



Onzichtbaar verlies

Afstudeeronderzoek over de psychosociale gevolgen van verminderde vruchtbaarheid



In opdracht van Behandelcentrum Geertgen

Ilse van Veen | Willianne van der Valk | Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Colofon

Organisatie

Behandelcentrum Geertgen

Opdrachtgever

Marloes Verhulst en Judith Zegers

Auteurs

Willianne van der Valk

Ilse van Veen

Opleiding

Christelijke Hogeschool Ede

HBO Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

Afstudeerbegeleiders: Hannelies Mikkers en Deja Bosch

Eerste beoordelaar: Anja Vrijmoeth



Ede, 27 juni 2014

© 2014, Christelijke Hogeschool Ede

Alle rechten zijn voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, door middel van druk, fotokopieën, geautomatiseerde gegevensbestanden of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteurs.

Inhoudsopgave

Voorwoord	6
Dankwoord	7
Leeswijzer	8
Samenvatting.....	10
Begrippenlijst.....	11
Hoofdstuk 1: Aanleiding van het onderzoek	14
Inleiding.....	14
1.1 Context en achtergrond van het onderzoek	14
1.1.1 Persoonlijke aanleiding.....	14
1.1.2 Relevantie	15
1.1.3 Opdrachtgever	15
1.1.4 Probleemstelling.....	15
1.2 Doelstelling	16
1.3 Hoofd- en deelvragen.....	16
1.4 Onderzoeksmethoden en verantwoording	16
1.5 Vooronderzoek	18
1.6 Individualisering	18
1.7 Onderzoeksproces.....	19
Deel 1 - Literatuuronderzoek	20
Hoofdstuk 2: Wat is vruchtbaarheid?	21
Inleiding.....	21
2.1 Algemeen.....	21
2.2 Anatomie	22
2.2.1 Vrouwelijke geslachtsorganen	22
2.2.2 Mannelijke geslachtsorganen	23
Hoofdstuk 3: Wat houdt verminderde vruchtbaarheid in?.....	25
Inleiding.....	25
3.1 Algemeen.....	25
3.2 De oorzaken van verminderde vruchtbaarheid	26
3.2.1 Vrouwen.....	26
3.2.2 Mannen.....	28
3.2.3 Geen aanwijsbare oorzaak.....	29
Hoofdstuk 4: Medische behandelingen	31
Inleiding.....	31

4.1 Soorten behandelingen	31
4.1.1 Ovule inductie (OI)	31
4.1.2 IUI	32
4.1.3 IVF	32
4.1.4 ICSI	33
4.1.5 Cryopreservatie	33
4.1.6 KID	33
4.1.7 Eiceldonatie	33
4.1.8 MESA, PESA, TESE	33
Hoofdstuk 5: Psychosociale problematiek bij het behandelproces	35
Inleiding	35
5.1 Faseringen	35
5.2 Emotionele overwegingen bij IVF en KID	36
5.2.1 IVF	36
5.2.2 KID	37
5.3 De verzekeringsmaatschappij	38
Hoofdstuk 6: Psychosociale gevolgen van verminderde vruchtbaarheid	39
Inleiding	39
6.1 Algemeen	40
6.2 Primaire en secundaire subfertiliteit	42
6.3 Seksespecifieke beleving	43
6.3.1 De psychosociale beleving van vrouwen	43
6.3.2 De psychosociale beleving van mannen	44
6.4 De relatie	46
6.5 Invloed van leeftijd	48
6.5.1 Leeftijdsmomenten	48
6.6 De omgeving	49
6.7 Maatschappelijke opvattingen	50
6.8 Verminderde vruchtbaarheid zonder aanwijsbare oorzaak	51
6.9 Professionele hulp en acceptatie	52
Deel 2 - Praktijkonderzoek	54
Hoofdstuk 7: Huidige vormgeving counseling bij Behandelcentrum Geertgen	55
Inleiding	55
7.1 Context en achtergrond	56
7.2 Huidige vormgeving van de counseling	56
7.2.1 Protocolaire counseling	57
7.2.2 Vrijwillige counseling	58
7.2.3 Algemeen	58

7.2.4 Thema's.....	59
7.3 Waarnemingen van de psychologen.....	59
Hoofdstuk 8: Resultaatbeschrijving	62
Inleiding.....	62
8.1 Definitielijst.....	63
8.2 Thema's	66
8.2.1 Copingstrategieën	66
8.2.2 Psychosociale behoeften	67
8.2.3 Netwerk	68
8.2.4 Relatie.....	69
8.2.5 Stressfactoren	69
8.2.6 Ethische dilemma's.....	70
Deel 3 - Conclusies en aanbevelingen.....	72
Hoofdstuk 9: Conclusies en aanbevelingen.....	73
Inleiding.....	73
9.1 Conclusies en aanbevelingen.....	73
Hoofdstuk 10: Discussie, product- en procesevaluatie.....	78
Inleiding.....	78
10.1 Discussie	78
10.2 Productevaluatie	79
10.3 Procesevaluatie	81
Hoofdstuk 11: Literatuurlijst	83
Hoofdstuk 12: Bijlagen.....	86
12.1 Taakverdeling.....	87
12.2 Enquête.....	88
12.3 Topiclijst - Interview psychologen.....	91
12.4 Interview - Psychologen Behandelcentrum Geertgen	93
12.5 Topiclijst 1 - Patiënten	125
12.6 Topiclijst 2 - Patiënten	127
12.7 Labelschema	129

Voorwoord

Onzichtbaar verlies; een typerende omschrijving voor verminderde vruchtbaarheidsproblematiek. Mensen die te maken hebben met verminderde vruchtbaarheid kunnen de hoop op een kind verliezen. Het is zelfs groter dan dat; het kan het verlies van een lang gekoesterde droom en toekomstbeeld betekenen. Een droom die vrouwen, maar ook mannen graag in vervulling zouden zien gaan. Als dan blijkt dat het krijgen van kinderen niet vanzelf gaat, is herinrichting van de toekomst aan de orde. In het hoofd en het hart van de man en vrouw is er een schrijnende pijn, waar de omgeving niet zomaar iets van kan zien. Dit laatste verwijst naar onzichtbaar verlies.

Als er iemand in de omgeving overlijdt is het duidelijk dat er sprake is van verlies: die persoon zal er niet meer zijn. Bij koppels die te maken hebben met verminderde vruchtbaarheid is hun verlies vaak niet duidelijk voor de omgeving. Na een vruchtbaarheidstraject zonder positief resultaat, kan men in de omgeving denken: 'Er is geen kind geweest, dus je hebt toch niks verloren?' Deze reacties zorgen voor extra spanning op de reeds moeilijke situatie. Daarnaast is het fysieke aspect van verminderde vruchtbaarheid ook van grote invloed op het psychosociale welbevinden. Al deze aspecten hebben weerslag op het koppel dat te maken heeft met verminderde vruchtbaarheid. Er komt veel meer bij deze problematiek kijken dan velen in eerste instantie denken.

Dit laatste geldt ook voor ons. Wij, Ilse en Willianne, zijn twee vierdejaarsstudenten Maatschappelijk Werk en Dienstverlening aan de Christelijke Hogeschool Ede. In deze afstudeerscriptie doen we onderzoek doen naar het thema verminderde vruchtbaarheid. Vanwaar onze interesse voor dit onderwerp, zult u wellicht denken?

We hebben beiden de verdiepingsminor Relatie en Gezin gevolgd en in deze richting willen we ook ons afstudeeronderzoek vorm geven. In de lessen die we volgden, hebben we veel geleerd over het werken met gezinnen en partnerrelaties, bijvoorbeeld tijdens systeemgerichte hulpverlening. Steeds meer gingen wij ons echter afvragen hoe het voor mensen is als zij géén gezin kunnen stichten, terwijl de wens om kinderen te krijgen wel aanwezig is. Met deze vraag in ons hoofd zijn we gaan kijken naar onze eigen omgeving, waar we mensen kennen die te maken hebben met vruchtbaarheidsproblemen. We hebben gezien dat dit impact heeft op het psychosociale functioneren. Dit kan zich uiten in stress en onzekerheid door de vele teleurstellingen die mensen te verwerken krijgen na iedere poging tot bevruchting. Hetzij op de biologische wijze of in een later stadium door middel van behandelingen bij een fertiliteitskliniek of een ziekenhuis.

De informatie die wij over dit onderwerp weten is summier. Tijdens onze studie hebben we niet specifiek bij deze problematiek en de psychosociale impact daarvan stil gestaan. Om deze redenen willen we ons graag in ons afstudeeronderzoek op dit onderwerp richten. We hebben een opdrachtgever gevonden waar wij een onderzoek voor mogen doen. Twee psychologen die werkzaam zijn bij Behandelcentrum Geertgen te Brabant fungeren als onze opdrachtgever. Hierover zal meer beschreven worden in het eerste hoofdstuk.

Dankwoord

In dit dankwoord willen wij allen die een bijdrage hebben geleverd aan het tot stand komen van deze scriptie hartelijk danken.

In de eerste plaats gaat onze dank uit naar de patiënten die mee wilden werken aan de interviews. Zonder hun openheid en durf om zich kwetsbaar op te stellen, was dit onderzoek niet tot stand gekomen. Wat hebben we veel van hen geleerd en wat hebben ze meegeholpen aan een rijke ervaring die we toe kunnen voegen aan de kennis en vaardigheden die we gedurende onze studie hebben verworven.

Daarnaast zijn we de psychologen van Behandelcentrum Geertgen erg dankbaar voor hun steun en voor de opdracht die zij ons gegeven hebben. Marloes Verhulst en Judith Zegers stonden voor ons klaar en hebben veel tijd vrijgemaakt om ons zo goed als mogelijk te ondersteunen en te helpen gedurende het onderzoek. Het was een prettige samenwerking waarbij we veel van hen geleerd hebben.

Ook willen we de afstudeerbegeleiders vanuit de CHE, Deja Bosch en Hannelies Mikkers, bedanken. Zij hebben ons gedurende het afstudeertraject gecoacht en voorzien van tips en adviezen om er een kwalitatief hoogstaande scriptie van te maken. Ze hebben hun ervaring met ons gedeeld en ons met raad en daad bijgestaan.

Ten slotte willen we onze ouders bedanken. Zij hebben kritisch naar onze stukken gekeken en feedback gegeven. Zonder hen hadden we er veel werk bij gehad. We zijn hen erg dankbaar dat zij ons hierin tot steun wilden zijn.

Leeswijzer

Het onderzoek bestaat uit drie delen. Het eerste deel bevat het literatuuronderzoek. Vervolgens wordt er in deel 2 het praktijkonderzoek beschreven. Ten slotte worden in deel 3 de conclusies en aanbevelingen van het onderzoek weergegeven.

In **hoofdstuk 1** wordt de aanleiding van het onderzoek beschreven, dat zich richt op de psychosociale gevolgen van verminderde vruchtbaarheid. Dit hoofdstuk bevat een beschrijving over de context en achtergrond. Daarnaast wordt de doelstelling van het onderzoek genoemd. Verder worden de hoofdvraag en ondersteunende deelvragen, de onderzoeksmethode, de relevantie van het onderzoek en het vooronderzoek dat eerder door Behandelcentrum Geertgen is uitgevoerd, beschreven.

Deel 1: Literatuuronderzoek

Als voorbereiding op het praktijkonderzoek is er literatuurstudie verricht. Deze wordt uiteengezet in de volgende vijf hoofdstukken.

In **hoofdstuk 2** wordt de anatomie van de mens beschreven, waardoor duidelijk wordt wat vruchtbaarheid inhoudt. In dit hoofdstuk wordt ook de definitie van vruchtbaarheid weergegeven.

Hoofdstuk 3 maakt inzichtelijk wat verminderde vruchtbaarheid inhoudt. Ook hier wordt een definitie gegeven van de term verminderde vruchtbaarheid. Daarnaast worden er oorzaken beschreven die ten grondslag kunnen liggen aan verminderde vruchtbaarheid.

In **hoofdstuk 4** worden medische behandelingen beschreven die toegepast kunnen worden in een situatie van verminderde vruchtbaarheid. Zowel behandelingen voor vrouwen als voor mannen komen aan bod.

Hoofdstuk 5 gaat in op de psychosociale problematiek tijdens het behandelproces. Hierbij wordt ook gekeken naar zowel emotionele als ethische overwegingen bij bepaalde behandelingen. Tot slot wordt hier het financiële aspect van de behandelingen beschreven.

In **hoofdstuk 6** worden de psychosociale gevolgen van verminderde vruchtbaarheid uitgebreid beschreven. Ook wordt er aandacht besteedt aan primaire en secundaire subfertiliteit. Daarnaast wordt er een onderscheid gemaakt in de psychosociale beleving van mannen en vrouwen. Ook andere aspecten zoals de relatie, de omgeving en maatschappelijke opvattingen komen aan bod.

Deel 2: Praktijkonderzoek

In dit deel van het onderzoek worden de resultaten van het interview met de psychologen en de interviews met de patiënten beschreven.

In **hoofdstuk 7** wordt er gekeken naar de wijze waarop de psychosociale begeleiding nu wordt vormgegeven bij Behandelcentrum Geertgen.

In **hoofdstuk 8** worden de resultaten vanuit de interviews beschreven. Aan de hand van diagrammen wordt er overzichtelijk weergegeven welke behoeften patiënten hebben.

Deel 3: Conclusie en aanbevelingen

In dit laatste deel van het onderzoek worden naar aanleiding van het literatuur- en praktijkonderzoek conclusies getrokken.

In **hoofdstuk 9** worden de conclusies en aanbevelingen beschreven. De aanbevelingen komen logisch voort uit de conclusies.

In **hoofdstuk 10** wordt het onderzoeksproces geëvalueerd. In de discussie wordt aangegeven wat de grenzen van dit onderzoek zijn geweest en wat een vervolgonderzoek zou kunnen zijn. Daarnaast worden de gemaakte keuzes tijdens het onderzoeksproces verantwoord.

In **hoofdstuk 11** weergegeven welke literatuur er is gebruikt ter ondersteuning van het onderzoek.

Ten slotte zijn in **hoofdstuk 12** alle bijlagen te vinden, waaronder de uitgezette enquête, de topiclijsten die zijn gebruikt ter voorbereiding van de interviews en het labelschema dat is voortgekomen vanuit de interviews met de patiënten.

Samenvatting

De psychologen van Behandelcentrum Geertgen bieden de patiënten, gedurende hun behandelingsproces binnen de kliniek, psychosociale ondersteuning. Dit doen zij door middel van counselinggesprekken. De psychologen vragen zich echter af hoe zij hun counseling nog beter aan kunnen laten sluiten bij de behoeften van hun patiënten. De psychologen vinden het van groot belang dat zij daadwerkelijk ondersteunend zijn voor de patiënten. Daarnaast is hun uitgangspunt dat patiënten voldoende toegerust moeten zijn om de juiste beslissingen te kunnen nemen aangaande een vruchtbaarheidsbehandeling.

Vanuit deze onderzoeksvraag is geanalyseerd welke psychosociale behoeften er spelen bij man-vrouw koppels, gedurende het vruchtbaarheidstraject. Dit is gedaan door middel van literatuuronderzoek, het uitzetten van enquêtes onder de patiënten, een interview met de psychologen en interviews met de patiënten. De relatie en de omgeving van patiënten blijken een grote rol te spelen. De relatie kan onder druk komen te staan door de spanningsvolle tijden rondom de wachtweken van een behandeling. De omgeving kan tot steun of tot stressfactor gerekend worden. De ruimte die een onvervulde kinderwens in het dagelijks leven inneemt, komt zowel terug in de literatuur als in de interviews. De kinderwens kan zodanig groot zijn dat mensen hun gehele leven er op afstemmen. De mate van openheid richting het netwerk wordt belangrijk gevonden door patiënten. Ook hierin kwamen de theorie en de praktijk overeen. Patiënten ervaren dat de omgeving alleen van steun kan zijn als er een bepaalde mate van openheid is. Nieuwe informatie vanuit de interviews is: Alle geïnterviewde patiënten blijken behoefte te hebben aan een degelijke informatieve voorbereiding op het traject. Voor een aantal patiënten blijkt humor helpend te zijn om het vruchtbaarheidstraject luchtig te houden. Wanneer patiënten aan het einde van hun behandelingstraject zijn, blijkt nazorg een behoefte te zijn. Het lukt niet iedere patiënt om de emotioneel heftige periode individueel te verwerken; soms is hier een professional bij nodig. Patiënten blijken het een prettig idee te vinden om ook door artsen en verpleegkundigen in het oog gehouden te worden. Tegen de verwachting in spelen ethische dilemma's een minder grote rol dan in de literatuur naar voren komt. Daarnaast blijkt dat de relatie niet altijd een zodanig grote rol speelt als de literatuur doet vermoeden.

Vanuit deze uitkomsten kan de onderzoeksvraag beantwoordt worden en komen de volgende conclusies en aanbevelingen voort:

- De psychologen anticiperen op de behoefte van patiënten aangaande praktische informatie en emotionele voorbereiding wat betreft het behandelingsproces.
- Het is raadzaam als de thema's die door patiënten genoemd zijn standaard terugkomen in de counselinggesprekken. Het advies is dat de psychologen per thema inventariseren in hoeverre patiënten hier handvatten en adviezen bij nodig hebben.
- Een derde aanbeveling is om in counselinggesprekken gebruik te maken van humor. Humor zorgt namelijk niet alleen voor luchtigheid, maar kan een verbindende werking hebben en draagt bij aan een positieve manier van counseling.
- Het is raadzaam dat er ook specifiek bij behandelingen die geen protocollaire counseling vereisen, de patiënten in de gaten gehouden worden door artsen en verpleegkundigen. Wanneer dan blijkt dat zij extra ondersteuning nodig hebben, kunnen deze signalen doorgegeven worden aan de psychologen.
- De psychologen van Behandelcentrum Geertgen zouden nog meer aan kunnen sluiten bij hun patiënten door nazorg aan te bieden. Hierdoor worden patiënten ondersteund en gecoacht in de verwerking van de impact van het vruchtbaarheidstraject.

Begrippenlijst

Azoöspermie

Een oorzaak van verminderde vruchtbaarheid, waarbij de man geen zaadcellen produceert.

Buitenbaarmoederlijke zwangerschap

Een mogelijke oorzaak van verminderde vruchtbaarheid waarbij het embryo zich buiten de baarmoeder innestelt, waardoor de zwangerschap niet uitgedragen kan worden.

Cryopreservatie

Het invriezen van bevruchte eicellen.

Cryptorchisme

Het verschijnsel dat de teelballen niet of te laat indalen.

Cyste

Vochtophoping in de eierstokken die het uitrijpen van een eicel verstoren.

Eiceldonatie

Een wijze van bevruchting waarbij er donoreicellen worden gebruikt om een embryo te laten ontstaan.

Endometriose

Een mogelijke oorzaak van verminderde vruchtbaarheid waarbij er baarmoederslijmvlies buiten de baarmoeder groeit.

Epispadie

Een afwijking van de penis. Hierbij bevindt de opening, waardoor de urine en het sperma de penis verlaat, zich aan de bovenkant van de penis in plaats van in het midden.

Erectiele dysfunctie

Het onvermogen om een erectie te krijgen of te behouden.

Fimbria

Het franjeachtige uiteinde van de eileiders dat fungeert als een soort opvangmechanisme voor de eicel.

Follikel

Een met vocht gevuld eiblaasje waarin de rijpe eicel zich bevindt.

Gonadotrofinen

Hormonen die ervoor zorgen dat er meer eicellen tegelijkertijd groeien en uitrijpen.

Hydrosalpinx

Een chronische ontsteking van de eileider waardoor er zich vocht ophoopt in de eileider. Dit kan de innesteling van een embryo belemmeren.

Hypospadie

Een afwijking van de penis. Hierbij bevindt de opening, waardoor de urine en het sperma de penis verlaat, zich aan de onderkant van de penis in plaats van in het midden.

ICSI

Een vruchtbaarheidsbehandeling waarbij een zaadcel rechtstreeks in de eikel wordt geïnjecteerd.

Intramuraal myoom

Een vleesboom die zich geheel in de baarmoeder bevindt.

IUI

Een vruchtbaarheidsbehandeling waarbij zaad van de eigen partner met behulp van een dun slangetje in de baarmoeder wordt gebracht.

IVF

Een vruchtbaarheidsbehandeling waarbij de bevruchting van de eikel buiten het lichaam plaatsvindt.

KID

Een vruchtbaarheidsbehandeling waarbij er donorzaad wordt gebruikt om de eikel te bevruchten.

MESA

Een vruchtbaarheidsbehandeling voor de man, die uitgevoerd wordt in het geval van een obstructieve azoöspermie.

Niet-obstructieve azoöspermie

Een vorm van azoöspermie, waarbij er weinig of geen zaadcellen rijpen.

Obstructieve azoöspermie

Een vorm van azoöspermie, waarbij er wel voldoende zaadcellen worden geproduceerd, maar door een afsluiting in de afvoerwegen komen de zaadcellen niet in het ejaculaat terecht.

Ovale inductie

Een medische vruchtbaarheidsbehandeling waarbij de eisprong wordt gestimuleerd.

Ovulatiestoornis

Een onregelmatige eisprong of het uitblijven van een eisprong.

Ovum pick-up

Het proces dat de gerijpte eicellen uit het lichaam worden gehaald voordat de follikel gaat springen. Hiervan is sprake bij een IVF-behandeling.

PESA

Een vruchtbaarheidsbehandeling voor de man die wordt uitgevoerd in het geval van een obstructieve azoöspermie.

Poliep

Een klein gezwel van het baarmoederslijmvlies.

Primaire subfertiliteit

Een vorm van verminderde vruchtbaarheid waarbij zich problemen voordoen bij het krijgen van een eerste kind.

Retrograde menstruatie

Het verschijnsel dat het menstruatiebloed tijdens de menstruatie via de eileiders de vrije buikholte in stroomt en zo bij de eierstokken, de blaas en de darmen terecht komt.

Secundaire subfertiliteit

Een vorm van verminderde vruchtbaarheid waarbij zich problemen voordoen vanaf een tweede zwangerschap.

Submuceuze myoom

Een vleesboom die vlak onder het baarmoederslijmvlies aan de binnenkant van de baarmoeder groeit.

Subsereuze myoom

Een vleesboom die aan de buitenkant van de baarmoeder uitsteekt.

TESE

Een vruchtbaarheidsbehandeling voor de man, die uitgevoerd wordt in het geval van een niet-obstructieve azoöspermie.

Uterus septus

Een afwijking in de baarmoeder. Hierbij bevindt zich een tussenschot van bindweefsel in de baarmoederholte, wat een zwangerschap in de weg kan staan.

Varicocèle

Een spatader in de balzak die zorgt voor een verhoogde temperatuur, wat verslechtering van de zaadkwaliteit kan veroorzaken.

Vleesboom

Een min of meer ronde uitstulping van het spierweefsel, wat zich in de baarmoederwand bevindt.

Hoofdstuk 1

Aanleiding van het onderzoek

Inleiding

Dit hoofdstuk geeft weer wat de aanleiding van het onderzoek is. Voorafgaand aan de uitvoering van het onderzoek, zijn er voorbereidingen getroffen. Deze voorbereidingen worden beschreven in de onderstaande paragrafen.

In paragraaf 1.1 worden de context en achtergrond van het onderzoek beschreven. Vervolgens wordt er in paragraaf 1.2 de doelstelling weergegeven. In paragraaf 1.3 wordt beschreven welke hoofdvraag en bijbehorende deelvragen er zijn opgesteld. Voortvloeiend uit deze paragraaf worden in paragraaf 1.4 de onderzoeksmethoden vermeldt waarmee de hoofd- en deelvragen worden onderzocht. Daarnaast wordt de keuze van de onderzoeksmethoden verantwoord. In paragraaf 1.5 wordt vermeld welk vooronderzoek er heeft plaatsgevonden. In paragraaf 1.6 wordt er beschreven welk individuele competenties bruikbaar zijn bij het tot stand komen van de scriptie. Ten slotte wordt er in paragraaf 1.7 alvast aandacht besteedt aan het onderzoeksproces.

1.1 Context en achtergrond van het onderzoek

In onderstaande subparagrafen worden de persoonlijke beweegredenen beschreven, die ervoor hebben gezorgd dat we dit onderzoek met passie hebben uitgevoerd. Ook wordt de relevantie van het onderzoek beschreven. Vervolgens wordt er achtergrondinformatie weergegeven over de opdrachtgever voor wie dit onderzoek werd uitgevoerd. Daarnaast wordt de probleemstelling van de opdrachtgever inzichtelijk gemaakt.

1.1.1 Persoonlijke aanleiding

Vanuit onze waarnemingen in onze omgeving, realiseerden we ons dat er gedurende onze opleiding geen kennis is aangereikt over vruchtbaarheidsproblematiek.

Wij hebben de visie dat dit een thema is waarvan een maatschappelijk werker kennis moet hebben. Om deze reden hebben wij ervoor gekozen om ons hierin te verdiepen. Juist omdat dit een specifiek thema betreft en de kans reëel is dat mensen door de psychosociale gevolgen van verminderde vruchtbaarheid in aanraking komen met het Maatschappelijk Werk. In het kader van deze problematiek zijn we op zoek gegaan naar mogelijke opdrachtgevers die werkzaam zijn binnen dit gebied. Zo zijn we terecht gekomen bij Behandelcentrum Geertgen.

1.1.2 Relevantie

Een recent artikel (Monster, 20 juni 2014) over de oprichting van een monument te Apeldoorn, voor mensen die te maken hebben met een onvervulde kinderwens, laat zien hoe relevant het thema is. Dit monument is opgericht mede met het doel dat lotgenoten elkaar daar kunnen ontmoeten en wellicht kunnen steunen.

Gezien het feit dat men in de huidige maatschappij op latere leeftijd kinderen krijgt, is er sprake van een groeiende doelgroep die te maken heeft met verminderde vruchtbaarheid (CBS, 2014). De vruchtbaarheidsproblematiek kan zodanig veel impact hebben dat het niet in vervulling gaan van de kinderwens kan leiden tot depressies (Monster, 20 juni 2014). Wanneer dit het geval is, is het aannemelijk dat er meer professionele hulp nodig is voor deze doelgroep. Hieruit wordt duidelijk hoe relevant dit onderzoek is, waarin onderzocht wordt welke thema's belangrijk zijn voor de mensen die met deze problematiek in verbinding staan. Door dit onderzoek te verrichten kunnen wij bijdragen aan het welbevinden van de patiënten binnen Behandelcentrum Geertgen.

1.1.3 Opdrachtgever

Behandelcentrum Geertgen is een kliniek voor mannen en vrouwen met vruchtbaarheidsproblemen. De kliniek beheert een gespecialiseerd poliklinisch behandelcentrum en een zaad- en eicelbank. Dagelijks behandelen ze circa 100 patiënten. Per week melden zich ongeveer 25 nieuwe patiënten aan. Op jaarbasis is dit een aantal van 1300 patiënten. De meest voorkomende behandelingen die worden uitgevoerd door de fertiliteitsartsen van Behandelcentrum Geertgen zijn als volgt: 300 IUI-behandelingen per jaar en 1000 IVF-behandelingen per jaar.

