteitsbehandelingen binnen elke cultuur. Het is onmogelijk om de gebruiken van elke cultuur te kennen, toch kunnen we ons verdiepen in de gebruiken omtrent fertiliteit en familieopbouw van de grootste groepen in het land (Hammer Burns, & Covington, 1999). Inzetten op diversiteit aan medewerkers creëert de mogelijkheid om tussen de medewerkers onderling de verschillen en gelijkenissen rond infertiliteit en donorconceptie binnen culturen te bespreken. Hierbij geven we als organisatie het voorbeeld hoe we de omgang met diversiteit binnen onze samenleving zien en benaderen.

Naast het taboe rond infertiliteit bestaat er taboe om een counselor te raadplegen, vb. omdat hun cultuur geen counseling aanvaardt. Het kan vb. ook moeilijk zijn om hun seksuele leven te bespreken. Daarom aanvaarden we vanuit het expertisecentrum dat bepaalde weerstand binnen de counseling nooit volledig wordt opgelost.

We trachten (wens)ouders ertoe aan te zetten ondersteuning te zoeken in groepen van hun religie of cultuur die met fertiliteitsproblemen kampen. Dit kan helpen het stigma te doorbreken en hen laten inzien dat ze niet de enige binnen hun groep zijn die hiermee te maken hebben (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Of het nu gaat over cultuur, genderdiversiteit, seksuele geaardheid, relatiestatus... voor al onze medewerkers is het belangrijk dat ze hun eigen waarden en eigen geloof goed kennen. Daarbij

moeten ze zich bewust zijn van eventuele vooroordelen (vb.: homofobie) tegenover andere overtuigingen. Zo kunnen ze deze tijdens de contacten met de (wens)ouders achterwege laten. Het is belangrijk dat ze cultuursensitief zijn en dat ze zich kunnen inleven in de gewoonten en gebruiken van diverse culturen.

We hechten er ook belang aan dat de (wens)ouder niet worden gestereotypeerd. Vanuit het expertisecentrum zoeken we namelijk samen met de (wens)ouders uit hoe ze persoonlijk staan tegenover fertiliteitsbehandelingen en het gebruik van donorgameten. Hoe dachten ze over deze behandeling voor ze zelf met het probleem te maken kregen? Hoe wordt er binnen hun familie en gemeenschap over deze feiten geoordeeld (Hammer Burns, & Covington, 1999)?

We laten elke wensouder de ruimte om te groeien in het vertrouwen een 'goede' ouder te zijn. Daarom zetten we in op het normaliseren van fertiliteitsbehandelingen en het gebruik van donorgameten. Dit werkt we stigma -en schaamtedoorberekend.

Dit vraagt erkenning van de uitdagingen bij verschillen in sociale, religieuze en culturele contexten waar gametendonatie wordt afgekeurd. Ook specifieke problemen bij heteroseksuele stellen, holebi's of alleenstaande vrouwen worden besproken binnen de context van de aanvaardbaarheid van alle gezinstypes, zonder hun unieke eisen te minimaliseren (Crawshaw, 2019).

Kortom, we streven er naar iedereen gelijke kansen te bieden en te geloven in de 'ouders die ze zijn', i.p.v. het blijven van 'kinderloze' wensouders.

5.3.11 Mogelijke resultaten en beperkingen

Kiezen voor een expertisecentrum helpt een degelijke ondersteuning uitbouwen voor de wensouders bij al hun beslissingen rond donorconceptie. Door de verplichtte infosessies komen ze onmiddellijk in contact met het expertisecentrum. Het verplichte gedeelte kan weerstand oproepen. Omwille van het algemeen karakter en het verplicht gebruik voor alle wensouders kan deze verplichting beter aanvaard worden.

Het is een absolute must dat de wensouders begrijpen dat deze infosessies geen enkele vorm van beoordeling inhouden. De wensouders worden met een aantal zaken geconfronteerd waar ze niet eerder over hebben nagedacht.

Het perspectief van het kind wordt vanaf het eerste moment ingebracht. Zelfs als de ouder nog niet toe is aan beslissingen nemen in het belang van het kind. Er kan een eerste zaadje worden geplant waarnaar ze ten alle tijden kunnen teruggrijpen. Eenmaal na de infosessies ligt de autonomie van de wensouder volledig in eigen handen.

Doordat elke wensouder eerst langs het expertisecentrum passeert leren ze ons centrum kennen. Wanneer de wensouders zich er veilig en welkom voelen met al hun vragen, kunnen ze de weg er naartoe snel terugvinden. Ook na de gezinsvorming, wanneer er zich nieuwe vragen als gevolg van de donorconceptie stellen. Ze kunnen er de eerste stap zetten naar ondersteuning van hun donorkinderen toe. Door op de eerste plaats op te treden vanuit een psycho-educatieve rol, wordt de drempel verlaagd bij het aanwenden van verder hulp waar nodig.

Een mogelijke beperking voor een expertisecentrum is de locatie. Eén centraal expertisecentrum voor heel Vlaanderen is hoe dan ook te weinig om het grote aantal hulpvragen op te vangen. Het expertisecentrum zal in elke provincie minstens één locatie hebben waar alle begeleidingen operationeel worden gemaakt.

Het expertisecentrum kan, net als vzw Kinderwens³⁰, zich verbinden met Huizen van het Kind. Pluspunt daarbij is dat er een goede doorverwijzing van wensouders is tussen vzw Kinderwens en het expertisecentrum voor donorconceptie. Tegelijk kan men de weg vinden naar het Huis van het Kind bij alle opvoedingsvragen die geen verband houden met donorconceptie.

Ook over hoe de financiering kan verlopen, heb ik me nog niet verdiept. Om de begeleiding laagdrempelig en betaalbaar te houden, kan de overheid subsidiëren. Daarvoor zullen we aan de voorwaarden die ze stellen om als organisatie gesubsidieerd te worden, moeten voldoen. Subsidiëring betekent niet noodzakelijk dat elke sessie of begeleiding gratis zal verlopen. Er zal worden gezocht hoe de kost voor de wensouder zo laag mogelijk kan gehouden worden.

Door het gebruik van een expertisecentrum valt de dubbele rol van de counselor binnen het fertiliteitscentrum weg. Toch kan het idee van een expertisecentrum weerstand oproepen bij de fertiliteitscentra. De centra willen namelijk inzicht bij wie ze behandelen en hoe het met hun patiënten vergaat. Net daarom lijkt mij dat het expertisecentrum de functie van brug tussen de centra en de wensouders opneemt van groot belang. Uiteindelijk zijn de fertiliteitscentra nog vrij om een grondige screening door te voeren.

Bovendien kunnen ze elke ander (niet verplichte) vorm van counseling zelf blijven aanbieden. Ook hier blijft de autonomie van de wensouder gelden. Deze kan ervoor kiezen om de counseling verder te zetten in het fertiliteitscentrum.

Er bestaat nog geen opleiding tot fertiliteitscounselor (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021). Hoewel dit een beperking is voor het vinden van medewerkers met expertise in fertiliteit en donorconceptie, is het expertisecentrum met zijn onderzoekers net een goede bron om mee zijn schouders te zetten onder het uitwerken van zo een opleiding. Dit vraagt netwerking met de onderwijswereld.

Door het operationaliseren van een expertisecentrum voor donorconceptie, wordt het concept (deels) uit de medische wereld getrokken. Wanneer het expertisecentrum erin slaagt zich te laten horen in debatten rond donorconceptie, kan dit taboedoorbrekend werken. Het betrekken van de donoren bij het expertisecentrum, wat hen als het ware een 'gezicht' geeft, kan ook bijdragen om het taboe te doorbreken.

5.3.12 Feedback door Shanti Van Genechten, directeur vzw Kinderwens

In de allerlaatste fase van het uitwerken van mijn eindwerk, kwam ik nog in contact met de medewerkers van vzw Kinderwens.

Vzw Kinderwens is een ExpertiseNetwerk dat bestaat uit vier zorgnetwerken:

1. Ken je vruchtbaarheid: zorgnetwerk rond preconceptionele zorg
2. Van roze naar broze wolk: zorgnetwerk rond perinataal mentaal welzijn
3. Sterrenkinderen: zorgnetwerk rond perinataal verlies
4. Medisch centrum kinderwens: zorgnetwerk rond kinderwens

In 2011 richtte Shanti Van Genechten het Expertisecentrum Kinderwens Vlaanderen op met prof. Godderis. Dit is omgevormd naar Kinderwens ExpertiseNetwerk omdat ze met verschillende instanties samenwerken binnen het zorgnetwerk, zo ook Steunpunt Adoptie.

De vzw is gebaseerd op het onderzoek (2009) door het Instituut Samenleving en Technologie (Van Genechten, persoonlijke communicatie, 11 augustus, 2021).

³⁰ Zij richten zich daarbij niet enkel op donorconceptie maar véél breder bij het waarmaken van de kinderwens.

De bevindingen bij dit onderzoek zijn grotendeels dezelfde als deze uit mijn wetenschappelijke bevindingen. Ook is er aandacht voor de impact op de werksituatie tijdens de behandeling en de financiële impact van de behandeling. Binnen dit onderzoek wordt sensibilisering en mediacampagnes aanbevolen (Instituut Samenleving & Technologie, 2009). Dit laatste lijkt mij een meerwaarde om aandacht aan te geven binnen het expertisecentrum voor donorconceptie. Ook dit kan taboedoorbrekend werken.

De vzw Kinderwens geeft aan bijna alle aanbevelingen die op de eerste plaats gericht zijn naar de fertiliteitscentra en die uit deze studie voortkomen (Instituut Samenleving & Technologie, 2010), te hebben uitgewerkt (Van Genechten, persoonlijke communicatie, 11 augustus, 2021).

Dit betekent dat er op Vlaams niveau wel aanbevelingen voor fertiliteitscentra zijn. De erkenningsnormen zijn naar de Gemeenschappen overgeheveld. De werking en de financiering van de fertiliteitscentra zijn een federale bevoegdheid (Vandeurzen, 2015). Vanuit het expertisecentrum, wat onder Vlaams bevoegdheid valt worden de belangen van de (wens)ouders (en andere doelgroepen) ook behartigd op Federaal niveau. Zo kunnen we een verandering (vb. de screening) binnen de werking van de fertiliteitscentra bewerkstelligen. Netwerken met organisaties die zich inzetten rond fertiliteit en donorconceptie binnen de andere Gemeenschappen is belangrijk.

Shanti Van Genechten merkte op dat ik heb vermeld dat er geen opleiding is, maar dit klopt volgens haar niet. Als VZW hebben ze eerst met hogescholen samengewerkt en zijn ze nadien met experts onafhankelijk gegaan om diverse opleidingen aan te bieden. Zo is er de opleiding kinderwensconsulent waarin ook donorconceptie is opgenomen (Van Genechten, persoonlijke communicatie, 11 augustus, 2021). Hierbij wil ik toevoegen dat deze opleidingen een bijkomende vorming is van 16 dagen, zoals staat omschreven op hun website (Kinderwens vzw, 2021). Hoewel deze opleiding breder gaat dan fertiliteit en de donorconceptie zou deze van pas kunnen komen voor de adviseurs binnen het expertisecentrum voor donorconceptie. Waar Indekeu op doelde is het ontbreken van een specifieke opleiding tot fertiliteitscounselor (binnen de klinische psychologie).

Mijn operationele doelstellingen komen grotendeels overeen met deze van de vzw Kinderwens. Het counselingsgedeelte en de veranderstrategieën zitten bij hen voornamelijk in het zorgnetwerk en Medisch centrum kinderwens waar ze ook infosessies en cursussen geven voor wensouders. Zij richten zich daarbij niet enkel op donorconceptie maar véél breder op het waarmaken van de kinderwens. Ook opleiding, sensibilisatie en onderzoek zit in de werking van ExpertiseNetwerk Kinderwens (Van Genechten, persoonlijke communicatie, 11 augustus, 2021). Dit laat mij concluderen, dat ze een heel belangrijke partner kunnen zijn voor het expertisecentrum donorconceptie. Er kan nauw worden samengewerkt bij het begeleiden van wensouders en het verder optimaliseren van de begeleiding op maat.

5.4 (Wens)ouders ondersteunen bij te nemen beslissingen in het belang van het (toekomstige) donorkind – een stappenplan

5.4.1 Inleiding

Doorconceptie gaat over meer dan het zwanger worden alleen. Het gaat over het krijgen en het opvoeden van een kind. Het gaat over gezinsvorming. Binnen adoptie en pleegzorg wordt niet gezocht naar een kind voor de kandidaat ouders, wel naar een ouder voor het kind. Het doel is het kind, dat om eender welke reden niet bij de biologische ouder kan leven, een stabiele nieuwe start te bezorgen (Vzw Steunpunt Adoptie, persoonlijke communicatie, 25 mei 2021).

