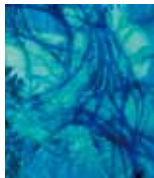




Instituut Samenleving & Technologie

**KINDERWENS OP DE AGENDA**

# AANBEVELINGEN



1. Fertiliteitsbehandelingen: de realiteit voorbij de technologie	4
1.1. Fertiliteitsproblemen: de cijfers	4
1.2. Fertiliteitsbehandelingen hebben een diepgaande impact op het leven van mensen	4
2. IST-aanbevelingen	6
2.1. Rondetafel Kinderwens: Beleidsaanbevelingen gedragen door de sector.	6
2.2. IST-aanbevelingen voor een gecoördineerd beleid rond (onvervulde) kinderwens	6
 DOMEIN 1: Preventie en sensibilisering	 8
 DOMEIN 2: Eerstelijnszorg	 12
 DOMEIN 3: Psychosociale begeleiding binnen het fertiliteitscentrum	 14
 DOMEIN 4: Opleiding en onderzoek	 18

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

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

Het IST presenteert vier domeinen van aanbevelingen voor een gecoördineerd beleid rond (onvervulde) kinderwens: preventie en sensibilisering, de uitbouw van een eerstelijnszorg Kinderwens, psychosociale begeleiding binnen het fertiliteitscentrum en opleiding en onderzoek. Als voornaamste conclusie wijst dit onderzoek echter op de noodzaak van een coördinatie van de bestaande initiatieven. Veel actoren in Vlaanderen nemen al initiatieven met betrekking tot deze problematiek, maar verbinding en samenwerking zijn nodig. Zonder grote meerkost kan het thema kinderwens ingebouwd worden binnen de bestaande werkingen en instanties.

Het IST zette met de organisatie van de Rondetafel Kinderwens een eerste stap in de bundeling van expertise en de interactie tussen professionals binnen dit domein. Een mogelijke voortzetting van deze dynamiek kan via de uitbouw van een patiëntenbelangenvereniging of een expertisecentrum dat de taal van de patiënten spreekt en zorgt voor advies aan professionals en voor de coördinatie van de initiatieven. Werken via zo'n vereniging biedt wellicht de meest efficiënte besteding van overheidssteun en de meest effectieve aanpak bij de realisatie van volgende aanbevelingen.

Robby Berloznik



## 1. Fertilitieitsbehandelingen: de realiteit voorbij de technologie

### 1.1. Fertilitieitsproblemen: de cijfers

Men spreekt over vruchtbaarheidsproblemen als een koppel gedurende minstens een jaar onbeschermd betrekkingen heeft, zonder zwanger te worden. Lang niet ieder onvruchtbaar koppel wordt geregistreerd. Er kampen ongetwijfeld meer mensen met vruchtbaarheidsproblemen dan er zich laten behandelen. Schattingen tonen dan ook een grote variatie: subfertiliteit zou 9 tot 15% van de bevolking treffen. Uit de BELRAP-cijfers (*Belgian Register for Assisted Reproduction*) voor 2006, blijkt dat in 2006 in alle Belgische centra samen in totaal 25.039 ivf/icsi-behandelingen hebben plaatsgevonden. De behandelingen hebben in totaal tot ongeveer 3.500 geboorten geleid. Een andere indicatie vormen de cijfers van het Studiecentrum voor Prenatale Diagnostiek. Daaruit blijkt dat ongeveer 5% van alle kinderen die in ons land geboren worden, er gekomen zijn dankzij medische begeleide voortplanting (inseminaties of ivf/icsi).

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

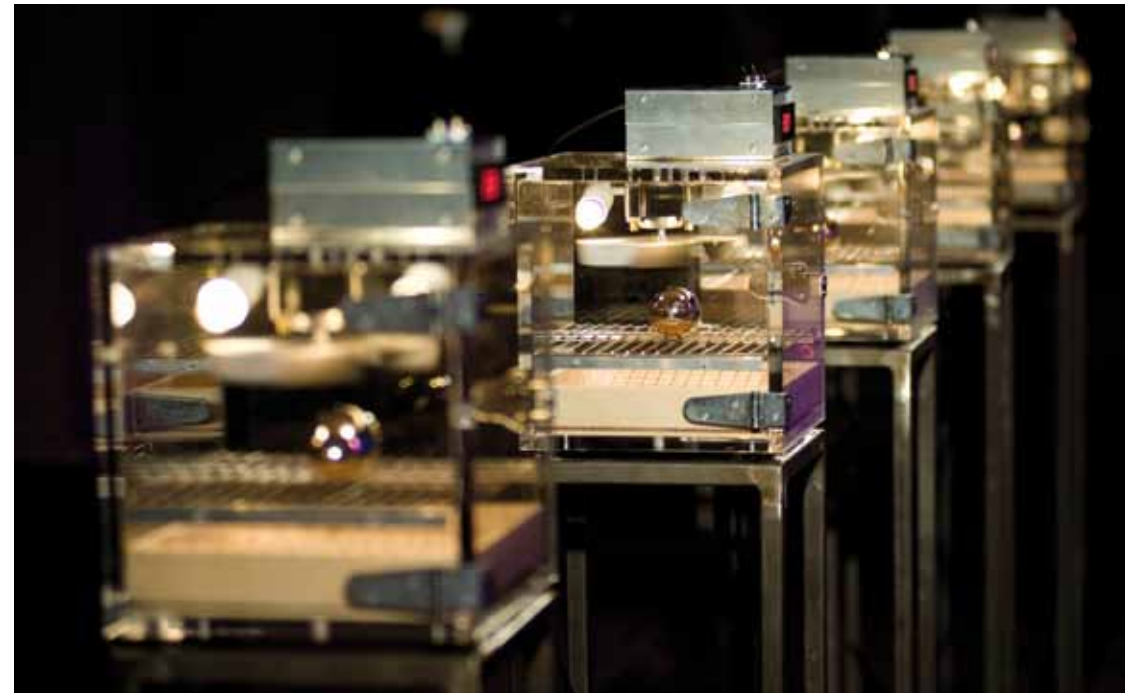
### 1.2. Fertilitieitsbehandelingen hebben een diepgaande impact op het leven van mensen