Behandelcentrum Geertgen is gevestigd in Elsendorp te Brabant. Hoewel de ligging van de kliniek niet centraal is, komen er toch patiënten vanuit heel Nederland. Dit omdat het een kwalitatief hoogstaande kliniek is die persoonlijke aandacht garandeert. Daarnaast behandelt de kliniek verschillende doelgroepen, zoals lesbische stellen en alleenstaande moeders. Hieruit blijkt de gelijkwaardigheid in de benadering van de patiënten.

Behandelcentrum Geertgen heeft psychologen in dienst die de patiënten psychosociale begeleiding aanbieden gedurende de periode dat de patiënten behandeld worden. Dit is een aanbod, waarin patiënten de vrijheid hebben om er wel of geen gebruik van te maken. Daarnaast zien zij alle patiënten die gebruik willen maken van donorgameten, zelf donor worden of alleenstaand zijn.

1.1.4 Probleemstelling

Het probleem waar Behandelcentrum Geertgen tegenaan loopt, is dat zij niet helder hebben hoe zij hun counseling zo nauw mogelijk kunnen laten aansluiten op de behoeften van hun patiënten. De psychologen bieden psychosociale begeleiding met de kennis die zij gedurende hun werk als psycholoog vergaard hebben. De psychologen vragen zich af of hun werkwijze voldoende aansluit bij de patiënten. Deze twijfeling wordt versterkt doordat er geen opleiding bestaat tot fertiliteitscounselor. Anders gezegd is er sprake van handelingsverlegenheid doordat de psychologen op basis van hun ervaring en intuïtie vorm en inhoud geven aan de counselingsgesprekken, maar niet gericht weten waar ze goed aan doen. Om te toetsen of de huidige werkwijze aansluit bij de behoeften die patiënten hebben, is ons gevraagd hier onderzoek naar te doen.

Het probleem speelt zich af op beleidsniveau, omdat Behandelcentrum Geertgen zich afvraagt of hun werkwijze aansluit bij de behoeften van patiënten. Tegelijk speelt het probleem ook op uitvoerend

niveau, omdat het beleid (hun werkwijze) in de praktijk wordt uitgevoerd. Het beleid heeft invloed op de wijze waarop de patiënten begeleid worden.

1.2 Doelstelling

De doelen waar we met ons onderzoek naar willen streven, hebben we als volgt geformuleerd:

‘Begin mei 2014 hebben we door middel van ons onderzoek inzichtelijk gemaakt welke behoeften patiënten van Behandelcentrum Geertgen hebben aan psychosociale begeleiding gedurende hun behandelproces en in hoeverre Behandelcentrum Geertgen daar nu aan voldoet.’

‘Eind mei 2014 hebben we een overzicht gemaakt voor de opdrachtgever, waarin duidelijk wordt welke behoeften patiënten hebben. Dit overzicht kan dienen als handvat tijdens counselinggesprekken.’

Aan einde van het afstudeerproces zal duidelijk worden in hoeverre deze doelen behaald zijn.

1.3 Hoofd- en deelvragen

Ten behoeve van het onderzoek is er een hoofdvraag geformuleerd. Daarnaast zijn er deelvragen opgesteld die als hulpmiddel dienen om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden.

De hoofdvraag die voortkomt uit de probleemstelling is als volgt:

‘Welke behoeften hebben de patiënten van Behandelcentrum Geertgen wat betreft psychosociale begeleiding en op welke manier kan Behandelcentrum Geertgen daaraan voldoen?’

De deelvragen die ons helpen om de hoofdvraag te beantwoorden zijn:

1. Welke psychosociale gevolgen hangen samen met verminderde vruchtbaarheid?
2. Hoe wordt de psychosociale begeleiding door de psychologen bij Behandelcentrum Geertgen op dit moment vorm gegeven?
3. Welke behoeften hebben patiënten van Behandelcentrum Geertgen als het gaat om psychosociale begeleiding?
4. Hoe kan Behandelcentrum Geertgen aan de behoeften van hun patiënten voldoen in hun begeleiding?

De in de hoofd- en deelvragen genoemde patiënten, betreffen de man-vrouw koppels die bij Behandelcentrum Geertgen in behandeling zijn. De reden waarom voor deze doelgroep is gekozen, wordt nader toegelicht in hoofdstuk 10.

1.4 Onderzoeksmethoden en verantwoording

Het onderzoek is vormgegeven aan de hand van een beschrijvende, kwalitatieve onderzoeksmethode. Deze methode richt zich niet op aantallen en frequenties (kwantiteit), maar op kwaliteit (Baarda, de Goede, & Teunissen, 2009, p. 94). Hierbij gaat het om het inventariseren van gevoelens, ervaringen en belevingen van de patiënten. Een voordeel van deze methode is dat de perspectieven van de patiënten sterk kunnen verschillen, wat betreft verminderde vruchtbaarheid. Dit levert gevarieerde informatie op. Een beperking van deze wijze van onderzoek is dat we afhankelijk zijn van de respondenten.

Om de eerste deelvraag te beantwoorden is er literatuuronderzoek gedaan, waarbij we ons verdiept hebben in de psychosociale gevolgen van verminderde vruchtbaarheid. Ook is er hierbij gekeken naar

het medische aspect van verminderde vruchtbaarheid. De kennis die hieruit is opgedaan, vormde de basis voor de interviews die in een later stadium van het onderzoek plaats hebben gevonden.

De literatuur die is gebruikt, bestaat onder andere uit: 'Vruchtbaarheid voor dummies' geschreven door Brenda Dreischor e.a. en 'En, waar blijven de kinderen?' door Yvonne Prins. Daarnaast is er gebruik gemaakt van buitenlandse literatuur, zoals 'De verdwaalde ooievaar' geschreven door Isabelle Rossaert en 'Infertility counseling' van Sarah Covington en Linda Hammer Burns.

Wat betreft het gebruik van literatuur is er een selectie gemaakt in relevantie. Er is gekozen om geen gebruik te maken van de literatuur over lesbisch ouderschap, adoptie en pleegkinderen. Dit heeft als reden dat het buiten de afbakening van het onderzoek valt, aangezien er enkel aandacht wordt besteed aan man-vrouw koppels. Daarnaast wordt er een onderscheid gemaakt tussen verminderde vruchtbaarheid en (definitieve) kinderloosheid, waarmee de eenduidigheid van het onderzoek wordt gewaarborgd.

De beantwoording van de *tweede deelvraag* is vormgegeven door te onderzoeken hoe de huidige vorm van counseling eruit ziet. Hierbij zijn de formats bestudeerd die nu gebruikt worden om de counselingsgesprekken vorm te geven. Ook werd er een half-gestructureerd interview afgenomen met de psychologen. Dit was helpend om inzichtelijk te krijgen hoe de begeleiding nu wordt vormgegeven. De vragen aan de psychologen richtten zich op het proces van de counseling zoals die er op dit moment uitziet. Hierbij kwamen de vorm van aanmelden, het intakegesprek (welke onderwerpen worden uitgevraagd), de procesmatige gesprekken en het afsluitende gesprek aan bod.

In de *derde deelvraag* is er teruggekomen op de aanname in de hoofdvraag: Patiënten van Behandelcentrum Geertgen zouden bepaalde behoeften hebben wat betreft psychosociale begeleiding. De behoeften zijn met behulp van een enquête en interviews gemeten. De enquête bevatte circa vijf vragen. Deze enquête ging in op thema's die voor de patiënt belangrijk zijn tijdens de psychosociale begeleiding. Ook werd in de enquête gevraagd om medewerking van de patiënt aangaande een interview. Het doel van de interviews was het verkrijgen van specifieke informatie ten behoeve van het onderzoek. Op basis van korte en grofmazige vragen in de enquête, is er een selectie gemaakt van bereidwillige patiënten. Gedurende een periode van drie weken is de enquête uitgezet. In deze periode zijn er meer dan 200 enquêtes ingevuld. De enquête vormde zo een screening onder de patiënten van Behandelcentrum Geertgen, om snel te kunnen zien welke thema's belangrijk zijn als het gaat om psychosociale begeleiding. Daarnaast fungeerde de enquête als verzoek tot medewerking aan een interview. In de periode van drie weken is er literatuuronderzoek gedaan naar de psychosociale gevolgen van verminderde vruchtbaarheid.

Een risico van het onderzoek was dat er te weinig respons zou komen op de enquête met te weinig meewerkende patiënten voor de interviews, waardoor er te weinig informatie verkregen zou worden. Om te streven naar volledigheid en betrouwbaarheid van het onderzoek, is er een alternatief bedacht. In dat geval zouden er andere fertiliteitsinstellingen benaderd worden, die hun patiënten ook counseling aanbieden.

Er is gebruik gemaakt van half-gestructureerde interviews. Dit betekende dat er met een topiclijst gewerkt is waarin alle onderwerpen staan die besproken moesten worden en waarin ook een voorkeur voor een vraagvolgorde werd aangegeven (Baarda, de Goede & Teunissen, 2009, p. 230). De resultaten vanuit de interviews zijn weergegeven in hoofdstuk 8. De topiclijsten zijn opgenomen in bijlage 12.5 en 12.6.

Vanuit de analyse van de interviews met de patiënten is *deelvraag vier* beantwoord. Er zijn acht interviews afgenomen. Om te bepalen hoeveel interviews er exact afgenomen moesten worden om tot een objectief oordeel te komen, is er gewerkt volgens het saturatieprincipe, ofwel het principe van inhoudelijke verzadiging (Baarda, de Goede & Teunissen, 2009, p. 165). Dit principe houdt in dat er na 1 á 2 interviews een labelschema gemaakt wordt en dat de interviews daarna steeds gelabeld worden volgens het labelschema. Dit schema is te vinden in bijlage 12.7.

1.5 Vooronderzoek

Binnen Behandelcentrum Geertgen heeft er reeds een onderzoek plaatsgevonden. Dat onderzoek is uitgevoerd in september 2012. Het onderzoeksdoel daarvan was inzicht te krijgen in de vraag of patiënten voldoende op de hoogte zijn van de mogelijkheid tot counseling en hoe groot de behoefte aan counseling is. Het onderzoek bestond uit een enquête die bijgesloten zat bij het informatiepakket voor nieuwe patiënten. De enquête is destijds ingevuld door ongeveer 200 respondenten.

Een meerwaarde van het huidige onderzoek, ten opzichte van het vorige onderzoek is dat er nu inzichtelijk gemaakt kan worden wat Behandelcentrum Geertgen kan doen om de begeleiding zodanig vorm te geven dat deze aansluit op de behoefte van de patiënten. Tevens is een meerwaarde dat er in dit onderzoek in gesprek gegaan wordt met patiënten. Dit geeft de mogelijkheid tot doorvragen.

1.6 Individualisering

In deze paragraaf wordt beschreven welke individuele competenties centraal staan in het afstudeeronderzoek.

Ilse: Er zijn een aantal persoonskenmerken die ik gedurende mijn studie als feedback heb gekregen en waar ik mijzelf in herken. Eén van deze feedbackpunten werd verwoord in het begrip consciëntieus. Dit begrip duidt op een nauwkeurige en integere werkwijze waarbij het handelen verantwoordt kan worden. Deze omschrijving geeft weer hoe ik mijn persoonlijk handelen zou willen verwoorden en waarvan ik hoop dat deze als zodanig herkenbaar is voor anderen. Deze competentie wil ik voornamelijk inzetten tijdens het contact met de opdrachtgever en de gesprekken met patiënten. Echtheid vind ik belangrijk en als we met elkaar spreken over het thema van ons onderzoek, namelijk vruchtbaarheidsproblematiek en de emotionele gevolgen, dan wil ik dat respectvol doen. Een andere kwaliteit die ik in kan zetten tijdens het afstuderen is mijn kritische oog. Ik ben niet zomaar tevreden met het werk dat ik aflever. Ik vind het belangrijk om geschreven stukken goed door te lezen en dit komt mij goed van pas als het bijvoorbeeld om spellingscontrole gaat. Door mijn studie heen heb ik geleerd hoe ik theoretische stukken kan gebruiken en de bronnen op een juiste wijze kan vermelden. Ook dat wil ik toepassen in onze scriptie.

Willianne: De competenties die ik goed kan inzetten bij het afstudeeronderzoek zijn zorgvuldigheid en netheid. Ik vind het leuk om zorg te dragen voor de lay-out van de afstudeerscriptie. Ik maak er werk van, zodat een product er goed uit ziet. De lay-out is altijd de eerste kennismaking met het product. Mijn visie is dat de eerste indruk daarom goed behoort te zijn. Ik wil me daarom gaan bezighouden met de lay-out en spelling van de afstudeerscriptie.

Een andere competentie die ik goed kan inzetten is het kritisch zijn tijdens het schrijven van de scriptie. Het kritisch zijn helpt mij om de scriptie doordacht te schrijven, zodat de inhoud van goede kwaliteit zal zijn. Afgelopen studiejaren heb ik ook op die manier gewerkt en dat is terug te zien in mooie resultaten. Ik hoop dat het bij de afstudeerscriptie net zo zal verlopen. Ik heb hier wel het vertrouwen in, want Ilse en ik willen allebei goed werk leveren.

Daarnaast kan mijn respectvolle houding tijdens het afnemen van de interviews goed van pas komen. Er wordt van de patiënten gevraagd om zich open en kwetsbaar op te stellen over een moeilijk en persoonlijk onderwerp. Het is dan van belang dat patiënten zich zo veel mogelijk op hun gemak voelen als wij met hen in gesprek gaan.

Door de omvang van zowel het literatuur- als praktijkonderzoek is ervoor gekozen om gedeelde verantwoordelijkheid te dragen. Dit betekent dat er geen hoofdverantwoordelijke is voor één van de onderzoeksdelen. De specifieke taakverdeling per persoon, is te vinden in bijlage 12.1.

1.7 Onderzoeksproces

Een onderzoeksproces is van tevoren te plannen, maar enkel tot op een bepaalde hoogte te controleren. Soms zullen zich omstandigheden voordoen, die niet in de planning stonden. We verwachten dat dit bij ons afstudeeronderzoek ook het geval zal zijn. Daarnaast vraagt een onderzoek om bepaalde keuzes. Wat beschrijven we wel en wat betrekken we niet bij ons onderzoek? In hoofdstuk 10 van deze scriptie, de procesevaluatie en discussie, gaan we uitgebreid in op hoe het onderzoeksproces is verlopen en verantwoorden we de keuzes die we gedurende het onderzoeksproces hebben gemaakt.

In dit hoofdstuk is duidelijk geworden wat de aanleiding is geweest van dit onderzoek. Daarnaast is beschreven welke hoofd- en deelvragen leidend zullen zijn. Met behulp van de vier deelvragen die gedurende de scriptie terugkomen, kan de hoofdvraag worden beantwoord in hoofdstuk 9. Ook is duidelijk geworden met welke onderzoeksmethoden de deelvragen worden onderzocht. In de volgende hoofdstukken wordt het literatuuronderzoek beschreven.

Deel 1

LITERATUURONDERZOEK

Hoofdstuk 2

Wat is vruchtbaarheid?

Inleiding

Zoals reeds is beschreven in het voorwoord is verminderde vruchtbaarheid een onderwerp dat lastig te bevatten is. Dit geldt met name voor mensen die niet te maken hebben met deze problematiek. Om de psychosociale gevolgen van verminderde vruchtbaarheid te kunnen begrijpen, is het belangrijk om eerst kennis te hebben van de anatomie van de mens. Door deze aspecten in dit hoofdstuk te belichten zal het gemakkelijker worden om de emotionele impact van de fysieke onmogelijkheden van het lichaam, die in het volgende hoofdstuk worden beschreven, beter te kunnen begrijpen.

In paragraaf 2.1 wordt aandacht besteed aan vruchtbaarheid in het algemeen, waarbij de definitie van het begrip vruchtbaarheid gegeven wordt. Daarnaast wordt er in paragraaf 2.2 onderscheid gemaakt tussen de mannelijke en vrouwelijke anatomie.

2.1 Algemeen

De definitie van vruchtbaarheid volgens de Nederlandse Encyclopedie is als volgt: 'Het vermogen om vrucht te dragen' (Encyclo, 2014). Vruchtbaarheid verwijst naar de situatie waarin mannen en vrouwen geen problemen ervaren met hun mate van vruchtbaarheid of het vervullen van hun kinderwens.

Gordts, Norré en Campo geven aan dat het verlangen naar een kind een emotioneel belangrijke belevenis is, ondanks dat er verschuivingen zijn in de maatschappij wat betreft het gezinsbeeld (Gordts, Norré & Campo, 2003, p. 9). Hiermee doelen zij op de verschuiving dat mensen op latere leeftijd kinderen krijgen. Het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft een meting gedaan naar aanleiding van deze verschuiving. Nauwelijks dertig jaar geleden waren zeven op de tien vrouwen

jonger dan dertig jaar als zij hun eerste kind kregen. Op dit moment is dat nog maar een derde. De laatste jaren is de gemiddelde leeftijd van de moeder bij de geboorte van haar eerst kind rond de 29,4 jaar (CBS, 2014). Daarnaast voegen Gordts, Norré en Campo eraan toe dat kinderen krijgen voor veel mensen vanzelfsprekend is. Het hoort nu eenmaal bij het relatieleven. Dreischor, Perkins en Meyers-Thompson ondersteunen dit met de volgende uitspraak: 'Als je jonger bent dan 35 jaar heb je elke maand ongeveer 17 procent kans om 9 maanden later met een baby de kraamafdeling af te lopen' (Dreischor, Perkins & Meyers-Thompson, 2012, p. 10). Hieruit blijkt ook dat vruchtbaarheid niet zo vanzelfsprekend is als men denkt.

Het vermogen om vrucht te dragen komt terug in de volgende paragraaf waarin de mannelijke en vrouwelijke anatomie wordt beschreven.

2.2 Anatomie

De term anatomie verwijst naar de bouw van het menselijk lichaam. Het doel van de volgende subparagrafen is om de anatomie van de man en vrouw te begrijpen.

2.2.1 Vrouwelijke geslachtsorganen

De volgende organen in het vrouwelijk lichaam zijn van belang om kinderen te kunnen krijgen. Het begint bij de *vagina*. De vagina heeft een doorgangsfunctie. Na geslachtsgemeenschap worden de zaadcellen bij de opening van de baarmoederhals aangeleverd. Als er een zwangerschap ontstaat, is dit tevens de doorgang voor de baby tijdens de bevalling.

Vervolgens is de *baarmoederhals* (*cervix*) een belangrijk orgaan. De baarmoederhals is het onderste deel van de baarmoeder. De functie van de baarmoederhals is het afsluiten van de baarmoeder tijdens een zwangerschap. Een andere functie is het vormen van een barrière tussen de vagina en de baarmoeder. Deze functie is van groot belang, omdat er veel bacteriën aanwezig zijn in de vagina. Dit in tegenstelling tot de baarmoeder; deze is steriel omdat hier na de bevruchting een embryo groeit. Het zure 'milieu' van de vagina is over het algemeen dodelijk voor de zaadcellen. Rond de eisprong heeft het baarmoederhalsslijmvlies een bijzondere en tevens belangrijke functie. De samenstelling is dan zo dat zaadcellen er in kunnen overleven en het zorgt er daarnaast voor dat de zaadcellen beter kunnen doordringen in de eicel. Het slijm en de klieren fungeren bovendien als opslagplaats voor zaadcellen. Een dergelijke opslagplaats is nodig omdat de eicel maar een korte periode te bevruchten is. Binnen deze opslagplaats kunnen de zaadcellen een aantal dagen blijven wachten voor ze op weg gaan naar de eicel.

De *baarmoeder* (*uterus*) is het orgaan waarin de zwangerschap wordt uitgedragen. De baarmoeder is een hol orgaan en lijkt qua vorm en grootte op een peer; het is bovenaan namelijk breder dan onderaan. In dit orgaan groeit en ontwikkelt een embryo zich tot een baby. Maandelijks wordt het baarmoederslijmvlies afgestoten, door middel van de menstruatie en vervolgens wordt het weer opnieuw aangemaakt.

De *eierstokken* (*ovaria*) bevatten de eicellen. 'Het aantal eicellen neemt gedurende het leven alleen maar af, er worden geen nieuwe eicellen meer aangemaakt' (Smeenk, 2012, p. 6). Dit is een verschil met het zaad van de man, want bij een man worden er elke dag opnieuw miljoenen zaadcellen geproduceerd. In paragraaf 2.2.2 wordt een verklaring gegeven over de reden hiervan.

Naast dat het aantal eicellen afneemt, neemt ook de kwaliteit ervan af. De eierstokken van pasgeboren meisjes bevatten circa één miljoen eicellen. Per maand zullen er ongeveer vijfhonderd tot duizend eicellen verloren gaan. Rondom het vijftigste levensjaar zijn er zo weinig eicellen over dat de cyclus stopt. Dan begint de overgang. De eicellen die zich in de eierstokken bevinden, rijpen vaak maar een beetje uit en verdwijnen dan. Rijpt een eicel verder uit dan ontstaat er een *follikel*. Dit is een blaasje gevuld met vocht waarin zich een rijp(end)e eicel bevindt. Maandelijks groeit er één follikel volledig uit. Op een gegeven moment barst de follikel open en het vocht met daarin de eicel loopt de buikholte in. Dat wordt de eisprong genoemd. In welke eierstok een eicel tot rijping komt is willekeurig. Ten slotte zijn de *eileiders* (*tubae*) een belangrijk onderdeel van het vrouwelijk geslachtsorgaan. Bij iedere eierstok zit een eileider. Een eileider is een soort buis waarin de eicel en

zaadcel elkaar ontmoeten. In de eileiders bevinden zich trilharen die na bevruchting een embryo naar de baarmoeder transporteert. Het uiteinde van de eileiders zijn wijder. Dit uiteinde ziet er franjeachtig uit en wordt *fimbria* genoemd.

De ligging van de bovengenoemde organen is belangrijk. De baarmoeder, eileiders en eierstokken liggen niet los in de buik, maar hangen in bindweefselbanden. Op deze manier worden ze ondersteund en op hun plaats gehouden.

Het proces van bevruchting ziet er als volgt uit. Na de eisprong komt de eicel in de buikholte terecht. Een eicel is maximaal twaalf uur te bevruchten. Tijdens het orgasme van de man komen er miljoenen zaadcellen in de vagina. Zaadcellen blijven maximaal 72 uur na de zaadlozing in leven. Als de zaadcel en eicel elkaar ontmoeten en de zaadcel in de eicel wordt opgenomen, vindt de bevruchting plaats.

De trilharen in de eileider en de spiersamentrekkingen in de wand van de eileider zorgen ervoor dat de bevruchte eicel in een paar dagen naar de baarmoeder gaat. In deze tijd begint de cel zich al te delen en wordt het een embryo. Het aantal cellen verdubbelt zich voortdurend. Drie of vier dagen na de bevruchting arriveert het klompje cellen in de baarmoeder. Als alles goed gaat, nestelt het zich na een paar dagen in. Pas dan is er sprake van een zwangerschap.

2.2.2 Mannelijke geslachtsorganen

Ook de mannelijke organen zijn van belang voor de voortplanting. Allereerst is de *penis* een belangrijk orgaan. De mate waarin de penis functioneert, zou een belemmering kunnen vormen bij het zwanger worden. De penis behoort in staat te zijn om tijdens seksuele opwindings een erectie te krijgen en deze te behouden.

De *balzak* (scrotum) is de huidplooï waarin de teelballen zich bevinden. Deze hangt buiten het lichaam. In de balzak is de temperatuur lager in verhouding met de rest van het lichaam. De teelballen behoren namelijk een aantal graden koeler te zijn voor de productie van de zaadcellen.

De *teelballen* (testikels), worden ook wel zaadballen genoemd. In de twee teelballen worden de zaadcellen en de mannelijke geslachtshormonen geproduceerd. Zaadcellen worden continu aangemaakt. Het gehele proces van aanmaak tot volledige ontwikkeling en uitrijping duurt zeventig dagen. Per zaadlozing komen er 100 tot 200 miljoen zaadcellen vrij. De reden waarom er zoveel zaadcellen vrijkomen in vergelijking tot de eicel is omdat de zaadcel een lange weg moet afleggen door de baarmoederhals, baarmoeder en eileiders om bij de eicel te komen. Tijdens deze 'reis' vallen er veel zaadcellen af. In de *bijbal* die bovenop de teelbal ligt, worden de zaadcellen opgeslagen. Elke teelbal bevat acht- tot twaalfhonderd kiemkiertjes. Hierin ontstaan de voorlopers van de zaadcellen. In het weefsel dat tussen de kiemkiertjes ligt, bevinden zich cellen die het mannelijk geslachtshormoon testosteron produceren. Via een systeem van gekronkelde kanaaltjes gaan de onrijpe zaadcellen van de teelballen naar de twee bijballen. Een bijbal is een kronkelig buisje. Het lijkt klein, maar als het wordt uitgerekt is het vier tot zes meter lang. Het is een reservoir waarin de zaadcellen rijp worden. Zaadcellen in de teelballen en in het eerste deel van de bijballen zijn nog niet in staat om een eicel te bevruchten. Ze bewegen zelfs nog niet tot halverwege de bijbal. Vanaf die plaats zijn ze wel in staat om te bewegen. In de staart van de bijbal gaan de zaadcellen de zaadleider in. In de staart van de bijbal zitten veel spiervezels die zich samentrekken.

De *zaadleiders* gaan omhoog door de balzak, de lies en de buik naar de onderkant van de blaas. Aan het einde van de zaadleiders ligt aan beide kanten een uitstulping, die de *zaadblaasjes* worden genoemd. De zaadblaasjes produceren zaadvocht, wat de zaadcellen van energie voorziet zodat ze kunnen bewegen. De afvoergang van de zaadblaasjes komt aan de onderkant van de blaas samen met de zaadleiders. Vervolgens komen de zaadcellen in de *prostaat* terecht. De prostaat is een klier die vocht produceert. Het vocht van de prostaat geeft volume aan het sperma en dient daarnaast ook voor voeding van de zaadcel. Het duurt circa tien weken voordat een zaadcel volgroeid is. Dan bestaat hij uit verschillende delen, namelijk: een kop, tussenstuk en staart. In de kop zit de drager van de erfelijke eigenschappen. Het tussenstuk geeft energie aan de staart. De staart is als het ware het stuur van de zaadcel en beweegt zich naar de eicel. Tijdens een orgasme wordt het sperma naar buiten geëjaculeerd.

Vanaf dat moment vindt de ontmoeting tussen zaadcel en eicel plaats. De zaadcellen komen via de baarmoederhals, baarmoeder en eileiders uiteindelijk aan bij de eicel. Van de 100 tot 200 miljoen zaadcellen zijn er nu nog maar circa tweehonderd zaadcellen over. Op het oppervlak van de eicel is genoeg plaats voor alle zaadcellen om zich met de kop vast te hechten, om zo te proberen binnen te dringen. Normaliter zal dit maar één zaadcel lukken. Hierna wordt de schil om de eicel meteen ondoordringbaar voor alle andere zaadcellen.

In dit hoofdstuk is duidelijk geworden welke mannelijke en vrouwelijke geslachtsorganen van belang zijn bij het tot stand komen van een zwangerschap en hoe de geslachtsorganen functioneren in een vruchtbare toestand. Het is gebleken dat er veel organen een belangrijke functie hebben, voordat er een zwangerschap plaats kan vinden. Het kunnen ontstaan van een zwangerschap is daarom van veel fysieke aspecten afhankelijk. Het is niet vanzelfsprekend dat de bovengenoemde organen goed functioneren. Als er sprake is van een aandoening of afwijking, kan dat van invloed zijn op de mate van vruchtbaarheid. In het volgende hoofdstuk wordt hier dieper op ingegaan.