Donorconceptie is een ander verhaal. De artsen binnen de fertiliteitscentra willen hun wensouders zo snel mogelijk aan een kind helpen. Toch gaat donorconceptie heel wat verder dan het zwanger worden. Niet alleen worden de ouders geconfronteerd met heel wat eigen vragen, bezorgdheden en verlieservaringen. Het is belangrijk dat de (wens)ouder rekening houdt met de noden en de rechten van hun (ongeboren)kind.

Psychosociale begeleiding en screening in de fertiliteitscentra zijn er om het welzijn of het belang van het kind zo goed als mogelijk waar te maken.

Dit veranderingsvoorstel richt zich op de manier waarop men de ouder het best kan voorbereiden om bepaalde keuzes te maken bij donorconceptie met aandacht voor hun (toekomstig) kind. Hiermee tracht ik een antwoord te geven op de vraag:

‘Kan het vergroten van kennis over de Rechten van het Kind invloed hebben op de beslissing die wensouders nemen in hun keuze voor donorconceptie en de daarbij eventuele gevolgen voor het kind?’

Deze veranderingsstrategie sluit aan bij het oorspronkelijk veranderingsdoel waarbij ik de rechten van het kind bij donorconceptie in beeld breng:

‘Begeleiding van de (wens)ouder bij het ouderschap in een gezin met donorkinderen, waarbij de ouder aandacht krijgt voor de belangen van het kind.’

5.4.2 Vooruitkijken naar het ongeboren kind

Bij de begeleiding van wensouders bij donorconceptie kan de counselor zich focussen op de psychosociale aspecten van het kind. Daarbij tonen onderzoeken aan dat noch bij de bekendmaking, noch bij de geheimhouding van de donorconceptie het kind psychische problemen ondervindt. Het zijn de kinderen die pas op latere leeftijd tot de (toevallige) ontdekking komen van hun conceptierealiteit die meer psychische problemen ondervinden en zich verraden voelen door hun ouders (zie 3.2.1).

De wensouders kan erop gewezen worden dat geheimhouding heel wat inspanning vergt. Wat in het begin achterhouden is van informatie zal bij het opgroeien van het kind evolueren naar liegen. Er wordt beweerd dat kinderen intuïtief aanvoelen dat er iets niet klopt (zie 3.2.1). Bovendien wordt door de toegankelijkheid van DNA-testen de kans groter dat de waarheid alsnog aan het licht komt (zie 2.5.2).

‘De belangen van het kind in rekening helpen te brengen, dat is keimoeilijk op het moment dat je zoveel verwerkt, dat je zoveel keuzes maakt, zoveel dingen een plaats geeft, er ligt zoveel op je bord dat je gewoon in je hoofd daar nog niet aan toe komt om u in de positie te plaatsen van dat kind, niet als baby, maar als 18-jarige (Vzw Donorfamilies, persoonlijke communicatie, 4 juni 2021).’

Uit onderzoek bij counselors (De Lacey et al., 2015) bleek dat het opdringen van het belang van de bekendmaking aan het kind tot weerstand kan leiden bij de wensouders. Er wordt hen gevraagd om vooruit te kijken op een kind dat nog niet bestaat. Dit terwijl ouders die fertiliteitsbehandelingen met eigen gameten doorlopen hebben, de focus sterk op het zwanger worden leggen. Het ongeboren kind in beeld brengen roept angst op om ook dit denkbeeldig kind te verliezen (De Lacey et al., 2015).

De deelnemers van het onderzoek beschreven dat het welzijn van het kind een belangrijk concept is bij het omgaan met de fertiliteitsbehandeling. Het welzijn slaat op een verzameling van verschillende belangen. Het is een dynamisch concept dat tot op zekere hoogte aanwezig is bij de wensouders. Soms op de achtergrond, dan weer op de voorgrond. Bij het gebruik van

donorgameten wordt het toekomstige kind vaak beschouwd als een sterke aanwezigheid tijdens de counseling (De Lacey et al. 2015).

Het aanbrenge van het concept van bekendmaking binnen de counseling kan ook worden gezien als de start bij een proces in het ontwikkelen naar 'donor'- ouderschap toe (De Lacey et al. 2015). Als ouder help je je kind opgroeien en ondersteunen in zijn autonomie. Je helpt het ontwikkelen tot een individu. Het is daarbij van belang dat de kinderwens doorgroeit naar de keuze voor het kind tot die werkelijke andere (zie 2.2.1).

De keuze van de donorconceptie ligt bij de ouders. De kinderen zelf hebben op geen enkel moment inspraak, ook niet bij de bekendmaking van de donorconceptie. Volgens Blyth (cit. in van der Meer, 2017) betekent dit dat hun rechten en belangen steeds ondergeschikt zijn aan die van anderen, wat bij de kinderen kan leiden tot gevoelens van minderwaardigheid.

Volgens De Lacey et al. (2015) zagen de counselors het inbrengen van het belang van het kind als een mogelijkheid om verandering teweeg te brengen. Daarbij wordt de focus gelegd naar positief ouderschap en het bieden van een stabiele en veilige omgeving aan het kind. De invulling van het belang van het kind wordt voornamelijk aan de wensouders overgelaten, tenzij er kan worden aangetoond dat er duidelijk schade aan het kind kan worden veroorzaakt door beslissingen die wensouders maken (De Lacey et al., 2015).

De bekendmaking draagt bij aan het belang van het kind. Stilstaan bij de bekendmaking aan het kind is daarbij een heel waardevol concept. Staat men *voor* de conceptie stil bij de bekendmaking, kan dit andere keuzes meebepalen. Denk daarbij de keuze tot een gekende of anonieme donor en de plaats die de donor krijgt binnen het gezin.

Het is niet zozeer de vraag of de bekendmaking door de ouders moet worden aangemoedigd. De vraag is *hoe* breng je in begeleiding de belangen van het kind bij de ouders aan. Ook is het niet de vraag of de belangen van het kind, de (wens)ouders dichterbij hun verantwoordelijkheden in het ouderschap kan brengen. De vraag is wanneer wordt het kind en zijn belangen in een fertiliteitstraject met donorconceptie in beeld gebracht.

5.4.3 Een stappenplan ter ondersteuning bij het maken van beslissingen

In hoofdstuk 3 staat te lezen hoe de belangen van de (wens)ouders en die van het kind lijnrecht tegenover elkaar kunnen staan (zie 3.3.4). Een (wens)ouder kan ervoor kiezen om de conceptie geheim te houden indien hij vindt dat dit in het belang van zijn kind is. Ook al druist dit in tegen het recht van het kind op kennis over zijn afstamming (art. 7 IVRK).

Wanneer de ouder gewezen wordt op het belang van de bekendmaking, kan hij voor moeilijke beslissingen komen te staan. Kiest hij ervoor zijn kind te beschermen door de donorconceptie geheim te houden? Of laat hij zijn kind mee participeren aan zijn hele ontstaansverhaal en gaat de ouder daarbij tot bekendmaking van de donorconceptie over?

Het verplichten om tot bekendmaking van de donorconceptie over te gaan zou een vorm van macht impliceren naar de (wens)ouders toe. Ook vanuit de benadering van de kinderrechten is dit geen neutrale, machtsvrije of waardevrije praktijk. Bij een verplichting, zeker wanneer de belangen tegenstrijdig kunnen zijn, is niet langer sprake van het toepassen van de juiste techniek (Reynaert, 2007). De vrijheid van de (wens)ouder wordt dan ontnomen.

Het verplichten tot bekendmaking als onderdeel van de opvoeding is dan niet langer persoonlijk, maar maatschappelijk gestuurd. Er wordt geen rekening meer gehouden met de complexe

diversiteit van opvoedingssituaties en de reden waarom een ouder ervoor kiest de bekendmaking geheim te houden. Dit kan vb cultureel bepaald zijn (zie 2.3.3). De (wens)ouder kan het gevoel krijgen de macht over de persoonlijke situatie te verliezen (Raes in Reynaert, 2007), wat kan leiden tot een vermindering van engagement in de opvoedingssituatie (Reynaert, 2007). Beter lijkt het om te starten met een dialoog. Een dialoog met de (wens)ouders, waarbij het belang van de bekendmaking wordt aangehaald en waar geluisterd wordt naar de (wens)ouders. Dit telt niet enkel voor de bekendmaking, maar voor elke beslissing waar de (wens)ouder mee wordt geconfronteerd bij donorconceptie.

Door de (wens)ouders een stappenplan aan te bieden kan worden bijgestaan in het bepalen of hun keuze het belang van het kind dient. Dit kan bijdragen de ouders bewust te maken over het kind en zijn rechten en de ouders uit te nodigen in dialoog te treden met hun kind.

Het stappenplan kan de participatie van het kind, ook *voor* de geboorte, vergroten. Ouder en kind kunnen een andere kijk hebben op hun belangen. Door stil te staan bij elkaars belangen, ook al zal die bij het ongeboren kind worden ingevuld door de ouder zelf, kunnen de kinderrechten worden geïntroduceerd als een startpunt tot dialoog. Het kind wordt gezien als medespeler nog *voor* zijn conceptie. Hoewel deze tool niet enkel gebruikt kan worden *voor* de conceptie, maar *op eender welk moment in het leven van het kind*.

Voor het uitwerken van het stappenplan liet ik me inspireren door het stappenplan, Toolkit 'het beste besluit', van de Kinderombudsman (De Kinderombudsman, z.d.) en door het stappenplan van KeKi, 'in 5 stappen naar een beslissing in het belang van het kind' (Kenniscentrum voor Kinderrechten, z.d.). Hoewel beide gericht zijn naar de professional die met kinderen en jongeren aan de slag is, zie ik hierin ook een mogelijkheid dit toe te passen bij (wens)ouders.

Elke stap wordt verder onderverdeeld in deelaspecten. Zaken waarbij het van belang kan zijn dat de (wens)ouder erbij stil staat. Per stap, deelaspect, worden een aantal mogelijke vragen gesteld die (wens)ouder voor zichzelf en zijn (toekomstig) kind kan beantwoorden. Deze vragen zijn algemene vragen, die beter kunnen worden uitgewerkt binnen de context en de specifieke situatie wanneer die zich aandient. Dit help inzicht te krijgen over de mogelijk gevolgen bij het kind bij de beslissingen die de ouder maakt. Deze vragen kunnen door de (wens)ouder verder worden aangevuld.

In wat volgt zal ik vanuit de literatuurstudie een aantal mogelijke implicaties bij de beslissingen en mogelijk antwoorden van (wens)ouders trachten in beeld te brengen. Daarnaast zal ik het doel van de stappen toelichten.

Stap 1: Belangen van het kind

1. De vraag bij gezinsvorming met donorconceptie

Het eerste wat de wensouder zal doen, is bepalen welke afwegingen om tot donorconceptie over te gaan voor hem belangrijk zijn. Na de conceptie kan dit stappenplan doorlopen worden bij vragen of thema's die het kind kan bezighouden met zijn conceptie.

Hierbij geef ik een aantal voorbeelden die de (wens)ouder in overweging kan nemen.

- Gekende donor of anonieme donor
- Aan-of afwezigheid van de donor in het gezinsverhaal
- Overgaan tot bekendmaking van de donorconceptie aan het kind

- Bekendmaken aan het netwerk
- Identiteit van de donor proberen achterhalen

2. Welke informatie heb je nodig over het kind?

- Identiteit van het kind (geloof, cultuur, wetgeving, leeftijd...)

Wanneer de wensouder een inschatting wil maken over de identiteit van het kind, zal hij vertrekken vanuit zijn eigen identiteit, zijn geloof, cultuur. Ook de ruimere context, zoals maatschappelijke waarden en wetgeving kan daarbij een rol spelen. De ouder kan rekening houden met de informatie die hij heeft over de invloed van de donorconceptie op de identiteit van het kind.

Mogelijke vragen hierbij zijn:

- Wat weet ik over het psychosociaal welzijn van donorkinderen?
- In welke cultuur groeit mijn kind op?
- Welke waarden en normen kan ik hem doorgeven?
- Welke waarden en normen kan hij meekrijgen vanuit de omgeving?
- (Op latere leeftijd) Worstelt mijn kind met zijn eigen identiteit?
- Welk begrip heeft mijn kind van de realiteit om zich heen?

Zo kunnen vb. kinderen intuïtief aanvoelen dat er iets niet klopt, dat één van de ouders geen ‘echte’ (als in genetische) ouder is. Vaak zijn de fantasieën en verdenkingen (hun moeder ging vreemd) nefaster voor het kind dan de waarheid (Snowden et al, cit. in Hammer Burns, & Covington, 1999).