Mensen met vruchtbaarheidsproblemen worden, vaak voor het eerst in hun leven, geconfronteerd met een existentiële onmacht. Zij kunnen iets niet wat voor andere mensen 'de normaalste zaak van de wereld is'. Bovendien gaat het niet over om het even wat maar om het vervullen van een ontwikkelingsstaak en om belangrijke overgangsfase in het volwassen leven. Een kinderwens is een bijzonder complex en diepgeworteld gegeven. Hij neemt bij ieder individu een unieke vorm aan, waardoor ongewilde kinderloosheid door iedereen anders beleefd wordt. Het krijgen van kinderen gaat gepaard met bijzonder sterke emoties, zowel positieve als negatieve. Tijdens vruchtbaarheidsbehandelingen worden deze emoties ten top gedreven. De combinatie van al die factoren maakt dat mensen met vruchtbaarheidsproblemen terecht komen in een soort rollercoaster van spanning, stress, hoop, angst, verdriet, opluchting, ontgoocheling. Voeg hier aan toe dat een behandelingstraject al gauw een paar jaar in beslag kan nemen en het is niet ongebruikelijk dat de kinderwens een obsessief

karakter krijgt.

De onzekerheid, de machteloosheid en de grote emoties waarmee de niet vervulde kinderwens gepaard gaat, maken dat behandelingen een enorme impact hebben op diverse terreinen: het zelfbeeld van vrouwen wordt aangetast, de relatie komt onder druk te staan, het seksleven van paren geraakt meestal tijdelijk en soms voor lange tijd verstoord, het sociale leven van de wensouders wordt gekleurd door de onvervulde kinderwens, niet zelden gaan vrouwen zich sociaal isoleren en de moeilijke combinatie van werk en behandelen kan gevolgen hebben voor de loopbaan van de vrouwen in kwestie. Veel vrouwen getuigen van het feit dat hun loopbaan een periode heeft stilgestaan. In een onderzoek bij 98 vrouwen in een ivf-behandeling stelde psychiater Koen Demyttenaere van het UZ Leuven vast dat 54,1% van de vrouwen symptomen van een milde depressie vertoonde en 19,4% zelfs matig tot ernstig depressief was. Deze vaststellingen zijn consistent met andere onderzoeken waaruit blijkt dat bij mensen in fertilitieitsbehandelingen ongeveer dubbel zoveel depressies voorkomen als in de gewone populatie.

**De impact van het volgen van fertilitieitsbehandelingen wordt in al zijn facetten beschreven in dossier 20: Fertilitieitsbehandelingen. De realiteit voorbij de technologie.**



## 2. IST-aanbevelingen

### 2.1. Rondetafel Kinderwens: Beleidsaanbevelingen gedragen door de sector.

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

Aan deze Rondetafel ging een grondige inhoudelijke voorbereiding vooraf. Het IST liet een systematische bevraging uitvoeren bij fertiliteitsartsen, vroedvrouwen, psychologen en de wensouders zelf. Het onderzoeksteam interviewde de afdelingshoofden van alle Vlaamse B-centra (fertiliteitscentra met een eigen labo) en van twee A-centra (centra die voor de laboratoriumbewerkingen afhankelijk zijn van een B-centrum) en twee individuele in fertilitetitsgeneeskunde gespecialiseerde gynaecologen. Tijdens deze bevraging werd een stand van zaken opgemaakt van de psychosociale begeleiding die de centra op dit moment aan de wensouders aanbieden. De conclusies hiervan en de resultaten van focusgroepen met vroedvrouwen, psychologen en wensouders en van bijkomende interviews met stakeholders uit specifieke domeinen, vormden de basis voor de besprekingen tijdens de Rondetafel.

De namenlijst van de deelnemers vindt u achteraan. Naast fertilitetsartsen, vroedvrouwen, specialisten uit onderwijs, arbeid, gezondheids promotie, vertegenwoordigers van de huisartsen, Kind en Gezin, CAW's, besteedde het IST ook de nodige aandacht aan de participatie van wensouders aan de Rondetafel Kinderwens.

De methode van de Rondetafel is specifiek gericht op het streven naar consensus over het einddocument. Alle aanbevelingen zijn gedragen door de deelnemers die uiteenlopende achtergronden hebben en uit verschillende hoeken van de sector komen.