Hoofdstuk 3

Wat houdt verminderde vruchtbaarheid in?

Inleiding

In het vorige hoofdstuk is duidelijk geworden hoe vruchtbaarheid te definiëren is en daarnaast is beschreven hoe de anatomie van het menselijk lichaam er uit ziet. De kennis uit het voorgaande hoofdstuk is het vertrekpunt van waaruit de verminderde vruchtbaarheid onder de aandacht wordt gebracht. Dit hoofdstuk staat dan ook in het teken van de werking van het lichaam in een situatie van verminderde vruchtbaarheid.

In paragraaf 3.1 wordt de term verminderde vruchtbaarheid geïntroduceerd en toegelicht. In paragraaf 3.2 worden de oorzaken van verminderde vruchtbaarheid in beeld gebracht.

In subparagraaf 3.2.1 worden de mogelijke aandoeningen en afwijkingen bij vrouwen beschreven. Vervolgens wordt in subparagraaf 3.2.2 de mogelijke oorzaken van verminderde vruchtbaarheid bij mannen beschreven. Ten slotte wordt er in 3.2.3 aandacht besteedt aan de mogelijkheid dat er geen aanwijsbare oorzaak is voor de verminderde vruchtbaarheid.

3.1 Algemeen

Verminderde vruchtbaarheid is een term die in de komende hoofdstukken veel gebruikt wordt. Het is een term die veel vragen op kan roepen. De definitie van verminderde vruchtbaarheid is als volgt: 'Wanneer je zonder succes langer dan twaalf maanden probeert zwanger te worden en je hebt gedurende deze tijd elke maand onbeschermd seks gehad in de vruchtbare perioden, dan spreekt men van verminderde vruchtbaarheid' (Dreischor, Perkins & Meyers-Thompson, 2012, p. 9). De definitie van onvruchtbaarheid (infertiliteit) zoals die in het Van Dale woordenboek wordt genoemd, is: 'Ongeschikt voor of niet in staat tot voortplanting' (Van Dale, 2008). Dit kan helaas wel het geval zijn; bij sommige echtparen is of de man of de vrouw onvruchtbaar. Het kan zijn dat de vrouw geen baarmoeder, eierstokken en eileiders heeft.

De term verminderde vruchtbaarheid (subfertiliteit) en niet de term onvruchtbaarheid (infertiliteit) wordt gebruikt. Dit heeft als reden dat er bij mensen waarbij de kinderwens nog niet in vervulling is gegaan, niet per definitie sprake is van gehele onvruchtbaarheid. Het komt vaak genoeg voor dat er enkele afwijkingen zijn, die het proces om zwanger te worden bemoeilijken, maar niet een zwangerschap in de weg hoeven te staan. Als dit het geval is, dan is er de mogelijkheid om bij ziekenhuizen of fertiliteitsklinieken medische behandelingen te ondergaan.

Verminderde vruchtbaarheid (subfertiliteit) uit zich op verschillende manieren. Er bestaan twee soorten van subfertiliteit, namelijk primaire en secundaire subfertiliteit. Primaire subfertiliteit is een vorm van verminderde vruchtbaarheid waarbij nog geen enkele zwangerschap is opgetreden. Het krijgen van een eerste kind vormt al problemen. Bij secundaire subfertiliteit is een vrouw wel zwanger geweest. Vaak lukt het de vrouw dan wel om een eerste kind te krijgen, maar vormt het krijgen van een tweede of derde kind een probleem. Ook kan secundaire fertiliteit inhouden dat de vrouw een eerste keer zwanger is geweest, maar dat die zwangerschap niet tot de geboorte van een kind heeft geleidt. Op dat moment is er sprake van een miskraam. In paragraaf 6.2 wordt er verder ingegaan op de psychosociale problematiek die samenhangt met deze vormen van verminderde vruchtbaarheid.

Er bestaan verschillende doelgroepen die te maken kunnen hebben met verminderde vruchtbaarheid. Niet alleen de doelgroep van man-vrouw koppels, maar ook lesbische stellen en alleenstaande moeders kunnen een doelgroep zijn. Vanwege de beperking van het onderzoek, worden deze doelgroepen in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten en zal er enkel aandacht worden besteedt aan man-vrouw koppels.

3.2 De oorzaken van verminderde vruchtbaarheid

De normale wijze van het functioneren van de mannelijke en vrouwelijke geslachtsorganen is in het vorige hoofdstuk duidelijk geworden. Helaas is het zo dat niet bij iedere man en vrouw de geslachtsorganen goed functioneren. Dit resulteert in subfertiliteit. Het feit dat het lichaam niet werkt zoals het zou moeten, heeft invloed op het emotionele welbevinden van de man en vrouw. In hoofdstuk 5 en 6 wordt er verder ingegaan op de psychosociale invloed van verminderde vruchtbaarheid.

3.2.1 Vrouwen

Allereerst wordt er gekeken naar de oorzaken van subfertiliteit bij vrouwen. Er zijn verschillende aandoeningen en afwijkingen die verminderde vruchtbaarheid kunnen veroorzaken.

3.2.1.1 Endometriose

Endometriose is een oorzaak van verminderde vruchtbaarheid. Endometriose betekent de groei van baarmoederslijmvlies buiten de baarmoeder. Vaak wordt endometriose waargenomen in de eileiders, de eierstokken, de vrije buikholte en in de blaas. Hoe endometriose precies ontstaat is niet duidelijk, zeggen Gaasbeek en Leerentveld (Gaasbeek & Leerentveld, 1993, p. 45). Dreischor, Perkins en Meyers-Thompson zeggen dat er meerdere theorieën over zijn (Dreischor, Perkins & Meyers-Thompson, 2012, p. 107). De ene theorie is dat endometriose ontstaat door retrograde menstruatie. Dit houdt in dat menstruatiebloed tijdens de menstruatie via de eileiders de vrije buikholte in stroomt en zo bij de eierstokken, de blaas en de darmen terecht komt. Een andere theorie is dat endometriose via het lymfesysteem of via de bloedbaan door het hele lichaam verplaatst kan worden.

Endometriose kan de vruchtbaarheid op een aantal manieren beïnvloeden. Het kan de eileiders geheel afsluiten zodat de eicel na de eisprong niet bij de baarmoeder kan komen. Een andere mogelijkheid is dat de eileiders gedeeltelijk worden afgesloten. Dit betekent dat de zaadcellen wel bij de eicel kunnen komen, maar dat het embryo dat op die manier ontstaat niet bij de baarmoeder kan

komen en zich daarom in de eileiders innestelt. Dit wordt een buitenbaarmoederlijke zwangerschap genoemd. Hier wordt in de volgende paragraaf verder op ingegaan. Een andere manier is dat de *fimbria*, de franjeachtige uitlopers van de eileiders, beschadigd raken. Daarnaast kan het zijn dat er *cysten*, vochtophopingen, aanwezig zijn in de eierstokken die het uitrijpen van een eicel verstoren en zo de eisprong kunnen tegenhouden.

3.2.1.2 Buitenbaarmoederlijke zwangerschap

Een buitenbaarmoederlijke zwangerschap wordt in medische termen een Extra Uteriene Graviditeit (EUG) genoemd. Een buitenbaarmoederlijke zwangerschap is vergelijkbaar met een miskraam waarbij het embryo zich soms normaal ontwikkelt, maar zich op de verkeerde plek innestelt, waardoor de zwangerschap niet uitgedragen kan worden.

Een buitenbaarmoederlijke zwangerschap vindt meestal plaats in de eileider. Aangezien de eileider veel kleiner is dan de baarmoeder en ook niet mee kan groeien, kan het embryo daar maar tot een bepaalde tijd groeien. Over het algemeen zal het embryo tot circa zes á zeven weken door kunnen groeien, waarna de eileider openspringt.

3.2.1.3 Afwijkingen in de baarmoeder

De meest voorkomende baarmoederafwijking is een *uterus septus*. Dit betekent dat er zich een soort tussenschot van bindweefsel in de baarmoederholte bevindt. Dit bindweefsel kan soms chirurgisch verwijderd worden, met als doel om de kans op innesteling van een embryo te vergroten. Als dit niet het gewenste resultaat heeft, kan het een zwangerschap in de weg staan. Het kan zijn dat een vrouw een afwijkend gevormde baarmoeder heeft. Ongeveer twee tot drie procent van alle vrouwen heeft een afwijkend gevormde baarmoeder volgens Dreischor, Perkins en Meyers. (Dreischor, Perkins & Meyers-Thompson, 2012, p. 26). Smeenk (Smeenk, 2012, p. 6) bevestigt dit percentage.

Een afwijkend gevormde baarmoeder kan vervelende consequenties hebben voor het zwanger worden. Het is mogelijk dat er zich in de baarmoeder poliepen of vleesbomen bevinden die de innesteling van een embryo belemmeren. Een afwijkend gevormde baarmoeder hoeft een zwangerschap niet in de weg te staan. Wel kunnen de poliepen of vleesbomen een zwangerschap verhinderen. Een *poliep* is een klein gezwel van het baarmoederslijmvlies. Poliepen groeien in de baarmoederholte, maar kunnen wel eenvoudig verwijderd worden. Meestal komen er na verwijdering van poliepen geen complicaties voor. Een *vleesboom (myoom)* is een min of meer ronde uitstulping van het spierweefsel, wat zich in de baarmoederwand bevindt. Vleesbomen kunnen zich geheel in de baarmoeder bevinden, dit wordt intramuraal genoemd. Ze kunnen ook aan de buitenkant van de baarmoeder uitsteken, ook wel een subserieuze myoom genoemd. Daarnaast is het ook mogelijk dat vleesbomen vlak onder het baarmoederslijmvlies aan de binnenkant van de baarmoeder groeien. In dat geval is er sprake van een submuceuze myoom. Submuceuze en intramurale myomen kunnen ervoor zorgen dat de baarmoederholte vervormd wordt. Het verwijderen van vleesbomen is ingewikkeld. Vaak ontstaat er littekenweefsel na het verwijderen van een vleesboom. Dit heeft als gevolg dat het embryo zich niet kan innestelen. Het littekenweefsel kan ervoor zorgen dat de zwangerschapskansen nog verder afnemen.

3.2.1.4 Eileiders

Er kunnen ook problemen zijn met de eileiders. De eileiders zijn het transportsysteem van de eicellen om vanuit de eierstokken de baarmoeder te bereiken. Een probleem met één van de eileiders of met beide kan een grote invloed hebben op de mate van vruchtbaarheid.

Een afwijking kan zijn dat de eileiders verstopt zijn. Meestal komt dat door een verkleving. Dit zijn stukken weefsel, die er voor zorgen dat organen aan elkaar vastgroeien. Een afwijking kan ook endometriose zijn, zoals eerder beschreven is in paragraaf 3.2.1.1. Verder kan het zijn dat de eileiders slecht functioneren door een eileiderontsteking, die bijvoorbeeld veroorzaakt wordt door een seksueel overdraagbare aandoening. Ook kan een gecompliceerde blindedarmontsteking van invloed zijn op het functioneren van de eileiders. Verder kan er sprake zijn van *hydrosalpinx*. Dit is een chronische ontsteking van de eileider waardoor er zich vocht ophoopt in de eileider. De eileider

kan hierbij verstopt raken. Een hydrosalpinx kan de innesteling belemmeren. Dit kan op twee manieren. De eerste manier is dat de eicel niet naar de baarmoeder vervoerd kan worden omdat de trilharen in de eileiders niet goed functioneren of omdat de eileider vernauwd of afgesloten is. Mocht het gebeuren dat de zaadcellen de eicel desondanks nog wel kunnen bereiken, dan is er een verhoogd risico op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap. De tweede manier is dat het vocht vanuit de eileiders de baarmoederholte in kan lopen. Mocht het zo zijn dat het embryo wel in staat is om in de baarmoeder te komen (bijvoorbeeld via een gezonde eileider) dan is de kans aanwezig dat het embryo het alsnog niet overleeft. Daarnaast kan het zijn dat de fimbria van de eileider, die fungeert als een soort opvangmechanisme, ook door een ontsteking kan verkleven, waardoor de eileider afgesloten raakt. De eileider vult zich dan met vocht en raakt onherstelbaar beschadigd. Ook kan het zijn dat de eileiders zich niet vrij kunnen bewegen door verklevingen of littekens. Dit belemmert een goed verloop van de eicel.

3.2.1.5 Ovaluatiestoornis

Een andere vaak voorkomende oorzaak van verminderde vruchtbaarheid is een onregelmatige eisprong of het uitblijven van een eisprong (ovaluatie). Een eisprongprobleem kan zich op verschillende manieren uiten. Er kunnen minder eisprongen plaatsvinden, waardoor de menstruatie onregelmatig wordt of eisprongen kunnen geheel uitblijven waardoor er geen menstruatie optreedt. Deze ontregeling kan worden veroorzaakt door de volgende factoren:

- Verandering van omgeving;
- Gewichtsverandering;
- Een niet goed werkende schildklier of niet goed werkende bijniere;
- Stress;
- Na het gebruik van 'de pil' kan de menstruatie wegblijven.

Het geheel uitblijven van de eisprong kan als oorzaak hebben dat er geen eierstokken zijn in het lichaam van de vrouw. Dit kan aangeboren zijn, maar ook een operatieve ingreep kan dit als gevolg hebben.

3.2.2 Mannen

Veelal wordt er gedacht dat de oorzaak van subfertiliteit bij de vrouw ligt. 'De meeste vrouwen nemen de schuld van de subfertiliteit volledig op zich' (Dreischor, Perkins & Meyers-Thompson, 2012, p. 15). Verminderde vruchtbaarheid is voor de vrouw een moeilijk te accepteren situatie. Hier wordt in paragraaf 6.3.1 verder op ingegaan. Naast dat de vrouw verminderd vruchtbaar kan zijn, is het ook mogelijk dat de man verminderd vruchtbaar is. Net zoals voor vrouwen, is dit ook voor mannen een zware emotionele last als dit het geval blijkt te zijn. Op de psychosociale beleving van mannen en vrouwen wordt in paragraaf 6.3 verder ingegaan. Bij oorzaken van verminderde vruchtbaarheid van mannen valt te denken aan impotentie en verminderde zaadkwaliteit. In de volgende twee paragrafen wordt hier meer over beschreven.

3.2.2.1 Geslachtsdeel: penis

Een eerste, vooropstaande oorzaak van verminderde vruchtbaarheid bij mannen is de *erectiele dysfunctie*. Een andere benaming hiervoor is impotentie. Impotentie houdt het onvermogen in om een erectie te krijgen of te behouden. Oorzaken voor impotentie zijn chronische aandoeningen zoals diabetes, hart- en vaatziekten of alcoholmisbruik. Het kan ook worden veroorzaakt door bepaald medicijngebruik, zoals antidepressiva of antihypertensiva; bloeddrukverlagende middelen. Ook kan een erectiele dysfunctie veroorzaakt worden door psychische problemen, zoals depressie of stress.

De penis bevat een opening waardoor zowel de urine als het sperma de penis verlaat. Deze opening behoort zich precies in het midden, aan het uiteinde van de penis, te bevinden. Er zijn twee afwijkingen van de penis waarbij dit niet het geval is. Er kan sprake zijn van een hypospadie of epispadie. *Hypospadie* houdt in dat de opening zich aan de onderkant van de penis bevindt. Een hypospadie komt bij 1 op de 300 mannen voor en is in 20 procent van de gevallen erfelijk. Een *epispadie* betekent dat de opening zich aan de bovenkant van de penis bevindt. Deze afwijking komt

minder vaak voor. Beide afwijkingen veroorzaken tijdens een erectie een ongebruikelijke kromming van de penis. Deze kromming belemmert dat de zaadcellen op de juiste plaats komen. Met behulp van een chirurgische ingreep is een correctie van deze afwijkingen mogelijk. Als deze ingreep een goed resultaat oplevert, zou het in principe niet een oorzaak van subfertiliteit behoeven te zijn.

3.2.2.2 Zaadcellen

Het is een invloedrijk probleem als de man geen zaadcellen produceert. Als er geen enkele zaadcel in het ejaculaat zit, dan is er sprake van *azoöspermie*. Azoöspermie wordt veroorzaakt door een afsluiting van de afvoerwegen van de zaadcellen of door een stoornis in de aanmaak van zaadcellen. Azoöspermie kan nog andere oorzaken hebben, zoals:

- Een ongeluk of een harde schop/klap tegen de penis kunnen de zaadcellen beschadigen;
- Bestraling, chemotherapie;
- Een ontsteking van de zaadbalk kan de functies beschadigen. Een ontsteking kan ontstaan door een urineweginfectie of een geslachtsziekte.

Er kan ook sprake zijn van een *obstructieve azoöspermie*. Wanneer dit het geval is worden er wel voldoende zaadcellen geproduceerd, maar komen ze door een obstructie, een afsluiting van de afvoerwegen van de zaadcellen, niet op de goede plaats terecht.

Er bestaat ook *niet-obstructieve azoöspermie*. Deze term wil zeggen dat het probleem in de testikels ligt. Er rijpen dan weinig of geen zaadcellen. Van een afsluiting van de afvoerwegen van de zaadcellen is hier dus geen sprake.

Een andere mogelijkheid is dat er wel zaadcellen geproduceerd worden, maar dat de kwaliteit van het zaad niet in orde is. Dit kan als oorzaak hebben dat er te weinig zaadcellen per millimeter zijn of dat de zaadcellen niet genoeg of juist te veel bewegen. Een andere oorzaak is dat de zaadcellen te kort bewegen om bij de eicel te kunnen komen. Daarnaast kan het zijn dat de prostaat of de zaadblaasjes te weinig zaadvloeistof maken. De zaadvloeistof is nodig zodat de zaadcellen voldoende bescherming wordt geboden tegen de zure vagina.

Ook kan het voorkomen dat er te weinig zaadcellen geproduceerd worden, die ook niet goed bewegen. Onderliggende oorzaken zijn vaak niet te achterhalen. Het zou het geval kunnen zijn dat er een spatader in de balzak aanwezig is die dit veroorzaakt. Dit wordt ook wel *varicocèle* genoemd. Een spatader zorgt voor een hogere temperatuur in de balzak.

Een andere oorzaak die zorgt voor te weinig zaadcellen is dat de teelballen niet of te laat zijn ingedaald. Een andere benaming hiervoor is *cryptorchisme*. Voor de geboorte ontwikkelen de teelballen zich namelijk in de buurt van de nieren. Vervolgens dalen ze naar de balzak.

Daarnaast kan 'de bof', een kinderziekte, gepaard gaan met een ontsteking van de zaadballen. Het virus nestelt zich dan in de testikels of de zaadleiters. Dit kan ook een oorzaak zijn van te weinig zaadcellen. Ten slotte kan roken, alcohol en medicijngebruik een schadelijke invloed hebben op de zaadkwaliteit.

3.2.3 Geen aanwijsbare oorzaak

Ten slotte kan het voorkomen dat er geen aanwijsbare oorzaak te vinden is voor het uitblijven van een zwangerschap. Voor 16 procent van de koppels die te maken hebben met verminderde vruchtbaarheid is de oorzaak niet te achterhalen, aldus D'Hooge, Enzlin en Vanderschueren (D'Hooghe, Enzlin & Vanderschueren, 2005, p. 41). Zij geven daarnaast aan dat er zelfs in het geval van het ontbreken van een aanwijsbare oorzaak, de kans op een spontane zwangerschap bestaat. Voor mensen waarbij er geen aanwijsbare oorzaak te vinden is voor de verminderde vruchtbaarheid speelt frustratie een grote rol. Ze verkeren in onzekerheid en weten niet waar de wortel van het probleem zich bevindt. In paragraaf 6.8 wordt meer beschreven over de impact hiervan op het psychosociale welbevinden.

In dit hoofdstuk is helder geworden welke medische aandoeningen en afwijkingen verminderde vruchtbaarheid kunnen veroorzaken. Het blijkt dat er voor vrouwen meer aandoeningen en afwijkingen te noemen zijn dan voor mannen. Wellicht is nu ook duidelijk geworden dat, zoals Gordts, Norré en Campo al noemen, vruchtbaarheid niet zo vanzelfsprekend is als men denkt (zie paragraaf 2.1). Verder is gebleken dat het ook mogelijk is dat er geen aanwijsbare oorzaak te vinden is voor de verminderde vruchtbaarheid.

In aansluiting op dit hoofdstuk, worden in het volgende hoofdstuk diverse medische behandelingen beschreven, die patiënten met verminderde vruchtbaarheid kunnen ondergaan, om zodoende toch te proberen een zwangerschap te realiseren.

Hoofdstuk 4

Medische behandelingen

Inleiding

Voortvloeiend uit het vorige hoofdstuk, waarin de medische aandoeningen en afwijkingen centraal stonden, wordt er nu ingegaan op de verschillende behandelingen die toegepast kunnen worden in een situatie van verminderde vruchtbaarheid.

In dit hoofdstuk worden zowel de verschillende behandelingen voor vrouwen als voor mannen beschreven. Vanaf paragraaf 4.1.1 staan de behandelingen voor vrouwen centraal. In paragraaf 4.1.8 staan de medische behandelingen voor mannen beschreven.

4.1 Soorten behandelingen

Er bestaan een aantal medische behandelingen die desondanks kunnen bijdragen aan het verwekken van een kind. Er zijn verschillende soorten behandelingen voor een vrouw, die in onderstaande paragrafen beschreven worden.

4.1.1 Ovule inductie (OI)

Met ovule inductie wordt de eisprong gestimuleerd. Deze behandeling is van toepassing als er bij de vrouw sprake is van een ovulatiestoornis, zoals uitgelegd in paragraaf 3.2.1.5.

De behandeling gebeurt via tabletten of injecties. Bij de behandelingen die met behulp van injecties worden uitgevoerd, wordt er gebruik gemaakt van injecties die gonadotrofinen bevatten. 'Gonadotrofines zijn te onderscheiden in FSH (Follikel Stimulerend Hormoon), LH (Luteïniserend Hormoon) en HCG (Humaan Choriogonadotrofine). Het FSH leidt tot groei van de eiblaasjes, het LH tot de laatste uitrijping en tot de eisprong en HCG is het hormoon dat geproduceerd wordt in de zwangerschap' (SMVV, 2011). De belangrijkste hormonen zijn FSH en LH. Deze zijn namelijk van belang voor het tot stand komen van de eisprong.

4.1.2 IUI

IUI is een afkorting van intra-uteriene inseminatie. IUI is een behandeling waarbij zaad van de eigen partner met behulp van een dun slangetje in de baarmoeder wordt gebracht. Een andere benaming voor deze behandeling is KIE, wat staat voor Kunstmatige Inseminatie van de Eigen partner. Voor een IUI-behandeling is altijd opgewerkt zaad vereist. Opgewerkt zaad houdt in dat het zaad gescheiden is van het vocht uit de zaadblaasjes en van de bacteriën. Een IUI-behandeling vindt vlak voor de eisprong plaats. IUI is van toepassing wanneer er sprake is van een verminderde zaadcelkwaliteit of een verminderde kwaliteit van het baarmoedermondslim. Er kunnen in het baarmoedermondslim antistoffen zitten tegen de zaadcellen. Dit heeft als gevolg dat zaadcellen het niet kunnen overleven. IUI is een handige methode om die antistoffen te ontwijken.

Er kan zowel in een spontane cyclus of in een gestimuleerde cyclus een IUI-behandeling plaatsvinden. Dit is afhankelijk van de vruchtbaarheidsproblematiek. Een spontane cyclus houdt in dat de vrouw geen hormonen gebruikt. Een gestimuleerde cyclus betekent dat de vrouw wel hormonen gebruikt om de eisprong te activeren en te stimuleren.

4.1.3 IVF

De meest bekende medische behandeling is IVF, een afkorting van 'In vitro fertilisatie'. Dit betekent letterlijk: 'in glas bevruchting'. Bij IVF vindt de bevruchting in een petrischaal binnen een laboratorium plaats. Een petrischaal is een lage, platte en ronde schaal van glas of kunststof. IVF houdt kernachtig in dat alle processen die normaal gesproken in de eileider plaats zouden vinden, zich nu in het laboratorium afspelen. De bevruchting van de eicel vindt dus buiten het lichaam plaats. Er zijn vier fasen die bij een IVF-behandeling doorlopen worden. De eerste fase is de stimulatie van de eicellen, dan volgt de punctie van de eicellen, vervolgens is er de laboratoriumfase en ten slotte wordt het embryo in de baarmoeder geplaatst.

In de *eerste fase: de stimulatie van de eicellen*, worden er tabletten en injecties gebruikt, die ook toegepast worden bij het opwekken en stimuleren van de eisprong, zoals in paragraaf 4.1.1 benoemd is. Deze worden gebruikt om de eierstokken te stimuleren om meerdere eicellen te laten uitrijpen. Gonadotrofinen zijn hormonen die ervoor zorgen dat er meer eicellen tegelijk gaan groeien en uitrijpen. Normaal gesproken rijpt er maandelijks slechts één eicel goed uit. De eicelrijping wordt goed in de gaten gehouden door de artsen. Het is essentieel dat de eicellen op tijd uit het lichaam worden gehaald als ze rijp genoeg zijn voor de bevruchting.

De *tweede fase: de eicelpunctie, ook wel ovum pick-up genoemd*, verwijst naar het proces dat de gerijpte eicellen uit het lichaam worden gehaald voordat de follikel gaat springen. Een follikel is een met vocht gevuld eiblaasje waarin de rijpe eicel zich bevindt. Met behulp van een naald waaraan een slangetje zit waardoor er met een pomp gezogen kan worden, wordt er door de vaginawand rechtstreeks in de eiblaasjes geprikt. Dan wordt het vocht, met de eicel uit het lichaam gezogen.

In deze fase heeft de man de taak om zaadcellen te produceren door middel van masturbatie, die gebruikt worden om de eicel te bevruchten in de volgende fase.

In de *derde fase: de laboratoriumfase*, worden de eicellen onder de microscoop uit het vocht gehaald en in een petrischaal gebracht. Dan worden de zaadcellen hieraan toegevoegd. Vanaf dit moment kan de bevruchting plaatsvinden. Het laboratorium is zodanig ingericht dat de temperatuur-, licht-, luchtsamenstelling-, en luchtvochtigheidsomstandigheden optimaal zijn. De volgende dag wordt er gekeken of er bevruchting heeft plaatsgevonden.

Ten slotte is er de *vierde fase: de terugplaatsing van het embryo*. Als de eicel bevrucht is, worden er één of twee embryo's teruggeplaatst in de baarmoeder. 'Gevoelsmatig wil ieder paar twee embryo's laten plaatsen: 'een twee keer zo grote kans, blijft de ene niet zitten dan is de andere er altijd nog' (van den Dool & Koemans, 2012, p. 156). Dit brengt wel de kans of het risico, afhankelijk van hoe men dit ziet, met zich mee dat er een meerling ontstaat. Een risico van een meerlingzwangerschap is dat er een vroeggeboorte ontstaat. Na de terugplaatsing van de embryo's in de baarmoeder is het afwachten of ze zich gaan innestelen in het baarmoederslijmvlies.