Er is aangetoond (Jadva et al. cit. in Freeman, 2015) dat het voornamelijk factoren als leeftijd, geslacht, gezinsstructuur én de omstandigheden waarin de donorconceptie bekend gemaakt wordt, de reactie van het kind bepalen. M.a.w., het psychosociaal welbevinden hangt samen met een complex samenspel van factoren binnen de context van het gezin. Ook de behoefte van het kind aan informatie over familie, cultuur en genetische afkomst zal meebepaald zijn door de visie hierop van zijn omgeving (zie 3.2).

Identiteit wordt ook vormgegeven door het zich kunnen afzetten tegen de ouders en de omgeving waarin het kind opgroeit. Als we onze ouders kennen, kunnen we onze loyaliteit tonen door hen te imiteren, te verdedigen, of door diegene die hun plaats willen innemen op afstand te houden. Als we geen info hebben over onze biologische ouders (in dit geval de donor) en niemand hen aanvalt, dan is er maar 1 optie om de loyaliteit te tonen: diegene wegduwen die ons nabij staan, zodat ook zij verdwijnen. Dan wordt het belangrijk om een manier te zoeken waarop het kind een meer directe loyaliteit kan tonen aan de afwezige ouder (Ducommun-Nagy, 2006).

Wanneer een kind geen informatie heeft over zijn donor kan hij een gevoel van onvolledigheid ervaren (Ravelingien, & Pennings et al., 2013). Ook kunnen kinderen depressieve klachten ontwikkelen wanneer ze geen info hebben over de identiteit van de donor en kunnen ze zich belemmerd voelen in het ontwikkelen van de eigen identiteit (Schrijvers et al. 2018; zie 3.2).

De mate waarover de (wens)ouder beschikt over informatie over de psychosociale gevolgen van het kind, kan ertoe bijdragen dat de ouder meer rekening houdt met de belangen van het kind.

Isabel ziet de identiteit van haar zoon als een geheel van verschillende factoren. De genetische factor is volgens haar minder van invloed op zijn identiteitsontwikkeling, dan de opvoeding en de

interactie met zijn context. Het enige waar ze zich zorgen om maakt, is dat ze hem geen vader(figuur) kan bieden.

- De mening van het kind

Donorkinderen geven in onderzoek aan dat ouders moeten worden aangemoedigd om tot bekendmaking over te gaan (Schrijvers et al., 2018).

Kinderen kunnen zelf een mening hebben over familie - en ouder-kindrelaties. Van der Meer (2017) concludeert in onderzoek dat donorkinderen familiebanden zien ontstaan door bloedverwantschap, rolvervulling, gezamenlijke ervaring, lichamelijke herkenning en/of sociale herkenning. De genetische verwantschap hoeft niet allesbepalend te zijn voor het kind, om de niet-genetische ouder als zijn ouder te zien (zie 3.3.3).

Omwille van de eigen mening en beleving kan het kind een ander idee hebben over de donorconceptie. Als ouder moet je in staat zijn de meningen en de emoties van je kind te dragen (Indekeu, persoonlijke communicatie, 19 mei 2021). Wanneer het kind interesse toont naar de donor kan de rol van de donor in beeld komen. Het kind zal zichzelf een mening vormen naar de invulling die hij aan de donor geeft in het gezinsverhaal.

Meningen van het kind zullen mede worden gevormd door de opvoeding. Hoe meer de ouders inzetten op participatie van het kind, hoe meer het kind de kans krijgt zijn mening te uiten. Zo kan de (wens)ouder belang hechten aan de mening van het kind aan wie hij wel/niet wil vertellen dat hij een donorkind is. (Wens)ouders moeten op voorhand nadenken over hoe ze zullen omgaan met de visie van hun kind over donorconceptie wanneer die blijkt af te wijken van hun eigen visie.

Vragen hierbij kunnen zijn:

- Wat doe ik als mijn kind een andere mening heeft over donorconceptie?
- Hoe kijkt mijn kind naar gezins-/familierelaties?

Isabel heeft hier zelf goed over nagedacht. Wanneer haar zoon aangeeft op zoek te willen gaan naar zijn donor, zal ze hem daarin steunen en begeleiden. Ook heeft ze een bewuste keuze gemaakt om de donorconceptie (sperma -en eiceldonor) niet aan iedereen bekend te maken, zodat haar kind voor zichzelf kan beslissen met wie hij zijn verhaal deelt.

Een belangrijk thema waarover het kind een eigen mening kan vormen is het recht van het kind op kennen van zijn afstamming.

Wanneer de (wens)ouder op dit recht inzet, kan hij belemmerd worden door de wetgeving rond de anonimiteit van de donor. Het kan zijn dat de (wens)ouder geen geschikte gekende donor vindt. Daardoor ziet hij zich genoodzaakt te kiezen voor een anonieme donor.

De enige manier waarop de (wens)ouder nog kan tegemoetkomen aan dit recht is door het kind kennis te geven over zijn ontstaansgeschiedenis.

Belangrijke vragen:

- Ben ik van mening dat het kennen van afstamming belangrijk kan zijn voor mijn kind?
- Draagt het kennen van afstamming bij aan de identiteit van mijn kind?

Ook Isabel botste op de grenzen van dit recht door onze Belgische wetgeving rond donoranonimiteit. Haar zoektocht naar zowel een gekende spermadonor als een gekende

eiceldonor leverde niets op. Voor de spermadonor vond ze het alternatief van de ID-releasedonor. Voor de eiceldonor was de enige optie anoniem.

- Wanneer kan je het kind zelf betrekken?

Het kind kan pas worden betrokken bij zijn levensverhaal en ontstaansgeschiedenis, wanneer hij op de hoogte is van de donorconceptie. Elke andere beslissing die nadien volgt, zoals het op zoek gaan naar de anonieme donor, of het in contact treden met de gekende donor, kan in samenspraak met het kind.

Indekeu (2016) geeft aan dat het tijdig vertellen van de donorconceptie meehelpt de informatie geleidelijk aan in te brengen in de ontwikkeling van het kind. Het is daarbij belangrijk het verhaal als een continu proces aanwezig te laten zijn in het gezinsverhaal, telkens aangepast aan het ontwikkelingsniveau van het kind.

Naast het geven van begrijpelijke informatie is het belangrijk dat er ook naar het kind wordt geluisterd. Het kind mag niet meer informatie krijgen dan wat hij op dat moment vraagt of kan verwerken (Hammer Burns, & Covington, 1999).

Vragen die hierbij kunnen worden gesteld:

- Welke informatie over donorconceptie deel ik met mijn kind op welk moment?
- Wat is het ontwikkelingsniveau van mijn kind?
- Is mijn kind in staat om zelf bepaalde beslissingen te maken?
- Hoe zorg ik ervoor dat de informatie die ik meegeef is afgestemd op de vaardigheden van mijn kind?

Door de keuze tot bekendmaking voor de conceptie, kan dit ook invloed hebben op de keuze van een anonieme of gekende donor. Zo wordt het kind als het ware nog voor de conceptie betrokken in zijn ontstaansverhaal.

Ook in de casus zien we dat Isabel, door de keuze van een ID-release donor kiest voor bekendmaking vanaf het prille begin van het ontstaan van haar zoon. Haar kind is van in het begin betrokken geweest bij de beslissingen die ze maakte rond zijn donorconceptie.

- Bescherming of participatie

Ouders maken beslissingen in het belang van het kind vanuit hun eigen kindbeeld. Zetten ze in op autonomie van het kind, of net op bescherming?

Hierbij zijn 3 belangrijke vragen:

- Kies ik om mijn kind ten alle tijden te beschermen tegen zaken die als een bedreiging kunnen worden gezien?
- Geef ik mijn kind de vrijheid zelf mee te beslissen bij belangrijke thema's die hem aanbelangen?
- Kies ik voor beide en maak ik steeds een afweging in te zetten op bescherming of participatie? Daarbij rekening houdend met leeftijd en ontwikkelingsniveau.

Door in te zetten op participatie geeft de (wens)ouder het kind een stem. Daarbij is open dialoog van belang. Het gaat dan over luisteren naar de mening en de visie van de ander. Ook wordt de (wens)ouder geacht stil te staan bij de eigen mening en visie (Zie 3.3.4). Zo ben je als (wens)ouder in staat om een wederkerige relatie op te bouwen met je kind. Alle (latere) beslissingen die je dient

te maken in het belang van het kind, kunnen worden gesteund door het inzicht in de visie van jezelf en dat van je kind. Participatie van het kind wordt pas mogelijk bij de bekendmaking van de donorconceptie (Zie 3.3.3). De keuze voor een gekende donor, biedt het kind nog meer de mogelijkheid tot participatie. Niet alleen kan het kind participeren in de keuze om een zoektocht naar zijn genetische afkomst te ondernemen, hij heeft zijn afkomst binnen handbereik en kan daarbij kiezen om tot verder contact over te gaan.

Kiezen voor geheimhouding lijkt dan eerder te komen uit bescherming van het kind, vb. omdat die opgroeit in een context waar donorconceptie niet aanvaard wordt. Vanuit dit standpunt kan de keuze van de ouder dan weer in het belang van het kind zijn (zie 3.3.3).

Maar de beslissing tot geheimhouding kan ook zijn ingegeven door de 'bedreiging' die de ouder voelt van de donor (zie 3.3.6). De niet-genetische ouder kan angst hebben dat zijn verworven loyaliteit aan minder belang wint dan de existentiële loyaliteit van het kind naar de donor toe. De ouder moet er zich daarbij van bewust zijn dat er bij de bekendmaking een loyaliteitsconflict kan optreden. Volgens Ducommun-Nagy (2006) zal elke regeling tussen de genetische ouder (de donor) en de niet- genetische ouder de kinderen niet beschermen tegen loyaliteitsconflicten.

Toch hoeft dit niet te betekenen dat de ouder-kindrelatie met de niet-genetische ouder onder druk komt te staan. Om die conflicten te herkennen moet het kind de mogelijkheid hebben de loyaliteit uit te drukken tegenover de personen die ze belangrijk vinden.

De kinderen hun rechten worden erkend om positieve contacten te behouden met hen die de ouders liever zouden ontkennen. *'Als het ons lukt onze kinderen te beschermen door hen toe te laten om zo rijk mogelijke relaties met anderen te hebben, zullen we niets verliezen, integendeel zelfs. Juist omdat ze zich gesteund voelen, zullen onze kinderen aan ons loyaal zijn zonder dat we hen opeisen* (Ducommun-Nagy, 2006, pp. 174).'

Isabel zet in op participatie. Ze kiest voor een open communicatie naar haar kind toe over de donorconceptie. De eiceldonor ziet ze niet als een bedreiging voor haar moeder- zijn. Ze is ervan overtuigd dat haar kind minder de nood zal voelen om zijn eiceldonor te kennen omwille van haar aanwezigheid als moeder. Isabel zal haar kind steunen wanneer hij de zoektocht naar de eiceldonor wil aanvatten. Voor Isabel voelt het niet aan dat haar kind bescherming nodig heeft tegen een taboe rond donorconceptie binnen zijn cultuur of zijn familie.

Stap 2: Belangen van de ander

Naast de belangen van het kind, spelen belangen van anderen in het leven van het kind mee. Ook deze belangen bepalen mee in welke mate de (wens)ouders open zijn over de donorconceptie. De context van het kind is daarbij heel belangrijk.

In hoeverre wordt de keuze van de (wens)ouder bepaald door zijn context? Naast het afwegingen van de het belangen van het kind, zal de (wens)ouder met zijn eigen belangen en die van de context moeten rekening houden.

1. De belangen van de (wens)ouder

De (wens)ouder kan zijn eigen belangen onder de loep nemen. Waarom zal hij kiezen voor donorconceptie, het al dan niet bekendmaken ervan, de keuze voor een anoniem donor...?

Een aantal richtvragen hierbij kunnen zijn:

- In welke mate hou ik rekening met andere belangen naast die van mezelf bij het nemen van beslissingen in mijn keuze tot donorconceptie?

- In welke mate ben ik me bewust van mijn eigen culturele waarden? Hoe geven deze waarden mijn leven en dat van mijn (toekomstig)kind vorm?
- Welk belang heb ik als (wens)ouder bij de keuze voor geheimhouding naar mijn kind/omgeving toe?
- Welke steun ervaar ik vanuit mijn omgeving?
- Ben ik als (wens)ouder in staat om voorbij het doel van de zwangerschap te kijken? Ben ik als (wens)ouders in staat de verantwoordelijkheden voor de gevolgen van beslissingen op te nemen, ook al zijn deze niet te voorspellen? M.a.w. ben ik me al bewust dat ik het ouderschap opneem als ik beslis om tot donorconceptie over te gaan?
- Welk belang hecht ik aan informatie over familie, cultuur en genetische afkomst?