Het onderzoeksteam en het IST verwerkten de output van de Rondetafel. Het resultaat zijn IST-aanbevelingen geclusterd binnen vier domeinen, waarop beleidsmatig ingezet kan worden. De volgorde in de weergave van de domeinen weerspiegelt de verschillende fasen waarin wensouders terecht kunnen komen. Alle domeinen zijn van even groot belang.

### 2.2. IST-aanbevelingen voor een gecoördineerd beleid rond (onvervulde) kinderwens

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

DOMEIN 1: Preventie en sensibilisering

DOMEIN 2: Eerstelijnszorg

DOMEIN 3: Psychosociale begeleiding binnen het fertilitetscentrum

DOMEIN 4: Opleiding en onderzoek

Veel van de stress bij fertilitetspatiënten is onvermijdelijk. Een hele hoop bijkomende stress kan echter wel vermeden worden. De levenskwaliteit van wensouders bewaken is een belangrijke opdracht. De helft van de gevallen van vruchtbaarheidsproblemen zijn gerelateerd aan de levensstijl. Er kan veel werk verricht worden op het vlak van preventie, door mensen ervan bewust te maken dat hun vruchtbaarheid kwetsbaar is, maar ook door te voorkomen dat mensen er tijdens de behandelingen onderdoor gaan. Informeren en sensibiliseren van de publieke opinie omtrent de mogelijkheden, beperkingen en impact van fertilitetsbehandelingen is ook van belang.

Er zijn heel wat verwezenlijkingen mogelijk op het vlak van de psychosociale begeleiding van wensouders, door het thema (onvervulde) kinderwens in te passen in het bestaande aanbod aan (eerstelijns)zorg en dit te stroomlijnen en te coördineren. Maatregelen die bijdragen tot het versterken van de draagkracht van de wensouder kunnen met beperkte middelen een grote invloed hebben op de levenskwaliteit van wensouders tijdens de fertilitetsbehandelingen. Het gaat dan over goede informatieverstrekking en het organiseren van een voortraject voorafgaand aan de stap naar het fertilitetscentrum. Dat voortraject dient gericht te zijn op het verstrekken van informatie, op het creëren van ruimte tot reflectie over de eigen kinderwens en op begeleiding bij het keuzeprocess, waarbij naast behandelen ook andere mogelijke antwoorden op de onvervulde kinderwens overwogen kunnen worden, zoals adoptie, pleegzorg, verder gaan zonder kinderen,...

Daarnaast is het van cruciaal belang dat binnen het fertilitetscentrum alle teamleden opgeleid worden om aandacht te hebben voor de psychosociale begeleiding van de fertilitetspatiënten. Deze begeleiding van de wensouder gaat in eerste instantie over de manier waarop de wensouder bejegend wordt. Uit de Rondetafel blijkt dat het personeel in de centra de psychosociale begeleiding nu veelal on the spot moet uitvinden.

Hoe deze psychosociale begeleiding best ingevuld kan worden, is een van de vele onderzoeksvragen die rond deze problematiek en de situatie van vruchtbaarheidsbehandelingen in het algemeen nog op tafel liggen.

### Nood aan synergie en samenwerking

De belangrijkste conclusie van dit onderzoek is dat in Vlaanderen reeds heel wat instanties initiatieven nemen rond fertilitet, maar dat dit momenteel zeer versnipperd gebeurt. Er dienen dan ook geen nieuwe instellingen gecreëerd te worden. Wel is beleidsaandacht nodig, om deze initiatieven op een gecoördineerde manier samen te brengen en te stroomlijnen.

Coördinatie en synergie van bestaande initiatieven kan via een beperkte meerkost een grote meerwaarde betekenen voor de levenskwaliteit van wensouders.

## Domein 1: Preventie en sensibilisering

### AANBEVELING 1:

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

Nog heel wat jongeren en (toekomstige) wensouders hebben een onvoldoende juiste inschatting van hun fertiliteit en van de invloed van leefstijl en leeftijd op vruchtbaarheid en zwangerschapskansen. De helft van de fertiliteitsproblemen zijn gerelateerd aan lifestylefactoren. Hierrond is een brede maatschappelijke discussie nodig. Preventie moet erop gericht zijn mensen bewust te maken van hun kwetsbare vruchtbaarheid. Onder meer de media vervullen een aanzienlijke rol in het aanleveren van al dan niet correcte en genuanceerde informatie inzake vruchtbaarheid en vruchtbaarheidsbehandelingen.

Daarnaast moet ingezet worden op sensibilisering. Sensibilisering maakt communicatie rond fertiliteitsproblemen gemakkelijker, vermindert stress en verhoogt de draagkracht bij wensouders, helpt hen beter te kiezen en het creëert een draagvlak voor het beleid ter zake.

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

- Zet in op de coördinatie van bestaande initiatieven. Er bestaan reeds veel initiatieven zoals de preventiecampagnes rond roken, obesitas, kanker en het initiatief testjevruchtbaarheid.be (deze campagne werd in 2009 door de Vlaamse Overheid gesubsidieerd). Vruchtbaarheid moet ingebouwd worden in bestaande preventiecampagnes rond bijvoorbeeld tabakspreventie. Je vruchtbaarheid beschermen betekent een extra positieve insteek en benadering van preventiecampagnes. Preventiecampagnes kunnen op die manier gericht worden op het versterken van kansen, in plaats van op het vermijden van risico's.