4.1.4 ICSI

ICSI is de afkorting van Intra Cytoplasmatische Sperma Injectie. Bij een ICSI-behandeling wordt er een zaadcel rechtstreeks in de eicel geïnjecteerd. 'Met een pipet wordt de eicel gestabiliseerd, terwijl er met een dunne glazen naald een zaadcel in het midden van de eicel geïnjecteerd wordt' (Dreischor, Perkins & Meyers-Thompson, 2012, p. 275). Dit proces kost veel tijd. Deze behandeling vindt, net als bij IVF, in het laboratorium plaats. Een ICSI-behandeling lijkt veel op een IVF-behandeling. Wel is er verschil. Een eerste verschil is de bevruchtingsmethode in het laboratorium. Het andere verschil is dat er bij ICSI één zaadcel in het midden van een eicel wordt geïnjecteerd, terwijl er bij IVF meerdere zaadcellen bij de eicel worden gebracht.

Een ICSI-behandeling wordt vaak toegepast wanneer er geen bevruchting heeft plaatsgevonden bij de IVF-behandeling. Het kan zijn dat er geen bevruchting plaats heeft gevonden, terwijl de zaad- en de eicellen wel goede beweeglijkheid en voldoende aantallen toonden. Dit kan erop wijzen dat de zaadcel te zwak was om door de eicelwand te komen. Door dan een ICSI-behandeling uit te voeren kunnen de kansen vergroot worden dat er wel een bevruchting zal plaatsvinden.

De eicellen die geïnjecteerd zijn, worden de volgende dag bekeken en dan wordt duidelijk of ze wel of niet bevrucht zijn. Als de eicel bevrucht is, wordt deze teruggeplaatst in de baarmoeder. Dit gebeurt op dezelfde manier als bij een IVF-behandeling.

4.1.5 Cryopreservatie

Cryopreservatie refereert naar het invriezen van bevruchte eicellen. Bij de behandelingen IVF en ICSI, die in de voorgaande paragrafen zijn beschreven, ontstaan er meerdere embryo's. De overige embryo's die niet worden teruggeplaatst kunnen worden ingevroren. 'Een voorwaarde bij cryopreservatie is dat de embryo's van goede kwaliteit moeten zijn. De embryo's moeten namelijk het invriezen van +37°C naar -196°C en weer terug kunnen overleven' (IVF-Site, 2004). De ingevroren embryo's kunnen op een later moment weer worden teruggeplaatst in de baarmoeder. Deze behandeling is minder belastend voor een vrouw, omdat er geen pijnlijke punctie aan te pas komt.

4.1.6 KID

KID verwijst naar Kunstmatige Inseminatie met behulp van Donorzaad. Bij een KID-behandeling wordt er donorzaad gebruikt om de eicel te bevruchten. Het is een behandeling die, samen met adoptie, vaak als één van de laatste opties wordt gezien om een kind te kunnen krijgen. Het kan zijn dat medische behandelingen zoals IVF niet het gewenste resultaat hebben opgeleverd. Ook is het mogelijk dat het zaad van dermate slechte kwaliteit blijkt te zijn, waardoor er weinig tot geen kans is dat deze een eicel kan bevruchten. Vaak wordt er dan een KID-behandeling overwogen.

Er zijn donorbanken in Nederland waar zaad van vruchtbare mannen wordt bewaard. Bij een KID-behandeling wordt het ingevroren zaad ontdooid en door middel van een injectiespuit in de baarmoeder gebracht. Dit proces wordt insemineren genoemd.

4.1.7 Eiceldonatie

Een vergelijkbare vorm van KID, is eiceldonatie. Het kan zo zijn dat de vrouw geen eierstokken heeft of eicellen van goede kwaliteit produceert. Tegenwoordig is het mogelijk om een embryo te laten ontstaan uit het zaad van de man en de eicellen van een vrouwelijke donor en dit in de baarmoeder van de vrouw in te brengen. Bij eiceldonatie ondergaat een vrouwelijke donor, het zij anoniem of niet, de IVF-voorbereiding voor de vrouw die graag zwanger wil worden. Deze vrouw, ook wel wensmoeder genoemd, krijgt intussen hormonen toegediend om het baarmoederslijmvlies geschikt te maken voor innesteling.

4.1.8 MESA, PESA, TESE

In de voorgaande paragrafen zijn de behandelingen beschreven die een vrouw kan ondergaan. Ook bestaan er medische behandelingen voor de man. Zo bestaat er de *Microchirurgische Epididymale Sperma Aspiratie* (MESA). Deze behandeling wordt uitgevoerd in het geval van een obstructieve

azoöspermie. De betekenis van deze term is reeds uitgelegd in paragraaf 3.2.2.2. Bij deze behandeling is het de bedoeling dat er zaad uit de bijbal verkregen wordt door middel van een chirurgische ingreep. In de naam van de behandeling staat het woord aspiratie vermeldt. Aspiratie betekent opzuigen. Tijdens deze behandeling wordt er vloeistof uit de bijbal opgezogen en beoordeeld op de aanwezigheid van rijpe zaadcellen.

Daarnaast is er de PESA-behandeling, de afkorting van *Percutane Epididymale Sperma Aspiratie*. Ook bij deze behandeling worden er zaadcellen verkregen uit de bijbal. Het verschil met een MESA-behandeling is dat er geen grote chirurgische ingreep plaats hoeft te vinden.

Bij een PESA-behandeling worden zaadcellen uit de bijbal opgezogen, met behulp van een dunne naald. Deze behandeling vindt plaats onder narcose.

Ten slotte bestaat er de TESE-behandeling. TESE staat voor *Testiculaire Sperma Extractie*. Deze behandeling wordt toegepast bij een niet-obstructieve azoöspermie. Deze term is reeds toegelicht in paragraaf 3.2.2.2. Bij de behandeling wordt er een sneetje gemaakt in de huid van de balzak. Vervolgens wordt er een stuk weefsel uit de zaadbalk verwijderd. Dit weefsel wordt onderzocht op onrijpe zaadcellen en deze worden dan ingevroren.

Tot zover de medische kant van verminderde vruchtbaarheid. Zoals inzichtelijk is geworden, komt er op het medische gebied veel kijken. Er zijn verschillende behandelingen die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van een zwangerschap.

De vraag die vooralsnog onbeantwoord is, luidt: 'Welke psychosociale invloed heeft de medische kant van verminderde vruchtbaarheid?' In het volgende hoofdstuk staat deze vraag centraal. In dat hoofdstuk wordt de psychosociale problematiek die samenhangt met het behandelproces beschreven, waarbij ook de term 'psychosociaal' wordt toegelicht.

Hoofdstuk 5

Psychosociale problematiek bij het behandelproces

Inleiding

Zoals reeds genoemd is in hoofdstuk 1, zijn er verschillende deelvragen opgesteld. De eerste deelvraag is als volgt geformuleerd: ‘Welke psychosociale gevolgen hangen samen met verminderde vruchtbaarheid?’ In dit hoofdstuk wordt een verband aangegeven tussen de psychosociale gevolgen en het behandelproces.

Het behandelproces brengt psychosociale gevolgen met zich mee. Het woord psychosociaal heeft zowel het woord ‘psyche’ als ‘sociaal’ in zich. Hiermee omvat dit woord zowel de innerlijke, mentale wereld als de wereld om iemand heen; de sociale omgeving. Daarom past dit woord goed in de context van verminderde vruchtbaarheid, omdat dit invloed heeft op beide aspecten.

Wanneer een koppel tot een besluit wil komen wat betreft het aangaan van een behandeling, spelen daar verschillende aspecten in mee. Te denken valt aan praktische, financiële, lichamelijke en psychosociale aspecten. Vooral dit laatste aspect wordt in dit hoofdstuk uitgebreid beschreven.

In paragraaf 5.1 wordt er een overzicht gegeven van de verschillende fasen die voorbij komen gedurende een vruchtbaarheidsbehandeling. In paragraaf 5.2 worden de emotionele overwegingen beschreven van IVF- en KID-behandelingen. Deze behandelingen zijn eerder beschreven in het vorige hoofdstuk, in paragraaf 4.1.3 en 4.1.6. Ten slotte worden in paragraaf 5.3 de financiële aspecten van het behandelproces beschreven.

5.1 Faseringen

In principe kent iedere fase van een vruchtbaarheidsbehandeling andere specifieke emoties (FertiMagazine, 2009). Iedere fase van de behandeling vraagt iets anders van het koppel en dat

betekent dat het koppel in iedere fase weer op een andere manier in de behandeling staat en zich aanpast aan andere emoties.

Grofweg zijn de fasen in te delen in (FertiMagazine, 2009):

- De fase voorafgaand aan de behandeling;
- Tijdens de cyclus;
- De periode tussen de cycli;
- Direct na de behandeling;
- Langere tijd na de behandeling.

In de eerste fase is er vaak een periode van stress aanwezig. In deze fase is het koppel dan ook aan te raden dat ze gebruik maken van counseling. Aan het begin van de behandeling, dus tijdens de cyclus, beginnen mensen vaak vol hoop en vertrouwen aan de behandeling. Wanneer blijkt dat er geen zwangerschap is ontstaan, kiest het koppel er in de meeste gevallen voor om meer of andere behandelingen te ondergaan. Hoe meer negatieve behandelingsresultaten, hoe meer zij te maken kunnen krijgen met gevoelens van hopeloosheid, wanhoop en soms depressie.

Ondertussen spelen ook andere factoren een rol, zoals de omgeving, de (seksuele) relatie met de partner, het werk, de financiën en de invulling van levensdoelen.

Mensen kunnen besluiten om te stoppen met de behandelingen, bijvoorbeeld omdat de emotionele last te zwaar is. Hoe iemand zich na een behandeling voelt is afhankelijk van een aantal dingen. Ten eerste is de persoonlijkheid een belangrijke factor. Iemand die optimistisch is zal zich positiever voelen ten opzichte van iemand die wat neerslachtiger ingesteld is. Steun vanuit de omgeving, relaties gezond houden en het blijven werken aan een gezonde seksuele relatie met de partner zijn positieve factoren. Het kan helpend zijn om uiteindelijk de verminderde vruchtbaarheid te accepteren. Dit is een moeilijk proces en vraagt om tijd.

5.2 Emotionele overwegingen bij IVF en KID

In de volgende subparagrafen worden de emotionele overwegingen bij IVF en KID beschreven. De reden waarom er is gekozen voor deze behandelingen, is omdat IVF de meest bekende behandeling is. Daarnaast is KID een behandeling waarbij ethische vragen een rol kunnen spelen, omdat er gebruik gemaakt wordt van een donor.

5.2.1 IVF

Bij IVF is het van belang dat de vrouw nagaat of zij zowel lichamelijk als emotioneel deze behandeling aan kan. De behandelingen kunnen pijnlijk zijn. Daarnaast is het van belang om te overwegen of de relatie deze behandeling kan dragen. Waarom de relatie ook van belang is wordt voornamelijk helder in de eerste fase van de IVF-behandeling, namelijk de fase van de *hormoonstimulatie*. In deze fase van de behandeling moet de vrouw hormonen injecteren. Daardoor kan zij last krijgen van stemmingswisselingen en emotionele instabiliteit. De ene vrouw heeft hier meer last van dan de ander. Ze kan daarbij ook last ondervinden van lichamelijke bijwerkingen zoals buikpijn en hoofdpijn. De dagelijkse bezigheid van het zelf inspuiten van de hormonen gaat op den duur steeds gemakkelijker, maar blijft toch zwaar. Ook voor de partner is dit een lastige periode, omdat hij vaak niet weet hoe de ander zich voelt.

De tweede fase is de *eicelpunctie*. Voor de ene vrouw is het aanprikken van de eiblaasjes heel pijnlijk en de ander voelt er niet veel van.

De derde fase zijn de *wachtweken*. Deze weken worden vaak als lang en zwaar ervaren. Als er door de arts bevruchte eicellen zijn geconstateerd, dan worden die in deze fase teruggeplaatst in de baarmoeder. Deze wachtweken zijn spannend omdat er veel onzekerheid bij komt kijken. De grote vraag is of de eikel zich zal gaan innestelen en of er een zwangerschap zal ontstaan. Dit is uiteindelijk waar het allemaal om draait en waar alle moeite voor wordt gedaan. Ook is elk toiletbezoek spannend, want de vrouw wil uiteraard geen bloed zien uit angst dat het een menstruatie is. Op de dag dat er een bloedonderzoek plaatsvindt, twee weken na de terugplaatsing, wordt nagegaan of er

zwangerschapshormoon aanwezig is. Dit is een fase waarin zich teleurstellingen kunnen voordoen. Daarnaast kan het voor artsen moeilijk zijn om met zekerheid de uitslag vast te stellen. Bij vijf procent van de vrouwen waarbij aanvankelijk een zwangerschap is geconstateerd, ontstaat uiteindelijk toch geen zwangerschap. Ook dit is een teleurstelling die uiteraard erg moeilijk is voor het koppel.

Bij een IVF-behandeling kunnen mensen zichzelf vragen stellen wat betreft het ethische aspect. Mensen kunnen, eenmaal in de medische molen, hun grenzen verleggen. Vaak besluiten koppels toch meer te willen proberen om hun wens in vervulling te laten gaan. Zeker na de tijd en energie die zij reeds gestoken hebben in andere behandelingen.

Voor vrouwen kan het helpend zijn om een fertiliteitsforum op internet te bezoeken en bij lotgenotenbijeenkomsten medepatiënten te vinden die op hetzelfde moment een dergelijke behandeling ondergaan. Er is dan sprake van een soort 'gedeelde smart is halve smart'. Erkenning en herkenning kunnen als ondersteunende factoren worden ervaren. Het is verstandig om vanuit het besef dat een vruchtbaarheidstraject een zwaar proces is, steun te zoeken bij het netwerk.

5.2.2 KID

Een veelgestelde vraag die KID bij mensen oproept is de vraag of kinderen, als zij daaraan de behoefte hebben, de kans moeten krijgen te weten wie hun biologische ouder is. Dit is dan ook lange tijd een discussie geweest in de politiek. In 2004 is er een wet in werking getreden die het voor KID-kinderen mogelijk maakt om vanaf hun 16^e jaar de gegevens van hun donor op te vragen. Een gevolg van deze wet is dat het aantal zaaddonoren is gedaald.

Ethische vraagstukken bij deze vorm van het verwekken van kinderen kunnen betrekking hebben op hoe ver mensen willen gaan om die wens te realiseren, afhankelijk van de grootte van de kindrewens. In het belang van kinderen is het goed om de vraag te stellen welke invloed KID heeft op het welbevinden van kinderen. En hoe nieuwsgierig zullen de kinderen uiteindelijk zijn naar hun onbekende biologische vader? De beslissing om eicellen, sperma of embryo's van een donor te gebruiken is vaak een lastige beslissing die veel emotionele en juridische kwesties met zich meebrengt. Ook maatschappelijke opvattingen kunnen hierbij een rol spelen. Hier wordt in paragraaf 6.7 meer over beschreven.

Alvorens aan een KID-behandeling te beginnen, is het voor het koppel van belang dat ze de verminderde vruchtbaarheid voldoende verwerkt hebben en een plek in het leven hebben gegeven. Wanneer er namelijk te snel aan KID wordt begonnen, kunnen er worstelingen ontstaan met gemengde gevoelens omdat er een zwangerschap is ontstaan van een kind dat biologisch niet van de betrokken partner is.

Ook op relationeel niveau heeft deze behandeling invloed. Het kind dat verwekt is door KID, zal aan één van beide partners biologisch verwant zijn. Dit kan op een bepaald moment wrang worden als blijkt dat het kind qua uiterlijk of innerlijk erg verschilt met de niet-biologische ouder. Er kunnen gevoelens van jaloezie ontstaan bij één van de partners, als er maar van één van beide herkenning gevonden kan worden in het kind. Het is mogelijk dat uiterlijke kenmerken niet van beide kanten in het kind terug te vinden zijn. Ook kan het wrang worden als blijkt dat het kind qua gezondheid niet in orde is of regelmatig met justitie in aanraking komt. Het is belangrijk dat partners dit elkaar niet gaan verwijten. Dit zijn belangrijke elementen om vooraf goed te overwegen.

Ook zal het koppel moeten besluiten of ze in de eerste plaats het kind zelf en later misschien de familie gaan vertellen over de wijze waarop het kind is verwekt. 'Al meer dan 30 jaar wordt donorsperma gebruikt en bewijs laat zien dat de meeste ouders hun kinderen niet vertellen hoe ze verwekt zijn' (Dreischor, Perkins & Meyers-Thompson, 2012, p. 327). Aanvullend op wat deze bron weergeeft, geven de psychologen van Behandelcentrum Geertgen aan dat 75 procent van de heteropatiëntpopulatie van plan is om open te zijn richting hun kind. De mate van openheid kan samenhangen met de eerder beschreven ethische overwegingen.

Zoals reeds in paragraaf 4.1.7 is beschreven is het ook mogelijk om gebruik te maken van eiceldonatie. Deze behandeling is qua emotionele overwegingen vergelijkbaar met een KID-behandeling. Dit heeft als reden dat ook hier gebruik wordt gemaakt van een donor.

5.3 De verzekeringsmaatschappij

Het financiële aspect van de behandelingen zorgt ook voor een extra psychosociale belasting. De behandelingen zijn financieel gezien, niet altijd makkelijk te dragen vanwege het kostenplaatje van de behandelingen. Waar iemand woont, bij welke verzekeringsmaatschappij iemand is aangesloten en welke behandelingen er toegepast worden, is allemaal van invloed op de hoogte van de kosten.

In Nederland worden vanuit de basisverzekering de volgende behandelingen volledig vergoed: Ovulatie-Inductie (OI), Kunstmatige Inseminatie (KI) en Intra Uteriene Inseminatie (IUI). Voor IVF- of ICSI-behandelingen geldt dat er vanuit de basisverzekering drie behandelingen per zwangerschap worden vergoed. Als men meer dan drie behandelingen nodig heeft, kunnen zij een aanvullende verzekering afsluiten (Independer, 2014).

Het is raadzaam om vooraf na te gaan wat wel en niet wordt vergoed door de verzekeringsmaatschappij. Dat kan veel onvoorziene kosten voorkomen. Wanneer bijvoorbeeld drie pogingen tot IVF niet hebben geleid tot een zwangerschap, is het belangrijk om een besluit te nemen, ook vanuit financieel oogpunt. De kosten van een IVF-cyclus liggen ongeveer tussen de 2500 en de 4000 euro. Soms moet er meer of minder medicatie gebruikt worden. Daardoor kunnen de bedragen soms nog hoger uitvallen.

Uit dit hoofdstuk blijkt dat het behandelproces invloed heeft op het psychosociale welbevinden. Tijdens de wachtweken is er sprake van spanning en onzekerheid. Daarnaast moeten er tijdens het behandelproces moeilijke keuzes worden gemaakt. Ook blijkt dat het financiële aspect van het behandelproces een psychosociale belasting is. Aansluitend op dit hoofdstuk, zal het volgende hoofdstuk geheel in het teken staan van de psychosociale gevolgen die samenhangen met verminderde vruchtbaarheid.

Hoofdstuk 6

Psychosociale gevolgen van verminderde vruchtbaarheid

Inleiding

Uit de voorgaande hoofdstukken is gebleken dat kinderen krijgen niet vanzelfsprekend is. De anatomie van de man en de vrouw laat zien hoeveel er nodig is, voor het goed functioneren van de geslachtsorganen. In hoofdstuk 3 blijkt dat als de geslachtsorganen niet goed functioneren, er sprake is van verminderde vruchtbaarheid. Ook is het duidelijk geworden dat als er sprake is van verminderde vruchtbaarheid, het niet per definitie het geval is dat de kinderwens niet meer in vervulling kan gaan. In hoofdstuk 4 zijn de medische behandelingen aan bod gekomen, die ertoe kunnen bijdragen dat de kinderwens alsnog in vervulling gaat. Toch zijn de medische behandelingen geen garantie voor het in vervulling gaan van de kinderwens. In het vorige hoofdstuk is gebleken dat het behandelproces veel onzekerheid oplevert en dat mensen voor moeilijke vraagstukken komen te staan bij de keuze voor bepaalde behandelingen. Dit alles heeft invloed op het psychisch welbevinden van de mens. In dit hoofdstuk wordt er verder ingegaan op de psychosociale gevolgen die samenhangen met verminderde vruchtbaarheid.

In paragraaf 6.1 wordt de impact van verminderde vruchtbaarheid beschreven. In paragraaf 6.2 wordt het verschil tussen primaire en secundaire subfertiliteit inzichtelijk gemaakt. Vervolgens wordt er in paragraaf 6.3 aandacht besteedt aan de seksspecifieke beleving van mannen en vrouwen gedurende het vruchtbaarheidstraject. In paragraaf 6.4 wordt beschreven welke invloed verminderde vruchtbaarheid heeft op de relatie. Daarna wordt er in paragraaf 6.5 gekeken naar de rol die de leeftijd speelt bij verminderde vruchtbaarheid. In paragraaf 6.6 wordt beschreven welke invloed de omgeving heeft gedurende het vruchtbaarheidstraject. Vervolgens wordt er in paragraaf 6.7 ingegaan op de maatschappelijke opvattingen en de ethische dilemma's. In paragraaf 6.8 wordt de impact van verminderde vruchtbaarheid zonder aanwijsbare oorzaak beschreven.

Ten slotte wordt in paragraaf 6.9 de link gelegd tussen verminderde vruchtbaarheid en professionele hulp. Tevens wordt er aandacht besteed aan het acceptatieproces.

6.1 Algemeen

Om te beginnen wordt er met behulp van een citaat van een ervaringsdeskundige een eerste impressie gegeven van de impact die verminderde vruchtbaarheid heeft.

'Innesteling vindt niet alleen plaats in het endometrium, de verdikte baarmoederwand. Als je het besluit genomen hebt een nieuwe wereldburger te creëren, gaat je kinderwens zich nestelen in elke cel van je lijf. Net als een embryo, dat zich innestelt om te kunnen groeien naar een nieuw mensje, wordt ook een kinderwens langzaam groter en sterker. En als een zwangerschap uitblijft, nestelt het zich in elke hoek van je psyche, in elk uur van je dag, week, maand en jaar, in je angsten, in je hoop en wanhoop, in het geloof en vertrouwen in je eigen lijf en in de medische wereld, in je sociale omgang en misschien zelfs in je relatie. Met een kinderwens sta je op en je gaat ermee naar bed. En als iemand durft zeggen: "Laat het toch gewoon los!", kan je ze wel slaan' (Lukac, 2013, p. 5).

Uit dit citaat wordt duidelijk hoe groot een kinderwens kan zijn en welke impact verminderde vruchtbaarheid heeft op de mens. De meeste ervaringsverhalen over verminderde vruchtbaarheid vertellen een verhaal over onzekerheid, over strijd, over hoop en wanhoop en over vreugde en verdriet. Daaruit blijkt dat er veel psychosociale aspecten meespelen op de medische weg van behandelingen tot -misschien- een zwangerschap. Psychosociale aspecten omvatten onder andere de emoties waar koppels met verminderde vruchtbaarheid mee te maken krijgen.

Volgens Joode (Joode, 2001, p. 19) is het voor veel vrouwen één van de ergste gebeurtenissen in haar leven, wanneer blijkt dat zij ongewild kinderloos is en misschien wel zal blijven. Dit kan leiden tot psychische en somatische klachten bij een derde van de vrouwen en een vijfde van de mannen.

Het vruchtbaarheidstraject begint met de kinderwens. Veel koppels verlangen naar een kind dat genetisch van hen zelf is. Een kind waarin ze dingen van elkaar herkennen, een kind dat écht van hen zelf is. Wanneer een koppel hun kinderwens wil realiseren, betekent dat vaak dat zij gaan beginnen aan een nieuwe en andere levensfase, die een grote impact zal hebben op hoe hun verdere leven er uit zal komen te zien. De belangrijkste voorwaarde voor een koppel, voordat zij beginnen aan het krijgen van een kind, is dat zij er beiden klaar voor zijn en 'ja' kunnen zeggen tegen het kind. Wanneer echter duidelijk wordt dat de bevruchting niet op een natuurlijke manier wil lukken, kan dat emotioneel gezien al een behoorlijke druk voor het koppel zijn. Ze kunnen het gevoel hebben de grip op de situatie te verliezen. Vooral als zij al over een periode van twaalf maanden een zwangerschap proberen te realiseren. Zoals in paragraaf 3.1 is uitgelegd, is er sprake van verminderde vruchtbaarheid als er na twaalf maanden onbeschermde seks nog geen zwangerschap is ontstaan. Uiteraard kunnen gevoelens van machteloosheid veel eerder ontstaan.

Er zijn koppels die geen moeite kennen met de bevruchting en waarbij de vrouw al snel zwanger is. 'Zo'n 60 procent van de vrouwen verwacht binnen het eerste half jaar een baby en ongeveer 80 procent in een jaar' (Blaaderen & Vermaas, 2012, p. 19). Het is echter niet ondenkbaar om tot de overige 20 procent te behoren. Wanneer een koppel merkt dat een bevruchting via de natuurlijke weg niet wil lukken, kunnen zij naar de huisarts gaan. Vaak is dit voor men een hoge drempel. Dit vanwege de angst dat de huisarts zal bevestigen dat er medische afwijkingen zijn die het zwanger worden bemoeilijken.

De onzekerheid die de problematiek met zich meebrengt over de vraag of er ooit een zwangerschap zal komen, terwijl het kind meer en meer gewenst wordt, kan soms zijn tol eisen. Gevoelens van verdriet en frustratie nemen veel ruimte in en het koppel kan zich machteloos voelen. Ze kunnen het gevoel hebben steeds meer afhankelijk te raken van de medische techniek en van de arts. Daardoor kunnen er destructieve gedachten ontstaan die mensen meenemen in een negatieve spiraal (Dreischor, Perkins & Meyers-Thompson, 2012, p. 311).

Veel koppels gaan er vanuit dat ze in de toekomst een gezin zullen creëren en misschien onbewust is hun doel om het bekende 'huisje-boompje-beestje' te organiseren, om als ouders te functioneren en hun kinderen op te voeden. Covington en Burns zeggen hierover dat mensen het krijgen van kinderen zien als het continueren van de menselijke levenscyclus (Covington & Burns, 2006, p. 131). Wanneer blijkt dat die kinderen er niet zullen komen, of -misschien- langs een lange behandelweg, dan kan het zo zijn dat het koppel een grote leegte ervaart en moeite krijgt met zingeving.

Het proces van het proberen te realiseren van de kinderwens lijkt op het rouwproces bij verlies (Dreischor, Perkins & Meyers-Thompson, 2012, p. 304, 305). Daarom wordt in deze paragraaf ook het rouwproces van verminderde vruchtbaarheid met de bijbehorende emoties beschreven. Hierbij wordt er onderscheid gemaakt in de beleving van mannen en vrouwen. Zeker wanneer de kans dreigt dat een koppel afscheid moet nemen van de kinderwens, heeft het vruchtbaarheidstraject veel weg van een rouwproces dat iemand doorloopt in het geval van verlies van een dierbare. Het rouwproces zal aan de hand van vijf fasen worden beschreven. In het kort zijn de fasen van het rouwproces: ontkenning, woede, onderhandelen, depressie en acceptatie. Binnen de verschillende fasen worden ook de emoties benoemd, die in die fase naar voren kunnen komen.