Wanneer een wensouder belang hecht aan familiegelekenissen en kiest voor anonieme donatie, is hij overgeleverd aan de matching van de donor door het fertiliteitscentrum (zie 2.4.2). Ook al probeert het fertiliteitscentrum de gelekenis zoveel mogelijk na te streven. De ouder kan twijfelen of deze matching echt mogelijk is wegens vb. een tekort aan donoren. Daarom kan de wensouder vanuit zijn belang kiezen voor een gekende donor.

Omgekeerd kan de wensouder schrik hebben voor inmenging van een derde. Vanuit het recht op eerbiediging van het privé- familie- en gezinsleven (art. 8 EVRM, Europees Hof voor de Rechten van de Mens, z.d.) kan het in zijn belang zijn te kiezen voor een anonieme donor.

De plaats die de niet-genetische ouder zichzelf en de donor geeft binnen het gezinsverhaal kan meebepalen hoe het kind omgaat met de ouder en de donor. Sommige (wens)ouders vrezen dat wanneer ze het kind bekend maken met de donorconceptie, dat dit hun relatie en hun recht naar het kind toe zal schaden. Sommige ouders weten zich niet goed te verhouden tot de betekenis die kinderen geven aan de donor (Indekeu, 2016).

De kinderwens in vervulling laten gaan betekende voor Isabel het vervolledigen van haar identiteit. Het gaf haar naast haar status van alleenstaande de status van moeder. Voor haarzelf ziet ze geen belang in het geheimhouden van de donorconceptie. Niet naar haar omgeving die de donorconceptie aanvaard en waaruit ze steun put, noch naar haar kind toe. Terwijl ze groeit in het vertrouwen dat de opvoeding van haar kind haar als volwaardige moeder maakt, ziet ze de eiceldonor niet als een bedreiging voor haar identiteit, noch als bedreiging voor hun privé- familie- en gezinsleven. Wel hecht ze meer belang aan de gelekenissen met haar kind. Vanuit dit standpunt was de keuze voor haar zus als eiceldonor beter geweest. Nu haar kind er is ziet ze het in haar belang dat de eiceldonor anoniem. Anders had ze de verantwoordelijkheid naar haar zus toe om zich te bewijzen als ‘goede’ moeder.

2. De invloed en belangen van het netwerk

Binnen het netwerk kunnen vooroordelen of stigma aanwezig zijn over de donorconceptie (zie 2.3.3). Ook de relatiestatus kan aan vooroordelen onderworpen zijn (zie 2.3.2). Zo wordt van een alleenstaande vrouw gedacht dat ze emotioneel en financieel niet in staat is een kind alleen op te voeden (zie 2.5.1). Bij holebi-koppels, ook wanneer hun relatie aanvaard wordt, kan het krijgen van kinderen moeilijker aanvaard worden binnen hun netwerk (zie 2.3.2).

Vragen die de (wens)ouder zich kan stellen zijn:

- Hoe kijkt elk belangrijk steunfiguur naar donorconceptie? Hoe kijken ze naar ouderschap t.o.v. mijn relatiestatus?
- Vertrekt hun visie vanuit hun eigen belangen, vanuit de belangen van het kind of vanuit andere belangen?

- Is het krijgen van een kind belangrijk binnen de familie? Wordt dit verwacht?
- Hecht mijn netwerk belang aan informatie over familie, cultuur en genetische afkomst?
- Zijn er donorfamilies binnen het netwerk?
- Hoe staat mijn cultuur tegenover donorconceptie?

In sommige families wordt veel belang gehecht aan genetische banden en het doorgeven van de bloedlijn (Hammer Burns, & Covington, 1999). Dit kan van invloed zijn bij de keuze tot de bekendmaking van de donorconceptie zowel naar het netwerk als naar het kind toe. Ook (onbewuste) loyaliteiten t.o.v. de eigen ouders kunnen bijdragen tot deze beslissingen. Tegelijk is de sterkte van de familie of het netwerk bepalend of de keuze van de wensouder alsnog aanvaard wordt. Ook wanneer de keuze niet in het belang of tegen de waarden van de familie is (zie 2.2.3). Wanneer de familie de keuze van de (wens)ouder als te bedreigend ziet, kan dit het belang van het kind eveneens onder druk zetten. Dit kan reden zijn waarom de (wens)ouder kiest voor geheimhouding naar het netwerk (en het kind) toe of de keuze voor een anonieme/gekende donor.

Zowel Skoog Svanberg et al. (2019) als Zadeh et al. (2016) geven aan dat de wensouders in de bekendmaking beïnvloed worden door het zorgpersoneel (zie 2.5.2). Ouders die worden aangemoedigd het verhaal over de donatie aan het kind te vertellen, doen dit ook vaker. Niet enkel het informele netwerk kan bijgevolg belangrijk zijn bij beslissingen die de (wens)ouder maakt, ook het formele netwerk kan ondersteuning bieden. Contact met lotgenoten kan de donorconceptie helpen normaliseren, wat een potentieel inhoudt voor het aanvaarden van latere professionele ondersteuning (Crawshaw et al., 2019).

Isabel vond op de eerste plaats ondersteuning in haar eigen netwerk. Zowel bij haar familie als vrienden, als bij haar gynaecoloog en huisarts. Enkel haar vader maakte zich zorgen om haar status als BAM, hoewel dit niet uit eigen belang lijkt te zijn, maar uit bezorgdheid omwille van zijn kleinkind. De genetische verwantschap lijkt binnen de familie minder doorslaggevend bij de wens van Isabel om moeder te worden. Dit is te merken aan de steun en aanmoediging die Isabel krijgt van haar moeder wanneer ze twijfelt of ze haar kind graag genoeg zal zien omwille van het verlies van genetische verwantschap.

Bij het vervullen van haar tweede kinderwens ondervindt ze geen steun in haar familie. Niet omwille van de donorconceptie, wil uit angst dat ze de opvoeding van twee kinderen onvoldoende zal kunnen dragen (belang van haar kinderen). Dit bemoeilijkt haar keuze in haar tweede kinderwens, wat het belang van een ondersteunend netwerk benadrukt.

Stap 3: afweging van de belangen

Wat de ene persoon wil, kan lijnrecht staan tegenover wat de ander persoon wil. Hierdoor kunnen conflicten ontstaan. Bij de donorconceptie kan de (wens)ouder niet enkel in conflict komen met het eigen belang en dat van zijn (toekomstige) kind. Ook kan hij conflict ervaren tussen de eigen belangen en de belangen van de context waarin hij leeft (zie stap 2). Hier ontstaan conflicten die om oplossingen vragen.

1. Aandacht voor de tegenstrijdige standpunten, belangen en rechten

Het belang van het kind blijft de eerste afweging. Dit betekent niet dat elk recht van het kind zijn belang dient (Reynaert, 2017). Het komt erop aan de eigen interpretaties en invullingen niet als vorm van macht op te leggen. Het gaat over een ethische verantwoordelijkheid die je neemt ten aanzien van je kind. Het besef dat je persoonlijke handelen gevolgen heeft voor je kind. Daarbij moet je bereid zijn je te verantwoorden voor deze gevolgen (Heyting et al., cit. in Roose, & Bouverne-De Bie, 2007).

- Invulling van de wetgeving: wetten of regels die een belemmering vormen in het zoeken naar wat het beste is voor het kind

Ouders kunnen er niet toe gedwongen worden de manier van verwekking aan het kind mee te delen. Ouders hebben het recht om een kind op de wereld te zetten, maar tegelijk hebben ze de plicht de verantwoordelijkheden voor het kind op te nemen. Zolang de Staat geen duidelijk standpunt inneemt bij het recht van het kind op kennis van zijn afstamming (art. 7, IVRK), wordt de individuele keuze van de (wens)ouder bemoeilijkt wanneer hij dit recht wil waarborgen. Wanneer de (wens)ouder er niet in slaagt een gekende donor te vinden, komen ze voor een tegenstrijdige keuze te staan bij het invullen van de eigen wens en de belangen van het kind. Het recht van het kind kan bij deze niet ongeschonden blijven zonder dat de wetgever beslist om anoniem donorschap op te heffen.

Dit maakt dat niet alleen persoonlijke belangen van de (wens)ouder ertoe kunnen leiden dat ze hun kind niet op de hoogte brengen over de donorconceptie. Doordat de wetgever de fertiliteitscentra verplicht alle informatie over de donor geheim te houden (zie 2.4.2), is de ouder en bovenal het kind niet in staat informatie over de oorsprong van het kind te achterhalen. De (wens)ouder kan daarom kiezen zijn kind te behoeden tegen teleurstellingen. Toch blijft de keuze die de (wens)ouders maken, hun eigen ethische verantwoordelijkheid ten aanzien van hun kind. Daarbij bestaat geen 'juiste' of 'foute' keuze. Elke beslissing die ze nemen heeft hoe dan ook gevolgen voor het kind. Het is aan de (wens)ouder om de gevolgen van deze keuze te verantwoorden (zie 3.3.7).

- Maak een overzicht van alle niet-kind belangen waarmee je rekening moet houden.

Hierbij is het de bedoeling dat de (wens)ouder uit stap twee de belangen ophijst die volgens hem zwaar kunnen doorwegen bij zijn beslissingen bij donorconceptie.

Een aantal vragen hierbij kunnen zijn:

- Wat zegt de wetgeving rond donorschap?
- Welke rechten heb ik betreffende donorschap?
- Welke mogelijke behandelingen zal ik moeten doorlopen?

Isabel ervaarde beperkingen in haar keuze om aan het recht op kennis over afstamming aan haar kind te voldoen. Dit omwille van de wetgeving rond de anonimiteit van de donor. Ook is ze beperkt geweest door de reglementeringen binnen de fertiliteitscentra. Doordat ze haar eicellen op 37-jarige leeftijd niet meer kon laten invriezen, is ze omwille van haar leeftijd ook nog eens de genetische band met haar zoon verloren. Dit bepaalde mee dat ze niet langer aan het recht van haar kind kon voldoen.

2. Wat is de impact van de mogelijke keuzes op leven van het kind (en op zijn rechten) / de ouders/ de omgeving?

De donorconceptie lijkt uit onderzoek geen negatieve impact te hebben op het psychosociaal functioneren bij donorkinderen (zie 3.2). *'De mens ontwikkelt door allerlei omstandigheden die hij op zijn levenspad tegenkomt. Er is op de eerste plaats nood aan geborgenheid, stabiliteit en waarborgen van privéleven. Daartoe kan een gezin, eender op welke manier de gezinsvorming tot stand kwam, toe bijdragen. Het gezin biedt daarbij een veilige plek waar het kind zich kan ontwikkelen en tot zichzelf kan komen* (Van Crombrugge cit. in Willaert, 2021^a).

Het opvoeden van een donorkind is een en/en verhaal. Daarbij moet de niet-genetische ouder zich bewust zijn over en moet hij niet twijfelen aan het feit dat hij de ouder is van het kind. Tegelijk moet hij erop voorbereid zijn dat op bepaalde momenten in het leven van het kind het belang van de derde, de genetische ouder, de donor, eveneens een soort ouder kan zijn in de beleving van het kind. De ouder moet in staat zijn ruimte te geven om de donor toe te laten in de beleving van het kind.

Het is belangrijk de donorconceptie te aanvaarden om het ouderschap te kunnen opnemen én daarbij het kind als een uniek persoon te erkennen.

Wanneer de niet- genetische ouder niet in staat is zijn kind als zijn kind te zien, zal hij zijn kind geen veilige plek kunnen geven. Hierdoor kan het kind geen erkenning krijgen en zijn identiteit niet ten volle ontwikkelen. Het kind bouwt een onzekerheid op die hij op zijn beurt doorgeeft aan de volgende generatie (Grolus en Riemsdagh, cit. in Willaert, 2021^a). De ouder-kind relatie heeft niet enkel gevolg voor het donorkind zelf, maar ook voor de generaties die nadien volgen. De ouder moet er zich dus van bewust zijn dat de beslissingen die hij maakt bij donorconceptie, hem in staat stelt een stabiele en veilige ouder- kindrelatie uit te bouwen. Een donorgezin waarbij stabiliteit aanwezig is, kan het psychosociaal functioneren van de donorkinderen positief ondersteunen (zie 3.2).