- Door de campagne "Test je vruchtbaarheid" bestaat er reeds samenwerking binnen Vlaanderen. Er is nood aan verbinding. Bestaande instanties kunnen de PR verzorgen en de actoren samenbrengen. Denk bij het uittekenen van een communicatiestrategie onder meer aan alle onderwijsnetten en -vormen (bijvoorbeeld via vakspecifieke en vakoverschrijdende eindtermen), de werkvloer (bijvoorbeeld via de arbeidsgeneeskundige dienst), een eerstelijnsinstantie rond vruchtbaarheid en kinderwens die georganiseerd wordt met de bestaande instanties (zie domein 2), de media, die actief geïnformeerd en geholpen kunnen worden (bijvoorbeeld door het aanduiden van 'woordvoerders fertiliteit') en de patiëntenverenigingen.

- Creëer de voorwaarden om een weloverwogen en effectieve communicatiestrategie te kaderen binnen een preventie- en sensibiliseringsbeleid, gericht op verschillende doelgroepen, met aangepaste kanalen, inhoud en methodieken en met een accurate inschatting van de middelen die hiervoor nodig zijn. De boodschap moet positief gebracht worden, voor verschillende doelgroepen, via verschillende kanalen en herhaald in de tijd, zodat jongeren er in diverse fasen van hun leven opnieuw mee geconfronteerd worden. Een communicatiestrategie omtrent vruchtbaarheid kadert best binnen de bredere context van relatievorming en seksualiteit en moet voldoen aan duidelijke kwaliteitscriteria. De inhoudelijke invulling van deze communicatie wordt bij voorkeur uitgewerkt in nauwe samenwerking met de fertiliteitssector.

- Werk proactief naar de media door correcte informatie te verspreiden, regionaal deskundigen aan te duiden en kenbaar te maken bij wie de pers de juiste, genuanceerde, informatie kan halen. Men zou er al voor kunnen zorgen dat tijdens het journaal items over fertiliteit goed gekaderd worden, met de nodige nuances. Nu wordt nog te veel de idee van de maakbaarheid van fertiliteit benadrukt. Stimuleer het bespreekbaar maken van het thema in de media, met de hulp van bekende Vlamingen. Infotainment, bijvoorbeeld door het thema in te bouwen in het scenario van een soap, kan een belangrijke rol spelen. De boodschap bereikt zo mensen die geen aandacht hebben voor informatie als die via affiches of folders wordt verspreid.

- Preventie gaat niet alleen over kennisoverdracht maar ook over aanpassingen van de arbeidsmarkt en de combinatie van werk en gezin.

## Domein 1: Preventie en sensibilisering

### AANBEVELING 2:

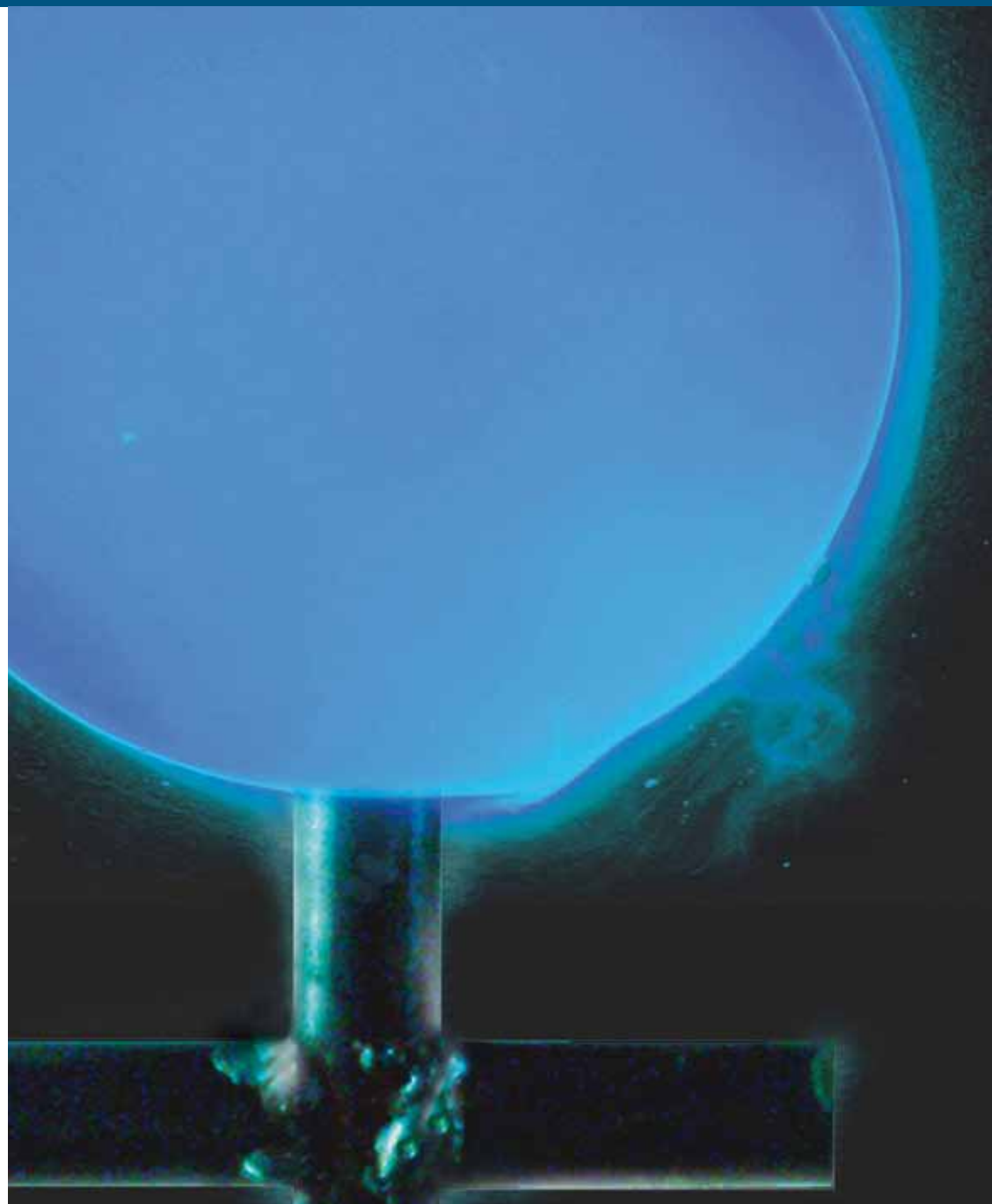
#### SENSIBILISEER WERKGEVERS OMTRENT DE COMBINATIE WERK EN FERTILITEITS-BEHANDELINGEN