De eerste fase: *Ontkenning*. Men durft in deze fase nog niet goed de waarheid onder ogen te zien. Een koppel kan zichzelf voorhouden dat de arts in het verkeerde dossier heeft gekeken toen hij meedeelde dat een natuurlijke zwangerschap voor hen niet meer zal lukken. De functie van deze fase is dat de verwerking stap voor stap gedaan kan worden. Wanneer men het feit in één keer aan zou nemen en accepteren, zou dat te veel zijn. In deze fase kan het koppel te maken hebben met maandelijks terugkerende teleurstellingen, omdat ze door de menstruatie merken dat een natuurlijke zwangerschap niet ontstaat. Door de steeds terugkomende teleurstellingen kan een koppel, of alleen de man of vrouw, met somberheid te maken krijgen.

De tweede fase is de fase van de *Woede*. In deze fase heeft men het feit van verminderde vruchtbaarheid nog niet geaccepteerd en keert men zich er juist tegen. Het kan soms prettig zijn om de woede op iets of iemand te richten en de schuld buiten zichzelf te leggen. In deze fase is het voor het koppel dat verminderd vruchtbaar is, extra moeilijk om een koppel in de omgeving te kennen die in verwachting is van een kind. Ook richting dat koppel kan boosheid ontstaan. In deze fase kan de vraag 'Waarom overkomt dit *mij*?' een grote rol spelen. Daardoor kan het koppel met gevoelens van jaloezie te maken krijgen. Sterker nog, die gevoelens zijn nagenoeg onontkoombaar.

De derde fase is die van het *Onderhandelen en Vechten*. In deze fase hoopt de vrouw toch nog een zwangerschap te realiseren door zich allerlei goede doelen voor te nemen. Bijvoorbeeld door extra gezond te eten, veel beweging te hebben en voldoende te slapen. Deze onderhandelingen zijn een soort uitvluchten om het niet lukken van de zwangerschap te kunnen verantwoorden en de doelen worden gesteld om toch hoop te blijven houden. Dit gevecht duurt voort zolang de verminderde vruchtbaarheid niet geaccepteerd wordt. In deze fase kan men te maken krijgen met gevoelens van spijt en schuld. Men kan zichzelf verwijten waarom niet eerder begonnen te zijn met het vruchtbaarheidstraject of ze verwijten zichzelf bijvoorbeeld dat ze altijd gerookt hebben. Een koppel kan in deze fase ook worstelen met gevoelens van schuld tegenover de partner. De verminderde vruchtbaarheid beïnvloedt namelijk ook de toekomst van de partner.

De één na laatste fase is die van *Depressie*. Deze fase is één van de zwaarste fasen. Emotioneel gezien kan men ervaren dat het verdriet overweldigend is en men kan de toekomst soms niet meer positief inzien. In deze fase kan men met gevoelens van machteloosheid te maken krijgen. Men kan het gevoel hebben de controle te zijn kwijtgeraakt over het eigen lichaam, over de toekomst en over het alledaagse leven. Emoties kunnen hoog oplopen en kunnen zelfs het dagelijkse werk en de dagelijkse verantwoordelijkheden in de weg staan. Angst en onzekerheid over de toekomst zijn met name emoties die men in deze fase ervaart. Ook kan men zich erg eenzaam voelen. De omgeving kan

niet altijd begrijpen wat een onvervulde kinderwens precies met iemand doet en partners kunnen niet altijd volledig meeleven, omdat ze het proces op een andere manier doorlopen. Mannen en vrouwen kennen namelijk een andere manier van verwerken. Het verschil in de psychosociale beleving tussen mannen en vrouwen wordt nader toegelicht in paragraaf 6.3.

De laatste fase van het rouwproces is de *Aanvaarding*. In deze fase hervindt men zichzelf en is men in staat om het verdriet zo veel mogelijk achter zich te laten. Men durft naar een nieuwe toekomst te kijken en plannen te maken voor een leven zonder kinderen. Deze fase start wanneer men merkt dat hij of zij niet langer meer om de waarheid heen kan draaien. Op een gegeven moment kan dat voelen als 'jezelf voor de gek houden'. Het leven gaat verder en men heeft het ergste verdriet verwerkt. Niet te vergeten dat het verdriet hiermee niet ten einde is gekomen. Het kan een leven lang op bepaalde momenten terugkomen en er blijven uiteraard confronterende momenten. In deze fase wordt gewerkt aan acceptatie. In paragraaf 6.9 is meer te lezen over acceptatie. Als men het feit van de verminderde vruchtbaarheid of de onvruchtbaarheid heeft geaccepteerd dan kan dat gevoelens van opluchting oproepen. Dit omdat de strijd van het niet willen accepteren is beëindigd. De verminderde vruchtbaarheid heeft een plaats gekregen in het leven en dat kan ook hoop geven. Dit omdat men nu oog heeft gekregen voor andere perspectieven die het leven biedt.

Het model van het rouwproces kan helpend zijn voor mensen die worstelen met verminderde vruchtbaarheid. Het kan inzicht geven in het proces dat men doorloopt en het kan er tevens voor zorgen dat men het gevoel krijgt dat de emoties een plaats mogen krijgen. Toch is het model geen randvoorwaarde voor een goed verloop van een rouwproces. De fasen kunnen door elkaar heen lopen, herhaald worden of overgeslagen worden. Daarbij komt ook dat mannen en vrouwen op een verschillende wijze een rouwproces kunnen doormaken.

6.2 Primaire en secundaire subfertiliteit

Zoals reeds is beschreven in paragraaf 3.1 bestaan er twee vormen van verminderde vruchtbaarheid (subfertiliteit). Primaire subfertiliteit houdt in dat iemand nog nooit een zwangerschap heeft gehad, dus dat er vanaf het begin af aan al sprake is van verminderde vruchtbaarheid. Primaire subfertiliteit komt gedurende het gehele onderzoek naar voren. Naast deze vorm van verminderde vruchtbaarheid is er ook secundaire subfertiliteit. Secundaire subfertiliteit houdt in dat een vrouw al wel een kind heeft gekregen, maar dat het daarna niet meer mogelijk blijkt om een tweede kind te krijgen. Deze vorm van verminderde vruchtbaarheid heeft ook veel invloed op het psychosociale welbevinden van de vrouw of het koppel. Er wordt gedacht dat deze vorm van vruchtbaarheid niet veel impact heeft, omdat men al een kind heeft. De omgeving kan denken: Je wens is toch al vervuld? Maar zo eenvoudig blijkt het in de praktijk niet te zijn. De ontdekking dat een tweede kind krijgen niet mogelijk is of dat daar weinig kans op is, komt zeer onverwachts. Juist omdat er al een eerste zwangerschap heeft plaatsgevonden. Een vrouw kan vaak in haar jeugd al dromen om in de toekomst een leuk gezin met meerdere kinderen te hebben. De ontdekking van secundaire subfertiliteit doet de voorstellingen van de toekomst teniet en brengt ook schuldgevoelens met zich mee omdat men het kind geen broertje of zusje kan geven.

Net als dat primaire subfertiliteit moeilijk te accepteren is, is ook deze vorm van verminderde vruchtbaarheid erg lastig te accepteren. Er komen veel tegenstrijdige gevoelens bij kijken. Men wordt vaak heen en weer geslingerd tussen gedachten als: *'Ik heb toch een kind, waarom wil ik er nog één? Waarom ben ik niet tevreden met wat ik heb? 'Maar ik wil nog zo graag mijn gezin compleet maken'* (Docters van Leeuwen, 2006, p. 94).

Het verdriet van secundaire subfertiliteit kan enerzijds verzacht worden door het feit dat het koppel al een kind heeft gekregen. Anderzijds beseft het koppel daardoor des te meer dat ze dit misschien niet meer mee zullen maken. Vooral de vrouw kan een sterk besef hebben dat ze waarschijnlijk geen zwangerschap, geen bevalling en geen overweldigend geluksgevoel, als ze de baby in haar armen

mag houden, meer zal meemaken. Dit geeft een gevoel van verlies. Vrouwen kunnen kampen met faalgevoelens richting hun lichaam en zich afvragen waarom het slechts één keer gelukt is om een kind te krijgen. Vrouwen kunnen het gevoel krijgen de controle over het lichaam verloren te hebben. Vooral voor mensen die van nature graag de controle hebben, de zogenoemde 'control freaks', is verminderde vruchtbaarheid nog lastiger om te hanteren.

Net zoals bij primaire subfertiliteit komen er bij deze vorm van verminderde vruchtbaarheid ook gevoelens van jaloezie kijken, bijvoorbeeld wanneer kennissen een tweede of derde kind krijgen. Vaak voelen koppels die te maken hebben met secundaire subfertiliteit zich onbegrepen. Het voelt alsof de wens om een tweede kind er niet mag zijn, omdat er al een kind is.

Een koppel kan ook denken aan de toekomst wetende dat alles op de schouders van hun enige kind rust. Gedachten als deze komen hierbij kijken: Wat gebeurt er met ons kind, wanneer ons iets overkomt? Wat als we ouder zijn en verzorging nodig hebben? Deze gedachten kunnen het schuldgevoel versterken.

Als een koppel dan besluit om medische behandelingen te ondergaan in de hoop toch nog een tweede kindje te kunnen krijgen, breekt er een zware tijd aan. Het is moeilijk om jarenlang medische behandelingen te ondergaan, maar zonder succes op een tweede kindje. Dat is een grote teleurstelling; het is voor niets geweest. De keuze om medische behandelingen te ondergaan is lastig. Een koppel kan in dubio staan: Gaan we proberen om ons kindje een broertje of zusje te geven, waardoor we regelmatig van huis weg zijn of moeten we ons alleen op hem richten en hem zo alle aandacht geven? Dit is een lastige keuze. De wetenschap dat hun kind steeds bij een oppas moet zijn, omdat men in het ziekenhuis is voor medische behandelingen, kan schuldgevoelens veroorzaken tegenover het kind waarvan men al wel ouder mag zijn.

Het moeilijke aan secundaire subfertiliteit is ook dat de omgeving er niets van ziet. De omgeving ziet het kind wat er al is en staat niet stil bij de mogelijkheid dat het koppel niet gekozen heeft voor het feit om één kind te krijgen. Daarbij komt het idee dat een enigst kind vaak een verwend kind is. Het koppel kan bang zijn dat dit zal gebeuren bij hun kind. Daarnaast kunnen dergelijke opmerkingen ook vanuit de omgeving komen, niet stilstaand bij de mogelijkheid, dat het wel eens zo zou kunnen zijn dat het nooit de keuze geweest is om 'maar' één kind te krijgen. Dit kan pijnlijke momenten veroorzaken.

6.3 Seksespecifieke beleving

Een man-vrouw koppel gaat samen door een 'vruchtbaarheidsmolen'. Toch maakt de man een heel ander proces door dan de vrouw. Dit komt onder andere omdat mannenhersenen er anders uitzien en anders functioneren dan die van de vrouw. Ook de vrouw beleeft een vruchtbaarheidstraject op een andere wijze dan de man. In paragraaf 6.3.1 wordt er gekeken naar de psychosociale beleving van vrouwen en in paragraaf 6.3.2 wordt de psychosociale beleving van mannen beschreven.

6.3.1 De psychosociale beleving van vrouwen

Als er wordt gekeken naar de verschillen tussen jongens en meisjes op jonge leeftijd, dan is te zien dat daar al de fundamentele verschillen zijn, die ook later nog te herkennen zijn. Meisjes zijn al vroeg bezig met het zorgen. Ze vinden het belangrijk en leuk om voor hun pop te zorgen en voor iedereen om hen heen.

Ze spelen dat ze moeder zijn en dat de pop hun kleine baby'tje is (Blaaderen & Vermaas, 2012). Dat betekent ook dat de meeste vrouwen zich al vereenzelvigd voelen met de zorgende taak van een moeder, wanneer zij pogingen doen om zwanger te worden. Wanneer behandelingen niet aanslaan en de kans groter wordt dat zij de kinderwens moet gaan loslaten, dan heeft dat invloed op de identiteit van de vrouw. Als een vrouw zich altijd als aankomend moeder heeft gezien en als het dan erop lijkt dat dit nooit zal gebeuren, zal ze zich als het ware opnieuw moeten identificeren. Wellicht

is er dan sprake van zingeingsvragen, waarbij de vrouw zich afvraagt waarom ze er dan is en voor wie ze dan nodig is.

Wat erg confronterend kan zijn voor de vrouw is de hoeveelheid aandacht die in literatuur, in kunst en in tijdschriften gegeven wordt aan kinderen, opvoeding en aan de moederrol. Een vrouw kan zich gaan afvragen of ze er eigenlijk wel bij hoort zonder kinderen. Ze kan met de vraag rondlopen wat er eigenlijk van haar overblijft als ze zich niet kan wijden aan haar biologische taak.

Daarnaast kan een vrouw de verbinding met haar lichaam verliezen. Ze kan veel zelfkritiek opbouwen, omdat haar lichaam niet uitvoert waar het zich door de jaren heen wel voor klaargemaakt heeft. Elke maand de lasten, maar niet de lust van een zwangerschap.

Wanneer een vrouw veel bezig is met haar grote wens om zwanger te raken, vallen alle aspecten die daarmee te maken hebben extra op. Andere zwangere vrouwen, kinderen, babyspullen; het lijkt allemaal ineens heel dichtbij te komen. Deze beelden zet een vrouw niet zomaar even opzij. In het boek *Beschuit zonder muisjes* staat het volgende citaat: *'Mijn kinderwens had invloed op alle dingen. Ik kan normaal gesproken dingen intensief beleven en heel enthousiast zijn, maar dat we nog steeds niet zwanger waren, stompte me af. Ik droeg het in alles met me mee. Ik dacht in alles: 'Maar wat doe ik ertoe als ik geen kinderen kan krijgen?'* (Blaaderen & Vermaas, 2012, p. 58). Voor een vrouw kan het op de voorgrond staan dat zij nog niet zwanger is. Qua karakter is een vrouw ook emotioneler in vergelijking met de man. Keer op keer komen de meespelende emoties van verdriet, frustraties en jaloezie terug in haar gedachten en gevoelens. Wat voor een vrouw vaak helpend is, is als ze aan mensen bij wie ze zich veilig voelt, kan vertellen welke invloed de problematiek op haar heeft.

Meestal ondergaat de vrouw de medische onderzoeken en behandelingen en die kunnen dan ook een grote invloed hebben op hoe de vrouw in haar vel zit. De behandelingen zijn zwaar voor lichaam en geest. Voor vrouwen kost het meer moeite dan voor de man om de emotionele knop om te zetten en daardoor kunnen zij hun gemis de hele dag door beleven. Een aandachtspunt hierbij is dat het lichaam op een bepaald moment een grens aan kan geven, als het uitgeput is door de behandelingen. De kinderwens kan echter zodanig groot zijn dat het koppel steeds maar doorgaat met behandelingen. Het is belangrijk dat het koppel een grens trekt en lichamelijke en relationele signalen in de gaten houdt en daar gehoor aan geeft. In hoofdstuk 5 is de invloed van het behandelingsproces op het psychosociale welzijn reeds beschreven.

Ook komt het voor dat er vrouwen zijn die een instinctief verlangen hebben om een zwangerschap te ervaren, zegt Van Eck (Eck, 2004, p. 27,28). Van Eck zegt hierover dat zo'n verlangen dermate groot kan zijn dat het aan kan voelen als een soort 'honger'. Situaties waarin de vrouw die dit verlangen heeft bijvoorbeeld een zwangere vrouw ziet lopen, zal haar verlangen naar een zwangerschap weer doen aanwakken. Dit lijkt erop alsof het lichaam erop is ingesteld om die ervaring mee te maken. Een uiting kan zijn dat een vrouw meer zin heeft in seks tijdens haar vruchtbare periode. Als het grote verlangen om een zwangerschap mee te maken geen werkelijkheid kan worden, kan dit zorgen voor grote frustraties.

6.3.2 De psychosociale beleving van mannen

Doordat de hersenen van mannen en vrouwen verschillen, maakt de man het proces op een andere manier mee dan de vrouw. In het kort wordt beschreven hoe de hersenen van de man functioneren en welke betekenisvolle begrippen daar aan verbonden zijn.

Louann Brizendine (Brizendine, 2010, p. 111) heeft als neuroloog en psychiater met mannelijke cliënten gewerkt en het is haar opgevallen dat mannen beschuldigend kunnen zijn richting vrouwen over het feit dat ze te emotioneel zijn. Andersom kunnen vrouwen beschuldigingen richting de man hebben over het feit dat ze niet emotioneel genoeg zijn. Brizendine schrijft over de invloed die de opvoeding heeft op de emotionele beleving. De hersenen van de man zijn zo gevormd dat deze bij

het ervaren van een emotionele situatie, een kort moment *emotioneel empathisch* zijn. Dat wil zeggen dat de man op dat moment dezelfde emotie kan voelen als de vrouw die de emotie beleeft. Kort daarna gaan de hersenen van de man analyserend op zoek naar een oplossing en dit wordt de *cognitieve empathie* genoemd. Juist doordat de hersenen van de man de emotie van de ander scheiden van de eigen emotie, is de man goed in staat om naar een oplossing op zoek te gaan. In de verwachting daarmee zijn vrouwelijke partner te helpen, is de kans groot dat zij dit niet zo ervaart. Eerder zal ze het gevoel hebben dat hij te weinig met haar meevoelt en haar te weinig begrijpt. Dit patroon is ook terug te zien bij koppels die worstelen met verminderde vruchtbaarheid.

In een brief die auteur Renée van Walbeek (Walbeek, 2000, p. 85) ontvangt van een mannelijke patiënt, blijkt de worsteling die mannen kunnen hebben met een onvervulde kinderwens. Het aanzien van de pijn van de partner kan zorgen voor verlamming in het ondersteunen van zijn partner. Dit kan schuldgevoelens veroorzaken. In tegenstelling tot zijn partner, ervoer deze mannelijke patiënt dat zijn leven al snel weer vorm kreeg na de kennisgeving over het feit dat er geen kinderen zouden komen. Hierin wordt het verschil in verwerking tussen man en vrouw duidelijk.

Een man kan gedurende het vruchtbaarheidstraject emotioneel afwezig lijken. Hij is namelijk op een andere manier emotioneel aanwezig dan een vrouw. Daarbij komt ook dat een man gemakkelijker de emoties aan de kant kan zetten en hij minder behoefte heeft om de problemen te verwerken door middel van gesprek. Mannen kunnen ook last ondervinden van het feit dat ze niet kunnen presteren. Het gevoel van persoonlijk falen als het aankomt op hun voortplantingsorganen lijkt uitgesprokener dan dat van vrouwen. Hierdoor kan het zo zijn dat ze minder bereid zijn om het probleem onder ogen te zien en te doen wat mogelijk is om te werken aan een oplossing door bijvoorbeeld een behandeling te ondergaan. Mannen kunnen geneigd zijn het onderwerp direct af te sluiten als blijkt dat de oorzaak van het probleem bij hem ligt.

Peter Euler (Euler, 2011, p. 17) vertelt dat mannen geneigd kunnen zijn zich minder man te voelen op het moment waarop blijkt dat hun zaad niet voldoende functioneert. Wanneer andere mannen van dezelfde leeftijd wel kinderen krijgen, kan dat zorgen voor een gevoel van onvolmaaktheid en tevens een schuldgevoel richting de partner. Euler geeft hierbij aan dat het dragelijker is om te denken dat *wij* geen kinderen kunnen krijgen dan dat *ik* geen kinderen kan krijgen.

Mannen hebben vaak ook andere redenen om een kind te willen dan een vrouw. Vrouwen hebben vaak de wens om liefde te geven. Mannen hebben als reden dat een kind zorgt voor een concreet doel in hun leven. Door het hebben van kinderen, krijgt zijn leven meer richting en inhoud. Daarnaast is een reden het doorgeven van genen en de voortzetting van de familiestamboom. Een andere reden kan zijn dat de man door middel van het verwekken van leven, bewijs kan leveren voor zijn potentie; zijn vruchtbaarheid. Vruchtbaarheid zorgt bij mannen over het algemeen voor een gevoel van trots en een gevoel van eigenwaarde. Dit kan overigens ook zo worden ervaren door een vrouw.

In gesprek met de psychologen bij Behandelcentrum Geertgen, is besproken wat zij hebben waargenomen wat betreft de psychosociale beleving bij mannen rondom verminderde vruchtbaarheid. Voornamelijk als de oorzaak van verminderde vruchtbaarheid bij de man ligt, zien de psychologen dat zij vluchten in hun werk of in hun hobby. Doordat ze zich daarin storten kan hen dat op de langere termijn ook uitputten doordat ze geen ruimte geven aan de, vaak onbewuste, emoties en gevoelens.

Mannen kunnen net als vrouwen ook gevoelens van jaloezie hebben. *'In het begin kon ik stinkend jaloers worden als ik in de supermarkt een man met een kind in een draagzak achter een karretje zag lopen. Fietsen die ik zag staan met een kinderzitje erop. Dat wilde ik ook!'* (Eck, 2004, p. 190). Dit is begrijpelijk doordat mannen net zo goed als vrouwen een sterke kinderwens kunnen hebben. Vaak hebben mannen ook last van schuldgevoelens ten opzichte van hun ouders, omdat zij door de verminderde vruchtbaarheid geen grootouders kunnen worden.

In het boek 'Het gezicht van kinderloosheid' (Docters van Leeuwen, 2006, p. 60) is het volgende citaat opgenomen: *'Als ik toen had geweten wat ik nu weet, waren we niet eens naar het ziekenhuis gegaan. Het heeft namelijk ook veel stuk gemaakt, vooral bij Jacqueline'*. Dit laatste gedeelte van zijn uitspraak: *'vooral bij Jacqueline'* is opvallend. Het doet de vraag rijzen of de man dit zegt, omdat hij denkt of vindt dat hij het recht niet heeft om te benoemen dat er bij hem ook dingen stukgemaakt zijn. Het kan zijn dat de man vindt dat hij er geen recht toe heeft om de situatie van verminderde vruchtbaarheid moeilijk te vinden, omdat zijn partner alle medische behandelingen moest ondergaan. Verder onderzoekend in de literatuur lijkt deze bedenking terecht. Zo is er in een ervaringsverhaal van een man het volgende te lezen: *'Voor mij was het moeilijk om te zien dat kinderloosheid een zwaar probleem is, en dat ik hulp nodig had. Ik onderdrukte mijn emoties met gedachten als 'het is geen ziekte' en 'er zijn veel ergere dingen dan onvruchtbaarheid'. De emotionele consequenties van mijn onvruchtbaarheid heb ik erg onderschat. Pas toen ik mijn verdriet niet meer in de hand had ging ik in therapie. Ik weet nog wat een opluchting het was toen de therapeut zei dat kinderloosheid een serieus gegeven was en zelfs tot zelfmoord kon leiden. Toen durfde ik pas te voelen hoe zwaar het voor mij was'* (Eck, 2004, p. 195). Blijkbaar heeft de man een goede reden nodig, voordat hij voor zijn emoties en gevoelens uit durft te komen. Een goede reden voordat hij het verdriet en de pijn toestaat. Dit betreffende op de manier waarop het 'man zijn' wordt benaderd, is dit ook een logisch gevolg. Mannen worden over het algemeen geacht sterk te zijn, dus een man kijkt er wel voor uit om 'te koop' te lopen met zijn gevoelens en emoties over de verminderde vruchtbaarheid. Van Eck (Eck, 2004, p. 164) noemt in haar boek het taboe dat rust op mannelijke onvruchtbaarheid. Het krijgen van kinderen wordt vooral met de vrouw geassocieerd, aangezien een vrouw de baby in haar buik zal dragen. Verminderde vruchtbaarheid wordt daarom ook eerder als een vrouwenprobleem gezien. Van Eck zegt dat het taboe veroorzaakt wordt doordat in veel culturen mannelijke onvruchtbaarheid ondenkbaar is; het wordt eerder bij de vrouw gezocht. Aangezien mannelijke onvruchtbaarheid al ondenkbaar is, is het bespreekbaar maken ervan een nog grotere stap. Het taboe kan ertoe bijdragen dat mannen het moeilijk vinden om voor hun emoties uit te komen.

6.4 De relatie

Verminderde vruchtbaarheid heeft ook veel invloed op de relatie. Dit komt omdat het koppel te maken krijgt met stress, frustratie, boosheid en wellicht verwijten. In hoeverre de partners in staat zijn met elkaar te blijven communiceren, kan veel uitmaken voor de kracht van de relatie en de mate waarin de relatie deze problematiek aan kan. Het kan voorkomen dat men elkaar binnen de relatie beschuldigt van het feit dat de zwangerschap niet lukt. Doordat niemand verantwoordelijk gehouden kan worden voor de kwaliteit van voortplantingsorganen, zijn beschuldigingen nooit terecht. Er is aangetoond dat er een bijna een perfect evenwicht is van 30 procent tussen mannelijke en vrouwelijke en gezamenlijke subfertiliteit (Dreischor, Perkins & Meyers-Thompson, 2012, p. 15,16). Mede door dit gegeven zijn beschuldigingen zinloos.

Ook kunnen partners tegen elkaar uitvallen door de frustraties en het mogelijke ongeduld. Door de behandelingen kan een vrouw zich uitgeput voelen en daarbij kan ze ook het gevoel hebben dat zij het grootste deel van het ongemak en de teleurstelling moet dragen, juist omdat zij (in de meeste gevallen) de behandelingen moet ondergaan. Toch is het belangrijk om er hierbij erg in te hebben dat de partner aan de zijlijn staat en moet toekijken hoe de ander, van wie hij houdt, alles ondergaat. Dat kan een machteloos gevoel geven. De partner kan zich ook onbekwaam voelen omdat hij weinig kan doen en de pijn niet kan verzachten.

Voor een koppel is het belangrijk om na te gaan hoeveel prioriteit en aandacht de kindervens in het leven krijgt. Wellicht is het op de eerste plaats in het leven komen te staan. Hierdoor is de kans aanwezig dat er een slachtofferrol wordt ingenomen door één van de partners of door beiden. De uitdaging voor het koppel blijft hoe ze het steeds terugkomende verdriet en de teleurstellingen een

plaats kunnen geven en zich tegelijkertijd ook kunnen blijven richten op alle andere dingen in het leven.

In een relatie kunnen de verschillen tussen de man en de vrouw een goede en prettige communicatie in de weg staan. Zoals reeds beschreven kan een vrouw haar partner verwijten waarom hij niet net zo verdrietig is als zij. Het gevaar is dat ze vanuit aannames gaat denken dat ze er alleen voor staat of dat haar partner er niet voor haar is. Een man daarentegen kan zich afvragen waarom zijn partner er niet wat luchtiger mee om kan gaan en het af en toe eens helemaal loslaat. Van den Dool en Koemans geven aan dat deze verschillen niet erg zijn, zolang ze maar bespreekbaar worden gemaakt en geaccepteerd zijn (van den Dool & Koemans, 2012, p. 233). Gordts, Norré en Campo voegen daar aan toe dat het ook belangrijk is dat er aan de intimiteit van de partnerrelatie gewerkt blijft worden. Zij stellen dat de kwaliteit van die intimiteit ook invloed heeft op de emotionele weerbaarheid van de beide personen in de relatie. Wanneer een koppel genoegdoening vindt in de intimiteit binnen hun relatie, zullen zij ook weerbaarder zijn en meer aan kunnen in het leven. Ze zullen meer kunnen verdragen, omdat ze het dan samen kunnen dragen.