Bij deze afweging kan de (wens)ouder dichter bij zijn ouderschap en de bijhorende verantwoordelijkheden komen te staan. Hij zal zich bewust worden, bij welke keuzes hij ook maakt, dat ze een invloed hebben op hemzelf, zijn (toekomstig) kind en zijn omgeving.

Isabel ervaart het verlies van genetische verwantschap tussen haarzelf en haar zoon. Toch belemmert dit haar niet in het volwaardig moederschap. Ze is in staat haar zoon als haar eigen zoon te zien en zich te helpen ontwikkelen in zijn eigen identiteit. Bovendien verkoos ze een stabiel gezin zonder vader, boven een gezin met een onstabiele vader-moederrelatie. De keuze voor een tweede kind kan een invloed hebben op haarzelf, haar kind(eren) en haar directe omgeving. In haar overweging naar het krijgen van een tweede kind neemt ze dan ook al deze belangen mee.

3. **Motiveer je beslissing met alle factoren waarmee je rekening hebt gehouden. Toon het belang van het kind aan in je keuze. Is de keuze niet in het belang van het kind, motiveer dan extra je keuze. Is dit de enige weg?**

Het in staat zijn om de beslissingen te motiveren, toont aan dat de (wens)ouder in de mogelijkheid is tot verantwoord handelen. Het komt erop aan de bijkomende dilemma's rond al dan niet beslissen in het belang van het kind te definiëren waardoor de (wens)ouder tot een aanpak komt waarin elke betrokkenen zich kan verhouden. De (wens)ouder staat in een ongelijke machtspositie ten aanzien van het kind (zie 3.3.7).

De (wens)ouder enkel informatie verschaffen rond de implicaties van de donorconceptie en hem duiden op zijn rechten en plichten en de rechten van het kind, betekent niet dat deze (wens)ouder zich ten volle bewust wordt van de gevolgen van zijn beslissingen. Daarom wordt hij in dit stappenplan gestimuleerd tot empowerment door zelf na te gaan hoe hij zich in de relatie tot zijn (toekomstig) kind verhoudt. Dit met het oog op het bereiken van meer gelijkheid binnen de relatie onder de voorwaarde dat dit nodig is in het ontwikkelen van zelfbewustzijn én gevoel van verbondenheid van en met het kind om zo meer vrijheid en verantwoordelijkheid te ontwikkelen (Vandenbroeck, in Roose, & Bouverne-De Bie, 2007).

Stap 4: De beslissing

1. Stilstaan bij wat het kind kan inbrengen tegen de beslissing.

In de afweging van de belangen wordt gestreefd naar een balans tussen geven en nemen. In dialoog gaan, is daarbij belangrijk. De ouder kan de visie van het kind proberen in te schatten. Bij een ongeboren kind lijkt dit een moeilijke opdracht. Hier zal de (wens)ouder mogelijke reacties of belevingen van het kind eerder invullen vanuit zijn eigen meningen, belangen en belevingen, alsook van die van de context waarin het kind zal opgroeien. Wanneer het kind geboren is, kan men, afhankelijk van het ontwikkelingsniveau van het kind, door dialoog en open communicatie alsnog een inschatting proberen maken over de manier waarop een kind tegen de situatie aankijkt. De vragen die hierbij worden gesteld, hebben als doel de (wens)ouder uit te nodigen stil te staan bij het spanningsveld wanneer ouder/kind andere meningen hebben over de situatie.

Vragen die de (wens)ouder zich hierrond kan stellen zijn:

- Hoe kijkt mijn kind aan tegen de situatie? Op welke manier ga ik daarover in dialoog?
- Op welke manier maakt mijn kind zijn inschatting? Waarom kijkt hij er zo naar?
- Is mijn kind in staat in te schatten wat voor hem de beste keuze is?
- Kan mijn kind leven met het bewaren van een geheim? (Vb. wanneer het kind op de hoogte is, maar de omgeving niet.)
- Hoe gaat mijn kind om met het delen van informatie naar de omgeving toe? Hoe verhoudt zich dit t.o.v. mijn visie hierover?

Eenmaal de ouder tot bekendmaking is overgegaan, zal dit de dialoog tussen ouder en kind vergemakkelijken. Het zal eropaan komen op niveau van het kind (begrijpelijke taal) de genomen beslissingen te verantwoorden. Bij open communicatie zal de ouder naar de mening van het kind vragen. Door actief te luisteren, kunnen ouder en kind overgaan tot andere (nog te maken) beslissingen, vb. de zoektocht naar de donor.

Door een wederzijds respect binnen de open communicatie kan de niet-genetische ouder vertrouwen krijgen dat de verworven loyaliteit standhoudt wanneer het kind ook interesse toont naar de donor. Vanuit dit perspectief kunnen de ouders ten alle tijden, rekening houdende met de competenties van het kind, beslissen of ze autonomie en participatie aan het kind overlaten of niet. Het komt erop aan een voortdurend evenwicht te houden tussen de belangen van het kind en die van de ouder en de context.

Isabel geeft aan zelf niet te weten hoe haar kind over zijn donorconceptie zal denken en of hij interesse naar de donor zal hebben. Daarom besloot ze de realiteit enkel in beperkte kring bekend te maken. Hoewel ze zelf van mening is dat de waarheid niet hoeft verzwegen te worden, houdt ze er rekening mee dat haar zoon ervoor kan kiezen dat dit zijn levensverhaal is dat hij niet zomaar met iedereen deelt.

2. Evalueren en bijsturen.

Omstandigheden in het leven van het kind en van de ouder kunnen veranderen doorheen de tijd. Zo kan het zijn dat wanneer de (wens)ouder beslist om het kind niet te vertellen over de donorconceptie, hij tijdens zijn groei (en dat van het kind) in het ouderschap, toch beslist dit te doen (zie 2.5.2).

- Wanneer evalueren en bijsturen?

Bij het evalueren zal de (wens)ouder stilstaan bij zichzelf. Bij het stilstaan bij zichzelf zal hij reflecteren over hoe de ander (zijn kind) kijkt naar het verhaal, zijn leven... Door in dialoog te treden en rekening te houden met de wensen van alle betrokken partijen, kan de (wens)ouder nieuwe inzichten krijgen in zijn eigen standpunt.

Ook dit vraagt een goede verstandhouding, een open communicatie tussen de ouder en het kind. Ook kunnen andere inzichten verworven worden door de meningen van anderen, het netwerk dat zich uitbreidt en net zo goed door aanpassingen aan de wetgeving.

Mogelijke vragen hierbij zijn:

- Maakte mijn kind uitspraken over gelijkenissen (het ontbreken van) tussen hemzelf en de niet-genetische ouder?
- Klopt wat ik denk en zeg, met de werkelijkheid van de ander?
- Zijn er veranderingen in wetgeving naar donorconceptie/ de donor toe?

5.4.4 Mogelijke resultaten en beperkingen

Door de (wens)ouder dit stappenplan te laten doorlopen kan hij bij zijn beslissingen om zijn kinderwens waar te maken verder kijken dan enkel het bereiken van de zwangerschap. Ze worden als het ware voorbereid op hun ouderschap.

Ook wanneer men ouder is kan dit stappenplan worden doorlopen om een beslissingen te maken die rekening houdt met de belangen van het kind, de belangen van anderen en van de ouder zelf.

Dit stappenplan werkt empowerend. De ouder wordt aangezet om vanuit zijn eigen vaardigheden zelf beslissingen te maken, daarbij rekening houdend met zijn kind. (Wens)ouders die niet eerder stilstonden bij hun (onbewust) kindbeeld kunnen door deze inzichten beter rekening houden met de manier waarop ze naar hun (toekomstige) kind en de opvoeding ervan kijken. Welke waarden en normen geven ze hun kind mee?

Op deze manier wordt de (wens)ouder ongedwongen gekend gemaakt met de rechten van het kind en het handelen in het belang van het kind.

Een aantal beperkingen bij dit stappenplan is dat de ouder mogelijk onvoldoende kennis heeft over de implicaties van donorconceptie voor zowel zichzelf als het kind. Het kan een uitdaging zijn om als (wens)ouder zelf een inschatting te maken hoe het (toekomstige) kind en de omgeving denkt over donorconceptie. Een ongeboren kind kan moeilijk zelf aangeven hoe het naar deze realiteit kijkt, dus van echte participatie is er niet steeds sprake.

Daarnaast werd aangegeven dat er weerstand kan optreden bij de wensouders wanneer het kinderspectief te vroeg in de counseling bij de ouder wordt binnen gebracht (zie 4.5.4). Het kan zijn dat de (wens)ouder pas in de mogelijkheid is om het kind zelf in beeld te brengen, wanneer het kind geboren is. Ook dit is oké. Wanneer de wensouders begeleiding krijgen, kan de counselor meehelpen inschatten of ze er klaar voor zijn naar hun toekomstig kind en zijn belangen te kijken. Hierbij kan begeleiding geboden worden bij het doorlopen van het stappenplan.

Bij deze beperkingen zie ik nogmaals de meerwaarde van een expertisecentrum, waarbij de ouder na een grondige infosessie, steeds beroep kan doen op extra begeleiding. Het stappenplan kan in een algemene infobrochure worden meegegeven. Eenmaal de (wens)ouder er zich klaar voor voelt, kan hij beslissen er mee aan de slag te gaan.

Ook kan de counselor bij bezorgdheden om het welzijn van het kind, de ouders aansporen dit stappenplan te doorlopen. Let wel! Het kan in geen geval de bedoeling zijn dat de counselor dit stappenplan gebruikt als tool om ouders te screenen. Hij kan er hooguit een aantal aandachtspunten uit halen, waarmee hij bij de verdere begeleiding van de (wens)ouders aan de slag gaat. Door het inzicht dat de (wens)ouders hierbij zullen verwerven, kan het bovendien zijn dat ze zelf kunnen inschatten welke die aandachtspunten zijn.

5.4.5 Feedback door een medewerker van KeKi

Mijn stappenplan heb ik laten evalueren door een medewerker van KeKi. Samen hebben we de vragen doorlopen en kwamen we tot de vaststelling dat bepaalde vragen in bepaalde stappen of onderdelen ervan kunnen thuishoren. Zo verloopt ook het reële leven. Niet alles is mooi afgebakend. Dit stappenplan is dan ook een instrument, niet om te bepalen hoe het zou moeten zijn, maar hoe het kan! Het zet de (wens)ouder ertoe aan stil te staan bij de uniciteit van het kind. Hoe ga ik als ouder om met spanningen wanneer we van menig verschillen over de donorconceptie en de gevolgen ervan? Het heeft als doel de (wens)ouder bewust te laten stilstaan over hoe hij met zijn kind in dialoog zal treden. Een dialoog over een onderwerp dat heel verscheidenen reacties en emoties kan uitlokken, zowel bij de ouders als bij het kind.

Een belangrijke opmerking om mee te nemen is het proces bij een stappenplan. Ik heb me gebaseerd op stappenplannen die anderen hebben opgebouwd. KeKi geeft daarbij aan dat ook hun stappenplan 'niet af' is. Ze vragen aan de gebruikers expliciet om feedback bij het gebruik ervan. Een stappenplan kan bijgevolg evolueren en geoptimaliseerd worden door het in gebruik nemen bij de doelgroep, de (wens)ouders zelf (De Roeck, persoonlijke communicatie, 13 augustus 2021).

De medewerker van KeKi had haar bedenking bij het individuele gebruik van de (wens)ouder. Zou alles wel duidelijk zijn om er alleen mee aan te slag te gaan (De Roeck, persoonlijke communicatie, 13 augustus 2021)? Mijn idee is dan ook, dat de (wens)ouder dit stappenplan van bij het begin bij de keuze voor donorconceptie meekrijgt met de nodige achtergrondinformatie. De (wens)ouder kan dan op eender welk moment dit stappenplan doorlopen.

Dit bracht ons bij de visualisatie van dit stappenplan (zie bijlage 3). In het kader van dit eindwerk leek het ons beter dit heel beperkt en overzichtelijk te houden. Daarom vertrek ik vanuit de vier stappen en hun deelaspecten. Bij de verdere uitwerking ervan kan elke stap hernomen worden, waarbij de mogelijke vragen en het doel ervan kan worden verduidelijkt, stap per stap. Zo kan de visualisatie van het stappenplan evolueren naar een werkbundeltje, waarmee de ouder aan de slag kan.