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

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

- Creëer de voorwaarden voor een goede verstandhouding tussen werkgever en werknemer omtrent deze problematiek. Het is belangrijk om de werkgever goed te informeren over de impact van het volgen van een fertiliteitsbehandeling op de werknemer op de werkvloer. De werkgever dient geïnformeerd te worden over hoe hij of zij hiermee kan omgaan. Investeer bij de werkgever om begrip en een draagvlak te creëren. Daarbij stelt zich een behoefte aan een brede maatschappelijke en aan een specifieke, op de werkgever toegespitste sensibilisering. Belangrijk is ook het versterken van de werknemer die een dergelijke boodschap moet brengen en het verstrekken van voldoende informatie hieromtrent. Hierin kan een rol weggelegd zijn voor vertrouwenspersonen op de werkvloer. Het thema moet ook in hun opleiding opgenomen worden.

- Werk algemene maatregelen uit om de werkvloer gezinsvriendelijker te maken en maatregelen die het mogelijk maken om sociaal verlof of ziekteverlofuren op te nemen in het kader van een medische behandeling.



## Domein 2: Eerstelijnszorg Kinderwens

### AANBEVELING 3:

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

Taken voor een dergelijke eerstelijnszorg zijn informatie verstrekken, seksuele voorlichting, preconceptiezorg (lifestyle) en keuzebegeleiding. Er is nood aan mogelijkheden voor niet-medische reflectie rond de kinderwens, voorafgaand aan de stap naar het fertiliteitscentrum. Deze reflectie moet het mogelijk maken de kinderwens helder te stellen en goed geïnformeerde keuzen te maken tussen verschillende evenwaardige alternatieven. De wensouder versterken gaat over het aanreiken van kapstukken die helpen bij het keuzeproses. Mensen kunnen op die manier geïnformeerd en begeleid worden tijdens hun reflectieproces. Dit betekent ook dat fertiliteitsbehandelingen niet noodzakelijk de eerste keuze zijn. Het voortraject kan er niet enkel voor zorgen dat wensouders betere keuzen maken aangaande het invullen van hun kinderwens, maar ook dat ze beter voorbereid zijn op de fertiliteitsbehandelingen en daardoor minder stress ervaren.

Een eerstelijnszorg Kinderwens moet ervoor zorgen dat mensen niet onnodig of te vroeg in het fertiliteitscentrum terechtkomen. De taak van het fertiliteitscentrum wordt verlicht door een aantal zaken (bijvoorbeeld administratieve taken) reeds te regelen in de fase voorafgaand aan de stap naar het fertiliteitscentrum. Een goed georganiseerde eerstelijnszorg betekent een effectiever inzetten van middelen en werkt op die manier kostenbesparend.