Een verschil is ook dat mannen vaak eerder geneigd zijn om te stoppen met de behandelingen dan vrouwen. De man heeft zijn partner genoeg zien lijden. Het kan voor mannen lastig zijn om dit bespreekbaar te maken met de vrouw als zij nog wel verder wil gaan. Een verschil tussen de man en de vrouw in een relatie zit ook in de acceptatie van het verlies. Als er keer op keer geen zwangerschap ontstaat, dan zal een koppel dat op een gegeven moment moeten accepteren. Dit kan voor een vrouw lastiger zijn, omdat zij afstand moet doen van haar verlangen om een zwangerschap mee te maken, te bevallen en een kind borstvoeding te geven. De man staat hier wat verder vanaf, omdat zijn lichaam zich hier niet klaar voor maakt. Mannen kunnen daarentegen wel moeite hebben met het vormgeven van een doel in hun leven. Er kan een gevoel van doelloosheid ontstaan: Waar werk ik nog zo hard voor? Ik heb geen kinderen voor wie ik geld moet verdienen.

Het idee van vroeger 'Kinderen neem je niet, die krijg je' geldt inmiddels niet meer. De medische techniek is zo ver ontwikkeld dat de kansen op een zwangerschap redelijk zijn. Zoals eerder beschreven is in paragraaf 5.2.1 en 5.2.2 komen er ethische vraagstukken kijken bij behandelingen zoals IVF en KID. Hoewel deze ethische kwesties in deze paragraaf zo veel mogelijk buiten beschouwing worden gelaten, kunnen de normen en waarden van mensen wel bepalen hoe ver men wil gaan om kinderen te krijgen. Men bevindt zich in een samenleving waarin het soms lijkt of alles wat mogelijk is, geprobeerd moet worden. Natuurlijk is het moedig om ondanks pijn en verdriet de droom om kinderen te krijgen na te streven. Maar waar evenveel moed voor nodig is, is het accepteren van kinderloosheid. Deelname aan de hoogtechnologische behandelingen vragen veel in praktisch, fysiek en emotioneel opzicht. Een koppel moet deze belasting wel aan willen en kunnen gaan (Prins, 2012).

Wanneer een koppel bezig gaat met het realiseren van een zwangerschap, dan betekent dat ook een verandering voor de beleving van seksueel contact in de relatie. Het seksleven wordt veelal niet meer als iets natuurlijks ervaren, maar als een verplichte handeling die op vaste momenten plaats moet vinden. Op deze manier kan geslachtsgemeenschap niet meer fijn zijn en kan het voor extra stress en spanning in de relatie zorgen. Een andere kant van dit gegeven is dat het zo kan zijn dat de partner die wel vruchtbaar is erg onzeker en bang wordt om zijn of haar partner te verliezen. De druk die vruchtbaarheid op een relatie legt, kan zwaar zijn en beide partners hebben zo hun lasten te dragen. De gedachte dat de partner de ander zal verlaten in ruil voor een veel gemakkelijker leven met wellicht meer kans op kinderen kan gevoelens van jaloezie en angst veroorzaken. Niet voor niets wordt er sterk geadviseerd om met elkaar te blijven communiceren, juist ook over dit soort angsten. Een typerend voorbeeld waaruit het verschil in omgaan met de problematiek blijkt: *'Toen Robert en Lisa te horen kregen dat het sperma niet goed was, ging hij op internet alles opzoeken over spermakwaliteit, over oorzaken en behandelingsmogelijkheden. Zij was heel erg geschrokken en*

ontdaan. Zij huilde en wilde erover praten. Lisa was na dit bericht een week ziek en kon niet naar haar werk. Robert ging de volgende ochtend gewoon naar zijn werk. Later vertelde Robert: 'Mijn wereld stortte op een bepaalde manier in toen ik hoorde dat mijn sperma slecht was. Ik moest me vervolgens overeind houden aan alles wat nog overeind stond. Ik moest dus naar mijn werk, dat was een heel belangrijk houvast'. Lisa was daarover woest: 'Hij was onvruchtbaar en ik lag ziek in bed. Hij ging gewoon weg en daar lag ik dan in mijn eentje' (Eck, 2004, p. 36, 37). Dit verschil kan het gevoel geven er alleen voor te staan. Goede communicatie in een relatie is van belang ter voorkoming dat man en vrouw uit elkaar groeien en dat onbegrip de overhand krijgt. Het komt namelijk voor dat een relatie verbroken wordt doordat er te weinig gecommuniceerd wordt.

6.5 Invloed van leeftijd

Ook de leeftijd heeft invloed op de vruchtbaarheid. Hoe later een man en vrouw proberen een kind te krijgen, hoe minder de kans bestaat dat de vrouw ook daadwerkelijk zwanger wordt. Een vrouw is het meest vruchtbaar op haar achttiende jaar. Na het 30^e jaar begint de vruchtbaarheid geleidelijk af te nemen. Tegen de tijd dat de vrouw 35 jaar is, begint het proces te versnellen en vermindert de vruchtbaarheid snel. Medisch gezien kan een vrouw het beste voor het 35^e levensjaar zwanger proberen te worden. Deze wetenschap creëert een extra druk op de situatie.

6.5.1 Leeftijdscategorieën

In deze subparagraaf wordt de invloed beschreven die de verschillende leeftijdscategorieën van 20 t/m 50 jaar hebben op de manier waarop er met de psychosociale impact van verminderde vruchtbaarheid wordt omgegaan. Deze leeftijdscategorieën zijn gebaseerd op het werk van Docters van Leeuwen.

Leeftijdscategorie 20-30

In deze leeftijdscategorie heeft men vooral nog hoop vanwege hun jonge leeftijd. 'Er is nog tijd', wordt er vaak gedacht. Er zijn een aantal medische behandelingen, die kunnen bijdragen aan het krijgen van een kind. De jonge leeftijd van deze categorie maakt dat de meeste twintigers niet echt vooruit kijken naar het einde van het vruchtbaarheidstraject. Voor vrouwen in deze leeftijdscategorie die te maken hebben met endometriose ligt het hebben van hoop anders. Deze vrouwen zijn zich door de pijn goed bewust van hun lichaam dat niet naar behoren functioneert. Zij weten dan ook dat ze hulp nodig hebben, om ooit zwanger te kunnen worden.

Leeftijdscategorie 30-40

Gedurende deze leeftijdscategorie is de hoop meer naar de achtergrond verdwenen. Men kan ervaren dat de tijd begint te dringen. Als dertiger behoort men kinderen te hebben, aldus het beeld wat in de maatschappij heerst. De media is sterk gericht op kinderen en opvoeding. Dit zorgt ervoor dat verminderde vruchtbaarheid vaak nog meer belastend en moeilijker is, omdat dit het gevoel kan geven niet mee te tellen of imperfect te zijn. Je voldoet niet aan het ideaalbeeld wat er in de samenleving heerst. Dit kan van grote invloed zijn op het zelfbeeld.

Leeftijdscategorie 40-45

In deze categorie hebben koppels de hoop vaak helemaal verloren. Velen zullen het idee hebben dat het al te laat is om kinderen te krijgen. Sommigen zullen in deze fase, na jarenlang behandelingen te hebben doorgemaakt, de verminderde vruchtbaarheid meer geaccepteerd hebben en bijvoorbeeld besluiten om over te gaan tot adoptie. Anderen kunnen het nog steeds lastig vinden om de verminderde vruchtbaarheid een plaats in hun leven te geven.

Vaak is er in deze categorie te zien dat koppels heel bewust kiezen voor een andere levensinrichting door meer de focus op de liefde voor elkaar te leggen.

Leeftijdscategorie 45-50

In deze fase is men vaak al berust in het feit dat er geen kinderen zijn gekomen. Er is veel verdriet geweest, maar uiteindelijk is er ook genoten van het leven en van elkaar. 'Het probleem van de ongewenste kinderloosheid schiet niet langer dagelijks meer door het hoofd, het heeft aan intensiteit ingedamd' (Docters van Leeuwen, 2006, p. 160). Het kan in deze leeftijdsfase voorkomen dat mensen de consequenties van geen kinderen hebben van dichtbij ervaren. Het hebben van geen nageslacht zorgt voor een gemis in sociale contacten, zorg en aandacht.

Voor de mensen die de 50 gepasseerd zijn, is de kans groot dat zij het als confronterend ervaren dat leeftijdsgenoten wel kleinkinderen krijgen.

6.6 De omgeving

Vanuit de ervaringsverhalen van mensen die geworsteld hebben met verminderde vruchtbaarheid blijkt dat de omgeving (het sociale netwerk zoals burens, collega's, familie en vrienden) een rol speelt in het vruchtbaarheidstraject (Prins, 2012, p. 11). Dit kan zowel op een positieve als op een negatieve manier zijn. Voor het koppel is het van belang om zich ervan bewust te zijn dat de mensen die zich erg lijken te bemoeien met de situatie, later mogelijk tot steun kunnen zijn als ze eenmaal weten waar het koppel mee aan het worstelen is.

Vanuit de omgeving kunnen er vervelende reacties komen, die wellicht goed bedoeld zijn, maar die de negatieve gevoelens over de verminderde vruchtbaarheid versterken. Vragen zoals: 'Aan wie van jullie ligt het eigenlijk?' slaan in als een bom. Deze vraag versterkt de schuldgevoelens en impliceert dat het aan één van beiden zou liggen, terwijl het kan voorkomen dat het aan beiden ligt of dat er een niet aanwijsbare oorzaak is voor de verminderde vruchtbaarheid. In paragraaf 6.8 wordt er verder ingegaan op de psychosociale gevolgen van verminderde vruchtbaarheid zonder aanwijsbare oorzaak. Een andere vraag die kwetsend kan overkomen is: 'Wanneer beginnen jullie nu eens aan kinderen?'

Wanneer er in de omgeving kinderen worden geboren, kan dat erg confronterend zijn. Dat brengt koppels vaak in een tweestrijd. Aan de ene kant willen ze het de ouders gunnen en willen ze blij zijn met het nieuwe leven. Aan de andere kant zijn gevoelens van jaloezie niet te voorkomen. Deze tegenstrijdige gevoelens kunnen voor vrouwen voornamelijk lastig zijn, omdat ze er op hopen de ervaring van het zwanger zijn en de bevalling te kunnen delen met anderen. Leeftijdsgenoten die wel moeder worden, praten vaak nergens anders over en dat zorgt ervoor dat de werelden uit elkaar kunnen lopen. Het vraagt dan om veel inlevingsvermogen om elkaars werelden te blijven begrijpen.

Het lijkt er op dat het niet hebben van kinderen nog steeds afwijkend is van de norm, hoewel er door de jaren heen steeds meer vrijgezellen zijn en tevens meer vrouwen die op latere leeftijd moeder worden. Aan alle extra rechten en privileges die er aan ouders of aankomende ouders gegeven worden, is ook te zien dat 'het vader of moeder zijn' de status quo is. 'Te denken valt aan zwangerschapsverlof, ouderschapsverlof, kinderbijslag en tegemoetkoming in de kinderopvang' (Blaaderen & Vermaas, 2012, p. 76). Een koppel valt op wanneer zij geen kinderen hebben. Voor het koppel kan dit een gevoel van eenzaamheid geven, omdat ze min of meer in een uitzonderingspositie verkeren. Dit wordt versterkt wanneer de mensen in hun omgeving wel kinderen krijgen. Met feesten als Sinterklaas, Kerst en Moeder- of Vaderdag wordt het koppel geconfronteerd met hun ongewenste kinderloosheid. Deze confrontatie valt niet te vermijden. Daarnaast is het extra lastig als het netwerk van het koppel er geen erg in heeft hoe zwaar de emotionele druk is en soms kunnen er, onbedoeld, stekende opmerkingen worden gemaakt. Ervaringsverhalen leren dat het helpt als mensen niet meteen met een pasklaar antwoord klaarstaan, maar enkel hun emotie laten zien, naast hen gaan staan en laten merken dat het heftig is. Mensen in de omgeving kunnen de neiging hebben om naar een snelle oplossing toe te praten. Maar dat kan juist averechts werken. *'De één tipt je dat je geen koffie, maar alleen nog maar groene thee moet drinken. De volgende verwijst je naar een*

acupuncturist' (Docters van Leeuwen, 2006, p. 9). Dit kan soms frustrerend zijn voor het koppel. Het kan hierdoor lijken alsof er wordt gedacht dat het koppel zelf niet genoeg doet of wil doen om een kind te krijgen. Zo zal het niet worden bedoeld, maar deze reacties kunnen verkeerd worden opgevat vanwege de heftige emoties waar een koppel met verminderde vruchtbaarheid, vaak constant, mee te maken heeft.

Voor familie en vrienden is het niet gemakkelijk om met de verminderde vruchtbaarheid van hun dierbare om te gaan. De omgeving zal graag zien dat het koppel zwanger wordt, maar vaak wordt er vergeten dat zij niets aan de verminderde vruchtbaarheid kunnen veranderen. Daarom zullen ook zij moeten leren met dat feit om te gaan.

Vanuit zelfbescherming kan de vrouw afstand houden van kinderen en de hoop opgeven. Angst kan een grote rol spelen naast het maandelijks terugkerende verdriet. De angst om achter te blijven zonder kinderen, angst voor een stil en eenzaam leven zonder kinderen en dus ook zonder kleinkinderen. Men kan ook bang zijn voor de teleurstellende reacties vanuit de omgeving, wat het tevens erg lastig maakt om de verminderde vruchtbaarheid bespreekbaar te maken.

Volgens Ingrid van der Kuil (Kuil, 2012, p. 37) is het zo dat de onwetendheid die er over het algemeen nog heerst over verminderde vruchtbaarheid, opgeheven zou moeten worden. Ze zou graag willen dat het onderwerp meer in de publiciteit kwam. Bijvoorbeeld TV-programma's over IVF en eiceldonatie.

Volgens Yvonne Prins (Prins, 2012, p. 16) is het zo dat veel van het menselijke gedrag voortkomt uit de drang om te willen voortplanten. Vooral bij mannen bestaat die drang. Volgens Prins zit het in onze aard besloten om met seksualiteit en voortplanting bezig te zijn. Misschien dat daarin een oorzaak ligt van het gegeven dat anderen zich daardoor ook met de voortplanting van anderen bemoeien. Daarnaast is er ook een menselijke behoefte om een band te ervaren met biologische verwanten, volgens Prins. Men zou meer bevrediging ervaren door familiebanden dan door andere sociale banden en dat kan een extra motivatie zijn om kinderen te willen krijgen.

6.7 Maatschappelijke opvattingen

In deze paragraaf wordt aandacht besteed aan de maatschappelijke opvattingen omtrent vruchtbaarheidsproblematiek.

Zoals reeds is beschreven, heeft verminderde vruchtbaarheid een zodanige invloed dat men zichzelf als imperfect kan zien. In die zin zien veel mensen de nieuwe technologische mogelijkheden voor voortplanting ook als iets positiefs. Veelal de meest grote wens van mensen kan op deze manier wellicht toch in vervulling gaan. Een interessante gedachte beschrijft Schotsmans (Schotsmans, 1994, p. 111) als hij zegt dat onvruchtbaarheid meer als controleverlies wordt ervaren sinds het in ieder geval mogelijk is te voorkomen in verwachting te raken door anticonceptie. Terwijl het kind dus eerst *niet* mocht komen (en vrouwen daar redelijke controle over hadden) moet het nu komen als het gewenst is. Juist doordat de vruchtbaarheid onder persoonlijke controle lijkt te staan, is verminderde vruchtbaarheid een probleem, omdat men minder controle heeft op het krijgen van kinderen. Veelal wordt de medische technologie gewaardeerd, doordat ze herstel brengt en in veel gevallen in staat is om wensen in vervulling te laten gaan. Toch is er iets dat er voor zorgt dat de technologische mogelijkheden rondom voortplanting steeds in het middelpunt van de discussie staan. Schotsmans (Schotsmans, 1994, p. 109) ziet daarvoor drie factoren als reden. Ten eerste de toename van verantwoordelijkheden. Tegenwoordig is het mogelijk om voortplanting te realiseren zonder seksualiteit. Is dit wel realistisch? Moeten we dat gewoon maar toestaan? Kunnen we die verantwoordelijkheid wel nemen en dragen? Alle technologieën komen daarmee steeds verder af te staan van wat 'normaal' is, namelijk de natuurlijke voortplanting. In principe kan de technologie ieder mens in staat stellen om vorm te geven aan het eigen leven. Men kan zelf beslissen of, hoe en

wanneer van die technische mogelijkheden gebruik te willen maken. Hierin komt de bijna onbegrensde vrijheid van de mens naar voren. Het hoeft niet meer zo te zijn dat dingen je overkomen. Op veel vragen is inmiddels een antwoord verkrijgbaar: 'Wel of geen kind, hoeveel kinderen, hoeveel afstand tussen die kinderen, zelfs de vraag: Wat voor kinderen?' Volgens Schotsmans (Schotsmans, 1994, p. 110) gaat het in de ethiek niet zo zeer over het grote aanbod van keuzemogelijkheden die nog steeds groeit, als wel over de vraag hoe men precies moet beslissen over wat wel en wat niet te doen.

De beslissing om een medische behandeling zoals KID of IVF te ondergaan, roept niet alleen vragen op over de verantwoordelijkheid van het koppel, maar ook over de verantwoordelijkheid van de overheid, de hulpverleners en het nageslacht van het individu. Schotsmans (Schotsmans, 1994, p. 111) stelt dat de vraag centraal staat wie precies beslist over de toepassing van de nieuwe medische mogelijkheden.

Wat in de samenleving steeds weer tot discussie lijkt te leiden, zijn de blokkades tussen medische interventies en de morele bezinning daarop. Hoe kunnen de ontwikkelde technologieën verantwoord worden gebruikt? De overweging wat er moet gebeuren met bevruchte embryo's die overblijven is een dergelijke vraag. De medische technologieën werken mee aan het opheffen van het niet in vervulling laten gaan van de kinderwens en daarmee dus ook de samenhangende psychosociale gevolgen. Volgens Schotsmans (Schotsmans, 1994, p. 111) moeten deze technologieën ook de belangen en rechten van het toekomstige kind respecteren en rekening houden met de belangen van de omgeving en de samenleving. Daarnaast zijn er ook vragen te stellen over de technologie zelf in plaats van over de toepassing: In hoeverre is de technologie (bijvoorbeeld IVF) zelf verantwoord als het gaat om de waarden en normen die meespelen?

Kijkend naar de discussies over wat te doen met bevruchte embryo's, is te zien dat daarin onderscheid is te maken in religie. Religie speelt vaak een rol in hoe iemand kijkt naar deze vraag, gesteld door Schotsmans: 'Wat is de waarde van een menselijk embryo en wat is een moreel gepaste houding tegenover dit embryo?' (Schotsmans, 1994, p. 111). Het is de vraag vanaf wanneer het embryo een mens is. Christenen zeggen hier veelal over dat het embryo vanaf de conceptie een nieuwe substantie is, die een door God gegeven ziel bezit en omdat de ziel zorgt voor het denken, willen en handelen, is het embryo dus een persoon vanaf de conceptie. Een andere mening kan zijn dat het embryo een aanhangsel is van de verwekkers. Mensen die participeren in een abortusdiscussie zeggen bijvoorbeeld dat de zwangere vrouw, als eigenares van haar eigen lichaam, het recht moet hebben om over dit 'deel' (het aanhangsel dus, waarmee het embryo wordt bedoeld) te beslissen en het dus eventueel weg te laten halen. Deze kijk op embryo's levert andere beslissingen op dan de visie van mensen die hun geloofsovertuiging hangen aan de omschrijving van een embryo. Er zijn verschillende opties voor embryo's:

- Een koppel kan de embryo's laten invriezen. Dit kan 5 jaar.
- Een koppel kan de embryo's doneren aan derden.
- Een koppel kan de embryo's afstaan aan de wetenschap, voor onderzoek.
- Een koppel kan de embryo's laten vernietigen.

'Een kind neem je niet, dat krijg je'. Deze zin is al eerder genoemd en is met de medische technologieën niet meer geldend. Sterker nog; er wordt soms gesproken over het 'recht hebben op een kind'. Dat is iets dat past bij onze huidige maatschappij, die bijna maakbaar is. En daarmee is de mens ook nagenoeg maakbaar.

6.8 Verminderde vruchtbaarheid zonder aanwijsbare oorzaak

Voor veel vormen van verminderde vruchtbaarheid is een oorzaak te vinden. Dit blijkt uit de verschillende aandoeningen en afwijkingen die in hoofdstuk 3 beschreven zijn. Hoewel de boodschap van een medische oorzaak van verminderde vruchtbaarheid nooit welkom is, is het voor veel mensen

in ieder geval een verklaring die duidelijkheid en zekerheid geeft. Het zal al vrij snel duidelijk zijn of de afwijking wel of niet behandelbaar is. Op basis daarvan kan een koppel nadere besluiten nemen. Zoals reeds is beschreven in paragraaf 3.2.3 bestaan er ook vormen van verminderde vruchtbaarheid waar geen aanwijsbare oorzaak voor te vinden is. Dat brengt een andere emotionele lading met zich mee.

Voor veel mensen is de onzekerheid over de vraag of er ooit een zwangerschap zal ontstaan bijna niet te dragen. Wanneer er geen aanwijsbare medische oorzaak gevonden is voor de verminderde vruchtbaarheid, is de vraag of er ooit kinderen zullen komen nog moeilijker te beantwoorden. Onbegrip, machteloosheid en boosheid kunnen de overhand krijgen. De vraag waarom een zwangerschap niet tot stand komt, terwijl het lichaam gezond lijkt kan regelmatig naar voren komen. Er kan een grote psychische behoefte ontstaan aan een medische verklaring. Wanneer er bij een koppel sprake is van onverklaarbare onvruchtbaarheid, betekent dat niet alleen dat er geen oorzaak is gevonden voor het uitblijven van de zwangerschap. Gordts, Norré en Campo schrijven dat zij in gesprek met vrouwen die onverklaarbaar onvruchtbaar zijn, er achter kwamen dat de grootste emotionele spanning voor hen is dat hun biologische klok doortikt en zij niet te lang kunnen wachten met alternatieve wijzen voor een zwangerschap, terwijl de vraag blijft bestaan waardoor ze precies niet zwanger kunnen raken (Gordts, Norré & Campo, 2003, p. 68). Vaak verwacht en hoopt een koppel dat een arts hen meer kan vertellen over de reden waarom een zwangerschap niet lukt. Gordts, Norré en Campo geven aan dat het zowel de artsen als het koppel een onbehaaglijk gevoel geeft als zij er niet achter kunnen komen welke oorzaken ten gronde liggen aan de uitblijvende zwangerschap. Juist omdat de oorzaak onbekend blijft, is ook duidelijk dat een behandeling zoals IVF niet voor de hand liggend is. Onopgeloste vragen, twijfels en onzekerheden blijven bestaan. Twijfels en onzekerheden kunnen gaan knagen. Wanneer de oorzaak onbekend blijft, is het moeilijk voor het koppel om berusting te vinden. Men heeft het nu eenmaal in zich om voor zaken (vooral emotionele onzekerheden) verklaringen te vinden om het zo beter te begrijpen en er rust in te kunnen vinden. Vanuit de psychologie bestaat het fenomeen 'attribueren'. Dit is een ander woord voor de gewoonte om dingen te verklaren. Een attributiestijl kan opbouwend zijn of afbrekend. Afhankelijk of de stijl opbouwend, positief of juist afbrekend en negatief is, wordt de emotionele toestand van iemand bepaald. Mensen die een negatief zelfbeeld hebben, zijn eerder geneigd om de oorzaak van de situatie aan zichzelf toe te schrijven. Zodoende kan iemand zichzelf onder emotionele druk zetten wat ook weer gevolgen heeft voor de relatie, want schuldgevoelens vormen een barrière om op een realistische manier naar de buitenwereld te kijken. Volgens Gordts, Norré en Campo is het helpend voor mensen die te maken hebben met onverklaarbare onvruchtbaarheid dat zij de controle proberen los te laten en proberen flexibel te zijn.

6.9 Professionele hulp en acceptatie

Zoals uit de voorgaande paragrafen is gebleken, heeft verminderde vruchtbaarheid veel invloed op verschillende gebieden. De psychosociale last van verminderde vruchtbaarheid kan dermate groot zijn, dat men er niet meer goed mee om weet te gaan.

Het volgende citaat verwijst naar het feit dat verminderde vruchtbaarheid een doorlopend en zwaar proces is: 'Fertiliteit kan aanvoelen als een baan zonder vergoedingen en met sobere werkomstandigheden' (Dreischor, Perkins & Meyers-Thompson, 2012, p. 154). Deze schrijvers noemen dat het van belang is om voldoende vrije tijd te hebben, om te ontspannen, te verkwikken en de geest te zuiveren. Dit kan helpen om de moed niet te verliezen en iedere dag weer fris te beginnen. Even pauze nemen van het proces om zwanger te raken kan veel goeds doen. Ook kan dat de seksuele relatie tussen de partners weer nieuw leven inblazen. Hierbij is het van belang dat ook de partner pauze nodig heeft. De partner zal gedurende het proces vaak op commando moeten presteren en vaak zal van hem of haar verwacht worden dat hij of zij fungeert als emotionele steunpilaar. Door uit die sleur te stappen kan dit beide partners helpen om alles in een beter

perspectief te zien en op te merken dat er ook nog andere dingen in het leven belangrijk en positief kunnen zijn.

Wanneer een koppel bezig is met vruchtbaarheidsbehandelingen, kunnen ze het prettig vinden dat er mensen om heen zijn, die hen steunen en begeleiden. Hoewel het voor de beide partners een strijd is en zij misschien al hun best doen om te blijven communiceren, kan het allemaal te veel worden en is er een professionele interventie nodig. Een therapeut kan helpen om te voorkomen dat men vastloopt in alle details en alle informatie die artsen geven.

Veel vruchtbaarheidsspecialisten geven koppels de tip om een afspraak te maken bij een hulpverlener of een psycholoog. Een professional kan helpen om te blijven communiceren en elkaars werelden te blijven begrijpen. De professional kan het koppel of de alleenstaande leren omgaan met de stress en onzekerheden. Omdat deze professional niet de behandelend arts is, kan hij of zij vaak een goed objectief advies geven over de verschillende wegen die bewandeld kunnen worden.

Zoals in paragraaf 6.1 werd beschreven is een periode van rouw en verdriet belangrijk voor de verwerking van de vruchtbaarheidsproblematiek en om de kinderloosheid uiteindelijk te kunnen accepteren. Het kan voorkomen dat men dit rouwproces niet voldoende doorloopt. Dan is het belangrijk om te noemen dat wanneer men merkt dat er na een lange tijd van rouw niets verandert en het verdriet aan blijft houden, het goed kan zijn om professionele hulp te zoeken. Een vraag die kan helpen om deze stap te zetten, is: Is mijn verdriet nog gezond? Die vraag is uiteraard niet altijd gemakkelijk te beantwoorden.

Voor veel mensen betekent het een groot verlies wanneer zij afscheid moeten nemen van de kinderwens. Sombere gevoelens kunnen er voor zorgen dat het nog moeilijker wordt om de draad weer op te pakken door nieuwe contacten te maken of contacten te onderhouden en deel te nemen aan activiteiten. 'Uit onderzoek blijkt dat mensen die ongewenst kinderloos zijn een verhoogde kans hebben op het krijgen van psychische problemen' (Garnefski, Kraaij & Schroevers, 2013, p. 12).