5.5 Besluit

Bij het uitwerken van de veranderingsstrategieën kom ik tot het besluit dat deze een oplossing kunnen bieden voor mijn vooropgestelde veranderingsdoelen. De grootste uitdaging vormt het uitwerken van een standaardprocedure voor de screening binnen de fertiliteitscentra. Voor hen betekent dit dat ze een deel moeten loskomen van hun eigen visie, hun eigen beleid rond wie ze wel/ niet willen behandelen. Het vraagt bovenal een verandering van aanpak bij de screening. Een aantal fertiliteitscentra achten het nodig om bepaalde groepen, vnl. de BAM, extra te screenen.

Het oprichten van een expertisecentrum verbindt mijn drie veranderingsstrategieën met elkaar. Vanuit het expertisecentrum wordt meer ruimte gecreëerd voor het informeren, adviseren en voor de psychosociale begeleiding van de (wens)ouders. Bovendien wordt niet enkel de ouder betrokken

in het proces van donorconceptie, maar richt het expertisecentrum zich ook naar de donorkinderen en de donoren. Deze laatste hebben nu eenmaal een belangrijke rol in de gezinsvorming van de wensouders.

Door de ouders het stappenplan bij de belangenafweging tussen de eigen belangen en die van hun kind mee te geven bij de verplichte infosessies, komt het kind als individu nog *voor* de conceptie in beeld. Ook al is de wensouder op dat moment nog niet in staat om het kind een plaats te geven, uit angst ook dit beeld van het (ongeboren)kind nooit gerealiseerd te zien. Er zal notie genomen worden van het toekomstige kind en zijn belangen. De (wens)ouder is dan in de mogelijkheid op eender welk later moment alsnog een belangenafweging te doen. Ook hierbij kan het expertisecentrum ondersteuning bieden.

Door het expertisecentrum als brugfiguur te laten optreden tussen de wensouders en de fertiliteitscentra is het optimaliseren van de screening, de begeleiding en transparantie een haalbare kaart. Op Vlaams niveau zijn reeds een aantal veranderingsvoorstellen gedaan (Instituut Samenleving & Technologie, 2010), maar de MBV-wet is federale bevoegdheid. Een echte verandering rond het begeleiden en screenen van wensouders zou er bijgevolg ook op federaal niveau moeten komen. Doordat het expertisecentrum de belangen van de (wens)ouders naar het beleid toe behartigt, ontstaat de mogelijkheid om ook binnen de MBV-wet veranderingsvoorstellen te doen. Dit roept de vraag op of er aan Franstalige kant van ons land, ook belangengroepen zijn, waarmee kan worden genetwerkt.

Over het inwerking treden en de financiering van het expertisecentrum zal nog verder moeten worden nagedacht. Zo moet worden nagegaan aan welke eisen binnen welk regelgevend kader moet voldaan worden om overheidssteun te ontvangen. Nadien kan worden berekend wat de financiële bijdrage, die zo laag mogelijk moet blijven, van de (wens)ouders is. Vervolgens zal ook goed moeten nagedacht worden over de locaties van waaruit het expertisecentrum kan worden geoperationaliseerd.

Besluit

Het thema van mijn eindwerk is bepaald door mijn eigen ervaringen bij donorconceptie en de verhalen die ik er erover hoor, zowel bij de groep van de (wens)ouders, als deze van de donorkinderen. Daarom wou ik de volgende vraag beantwoorden: op welke wijze kan de ondersteuning van wensouders verbeterd worden en toegankelijk gemaakt worden voor iedereen?

Vanuit de casus van Isabel, een BAM die via zowel sperma-als eiceldonatie een eerste kinderwens waarmaakte, merkte ik op dat een fertiliteitsbehandeling met gebruik van donoren een heel emotioneel gebeuren is waarbij de wensouder voor heel wat niet evidente keuzes, hindernissen en vragen komt te staan. Het hele traject leek me dan ook nood te hebben aan degelijke psychosociale ondersteuning.

Bij welke aspecten van de donorconceptie heeft de wensouders nood aan begeleiding? De gezinsuitbreiding via donorconceptie is een complex en dynamisch gegeven is. Wensouders komen pas voor deze keuze te staan bij de ervaring van het verlies van fertiliteit. Dit verlies kan voortkomen uit een fysiologische of medische oorzaak of het kan voortkomen door het ontbreken van een mannelijke of vrouwelijke partner (holebi's en BAM). Deze laatste groep heeft dan te maken met wat men noemt, de 'sociale onvruchtbaarheid'.

Ook het beleven van het rouwproces rond verlies van fertiliteit en genetische verwantschap loopt voor elke wensouder anders en vraagt een aanpak op maat. Bij de beslissingen in de keuze wel/niet kiezen voor donorconceptie is te zien dat dit voor elke wensouder anders verloopt. Niet alleen zal elke (wens)ouder vanuit zijn eigen beleving, opvoeding, cultuur (vb. aanvaarding vs. taboe) ... kortom zijn gehele context, individuele beslissingen maken. Ook de professionele begeleiding heeft hier een invloed op. Ook bij de beslissingen zien we het dynamisch karakter. Zo kunnen meningen en beslissingen rond bekendmaking aan het kind of de omgeving veranderen naarmate de tijd verstrijkt in en door contact met anderen.

Het groeien in vertrouwen in het (psycho)sociaal ouderschap vormt voor de niet-genetisch verwante ouder een uitdaging waarmee hij nog lang tijdens het ouderschap wordt geconfronteerd. Dit onder meer door het ontbreken van gelijkenissen. Toch zien we vanuit de loyaliteitstheorie van Nagy dat naast het aflossen van de existentiële schuld (dat we kinderen willen, is omdat we ouders hebben) er ook sprake is van een verworven schuld. Een schuld die de kinderen ontvangen, niet door het (genetisch) leven te krijgen van zijn ouder, maar wel door opgevoed te worden door zijn ouder. Daarom is het in begeleiding van (wens)ouders belangrijk aandacht te vestigen op het actief ouderschap i.p.v. op de genetische verwantschap.

Het ouderschap opnemen betekent dat je kinderen krijgt/hebt, daarom kan inzicht in wetenschappelijke informatie invloed hebben op de beslissingen van de (wens)ouders bij de donorconceptie in het belang van het kind.

Donorkinderen ondervinden geen psychologische schade omwille van de donorconceptie. Pas wanneer het kind bij een latere (toevallige) ontdekking zijn conceptierealiteit achterhaalt, loopt het kind meer risico op psychologische gevolgen en treedt er een vertrouwensbreuk op in de ouder-kindrelatie. Dit kan gevolgen hebben over de vragen naar eigen identiteit die het kind zich stelt. Een ander aspect waarmee sommige donorkinderen lijken te worstelen is het niet kunnen achterhalen van de identiteit van de donor. Dit kan gevoelens van verlies en depressie oproepen. Deze kinderen lijken geholpen te zijn met psychologische begeleiding.

Bij de beslissingen rond de keuze voor donorconceptie zijn de ouders gebaat bij een degelijke kennis over de rechten van het kind. Daarbij kunnen ze worden begeleid bij het afwegen van de belangen

van het kind tegen de belangen van de ouders. Aangezien het kind opgroeit binnen een context (waarbij aanvaarding of taboe rond donorconceptie kan bestaan) is het ook van belang dat de ouder inzicht heeft in die context.

Het is belangrijk om niet enkel, zoals nu het geval is, de bekendmaking naar het kind toe te bespreken bij de counselor. De (wens)ouder moet ertoe aangezet worden een belangenafweging te maken bij de beslissing rond de bekendmaking (en bij alle andere beslissingen bij de donorconceptie) aan het kind. Daarvoor is het stappenplan zoals besproken bij de veranderingsstrategieën een handige tool.

Zo wordt het toekomstige kind vroeg in de begeleiding van wensouders in beeld gebracht. Dit kan ertoe bijdragen dat het kind op maat van zijn ontwikkelingsfase mee inspraak krijgt in de verdere beslissingen die genomen worden als gevolg van de donorconceptie. Denk daarbij aan het beginnen van de zoektocht naar een anonieme donor, of gewoonweg de plaats en betekenis die het kind de donor toeschrijft in zijn leven. De donor komt hierdoor nogmaals in beeld bij de ouders, wat de niet-genetische ouder als bedreigend kan ervaren.

Ook hier zie je opnieuw het dynamisch karakter van gezinsvorming bij donorconceptie. Dit vestigt de aandacht op het belang van de mogelijke (psychosociale) begeleiding van (wens)ouders (en kinderen) doorheen het hele verdere gezinsleven. Begeleiding na donorconceptie is amper voor handen. Vzw Donorfamilies, die deze taak op zich neemt, geeft aan dat ze de hulpvraag van (wens)ouders niet kunnen bijhouden. Er is dringend nood aan meer en betere begeleiding!

Momenteel ligt het zwaartepunt van de begeleiding van donorconceptie bij het screenen van wensouders binnen de fertiliteitscentra. Een screening die niet voor elke doelgroep van wensouders op dezelfde manier verloopt. De begeleiding moet volgens de MBV-wet enkel worden aangeboden. Elk fertiliteitscentrum vult dit anders in. Vaak reikt dit niet verder dan het meegeven van (beperkte) informatie rond implicaties bij donorconceptie. Nadien is het aan de wensouder zelf om te beslissen of hij gebruik maakt van psychosociale begeleiding.

Het verplichten van informatiesessies bij donorconceptie is meer dan gewenst! Om dit voor elke wensouder aanvaardbaar te maken, moet die gelijk zijn voor elke wensouder. Daarvoor lijkt een expertisecentrum de meest geschikte plek. Er wordt ruimte gecreëerd om in te spelen op het dynamische karakter van donorconceptie, om informatie en begeleiding aan te bieden, tot lang na de conceptie. Bovendien kan er worden ingezet op een standaardprocedure bij het screenen van de wensouders. Dit kan door de protectieve -en risicofactoren in een balansmodel tegen elkaar af te wegen. Hierdoor vallen discriminerende praktijken weg. De wensouder wordt niet langer geweigerd omwille van één aspect in zijn leven en er blijft aandacht voor de eigenheid van elke doelgroep en nog meer, elk individu. Ook kan het expertisecentrum inzetten in het versterken van de protectieve factoren en risicofactoren helpen inperken.

Een expertisecentrum voor donorconceptie biedt een antwoord op de vraag hoe men (wens)ouders beter kan ondersteunen bij hun beslissingen en bij het opvoeden van hun donorkinderen. Ook sluit deze praktijk aan bij de mogelijkheid om al mijn doelstellingen te bereiken: het inbrengen van de belangen van het kind bij de (wens)ouder, toegankelijke begeleiding en transparante informatie bieden aan elke (wens)ouder en een gelijkwaardige screening voor elke wensouder.

Bij het schrijven van dit eindwerk leerde ik als gezinswetenschapper dat ik niet alleen ondersteuning kan bieden aan individuen, maar dat de opleiding mij inzichten geeft verworven om nieuwe draagvlakken te creëren die voor maatschappelijk verandering kunnen zorgen.

Voor mij is de vraag dan niet zozeer of er een expertisecentrum voor donorconceptie moet komen. De vraag is: wanneer dit er komt?