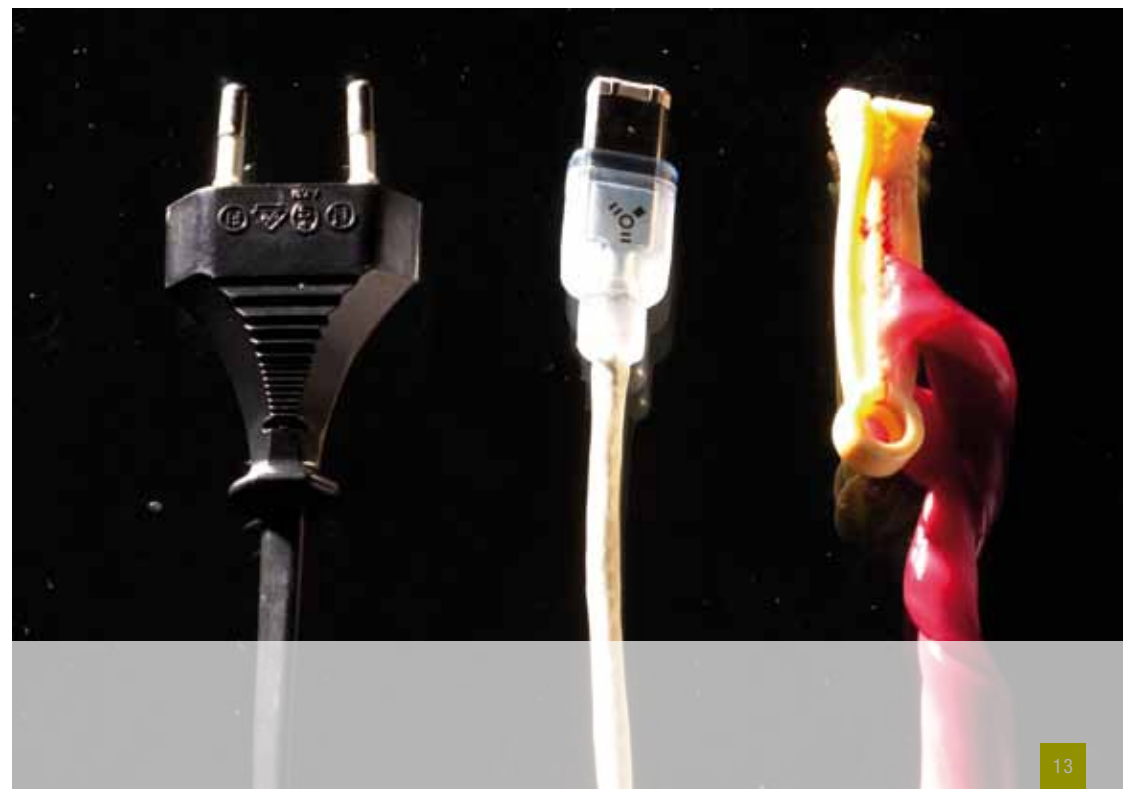
- Er bestaan reeds heel wat instanties en partijen die op een of andere manier een functie hebben of zouden kunnen hebben met betrekking tot de onvervulde kinderwens (huisartsen, CAW's, VIGez, Kind en Gezin, psychologen, zelfstandige vroedvrouwen, maatschappelijk werkers... ). Dit aanbod inventariseren en stroomlijnen en een 'sociale kaart Kinderwens' opstellen kan een grote stap voorwaarts betekenen.

- Zorg voor een goede zichtbaarheid van deze eerstelijnszorg. Maak hiertoe een goede informatieve website met kwaliteitsvolle doorverwijsadressen.

- Creëer een zorgpad 'Kinderwens voor eerstelijnszorgverstrekkers'. Een zorgpad is een procedure van psychosociale begeleiding die door elk van de mogelijke eerstelijnszorgverstrekkers gehanteerd kan worden. Guidelines kunnen eerstelijnszorgverstrekkers versterken in hun taken. Koppel aan dit zorgpad terugbetaling. Voorzie in opleidingen en een kwaliteitslabel rond dit zorgpad.

- Ontwikkel een keuzebegeleidinginstrument naar analogie met hetgeen men momenteel binnen de Kankerliga aan het ontwikkelen is. Een dergelijk instrument — informatie en vragen die de reflectie rond het fertiliteitsprobleem en de te maken keuzes ondersteunen — kan op het internet beschikbaar worden gesteld en kan zowel nuttig zijn voor hulpverleners als voor de fertiliteitspatiënten zelf. Stel het beslissingsinstrument op vanuit het patiëntenperspectief en in de taal van de wensouder.

- Overweeg om, zodra een goed functionerend en uitgebouwd voortraject ontwikkeld is, de stap naar het fertiliteitscentrum nog enkel mogelijk te maken op doorverwijzing.



## Domein 3: Psychosociale begeleiding binnen het fertiliteitscentrum

### AANBEVELING 4:

#### ZORG VOOR DE AANWEZIGHEID VAN EEN OF MEER PSYCHOLOGEN BINNEN HET FERTILITEITSCENTRUM.

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

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

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

Enkel in de **grote centra** (> 1.000 cycli) is een eigen (deeltijds) psycholoog aanwezig. De professionele emotionele ondersteuning gebeurt door een psycholoog verbonden aan het centrum die in overleg staat met het team. De psychologen in deze centra hebben vaak verschillende taken, waaronder ook een poortwachtersfunctie: ze zorgen voor screening en diagnose aan het begin van de behandeling of voorafgaand aan bepaalde specifieke behandelingen (doorgaans van bepaalde doelgroepen). Het gaat er dan om na te gaan of de wensouder(s) klaar is (zijn) of geschikt is (zijn) om een fertiliteitsbehandeling te ondergaan. De rol als poortwachter waarbij de psycholoog fertiliteitspatiënten psychisch evalueert binnen het kader van een (mogelijke) fertiliteitsbehandeling, is zeer moeilijk te verenigen met de opdracht van psychosociale begeleiding.