Natuurlijk heeft het verlies voor iedereen een andere lading. In ieder geval betekent dit het verlies van de hoop de kinderwens te vervullen. En vaak ook het verliezen van een levensdoel, namelijk om een gezin te vormen met een genetisch eigen kind. Daarmee hangt ook het verlies van een bepaald ideaalbeeld samen. Het lastige aan kinderloosheid is dat mensen het hun hele leven door merken. Ook nog wanneer zij ouder zijn en leeftijdsgenoten wellicht kleinkinderen om zich heen hebben. Het verdriet blijft. Het blijft moeilijk te accepteren. Verminderde vruchtbaarheid wordt ook wel een chronische stressfactor genoemd, die jarenlang duurt. Het verlies van de kinderwens zal deel uit gaan maken van de persoon zelf. En die persoon zal een nieuw toekomstbeeld moeten creëren, een soort reïntegratie in het leven. Dit vereist acceptatie van een leven zonder kinderen, wat als zwaar ervaren kan worden.

In dit hoofdstuk zijn de psychosociale gevolgen van verminderde vruchtbaarheid uitgebreid beschreven. Er is daarbij onderscheid gemaakt in de beleavingswereld van mannen en vrouwen. Daarnaast zijn alle aspecten die samenhangen met verminderde vruchtbaarheid, zoals de relatie, het netwerk en de maatschappelijke opvattingen belicht. Het blijkt dat verminderde vruchtbaarheid veel meer terreinen van het leven omvat, dan in eerste instantie zichtbaar is voor de buitenwereld. Wanneer mensen merken dat de druk hen te zwaar wordt, kunnen zij er voor kiezen om hulp te zoeken bij een professional. Ook Behandelcentrum Geertgen biedt deze mogelijkheid.

Met dit hoofdstuk eindigt het literatuuronderzoek en begint het praktijkonderzoek. In het volgende hoofdstuk wordt er specifiek gekeken naar de counseling zoals die vormgegeven wordt bij Behandelcentrum Geertgen.

Deel 2

PRAKTIJKONDERZOEK

7

Hoofdstuk

Huidige vormgeving counseling bij Behandelcentrum Geertgen

Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is er vanuit de literatuur een theoretische basis gelegd, waarop dit praktijkonderzoek is gebaseerd. Om de hoofdvraag: *‘Welke behoeften hebben de patiënten van Behandelcentrum Geertgen wat betreft psychosociale begeleiding en op welke manier kan Behandelcentrum Geertgen daaraan voldoen?’* te beantwoorden is het belangrijk om te onderzoeken hoe de huidige vormgeving van de counseling er uit ziet. De tweede deelvraag wordt door middel van dit hoofdstuk beantwoord. Deze deelvraag luidt: *‘Hoe wordt de psychosociale begeleiding door de psychologen bij Behandelcentrum Geertgen op dit moment vormgegeven?’* Het antwoord op deze vraag wordt verkregen door middel van een interview met de psychologen die werkzaam zijn bij Behandelcentrum Geertgen. De topiclijst die ter voorbereiding van dit interview is opgesteld, is te vinden in bijlage 12.3. De resultaten van dit interview worden op verhalende wijze weergegeven. Wanneer helder is hoe de counseling op dit moment vormgegeven wordt, kan bepaald worden in hoeverre de counseling aansluit bij de behoeften van de patiënten. Deze behoeften worden beschreven in hoofdstuk 8.

In paragraaf 7.1 worden de context en achtergrond van de counseling beschreven. Vervolgens wordt er in paragraaf 7.2 een schematisch overzicht van de verschillende soorten counseling weergegeven. Daarnaast wordt er een onderscheid gemaakt tussen vrijwillige en protocollaire counseling. In paragraaf 7.3 worden de waarnemingen van de psychologen en de constatering die zij doen aangaande patiënten die deelnemen aan de counseling weergegeven.

7.1 Context en achtergrond

Binnen Behandelcentrum Geertgen zijn er twee vormen van counseling, namelijk vrijwillige counseling en protocollaire counseling. Dit laatste wil zeggen dat bepaalde doelgroepen in ieder geval counselinggesprekken krijgen. In dit onderzoek zijn beide vormen van counseling betrokken. In paragraaf 7.2.1 en paragraaf 7.2.2 wordt respectievelijk protocollaire en vrijwillige counseling nader toegelicht.

Om inzicht te krijgen in de huidige vormgeving van de counseling zijn de formats bestudeerd waar de psychologen vooraf en tijdens een counselinggesprek gebruik van maken. Hierdoor is duidelijk geworden welke onderwerpen de revue kunnen passeren en hoe de counselinggesprekken zijn opgebouwd. Daarnaast heeft er een interview met de psychologen plaatsgevonden. Het woordelijke verslag van dit interview wordt weergegeven in bijlage 12.4.

Door het bestuderen van de formats en het interview met de psychologen is duidelijk geworden dat er verschillende counselinggesprekken te onderscheiden zijn:

- Algemene counseling (vrijwillig)
- Counseling BAM (Bewust Alleenstaande Moeders)
- Counseling eicelrecipiënt (ontvanger)
- Counseling keuzemogelijkheden (iemand die gebruik wil maken van gameten)
- Counseling donor (iemand die gameten schenkt)
 - o Donorgameten zaad
 - o Donorgameten eicellen

De verschillende doelgroepen bestaan uit: Alleenstaande moeders, koppels die gebruik willen maken van een donor, eicelrecipiënten, koppels die met eigen zaad- en eicellen tot een zwangerschap willen komen, lesbische stellen en donoren. Hiervan zijn de gesprekken met alleenstaande vrouwen, koppels die gebruiken willen maken van een donor, eicelrecipiënten en donoren protocollair. Dat wil zeggen dat deze doelgroepen zonder eigen keuze langskomen bij de psychologen. Voor de andere doelgroepen geldt dat ze counselinggesprekken aan kunnen vragen als zij daar behoefte aan hebben. Hierbij is sprake van algemene counseling.

Als patiënten voor het eerst binnen komen bij Behandelcentrum Geertgen, ontvangen zij een informatiemap, waarin uitleg gegeven wordt over het behandelcentrum, over de mogelijkheden binnen het behandelcentrum en over financiële zaken. In deze map worden patiënten ook gewezen op de mogelijkheid tot counseling.

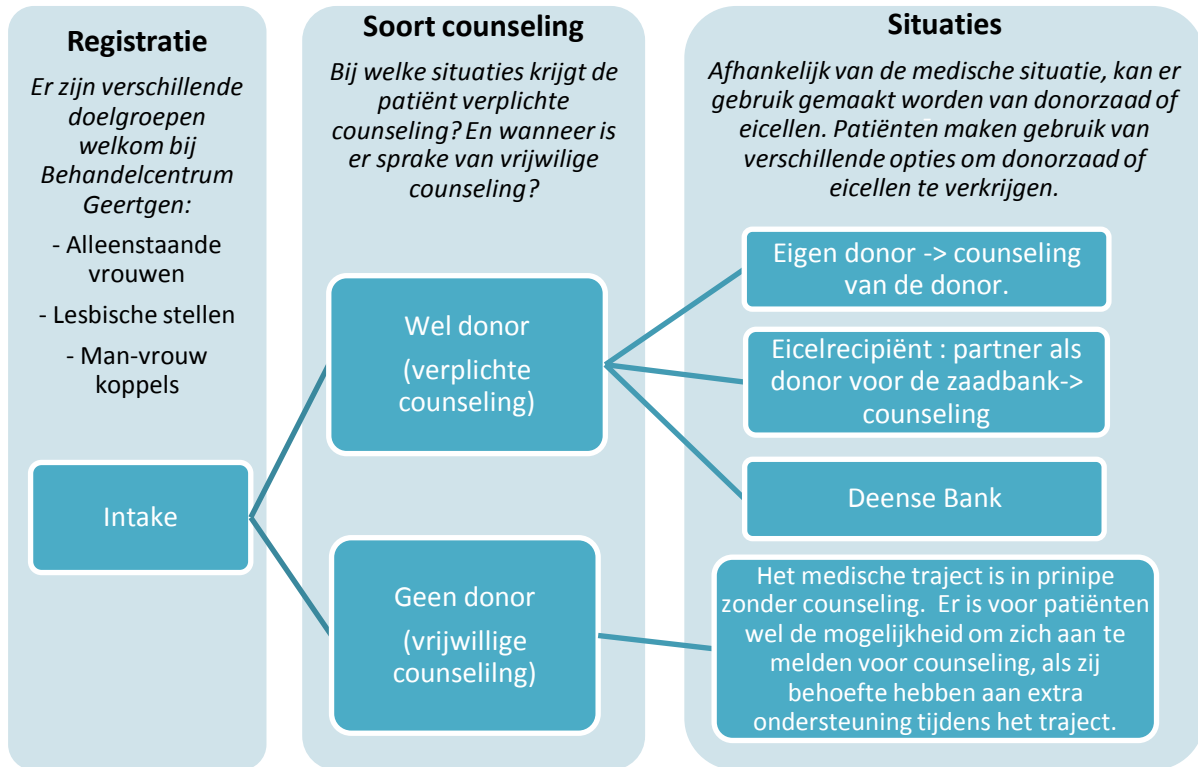
7.2 Huidige vormgeving van de counseling

Ruim 25 jaar geleden was er bij Behandelcentrum Geertgen slechts één psycholoog in dienst, die later bijgestaan werd door twee andere psychologen. Kenmerkend en onderscheidend voor Behandelcentrum Geertgen is dat zij zowel zaad- als eiceldonoren psychisch screenen. In veel ziekenhuizen en klinieken elders worden donoren nauwelijks gescreend en krijgen patiënten lang niet altijd de gelegenheid tot psychosociale ondersteuning. Een uitgangspunt van Behandelcentrum Geertgen is dat patiënten over een zodanige mate aan bruikbare informatie moeten beschikken dat zij zelf in staat zijn om een beslissing te nemen aangaande de manier waarop zij tot een zwangerschap willen komen. Tijdens de protocollaire counseling wordt dan ook gekeken of de patiënt alle consequenties van de keuzemogelijkheden overziet en of patiënten daadwerkelijk genoeg informatie hebben.

Wanneer patiënten een eerste afspraak hebben gemaakt bij Behandelcentrum Geertgen vindt er een intakegesprek plaats met de arts. In dit gesprek wordt aan de hand van het patiëntdossier besproken of er wel of geen donor nodig is. Meteen na dit gesprek komt de patiënt bij de verpleegkundige. Deze geeft informatie over het behandelproces bij Behandelcentrum Geertgen. Het half uur durende gesprek bij de arts blijkt vaak kort te zijn, omdat patiënten zelf ook veel vragen hebben. De vragen die patiënten nog hebben kunnen ze dan voorleggen aan de verpleegkundige. Na het gesprek met de

verpleegkundige is het afhankelijk van de soort doelgroep waartoe de patiënt behoort en de soort behandeling of deze patiënt met de counseling te maken krijgt. Voor wat de counseling betreft is er geen specifiek intakegesprek. Als voorbereiding op het eerste counselingsgesprek verdiept de psycholoog zich in het medisch dossier van de patiënt, waarin aantekeningen van de arts zijn opgenomen. De patiënten worden hierover geïnformeerd.

In onderstaand schema is in kaart gebracht hoe de counseling in de praktijk is opgebouwd.



7.2.1 Protocolaire counseling

Zoals het schema laat zien, komen patiënten die gebruik willen maken van een donor altijd eerst bij de counseling. De reden hiervoor is dat de mate waarin de patiënt in staat is om het ouderschap te dragen inzichtelijk wordt. Wanneer er gebruik gemaakt wordt van een donor zal één van de ouders niet de biologische ouder van het toekomstige kind zijn. Voor het koppel kan dit zorgen voor een extra belasting.

Wanneer een man-vrouw koppel, een alleenstaande vrouw of een lesbisch stel gebruik wil maken van zaad- of eicellen van de zaad- en eicelbank van Behandelcentrum Geertgen, geldt het wederkerigheidprincipe. Het doel van dit principe is om het donorschap te bevorderen. Er wordt een beroep gedaan op de verantwoordelijkheid van patiënten door middel van het verzoek om zaad- of eicellen te doneren. Op deze manier kunnen patiënten met een kinderwens elkaar helpen, oftewel: geven en ontvangen. Er zijn twee manieren waarop het donorschap bevorderd kan worden, namelijk direct of indirect. Directe bevordering houdt in dat één van de partners zaad- of eicellen doneert. Wanneer dit niet mogelijk blijkt te zijn, bijvoorbeeld omdat de zaad- of eicellen van onvoldoende kwaliteit zijn, wordt het koppel gevraagd in hun netwerk te kijken naar een mogelijke donor. Dit wordt indirecte bevordering genoemd.

De protocolaire gesprekken worden gevoerd aan de hand van een format met daarin vastgestelde onderwerpen die tijdens het gesprek aan bod komen. Deze formats worden jaarlijks herzien en geactualiseerd. De vragen zoals die op het formulier vermeld staan, kunnen rationeel en zakelijk lijken. Dit omdat er voornamelijk 'gecheckt' wordt of een koppel voldoende voorbereid is op het maken van de keuze om gebruik te maken van een donor en het ondergaan van de behandelingen.

In de praktijk wordt er meer besproken dan op het format zichtbaar is. Wanneer er een donor nodig is voor zaad- of eicellen, dan is het zo dat één van beide niet de biologische ouder van het kind zal zijn. Dit gegeven kan zorgen voor frictie en spanningen in een relatie en wordt daarom als gespreksonderwerp aangesneden in het counselinggesprek. Er wordt bijvoorbeeld gevraagd hoe lang de man of vrouw al weet dat hij of zij geen kind kan verwekken en wat de overwegingen waren wat betreft de stap naar Behandelcentrum Geertgen. Hierbij wordt er vooral gelet op de mate waarin men het feit dat één van beide geen kind kan verwekken, heeft verwerkt en geaccepteerd. Juist het emotionele proces willen de psychologen zo goed mogelijk in kaart hebben om te kunnen bepalen of de patiënt in staat is om een weloverwogen keuze te maken.

7.2.2 Vrijwillige counseling

Omdat binnen de vrijwillige counseling geen thema's vast staan die besproken moeten worden, wordt aan de patiënt ruimte gegeven om onderwerpen aan te dragen. Wanneer patiënten zelf geen inbreng hebben, vraagt de psycholoog naar het verloop van het traject tot nu toe. De psychologen hebben de ervaring dat de voor de patiënt belangrijke thema's vanzelf naar boven komen wanneer zij deze vraag stellen. Hiermee wordt ook de reden van aanmelding duidelijk.

Een counselinggesprek duurt doorgaans een uur. Er zijn soms verschillende thema's die de patiënt naar voren brengt. Mocht dit het geval zijn, dan besluit de psycholoog om de patiënt het voor hem of haar belangrijkste thema uit te laten kiezen. Het thema wat de patiënt dan kiest, staat in dat gesprek centraal. De psychologen zoeken bij patiënten naar de onderliggende thema's bij de onderwerpen die ingebracht worden. In sommige situaties kiest de psycholoog er voor om de patiënt een opdracht mee naar huis te geven of om een soort behandelplan op te stellen. Per patiënt wordt nauwkeurig bekeken wat nodig en helpend is.

De psychologen maken geen gebruik van een protocol. Dit is een verschil met de protocollaire counseling, waarbij de onderwerpen zijn vastgelegd. Daarnaast verschilt dit met reguliere hulpverleningsgesprekken.

7.2.3 Algemeen

In principe is kortdurende hulpverlening van toepassing op de wijze waarop de huidige counseling binnen Behandelcentrum wordt vormgegeven, maar er is geen maximum aantal gesprekken bekend. Het uitgangspunt van de werkwijze van de psychologen is datgene bieden wat de patiënt nodig heeft. Als blijkt dat er een groter probleem is, dat meer gebieden beslaat dan enkel de verminderde vruchtbaarheid, kijken de psychologen naar welke intensievere begeleiding de patiënt dan nodig heeft.

De psychologen verschillen onderling in werkwijze. Er is geen vastgestelde methodiek, waarvan de psychologen gebruik maken. De ene psycholoog werkt cliëntcentered, waarbij de behoeften van de patiënten centraal staan en de ander werkt vanuit een gedragstherapeutische achtergrond. Hierdoor worden de counselinggesprekken ook verschillend ingevuld. De psychologen hechten er niet zo zeer belang aan hoe bepaalde dingen besproken worden, maar dat bepaalde thema's aan bod komen en bespreekbaar worden gemaakt.

De psychologen organiseren structureel intervisiezittingen die helpen om alert te blijven op belangrijke gespreksonderwerpen met patiënten.

Wanneer het contact tussen de psycholoog en de patiënt niet goed verloopt, is er ruimte om te wisselen van psycholoog. Er wordt dus waarde gehecht aan contact maken en de mate waarin de psycholoog in staat is om aan te sluiten bij de patiënt.

De psycholoog waarborgt de objectiviteit door zo veel mogelijk zonder eigen mening het gesprek te voeren. Alleen wanneer de psycholoog het functioneel acht dat de eigen mening in het gesprek wordt gedeeld, zal dit worden gedaan. Een voorbeeld hierbij is dat de patiënt zich erkend voelt als de psycholoog achter de denkwijze van de patiënt kan staan.

7.2.4 Thema's

Een veelbesproken thema tijdens de counselinggesprekken is de omgeving van patiënten. De omgeving wordt daarom ook betrokken in de counselinggesprekken. Er wordt van de eigen kracht van de patiënt uit gegaan, wat wil zeggen dat er gezocht wordt naar datgene waar de patiënt vanuit zichzelf goed in is. Een thema in de counseling is vaak dat patiënten leren op welke manier zij hun omgeving kunnen inlichten over het proces waarin zij verkeren. Het onzichtbare verlies dat samenhangt met verminderde vruchtbaarheid is namelijk niet altijd te begrijpen voor de omgeving en evenmin is het zichtbaar voor de omgeving.

Ook is psycho-educatie een onderdeel van de werkwijze van de psychologen. Ze leggen hun patiënten uit dat het proces waarin zij verkeren vergelijkbaar is met een rouwproces. Patiënten zijn zich hier vaak niet bewust van, want er is immers niemand overleden. Uitgezonderd degenen die een miskraam hebben gehad of een kind hebben verloren, maar in de meeste gevallen is er feitelijk geen sprake van een overlijden.

Voor veel patiënten is het een verlies als blijkt dat zij afscheid moet nemen van de kinderwens. Wanneer de hoop minder begint te worden, merken de psychologen dat patiënten steeds meer stilstaan bij de betekenis van een leven zonder kind. Opmerkingen vanuit de omgeving kunnen worden bedoeld als leedverzachtend, maar geven veelal aan dat mensen niets begrijpen van de psychosociale druk die verminderde vruchtbaarheid met zich meebrengt.

Erkenning blijkt een machtig middel om toe te passen in de counseling. Patiënten hebben dit volgens de psychologen hard nodig, maar de maatschappij lijkt het fenomeen nauwelijks te kennen. Soms verwachten patiënten praktische handvatten om met verminderde vruchtbaarheid om te kunnen gaan. In sommige gevallen kunnen die handvatten ook gegeven worden. Volgens de psychologen is het in veel gevallen zo dat de omgeving ontkent dat kinderloosheid een probleem mag zijn. Erkenning in het feit dat de patiënt het moeilijk mag hebben vanwege het feit dat de kinderwens nog niet in vervulling is gegaan, blijkt ondersteunend te zijn in het omgaan met de problematiek.

Sommige patiënten geven aan erg tegen de behandelingen op te zien. Ook dit kan besproken worden tijdens de counseling.

Ethiek kan een door patiënten aangedragen thema zijn binnen de counselinggesprekken. Ethische vragen die patiënten kunnen hebben, zijn: Mag ik eigenlijk wel gebruik maken van een donor? Hoe plaats ik dat in het kader van mijn religie? Mag ik wel meerdere embryo's creëren, die ik misschien niet ga gebruiken? En wat gaat er dan mee gebeuren? Ethische kwesties kunnen dermate lastig zijn voor patiënten. Volgens de psychologen kunnen patiënten heen en weer worden geslingerd tussen hun eigen (geloofs)overtuiging en de grenzen van hun waarden en normen. Psychologen ondersteunen patiënten hierin door voornamelijk te luisteren naar de overwegingen van de patiënt en hen te voorzien van informatie zodat patiënten een overwogen keuze kunnen maken.

7.3 Waarnemingen van de psychologen

Aanvullend op de voorgaande paragrafen worden in deze paragraaf de waarnemingen van de psychologen over de counselinggesprekken en de daarbij behorende interventies beschreven. In deze paragraaf wordt er geen onderscheid gemaakt tussen protocollaire en vrijwillige counseling. Vanwege de mate van overlap in de waarnemingen van de psychologen, kan het als één geheel weergegeven worden.

Vanuit de eerste gesprekken die de psychologen hebben met patiënten wordt vaak duidelijk dat artsen die werkzaam zijn in andere ziekenhuizen niet afweten van het bestaan van Behandelcentrum Geertgen. Een positieve ontwikkeling is dat Behandelcentrum Geertgen tegenwoordig steeds vaker gevonden wordt via internet. Doordat huisartsen niet meteen juist door weten te verwijzen, hebben patiënten die bij Behandelcentrum Geertgen komen vaak al een lange periode van behandelingen achter de rug. Behandelcentrum Geertgen is voor veel patiënten een eindstation en een laatste

optie. Dit gegeven verhoogt voor veel patiënten de spanning en de druk van het moeten slagen van de behandelingen.

De psychologen nemen waar dat patiënten het in het eerste gesprek spannend vinden om hun verhaal te vertellen en daarom kiezen de psychologen ervoor om in het eerste counselinggesprek aandacht te geven aan de stap die de patiënt heeft gezet door te kiezen voor counseling.

Een bevinding van de psychologen is dat steeds meer patiënten een burn-out krijgen. De psychologen merken dat dit meestal patiënten zijn die al langere tijd in een vruchtbaarheidstraject zitten, daarnaast een druk leven leiden en het lastig vinden om hun grenzen aan te geven. Deze patiënten vormen een doelgroep die qua energie uit balans is geraakt. De psychologen vermoeden dat een burn-out steeds vaker aan de orde is, doordat men tegenwoordig zoveel moet van zichzelf; alles moet doorgaan en zo ook de behandelingen.

Sommige patiënten dragen thema's aan zoals hun relatie of hun omgeving. In dat geval nodigt de psycholoog de partner of iemand uit het netwerk uit om bij het counselinggesprek aanwezig te zijn. Dit kan de psycholoog helpen een inschatting van de situatie te kunnen maken.

De psychologen merken bij veel patiënten dat zij hun leven inrichten op een gezinsuitbreiding. Een verbouwing, een vakantie, een nieuwe baan; het wordt allemaal uitgesteld in de hoop op een kind. Wanneer dan teleurstelling op teleurstelling volgt, kost dat mensen soms meer dan ze op kunnen brengen. De psychologen hebben het idee dat zolang patiënten nog vertrouwen hebben in succes, ze het nog zonder hulp kunnen redden. Wanneer de hoop begint te wankelen, komen patiënten vaak bij de counseling. Voor de ene patiënt is hiervan eerder sprake dan voor de ander. Doordat de patiënten psychisch in orde zijn, hebben zij vaak al veel nagedacht over hun situatie. Zij zijn op dit moment labiel, maar hebben vaak al wel helder wat de oorzaak zou kunnen zijn van het feit dat hun 'eigen kracht' nu niet beschikbaar is. Doordat de psychologen de patiënt laten vertellen waar hij of zij tegen aan loopt, leren ze de patiënt kennen.

Wanneer een koppel met vruchtbaarheidsproblematiek te maken heeft, zijn beide personen daarmee gemoeid. Toch zien de psychologen vaak bij de vrijwillige counseling, dat één van beide naar het counselinggesprek komt. Wat betreft de protocollaire counseling wordt het koppel samen op gesprek verwacht.

De psychologen merken dat het nodig is om de patiënten te leren hoe ze hun omgeving kunnen instrueren over welke manier van omgang prettig is jegens de patiënt. Zoals reeds is beschreven in paragraaf 7.2 is het voor de omgeving vaak niet duidelijk welke impact het onzichtbare verlies heeft. De psychologen leren een patiënt dat de omgeving bepaalde confrontaties niet uit onwil doet, maar dat de omgeving onbekend is met deze problematiek en men daarom niet weet hoe er mee om te gaan. De psychologen merken dat patiënten het als helpend ervaren als zij hun omgeving duidelijk maken wat ze wel en niet van hen verwachten. Men denkt dat de omgeving het wel aanvoelt, maar dat is vaak niet het geval.

Zodra de psychologen merken dat hun hulp en begeleiding te kort schiet, wordt gekeken naar welke hulp de patiënt dan wel nodig heeft. Omdat patiënten vanuit het hele land naar Behandelcentrum Geertgen komen, wordt de patiënt meestal aangeraden om de huisarts te vragen welke hulpinstanties in de woonplaats beschikbaar zijn. De huisarts is vaak goed op de hoogte van wat er in de woonplaats beschikbaar is. Wanneer de psycholoog merkt dat het probleem dieper ligt dan alleen de verminderde vruchtbaarheid, wordt dat bespreekbaar gemaakt met de patiënt.

Soms komt het voor dat een psycholoog de situatie van de patiënt nog niet voldoende veilig vindt voor het opgroeien van een kind. In geval van twijfel wordt dit besproken met de patiënt, die meestal door het gesprek tot dezelfde conclusie komt als de psycholoog. Deze kan de patiënt dan tips en adviezen meegeven, om vervolgens op een later moment weer een afspraak te maken en te bezien hoe de situatie op dat moment is. Ook wordt de patiënt door een collega-psycholoog gezien en

wordt de situatie in het artsenuverleg besproken, waardoor de psycholoog nooit alleen beslist, maar er een objectief oordeel plaatsvindt.

Psychologen hechten waarde aan een goed doordachte keuze van de patiënt. Doordat patiënten soms al jaren in behandeling zijn, kunnen ze de neiging hebben om snelle beslissingen te maken en zo snel mogelijk toe te werken naar een zwangerschap. Per casus wordt bekeken of het kind in een veilige omgeving terecht komt.

Samenvattend kan er gezegd worden dat er onderscheid te maken is in vrijwillige en protocollaire counseling, wat wil zeggen dat er bepaalde doelgroepen in ieder geval bij de counseling komen en anderen op aanvraag counseling kunnen krijgen. De doelgroepen die onder de protocollaire counseling vallen zijn alleenstaande vrouwen, koppels die gebruik willen maken van een donor, eicelrecipiënten en donoren. De psychologen hechten er waarde aan dat patiënten zodanig toegerust zijn dat zij zelfstandig een goede keuze kunnen maken aangaande de behandelingen en de weg tot een zwangerschap.

Voor de protocollaire gesprekken geldt dat de psychologen door de gesprekken met de patiënten kunnen inschatten of zij in staat zijn om een behandeling te ondergaan en het ouderschap kunnen dragen. Er wordt nauwkeurig op gelet of het kind in een veilige situatie terecht gaat komen.

Wanneer de patiënten gebruik maken van de zaad- en eicelbank van Behandelcentrum Geertgen, wordt ook het wederkerigheidsprincipe onder de aandacht gebracht, waarin een beroep wordt gedaan op het doneren van zaad- of eicellen.

De protocollaire gesprekken worden aan de hand van een format gevoerd, waarin onderwerpen vastgesteld staan. Deze onderwerpen leiden vaak tot emotionele thema's. De vrijwillige gesprekken worden niet aan de hand van een format gevoerd. De patiënt krijgt de ruimte om zelf een onderwerp in te brengen. Vaak blijkt dat de omgeving een belangrijk thema is voor patiënten, waarin psychologen psycho-educatie geven. Ook ethische vragen komen regelmatig aan de orde.