Bronnenlijst

1. Afstammingscentrum (z.d.). Geraadpleegd op 13 augustus 2021, via <https://afstammingscentrum.be/>
2. Agentschap Integratie en Inburgering (2015, 23 januari). Meemoederschap wettelijk geregeld. Geraadpleegd op 1 augustus 2021, via <https://www.agii.be/nieuws/meemoederschap-wettelijk-geregeld>
3. AZ Groeninge (z.d.). *AZ Groeninge Kortrijk: Fertilitieitskliniek*. Geraadpleegd op 20 juli 2021, via <https://www.azgroeninge.be/nl/patient/diensten/fertilitieitskliniek>
4. AZ Jan Palfijn Gent (2014). *AZ Jan Palfijn Gent: Fertilitieitscentrum (ivf)*. Geraadpleegd op 20 juli 2021, via <https://www.janpalfijn.be/diensten/fertilitieitscentrum>
5. AZ Sint-Lucas Gent (z.d.). *AZ Sint-Lucas Gent: Fertilitieit*. Geraadpleegd op 20 juli 2021, via <https://www.azstlucas.be/specialismen/fertilitieit#begeleiding>
6. Beel, V. (2 januari 2021). 'Ik ben blij dat ik hem gevonden heb, maar het doet pijn dat ik hem niet gekend heb.' *De Standaard*. Geraadpleegd op 2 januari 2021, via https://www.standaard.be/cnt/dmf20210101_97685248
7. Benward, MS. (30 juli 2015). Mandatory counseling for gamete donation recipients: ethical dilemma's. *Fertility and sterility*, September 2015 (104), pp. 507-512. Geraadpleegd op 2 juni 2021, via <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26235569/>
8. Blyth, E. (2012). Guidelines for infertility in different countries: is there an emerging trend? *Human reproduction*, juli 2012 (7) deel 27, pp. 2046-2057. Geraadpleegd op 2 juni 2021, via <https://academic.oup.com/humrep/article/27/7/2046/794392>
9. Brewaeyts, M., & Bos, H. (December 2018). Bewust alleenstaande moeders: ouder-kindrelaties, sociale steunnetwerken en het welzijn van hun kinderen. *Pedagogiek* 38 (2), pp. 189-222. Geraadpleegd op 1 juli 2021, via <https://www.ingentaconnect.com/content/aup/pedagog/2018/00000038/00000002/art00005#>
10. Busman, M., van Erp, M. (Producers) & Guttman, M (Regisseur), (2021). *Het zaad van Karbaat* [documentaire]. Nederland: De Familie Film& TV/VPRO.
11. Cornu, I. (2020). *Tussen de lakens: seksuele ethiek in dynamisch en kwalitatief perspectief*. Antwerpen: Garant- Uitgevers nv.
12. Crawshaw, M, & Daniels, K. (2019). Revisiting the use of 'counseling' as a means of preparing prospective parents to meet the emerging psychosocial needs of families that have used gamete donation. *Families, Relationships and societies*, 8 (3), pp. 395-409. Geraadpleegd op 16 juli 2021, via <https://www.ingentaconnect.com/content/tpf/frs/2019/00000008/00000003/art00003;jsessionid=9c7am9027d66m.x-ic-live-02>
13. Crawshaw, M., Pericleous-Smith, A., & Dark, S. (9 juli 2021). Counseling challenges associates with donor conception and surrogacy treatments- time for debate. *Human Fertility*. Geraadpleegd op 17 juli 2021, via <https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1950850>
14. CRG Brussel (z.d.). *Centrum voor Reproductieve Geneeskunde*. Geraadpleegd op 19 juli 2021, via <http://www.brusselsivf.be/>
15. Dekempe, S., & Demey, H. (2019). *Characteristics of single women signing up for fertility treatment with donor sperm: a cross-sectional study in a flemish university hospital*. [thesis]. Gent: Ghent university faculty of medicine and health science. Ghent University: Faculty of Medicine and Health Science. Geraadpleegd op 1 augustus 2021, via https://www.scripriebank.be/sites/default/files/thesis/2021-04/005_Dekempe_Stephanie_Demey_Helena_MVV_digitale-versie-MP%281%29-pagina%27s-verwijderd.pdf

16. De Kinderombudsman (z.d.). *Toolkit 'het beste besluit'*. Geraadpleegd op 6 augustus 2021, via <https://www.dekinderombudsman.nl/toolkit-beste-besluit>
17. De Lacey, S.L., Peterson, K., McMillan, J. (maart 2015). Child interests in assisted reproductive technology: how is the welfare principle applied in practice? *Human Reproduction* (30), pp. 616-624. Geraadpleegd op 28 juli 2021, via <https://doi.org/10.1093/humrep/deu343>
18. De Maakbare Mens (z.d.). *Vruchtbaarheid en levensbeschouwingen*. Geraadpleegd op 1 juli 2021, via <https://www.demaakbaremens.org/themas/vruchtbaarheid/levensbeschouwing-en-reproductieve-geneeskunde/>
19. De Roeck, L. (13 augustus 2021). *Persoonlijke communicatie*. Via Microsoft Teams.
20. 'De Verdwaalde Ooievaar' (z.d.). Geraadpleegd op 17 juli 2021, via <https://www.deverdwaaldeooievaar.be/>
21. Donor Conception Network (2021). Geraadpleegd op 30 juli 2021, via <https://www.dcnetwork.org/homepage-new>
22. Ducommun-Nagy, C. (2006). *Van onzichtbare naar bevrijdende loyaliteit* [Ces loyautes qui nous libèrent] (Michielsen, M., vert.). Leuven: Uitgeverij Acco.
23. Europees hof voor de rechten van de mens (z.d.). *Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens*. Geraadpleegd op 6 augustus 2021, via https://www.echr.coe.int/documents/convention_nld.pdf
24. Europees Instituut voor Bio-ethiek (2012). *Gewetensclausule voor gezondheidsmedewerkers*. Mechelse Drukkerijen. Geraadpleegd op 17 juni 2021, via <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/brochure-gewetensclausules.pdf>
25. ESHRE (z.d.). *Guidelines for counseling in infertility: special interest group 'psychology and counseling'*. Geraadpleegd op 7 augustus 2021, via <file:///Users/elswillaert/Downloads/Guidelines.pdf>
26. Freeman, T. (5 maart 2015). Gamete donation, information sharing and the best interest of the child: an overview of the psychological evidence. *Monash Bioethics Review* 33 (1), pp. 45-63. Geraadpleegd op 1 juli 2021, via <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&retmode=ref&cmd=prlinks&id=25743051>
27. FIOM (2021), geraadpleegd op 15 juli 2021, via <https://fiom.nl/>
28. Greenfeld, D.A. (29 juli 2015). Effects and outcomes of third-party reproduction: parents. *Fertility and Sterility*, September 2015 (104), pp. 520-524. Geraadpleegd op 28 juni 2021, via <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26232745/>
29. Hammer Burns, L., & Covington, S.N. (1999). *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. London: The Parthenon Publishing Group Limited. In
30. Health Belgium (z.d.). *Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek*. Geraadpleegd op 27 juli 2021, via <https://www.health.belgium.be/nl/belgisch-raadgevend-comite-voor-bio-ethiek>
31. Indekeu, A. (2016). *Anders en toch gewoon: Families na donorconceptie*. Leuven: Uitgeverij Lannoo Campus.
32. Indekeu, A. (2017). *Een choreografie van taboe, genen, angst en liefde. Het complexe netwerk van en rond families na donorconceptie*. Researchgate.net. Geraadpleegd op 15 juli 2021, via https://www.researchgate.net/profile/Astrid-Indekeu/publication/329982863_Een_choreografie_van_taboe_genen_angst_en_liefde_Het_complexe_netwerk_van_en_rond_families_na_donorconceptie/links/5c272f41a6fdcfc706f8b31/Een-choreografie-van-taboe-genen-angst-en-liefde-Het-complexe-netwerk-van-en-rond-families-na-donorconceptie.pdf
33. Indekeu, A. (19 mei 2021). *Persoonlijke communicatie*, via semigestructureerd interview. Online via Microsoft Teams.

34. Instituut Samenleving & technologie (2009). *Fertiliteitsbehandeling: de realiteit voorbij de technologie*. Vlaams Parlement. Dossier 20. Geraadpleegd op 11 augustus 2021, via <https://ist.vito.be/nl/pdf/dossiers/fertiliteitsdossier.html>
35. Instituut Samenleving & technologie (2010). *Kinderwens op de agenda: aanbevelingen*. Vlaams Parlement. Geraadpleegd op 11 augustus 2021, via https://ist.vito.be/nl/pdf/aanbevelingen/52815_aanbevelingen_fertiliteit_def.pdf
36. Isaksson, S., Sydsjö, G., Skoog Svanberg, A., & Lampic, C. (2019, juni). Managing absence and presence of child-parent resemblance: a challenge for heterosexual couples following sperm donation. *Reproductive Biomedicine & Society online* (8), pp. 38-46. Geraadpleegd op 6 juli 2021, via <https://doi-org.odisee.e-bronnen.be/10.1016/j.rbms.2019.07.001>
37. Keirse, M. (2017). *Helpen bij verlies en verdriet: Een gids voor het gezin en de hulpverlener*. Tiel: Uitgeverij Lannoo.
38. Kenniscentrum voor Kinderrechten (z.d.). *Stappenplan Belang van het Kind: in 5 stappen naar een beslissing in het belang van het kind*. Geraadpleegd op 6 augustus 2021, via <https://www.keki.be/nl/onderzoek-en-beleid/het-belang-van-het-kind>
39. Kinderwens vzw (2021). Kinderwens ExpertiseNetwerk. Geraadpleegd op 10 augustus, 2021, via <https://www.kinderwens.org/>
40. Kirkman-Brown, J.C., & Martins, M.V. (januari 2020). 'Genes versus children': if the goal is parenthood, are we using the optimal approach? *Human reproduction* (35), pp. 5-11. Geraadpleegd op 29 juli 2021, via <https://academic.oup.com/humrep/article/35/1/5/5698586>
41. Kool, E.M., van der Graaf, R., Bos, AME., Pieters, JJPM., Custers IM., Fauser, BCJM., Bredenoord, AL. (5 mei 2019). Stakeholders views on the medical aspects of oocyte banking for third-party assisted reproduction: a qualitative interview study with donors, recipients and professionals. *Human reproduction* (34), pp. 842-850. Geraadpleegd op 28 juli 2021, via <https://doi.org/10.1093/humrep/dez256>
42. Life Leuven (2020). *Leuven Institute for fertility and embryology: fertiliteitsbehandelingen*. Geraadpleegd op 19 juli 2021, via <https://www.lifeleuven.be/nl/behandelingen/fertiliteitsbehandelingen>
43. Nekkebroeck, J. (2 augustus 2021). *Persoonlijke communicatie*, via telefoongesprek.
44. Norre, J., & Wischmann, T. (september 2011). The position of the fertility team: A critical appraisal. *Human Fertility* (14), pp. 154-159. Geraadpleegd op 23 juni 2021, via http://www.people-development.be/wp-content/uploads/2015/11/Norre_Wischmann_2011_HF.pdf
45. Pennings, G. (2016) Een ethische analyse van de anonimiteit bij gametendonatie. *Ethische perspectieven* 26 (4), pp. 330-345. Geraadpleegd op 10 juli 2021, via https://www.researchgate.net/profile/Guido-Pennings/publication/317219538_Een_ethische_analyse_van_de_anonimiteit_bij_gametendonatie/links/59cc2401aca272bb050c672c/Een-ethische-analyse-van-de-anonimiteit-bij-gametendonatie.pdf
46. Pennings, G., de Wert, G., Shenfield, F., Cohen, J., Tarlatzis, B., & Devroey, P. (29 augustus 2007). ESHRE task Force on Ethics and Law 13: the welfare of the child in medically assisted reproduction. *Human Reproduction* 22 (10), pp. 2585-2588. Geraadpleegd op 21 juli 2021, via <https://doi.org/10.1093/humrep/dem237>
47. People Development (2015). Geraadpleegd op 19 juli 2021, via <http://www.people-development.be/>
48. Pluym, L., (2012). Het recht van het kind om zijn ouders te kennen (art. 7.1 IVRK) na heterologe medische begeleide voortplanting, adoptie en draagmoederschap in België. *Tijdschrift Jeugd- en Kinderrechten*, pp. 5-22. Geraadpleegd op 7 juli, 2021 via http://www.kekidatabank.be/doc_num.php?explnum_id=1734
49. Raes, K. (1994). De morele betekenis van het vertoog over de rechten van het kind: naar een differentiële mens- en maatschappijopvatting. In Eugène Verhellen, G. Cappelaere, K.