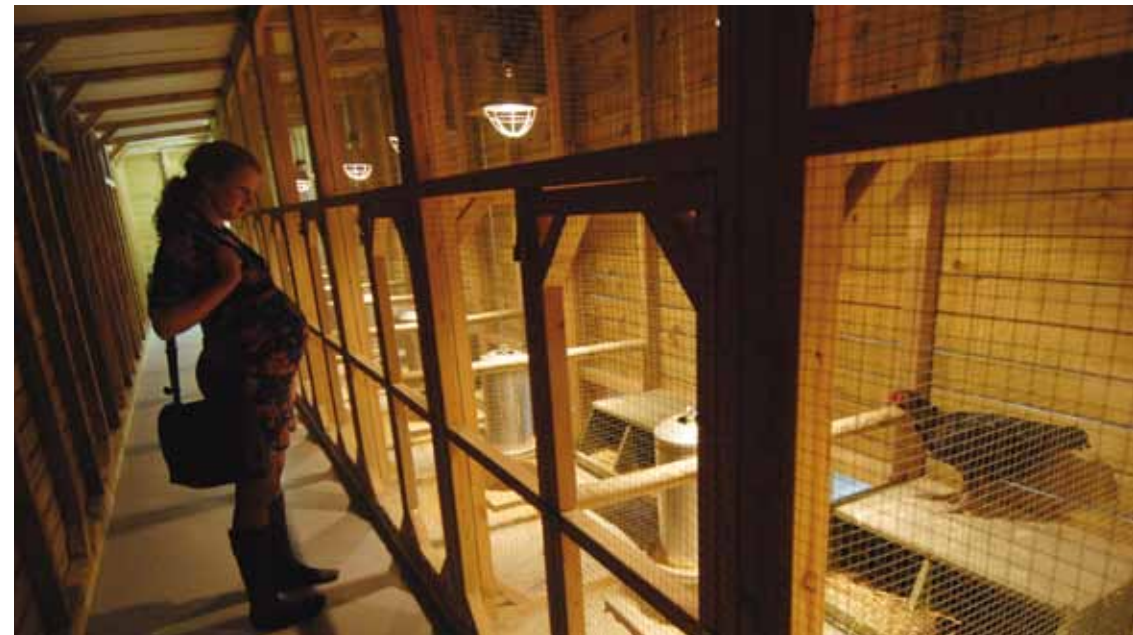
- Financier de centra vanuit een holistische visie waarin de meerwaarde van de psycholoog duidelijk is. Zorg dat er voldoende psychologen als vaste leden in het team aanwezig zijn.

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

verzorgend personeel heel wat van de emotionele begeleiding op zich nemen. Momenteel heerst er een behoefte aan het versterken van de draagkracht van de teamleden zelf. Er bestaat een concrete vraag bij de zorgverstrekkers binnen de centra naar opleiding rond het omgaan met verdriet en verlies van wensouders, rond het brengen van moeilijke boodschappen, enz.

Een eerste rondvraag geeft aan dat investeren in psychologen niet duur hoeft te zijn. Een aantal good practices in Vlaanderen tonen reeds aan dat dit economisch haalbaar is. Daarnaast pleiten heel wat deskundigen voor een maatschappelijke kosten-batenanalyse voor psychosociale zorg, als ondersteuning van het te voeren beleid ter zake.

- Maak deze psycholoog in het centrum zichtbaar en betaalbaar voor de fertiliteitspatiënt.
- Stel de taakomschrijving van de psycholoog duidelijk en zorg ervoor dat er een transparante communicatie is omtrent de rol van deze psycholoog in het centrum (screening of ondersteuning).



## Domein 3: Psychosociale begeleiding binnen het fertiliteitscentrum

### AANBEVELING 5:

**VERSTERK DE CAPACITEIT VAN HET TEAM AANGAANDE DE PSYCHOSOCIALE BEGELEIDING VAN WENSoudERS. BIED DE ZORGVERLENERS BINNEN HET FERTILITEITS-CENTRUM MEER TIJD, OPLEIDING EN INSTRUMENTEN OM DE PSYCHOSOCIALE BEGELEIDING TE OPTIMALISEREN.**

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

Psychosociale begeleiding gaat in de eerste plaats over hoe de wensouder bejegend wordt, hoe hij of zij informatie krijgt, in welke mate er ruimte wordt gemaakt om die informatie (bijvoorbeeld aangaande de eigen vruchtbaarheid) te bespreken, hoe er op dat moment met gevoelens wordt omgegaan, maar bijvoorbeeld ook hoe de wachtkamer wordt ingericht. Psychosociale begeleiding betekent een correcte attitude van de zorgverstrekkers en de diverse teamleden ten opzichte van de wensouder. Daarnaast heeft een deel van de wensouders (20 procent) behoefte aan een meer intensieve psychosociale begeleiding. Het hele team heeft een signaalfunctie om deze kwetsbaardere wensouders te identificeren.

- Investeer in vorming, opleiding en training van het hele team rond een teamcultuur en een correcte attitude ten opzichte van de wensouder.
- Rationaliseer de administratieve verplichtingen van het fertiliteitscentrum, opdat teamleden meer tijd en aandacht kunnen besteden aan de communicatie met de wensouder.
- Ontwikkel een coping test om na te gaan hoe mensen omgaan met problemen. Deze tool kan zorgverstrekkers helpen bij het detecteren van de meer kwetsbare wensouders. Deze tool is een middel om efficiënt om te gaan met tijd, middelen en personeel.
- Creëer een goede eerstelijnszorg, om zo de instroom van fertiliteitspatiënten in de fertiliteitscentra te verminderen en de (administratieve) druk te verlichten (zie domein 2).

## Domein 4: Opleiding en onderzoek

### AANBEVELING 6:

#### ZET DE KINDERWENS OP DE AGENDA VAN OPLEIDINGS- EN ONDERZOEKSINSTELLINGEN

- Geef de psychosociale begeleiding van wensouders een plaats in het curriculum van de opleidingsinstellingen.

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

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

Er ligt een heel terrein aan onderzoeksvragen open met betrekking tot de psychosociale begeleiding van wensouders: Hoe gaan mensen om met vragen rond kinderswens, in de relatief nieuwe (40 jaar) situatie van vruchtbaarheidsmanipulatie en vruchtbaarheidsbehandelingen? Wat is de optimale psychosociale begeleiding? Welke verschillende behandelingsprotocollen kunnen in kaart gebracht worden, met het oog op de kwaliteit van de zorg? Wat is de impact van de huidige terugbetalingsregeling van zes ivf-cycli op de gezondheid en op de beleving van de wensouder? Ook is onderzoek nodig naar de noodzakelijke voor- en nazorg bij fertiliteitsbehandelingen.

Vanuit een breder maatschappelijk standpunt bekeken zijn eveneens nog heel wat onderzoeksvragen onbeantwoord: Wat is de impact van fertiliteitsbehandelingen op de algemene gezondheid op lange termijn? Hoe dienen we deze nieuwe technieken te integreren in het bestaan van de mens?

Cruciaal is tot slot ook de monitoring: Wie komt wel en wie niet in fertiliteitscentra terecht? Hoe voelen fertiliteitspatiënten zich bij de behandeling? Hoe gaan wensouders om met informatie? Wat is het effect van de psychosociale interventies op de kwaliteit van het leven, de geestelijke gezondheid en de slaagkansen van de behandeling?

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

### Colofon

#### Vorbereidend onderzoek en inhoudelijk opvolging van de Rondetafel Kinderwens:

Isabelle Rossaert, Geertrui De Cock en Sofie Vandamme

#### Facilitering Rondetafel Kinderwens: Lieve Maes (Andante Continuo) en Jim Baeten (Tri.zone)

#### Projectcoördinatie en eindredactie aanbevelingen: Els Van den Cruyce (IST)

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

**Taalcorrectie:** Luk Vanrespaille

**Beeldmateriaal:** Koen Vanmechelen

**Lay-out:** B.AD

**Druk:** Drukkerij Artoos

**Verantwoordelijke uitgever:** Robby Berloznik, directeur IST, Vlaams Parlement, 1011 Brussel

**ISBN nummer:** 9789081524032



Instituut Samenleving & Technologie

**INSTITUUT SAMENLEVING & TECHNOLOGIE**

Vlaams Parlement 1011 Brussel

TEL +32 [0]2 552 40 50

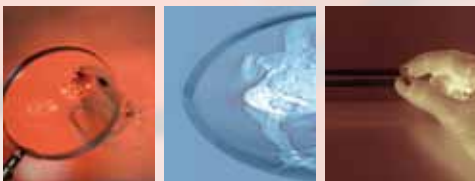
FAX +32 [0]2 552 44 50

ist@vlaamsparlement.be

www.samenlevingentechnologie.be

Instituut verbonden aan het Vlaams Parlement

ISBN 9789081524032



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

Als autonome instelling verbonden aan het Vlaams Parlement heeft het Instituut een eigen Raad van Bestuur. De heer Bart Van Malderen is voorzitter van de Raad van Bestuur samen met de heer Jean-Jacques Cassiman en mevrouw Sabine Poleyn als ondervoorzitters. De volledige Raad van Bestuur van het Instituut Samenleving en Technologie bestaat uit :

de heer Robrecht Bothuynne;  
de heer Marc Hendrickx;  
mevrouw Sabine Poleyn;  
de heer Hermes Sanctorum;  
mevrouw Marleen Van den Eynde;  
de heer Bart Van Malderen;  
de heer Sas Van Rouveroj;  
de heer Lode Vereeck.

als Vlaams Volksvertegenwoordigers;

de heer Paul Berckmans;  
de heer Jean-Jacques Cassiman;  
mevrouw Ilse Loots;  
de heer Harry Martens;  
de heer Freddy Mortier;  
de heer Nicolas van Larebeke-Arschodt;  
de heer Jos van Sas;  
mevrouw Irèna Veretennicoff

als vertegenwoordigers van de Vlaamse wetenschappelijke en technologische wereld

v.u. Robby Berloznik, directeur IST, Vlaams Parlement, 1011 Brussel