- Hanson, & F. Spiesschaert (Eds.), *Kinderrechtengids (KIDS) : commentaren, regelgeving, rechtspraak, nuttige informatie* (Vol. rubriek 1.1, pp. 1–47). Gent: Mys & Breesch.
50. Ravelingien, A., & Pennings, G. (2013, 4 april). The right to know your genetic parents: from open-identity gamete donation to routine paternity testing. *The American Journal of Bioethics* 13 (5), pp. 33-41. Geraadpleegd op 1 juli 2021, via <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15265161.2013.776128>
 51. Reynaert, D., (2017). Kinderen als referentiekader in de pedagogische praktijk. In Ramaekers, S., Vanobbergen, B., van Goor, R., & Smeyers, P (red.). *Inleiding in de pedagogiek: Thema's en basisbegrippen* (hoofdstuk 7, pp. 87-99). Amsterdam: Boom.
 52. Roose, R., & Bouverne-De Bie, M., (2007). Do children have rights or do their rights have to be realised? The United Nations Convention on the Rights of the Child or reference for pedagogical action. *Journal of Philosophy of Education* 41 (3), pp. 431-443. Geraadpleegd op 9 juli 2021 via <https://doi.org/10.1111/j.1467-9752.2007.00568.x>
 53. RTLnieuws (7 november 2015). *Wensvader Bob zoekt een co-ouder: de vaderrol in mij mag nu naar buiten komen*. Geraadpleegd op 1 juli 2021, via <https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/876041/wensvader-bob-zoekt-een-co-ouder-de-vaderrol-mij-mag-nu-naar-buiten>
 54. Schrijvers, A., Bos, H., van Rooij, F., Gerrits, T., van der Veen, F., Mochtar, M., & Visser, M., (2018). De behoefte aan openheid, lotgenotencontact en gepecialiseerde counseling voor donorkinderen. *Pedagogiek* (38), pp. 205-240. Geraadpleegd op 10 juli 2021, via <https://doi.org/10.5117/PED2018.2.006.SCHR>
 55. Skoog Svanberg, A., Sydsjö, G., & Lampic, C. (5 december 2019). Psychosocial aspects of identity-release gamete donation-perspectives of donors, recipients, and offspring. *Uspasla Journal of Medical Science* (125), pp. 175-182. Geraadpleegd op 6 juli 2021, via <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03009734.2019.1696431?src=recsys>
 56. Sociale zekerheid (6 juli 2007). *Wet betreffende medische begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten*. Geraadpleegd op 21 juni 2021, via http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=nl&nm=2007023090&la=N
 57. Stroobants, T., Vanderfaellie, J., Put, J. (maart 2011). *Evaluatie van de huidige screening van adoptieouders uitgevoerd door diensten voor maatschappelijk onderzoek van de CAW's in het kader van de geschiktheidsprocedure voor interlandelijke adoptie gevoerd voor de jeugdrechtbank*. *Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Geraadpleegd op 5 augustus 2021, via https://steunpuntwvg.be/images/swvg-1-publicaties/2011_02-r13-interlandelijke-adoptie
 58. Swennen, F. (2013). Rechten van niet-ouders met betrekking tot minderjarigen. Senaeve, P. Swenne, F., & Verschelde, G. (red.). *Ouders en kinderen* (Deel V, Hoofdstuk II: Niet ouders), pp. 273- 294. Antwerpen: Intersentia.
 59. The free dictionary (2021). Geraadpleegd op 20 juli 2021, via <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/cryobank>
 60. UZ Gent (2008). *Medisch begeleide voortplanting: Info voor de patiënt*. Geraadpleegd op 26 juli 2021 via <https://www.yumpu.com/nl/document/read/15348477/medisch-begeleide-voortplanting-uz-gent>
 61. UZ Gent (z.d.). *Reproductieve geneeskunde*. Geraadpleegd op 18 juli, via <https://www.uzgent.be/nl/zorgaanbod/mdspecialismen/reproductieve-geneeskunde/Paginas/default.aspx>
 62. Van Crombrugge, H. (1999). *Verwantschap en verschil. Over de plaats van het gezin en de betekenis van het ouderschap in de moderne pedagogiek*. Leuven-Apeldoorn: Garant.
 63. Van Crombrugge, H., (2009). *Ouders in soorten*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

64. Vandeurzen, J. (12 juni 2015). *Antwoord op vraag nr. 704 van 12 juni 2015 van Vera Jans*. Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en gezin. Geraadpleegd op 11 augustus 2021, via <https://docs.vlaamsparlement.be/pfile?id=1125683>
65. Van den Broeck, U. (23 september 2011). Psychosociale begeleiding van vruchtbaarheidsproblemen. *Bijblijven* 27 (7), pp. 16- 24. Geraadpleegd op 25 juni, via <https://link-springer-com.odisee.ezproxy.kuleuven.be/article/10.1007/s12414-011-0031-x>
66. Van der Meer, T. (7 februari 2017). De positie van donorkinderen in Nederland: gewenst maar niet autonoom. *Jeugdbeleid* (11), pp. 43-48. Geraadpleegd op 7 juli 2021, via <https://link.springer.com/article/10.1007/s12451-017-0139-9>
67. Van Genechten (11 augustus 2021). Persoonlijke communicatie, via email.
68. Vzw Donorfamilies (2019). *Vzw Donorfamilies*. Geraadpleegd op 16 januari 2021 via <https://www.donorfamilies.be/>
69. Vzw Donorfamilies (4 juni 2021). *Persoonlijke communicatie*, via semigestructureerd diepte-interview. Online via Microsoft Teams.
70. Vzw Steunpunt Adoptie (25 mei 2021). *Persoonlijke communicatie*, via semigestructureerd diepte-interview. Online via Microsoft Teams.
71. Weyns, W. (2008). Het gezin als maatschappijkritiek. In Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen (Red). *Zin in gezin*. (Uitgeleide pp. 253- 270). Tielt: Uitgeverij Lannoo.
72. Willaert, E. (2021)^a. *Het recht op kennen van de ouders*. [Ongepubliceerd, onderzoek]. KeKi.
73. Willaert, E. (2021)^b. *Geheimhouding van donorconceptie: kinderrechten als ondersteuning van ouders om tot bekendmaking over te gaan*. [Ongepubliceerd, paper]. Odisee co-hogeschool, Campus Schaarbeek.
74. Wuyts, T. (2013). *Ouderlijk gezag: een coherente gezagsregeling voor minderjarigen*. Antwerpen: Intersentia.
75. Wyverkes, E., & Buysse, A. (2015). Een derde in het gezin. Onderzoek naar gezinsvorming via donorconceptie. *Systeemtherapie* 27 (4), pp. 208-219. Geraadpleegd op 18 juni 2021, via https://www.tijdschriftsysteemtherapie.nl/inhoud/tijdschrift_artikel/ST-27-4-208/Een-derde-in-het-gezin
76. Zadeh, S., Freeman, T., & Golombok, S. (2016). Absence or presence? Complexities in the donor narratives of single mothers using sperm donation. *Human reproduction* 31 (1), pp. 117-124. Geraadpleegd op 3 juli 2021, via <https://academic.oup.com/humrep/article/31/1/117/2380070?login=true>
77. Zadeh, S., Ilioi, E.C., Jadva, V., & Golombok, S, (2018). The perspectives of adolescents conceived using surrogacy, egg or sperm donation. *Human Reproduction* (33), pp. 1099-1106. Geraadpleegd op 10 juli 2021, via <https://academic.oup.com/humrep/article/33/6/1099/4986999>
78. Zelfstandige Vlaanderen (13 juni 2019). *Wat is een grootboek?* Geraadpleegd op 18 juli 2021, via <https://www.zelfstandige.vlaanderen/grootboek/>

Bijlagen

Bijlage 1: Afwegingsmodel risico-en protectieve factoren donorconceptie

	Risico	protectief
Ouderkenmerken		
Persoonlijkheid	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische stoornissen (D) • Gebrek aan empathie • Laag eigenwaarde gevoel • Depressie (D) 	
Opvattingen	<ul style="list-style-type: none"> • Lage negatieve verwachtingen • Onrealistische verwachtingen • Representatie van een eigen onveilige hechting (D) • Slechte relatie met de eigen ouders • Geen intentie tot bekendmaking (D) 	Representatie van een eigen veilige hechting
Life-events	<ul style="list-style-type: none"> • Onverwerkte verlieservaring • Onverwerkte jeugdtrauma • Onverwerkt verlies fertiliteit (D) • Onverwerkt verlies genetische verwantschap (D) 	Verwerking en integratie van de eigen negatieve life-events
Motivatie	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderwens gaat van één ouder uit (D) • Spirituele expressie • De partner behoeden voor lange fertiliteitsbehandelingen met eigen sperma (D) 	Uitbreiding van het gezin
Overige	<ul style="list-style-type: none"> • Strafblad (delicten met persoonlijke consequenties, strafblad (materiële delicten), betrokken in criminele activiteiten) • Verslavingsproblematiek • Ernstige ziekte, chronische ziekte met negatieve impact • Antisociaal gedrag 	
Gezinskenmerken		
	<ul style="list-style-type: none"> • Gesloten gezinsklimaat (D) • Conflict, gebrekkige conflicthantering (D) • Verstoorde communicatie • Relatieproblemen (D) • Snelle wisseling met verzorgers • Conflicten met ex-partner (D) • Huwelijksproblemen, kind nodig om huwelijk te redden (D) • Partnergeweld, geweld in het gezin 	<ul style="list-style-type: none"> • Incasseringsvermogen (D) • Open gezinsklimaat (D) • Open communicatie (D) • Adequate conflicthantering (D) • Warme, ondersteunende relatie met partner, harmonieuze relatie

	<ul style="list-style-type: none"> • Aanwezigheid van een kind at extra aandacht nodig heeft • Aanwezigheid van een gehandicapt kind • Eenoudergezin (D) • Groot gezin (vb. vorige relatie) • Etnische minderheidsstatus • Laag inkomen, armoede, afhankelijk van een uitkering, werkloosheid (D) • Hoge mate van stress (D) 	
--	---	--

Omgevingskenmerken

	<ul style="list-style-type: none"> • Sociale isolatie (D) • Slechte" buurt, concentratie van delinquenten in de buurt, onveilige woonomgeving, geweld, toegang tot wapens • Geen sociale controle in de buurt • Te kleine huisvesting • Achterstandswijk, kansarme buurt • Taboe rond donorconceptie (D) 	<ul style="list-style-type: none"> • Helpend sociaal netwerk, sociale contacten hebben, participatie in sociale verbanden (D) • Etnisch geïntegreerde gemeenschap (D)
--	--	---


Opvoedingskenmerken

	<ul style="list-style-type: none"> • Gebrekkige sensitieveresponsiviteit (D) • Overbeschermend • Weinig betrokken moeder en/of vader (D) • Weinig warme moeder en/of vader (D) • Gebrekkige positieve parenting • Harde discipline, inconsistente discipline, hard straffen • Gebrekkige supervisie • Gebrekkig grenzen stellen • Gebrekkig regels aanleren • Gebrekkig autonomie stimuleren • Tekorten in communicatie ouderkind (D) • Gebrekkige probleemoplossende vaardigheden • Verwaarlozing en mishandeling • Negeren • Rigide stijl (D) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sensitief-responsieve houding, perspectief van het kind kunnen innemen (D) • Culturele/etnische socialisatie, racialisatie en enculturatie (D) • Betrokken moeder en/of vader (D) • Warmte • Goede, open communicatie (D) • Participatie gericht (D)
--	--	---

D= ook donorspecifiek, interpretatie vanuit de wetenschappelijke inzichten. Verder onderzoek kan zijn aangewezen.

Bron: Bijlage 6, Evidence - based theoretisch raamwerk (Stroobants el al., 2011, pp. 163-166)

Bijlage 2: Brochure Expertisecentrum voor Donorconceptie



Omdat elk gezin telt!

contact

123 Anywhere St., Any City, ST
12345
+123-456-7890
Exp@donorconceptie.com
www.ExpDonorconceptie.com

Expertisecentrum
voor
Donorconceptie



VOOR ELKE DONORFAMILIE

- DE KEUZE
- HET TRAJECT
- DE ZWANGERSCHAP
- HET GEZIN

Donorconceptie: een alternatieve gezinsvorm

Onze Visie

Elke wensouder is een potentiële ouder. We staan stil bij de psychosociale impact van de donorconceptie op de ouders, hun kinderen en de ruimere context. Er wordt ingezet op begeleiding om de draagkracht te verhogen.

Begeleiding van (wens)ouders verloopt binnen een **veilige omgeving** met aandacht voor elke wensvraag.

We geloven in de **kracht** van elke (wens)ouder. Zelfvertrouwen en een positief zelfbeeld worden bevorderd.

Er is aandacht voor verschillende maatschappelijke en culturele betekenissen van donorconceptie en ouderschap.

We hebben oog voor de rechten van de (wens)ouders, de donors en het kind. **Gezinsrelaties** worden versterkt doordat er aandacht gaat naar elke betrokkene bij de donorconceptie, met aandacht voor de betekenis en de rol van de donor binnen het gezinsverhaal.

We bevorderen **dialogo** tussen de betrokkenen, waarbij aandacht is voor het luisteren naar ieders verhaal.

Voor wie?

Wensouders die kiezen voor gezinsvorming met donorconceptie

Ouders van donorkinderen

Donorkinderen

Donoren



Ons aanbod

INFOSESSIES

Deze verplichte infosessies maken je wegwijs in de belangrijkste thema's bij donorconceptie:

- de donor
- bekendmaking
- psychosociaal ouderschap
- ...

GROEPSSESSIES

In deze bijeenkomst met lotgenoten worden ervaringen gedeeld en geluisterd naar elkaar. Een ervaringsdeskundige staat jullie bij zodat de sessie vlot verloopt.

WORKSHOPS

Onder begeleiding van onze adviseurs gaan jullie zelf aan de slag met elke uitdaging waar jullie voor staan. Dit vergroot de draagkracht, bevordert communicatie en versterkt gezinsrelaties.

PSYCHOSOCIALE BEGELEIDING

Indien gewenst kan je terecht bij één van onze psychologen voor:

- Implicatiecounseling
- ondersteunende counseling
- therapeutische counseling
- crisisbegeleiding

Stappenplan