Vanuit dit hoofdstuk waarin de huidige vorm van counseling is bestudeerd, wordt in het volgende hoofdstuk onderzocht hoe patiënten de counseling ervaren. Hierbij wordt gekeken naar de behoeften die patiënten hebben omtrent gespreksonderwerpen en ondersteuning. Om dit te onderzoeken zijn er interviews afgenomen met patiënten van Behandelcentrum Geertgen. De resultaten van deze interviews staan in het volgende hoofdstuk beschreven.

Hoofdstuk 8

Resultaatbeschrijving

Inleiding

Om te kunnen onderzoeken in hoeverre de huidige vorm van counseling aansluit bij de behoeften van de patiënten van Behandelcentrum Geertgen, wordt er in dit hoofdstuk beschreven wat de behoeften van de patiënten zijn.

Gedurende twee weken zijn er bij Behandelcentrum Geertgen enquêtes uitgedeeld onder man-vrouw koppels. Het format van de enquête is te vinden in bijlage 12.2. Er zijn 214 enquêtes ingevuld. Van de 214 patiënten die de enquête hebben ingevuld, waren er 24 bereid om mee te werken aan een interview. Van deze bereidwillige patiënten is er een selectie gemaakt van patiënten die nog nooit een counselinggesprek hebben gehad bij Behandelcentrum Geertgen en patiënten die al wel in counseling zijn (geweest). In totaal zijn er acht interviews afgenomen, waarbij er evenredig vier patiënten geïnterviewd zijn die nog niet in counseling zijn geweest en vier patiënten die al wel counselinggesprekken hebben gehad. Deze selectie is tot stand gekomen met het doel zo veel mogelijk relevante informatie te verzamelen. Gedurende het analyseren van de interviews is gebleken dat voor beide doelgroepen dezelfde thema's naar voren komen. Om deze reden is er voor gekozen om in de resultaatbeschrijving geen onderscheid meer te maken in deze twee doelgroepen.

Ter voorbereiding van de interviews zijn er twee topiclijsten samengesteld die weergeven welke onderwerpen in het interview aan bod zijn gekomen. In bijlage 12.5 is de topiclijst te vinden voor de patiënten die geen counselinggesprek hebben gehad. In bijlage 12.6 staat de topiclijst voor de patiënten die wel in counseling zijn geweest.

In paragraaf 8.1 wordt beschreven op basis van welke thema's en kernbegrippen de interviews zijn geanalyseerd. Deze thema's en kernbegrippen worden toegelicht in een definitielijst. In paragraaf 8.2

worden de resultaten van de interviews per thema beschreven. Deze resultaten vormen een antwoord op de derde deelvraag: 'Welke behoeften hebben patiënten van Behandelcentrum Geertgen als het gaat om psychosociale begeleiding?'

8.1 Definitielijst

Om de interviews op een betrouwbare wijze te kunnen analyseren, is er een overzicht gemaakt van de thema's die naar voren zijn gekomen in de interviews. In het overzicht zijn ook de bijbehorende uitspraken van de geïnterviewde patiënten opgenomen. Dit overzicht wordt het labelschema genoemd, dat te vinden is in bijlage 12.7. In dit labelschema komen verschillende thema's terug, die in deze paragraaf worden toegelicht. De volgende zes dikgedrukte thema's met de bijbehorende toelichting zijn het meest naar voren gekomen vanuit de interviews.

Copingstrategieën

De term 'copingstrategieën' verwijst naar de manier waarop men omgaat met een bepaalde situatie of met een bepaalde problematiek (Rögels, 2011, p. 247). In de context van dit onderzoek wordt er met deze term bedoeld op de manier waarop men in het dagelijks leven omgaat met verminderde vruchtbaarheid.

Doelgerichtheid: Patiënten die een kinderwens hebben en verminderd vruchtbaar zijn, kunnen de drang hebben zich volledig in te willen zetten om hun wens te realiseren.

Grenzen verleggen: Een kinderwens kan dermate groot zijn, dat patiënten (onbewust) hun grenzen voorbijgaan, door ervoor te kiezen bepaalde behandelingen wel te ondergaan, terwijl zij dit niet hadden gepland.

Praten: Voor veel patiënten kan praten een helpende manier zijn om de zware periode te doorstaan. Dit kan zowel met de eigen partner zijn als met mensen uit het netwerk.

Humor: Het gebruik van humor kan voor patiënten een manier zijn om de situatie luchtig en draaglijk te houden.

Afleiding zoeken: Afleiding zoeken kan ervoor zorgen dat men fysiek en mentaal niet voortdurend bezig is met de kinderwens.

Hoopgerichtheid: Patiënten proberen goede moed te houden, zodat het vruchtbaarheidstraject draaglijk blijft.

Psychosociale behoeften

Met psychosociale behoeften wordt er bedoeld op de behoeften die de patiënten hebben richting de psychologen gedurende het vruchtbaarheidstraject.

Aandacht: Met aandacht wordt er bedoeld op de mate waarin patiënten persoonlijke aandacht ervaren in counselingsgesprekken. Ook gesprekken met artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn bij Behandelcentrum Geertgen behoren tot 'aandacht'.

Erkenning: Met erkenning wordt bedoeld op situaties waarin de patiënt merkt dat hij of zij bevestiging krijgt over de manier van handelen en dat er oog voor hem/haar is gedurende het behandelproces en de psychosociale last ervan.

Signalen: Met deze term wordt bedoeld dat het welzijn van patiënten in het oog gehouden wordt door artsen en verpleegkundigen.

Nazorg: Zelfs na afloop van de behandelingen kunnen patiënten merken dat de impact van het vruchtbaarheidstraject nog steeds doorwerkt in hun leven.

Informatieve voorbereiding: Met deze term wordt de mate bedoeld waarin patiënten geïnformeerd zijn over het traject dat zij gaan doorlopen. Deze term verwijst niet alleen naar informatie over de behandelingen, maar ook naar informatieve voorbereiding aangaande de psychosociale zwaarte van het traject.

Netwerk

Onder het netwerk worden de mensen in de directe omgeving van de patiënt verstaan. Te denken valt aan familie, vrienden, burens en collega's.

Reacties: Vaak heeft de omgeving geen idee van het proces waar het koppel zich in bevindt. Zodoende kunnen zij onhandige en veroordelende reacties geven, die het proces van de patiënt bemoeilijken.

Vangnet: Nadat een patiënt openheid heeft gegeven over diens proces, kan de omgeving fungeren als een vangnet. Dat kan een verlichting zijn voor de patiënt gedurende het vruchtbaarheidstraject.

Mate van openheid: Het is aan de patiënten om te beslissen in hoeverre zij hun omgeving op de hoogte stellen van het proces dat ze doormaken. Ook is het belangrijk dat, wanneer een patiëntkoppel gebruik maakt van gedoneerde zaad- of eicellen, zij goed nadenken over de openheid hierover richting hun toekomstige kind.

Belastbaarheid: Patiënten kunnen het gevoel hebben belast te worden door de verwachting die de omgeving van hen heeft, namelijk dat het koppel een gezin zal vormen. Andersom kunnen patiënten het gevoel hebben dat zij hun netwerk te belasten met de problematiek.

Negatieve gevoelens: Met deze term wordt bedoeld op de gevoelens die ontstaan als gevolg van het contact met de omgeving, waarbij zich confronterende situaties kunnen voordoen. Hierbij kan de patiënt gevoelens van jaloezie ervaren.

Relatie

Over het algemeen hebben vruchtbaarheidsbehandelingen veel invloed op de relatie. Dit kan zowel een positieve als een negatieve uitwerking hebben.

Seksueel: Als de kinderwens groot is, wordt de timing van het hebben van geslachtsgemeenschap steeds belangrijker. Zodoende kan er veel druk op de seksuele relatie komen te staan.

Communicatie: Onder communicatie wordt het contact tussen de partners verstaan. Door de stress en spanning rondom het vruchtbaarheidstraject kan de communicatie tussen de partners verstoord raken. Een traject kan partners juist ook dichter bij elkaar brengen.

Belevingsverschil: Door de (emotionele) verschillen tussen mannen en vrouwen beleven de partners de vruchtbaarheidsbehandeling op een verschillende manier en gaan ze in het dagelijks leven op een verschillende manier om met de situatie.

Steun: Met steun wordt er bedoeld op de mate waarin partners zich gesteund voelen door elkaar en met elkaar in contact blijven.

Stressfactoren

Gedurende een vruchtbaarheidstraject kunnen er factoren meespelen die stress veroorzaken of de reeds aanwezige stress verhogen.

Financieën: Een vruchtbaarheidstraject kan financieel gezien voor stress zorgen. Het kan een grens aangeven voor het aantal behandelingen en de hoeveelheid kansen die een koppel heeft.

Spanning: Het ondergaan van de behandelingen, het afwachten en de teleurstellingen kunnen veel spanningen teweegbrengen.

Teleurstelling: Vaak krijgen patiënten met teleurstellingen te maken als een behandeling niet aanslaat of als er een miskraam heeft plaats gevonden. Ook voordat men aan behandelingen begint, hebben patiënten vaak al heel wat teleurstellingen gehad.

Leeftijd: De leeftijd heeft invloed op de mate van vruchtbaarheid. Met name de vrouw zal de druk van haar leeftijd voelen. Sommige koppels zijn al jarenlang bezig met een traject, wat de stress kan verhogen.

Onzekerheid: Tijdens een vruchtbaarheidstraject heerst er veel onzekerheid. Er valt niets te zeggen over de duur van het behandeltraject. Ook is er geen zekerheid of er in de toekomst daadwerkelijk een kind zal komen. Ook andere vragen staan centraal, zoals de vraag of de partner zal willen leven met een partner die verminderd vruchtbaar is en mogelijk geen kinderen kan geven.

Schuldgevoel: Wanneer de oorzaak van de verminderde vruchtbaarheid bij één van beide partners ligt, kan deze persoon te maken krijgen met schuldgevoelens richting de ander. Dit kan zorgen voor extra stress.

Wachten: Voor een vruchtbaarheidstraject is geduld vereist. De perioden van wachten kunnen veel stress opleveren, omdat dan de vraag centraal komt te staan of de behandeling aanslaat.

Toekomstperspectief: Een vruchtbaarheidstraject kan vragen oproepen voor de toekomst. Een toekomst zonder kinderen is niet uitgesloten en voor veel patiënten is dit een eenzaam beeld dat tevens zingevingsvragen op kan roepen.

Onrechtvaardigheidsgevoel: Juist omdat het zwanger raken oncontroleerbaar is, kan het moeilijk zijn om te zien dat anderen gemakkelijk zwanger raken en het koppel zelf niet. Dat kan een gevoel van onrecht oproepen.

Ethische dilemma's

Bij het ondergaan van medische behandelingen kunnen zich ethische vragen voordoen. De vraag is dan of de kinderwens of principes leidend zijn.

Wederkerigheidsprincipe: Behandelcentrum Geertgen hanteert de visie 'geven om te ontvangen'. Deze visie krijgt vorm op het moment dat wanneer een koppel gebruik wil maken van donorzaadcellen, hen gevraagd wordt om eicellen te doneren. Op het moment dat het koppel zelf geen zaad of eicellen kan doneren, wordt hen gevraagd om mensen in hun netwerk te benaderen met de vraag of zij aan deze oproep kunnen voldoen.

Donatie: Voor patiënten vraagt het gebruik van een donor om een doordachte beslissing. Het verwekken van een kind met behulp van een donor kan invloed hebben op het ouder-gevoel en op de relatie tussen de partners, wanneer het kind van één ouder biologisch verwant zal zijn.

Embryo's: Afhankelijk van hoe een embryo door het koppel gedefinieerd wordt, kan het als moeilijk ervaren worden om te besluiten wat er met overige embryo's gedaan wordt.

Principes: De principes die een patiënt er op na houdt, zijn van invloed op de keuze voor een behandeling. Een kinderwens kan dermate groot zijn dat men zijn principes aan de kant zet omwille van de kinderwens.

Regie: Hoewel patiënten er niet altijd religieuze belevingen op na houden, kunnen ze wel het gevoel hebben voor God te spelen, wanneer zij dat, wat doorgaans op een natuurlijke wijze verloopt, in eigen hand gaan nemen.

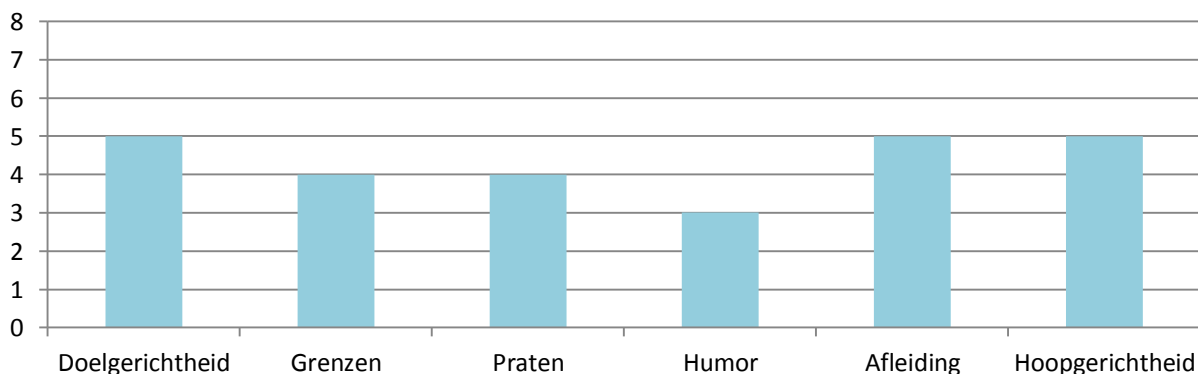
8.2 Thema's

In de vorige paragraaf is helder geworden welke thema's voornamelijk een rol blijken te spelen bij de geïnterviewde patiënten. Om op een gedetailleerde wijze weer te geven wat de resultaten uit de interviews zijn, worden de behoeften van de patiënten nader toegelicht en wordt er aan de hand van diagrammen weergegeven hoeveel patiënten spreken over die behoeften. De diagrammen maken in één oogopslag helder welke kernbegrippen in meer of mindere mate belangrijk zijn voor de patiënten. Aan het begin van iedere subparagraaf wordt een citaat weergegeven van één van de geïnterviewde patiënten, dat een eerste indruk weergeeft van de beleving van de patiënt als het gaat om dat specifieke thema.

8.2.1 Copingstrategieën

Zoals beschreven is in paragraaf 8.1 verwijst de term copingstrategieën naar de manier waarop mensen omgaan met de problemen die zij ervaren, in dit geval vruchtbaarheidproblematiek. *'Ja, je leeft een beetje in je eigen wereld en je gaat dan gewoon door totdat je je doel hebt bereikt'* (Int. 240414-3, fragm. 116). Uit deze quote blijkt dat de kinderwens dermate belangrijk geworden is dat het vrijwel de enige focus is in het leven van deze patiënt. Vijf van de acht geïnterviewde patiënten geven aan dat hun kinderwens zodanig centraal is komen te staan in hun leven, dat veel aspecten in het dagelijks leven afgestemd zijn op een mogelijke zwangerschap.

Diagram 1 - Copingstrategieën



In diagram 1 is te zien dat patiënten voornamelijk spreken over doelgerichtheid, afleiding en hoopgerichtheid. Van de acht geïnterviewde patiënten, hebben vijf patiënten het gehad over deze onderwerpen. Daarnaast hebben deze patiënten aangegeven alle mogelijkheden te willen proberen die kunnen leiden tot een zwangerschap. Men wil zich volledig inzetten om de kinderwens te realiseren, ter voorkoming van een gevoel van spijt. Dit heeft als gevolg dat patiënten hun grenzen verleggen, in die zin dat zij meer behandelingen ondergaan dan van te voren gepland.

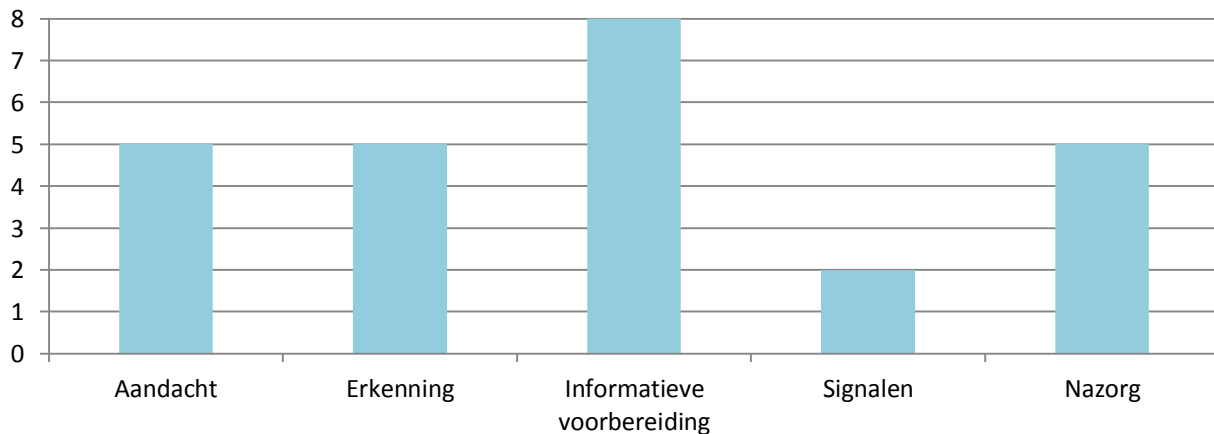
Juist omdat de kinderwens bij veel patiënten centraal is komen te staan, is afleiding een grote behoefte. Door afleiding te zoeken houdt men zich staande tijdens het vruchtbaarheidstraject. Hoopgerichtheid is eveneens een vorm van coping. Vijf van de acht patiënten spreekt hierover. Goede moed houden wordt als helpend ervaren gedurende het traject. Als de patiënten het doel voor ogen houden en dus bewust zijn van de reden waarom ze de behandelingen ondergaan, zijn ze in staat om zich staande te houden. Soms lukt het de patiënt niet zelfstandig om hoopgericht te zijn. Uit de interviews komt naar voren dat de partner hier dan in ondersteund in kan zijn. Daarnaast blijkt dat partners elkaar tot steun kunnen zijn door met elkaar te blijven praten. De herkenning die het oproept wanneer patiënten met lotgenoten kunnen praten, kan ook helpend zijn tijdens het vruchtbaarheidstraject.

Een verrassende uitkomst die vanuit de interviews naar voren komt, is dat humor door drie van de acht patiënten als copingstrategie wordt genoemd. Humor helpt om de situatie wat luchtig te houden. Patiënten geven aan dat een vruchtbaarheidstraject dermate lang kan duren dat men in een soort sleur beland, waarin humor de zwaarte van het proces er enigszins af kan halen. Uit de interviews blijkt ook dat humor een helpende factor is richting de omgeving. Het gebruik van humor helpen de patiënten om zich te beschermen tegen ontactische en pijnlijke opmerkingen. Het blijkt dat de patiënten humor als noodzaak zien om te voorkomen dat de kinderwens niet de meest centrale plek in hun leven krijgt.

8.2.2 Psychosociale behoeften

Niet alleen coping blijkt een belangrijk thema te zijn voor patiënten. Ook komt er in de interviews naar voren dat patiënten psychosociale behoeften hebben. De volgende quote is daar een voorbeeld van. *‘Dat sterkt mij wel die gedachte, dat ik absoluut, dat wij absoluut niet de enige zijn’* (Int. 010514-6, fragm. 447).

Diagram 2 - Psychosociale behoeften



Hetgeen direct opvalt in diagram 2 is de informatieve voorbereiding waar alle geïnterviewde patiënten blijkbaar behoefte aan hebben. De meningen van patiënten zijn uiteenlopend. De één is tevreden over de mate waarin de psycholoog informatieve voorbereiding verstrekt aangaande het vruchtbaarheidstraject. De ander vindt dat er meer aandacht besteed moet worden aan de informatieve bereiding. Deze patiënten geven aan met name voorbereid te willen worden op de psychosociale aspecten van het traject. Daarnaast geven twee van de acht patiënten aan dat het medische taalgebruik in de informatiemap moeilijk te begrijpen is.

Aandacht, erkenning en nazorg zijn psychosociale behoeften die door vijf van de acht patiënten worden genoemd. Wat opvalt is dat de meeste patiënten bij aandacht spreken over persoonlijke aandacht. Patiënten geven aan dat ze het belangrijk vinden om gezien te worden, dat ze gerespecteerd worden en niet als een nummer worden behandeld. Daarnaast blijkt dat erkenning ook een belangrijke behoefte is die speelt bij patiënten. Hierbij wordt genoemd dat zij het van essentieel belang vinden dat de psychische lading die het behandelproces met zich mee brengt,

wordt gezien. Daarnaast wordt hierbij aangegeven dat patiënten de behoefte hebben dat artsen en verpleegkundigen signalen opvangen aangaande de psychosociale last die het koppel ervaart gedurende de behandelingen. Zo nodig kunnen zij dit rapporteren aan de psychologen. Patiënten geven aan dat ze het prettig zouden vinden als ze op deze manier in het vizier blijven.

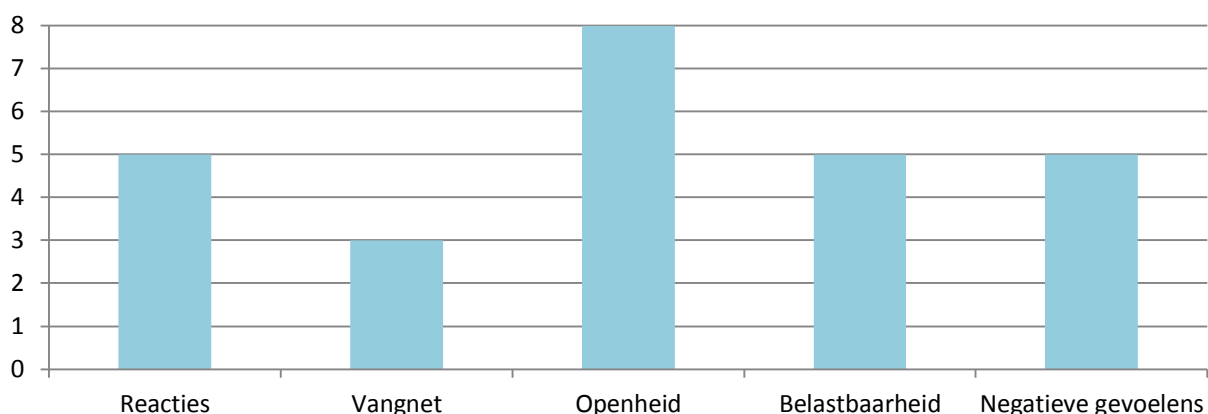
In de interviews is tevens naar voren gekomen dat vijf van de acht patiënten behoefte hebben aan nazorg. Het blijkt dat de impact van het vruchtbaarheidstraject nog doorwerkt na afloop van het traject. Een patiënt gaf aan dat ze zelfs nadat ze zwanger was geraakt door de behandeling, angst en onzekerheid ervoer. Gedurende haar zwangerschap kon zij nauwelijks genieten, vanwege de nasleep van de behandelingen. De geïnterviewde patiënten geven aan dat ze hulp nodig hebben om orde te scheppen in de chaos en om de zaken in hun leven weer op een rij te krijgen.

Echter, vanuit de interviews is duidelijk geworden dat twee van de acht patiënten een drempel ervaren in het aanvragen van counselinggesprekken. In het labelschema is na te gaan dat een reden hiervoor is dat de één geen hulp wil vragen, omdat diegene moeite heeft om zich kwetsbaar op te stellen. De ander ervaart een drempel door diens hulpverleningsgeschiedenis.

8.2.3 Netwerk

Verder blijkt uit de interviews dat het netwerk ook een belangrijk thema is voor mensen die te maken hebben met verminderde vruchtbaarheid. De volgende quote schetst op welke manier mensen hun netwerk kunnen ervaren: *‘Ze denken ook dat ze snappen wat je meemaakt’* (Int. 010514-6, fragm. 54).

Diagram 3 - Netwerk



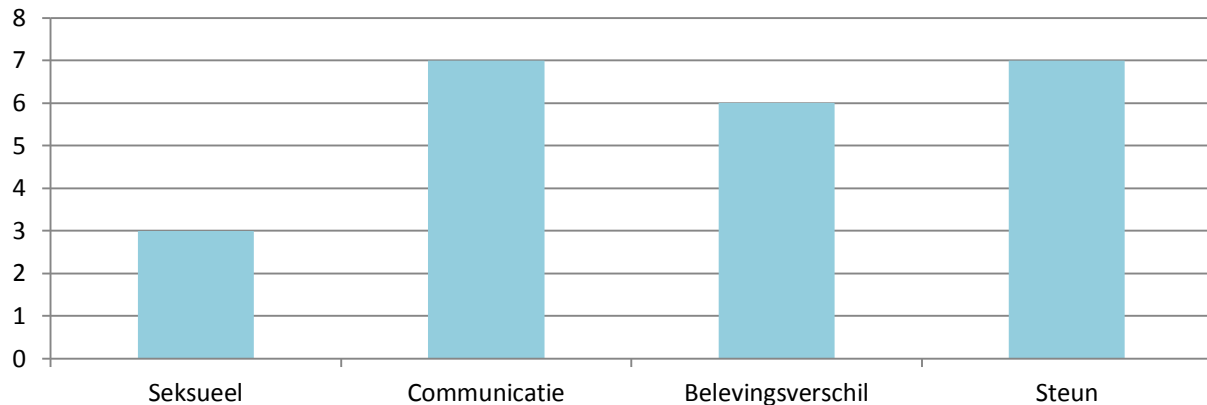
Het blijkt dat drie van de acht patiënten een netwerk om zich heen hebben, die als een vangnet wordt ervaren. In andere gevallen zorgt het netwerk voor negatieve gevoelens en confronterende reacties. Dit is bij vijf van de acht geïnterviewde patiënten het geval.

Voor het netwerk is verminderde vruchtbaarheid vaak lastig te begrijpen, omdat het een onzichtbare strijd is. Vanuit de interviews aangaande de mate van openheid werd duidelijk dat zij tevreden zijn over de keuze om hun omgeving op de hoogte te brengen van het proces waarin zij verkeren. Dat neemt niet weg dat een aantal patiënten wel een drempel heeft ervaren voordat zij daadwerkelijk open konden zijn over de verminderde vruchtbaarheid. Sommige patiënten ervaren een drempel in het vertellen van de situatie aan de (schoon)ouders. Dit heeft als reden dat zij bang zijn om hen hoop te geven en hen later weer te moeten teleurstellen. In sommige gevallen dringen de ouders te veel aan. Dit wordt door de geïnterviewde patiënten ervaren als een extra druk op de al moeilijke situatie. Patiënten merken dat hun omgeving het soms als lastig ervaart om te vragen naar het welbevinden van het koppel, omdat het een kwetsbaar thema betreft. Dit maakt dat patiënten bang kunnen zijn om hun netwerk te belasten met de thematiek.

8.2.4 Relatie

Naast bovengenoemde thema's, is ook de relatie een belangrijk thema. Zo is het 'belevingsverschil' een kernbegrip waarvan sprake kan zijn: *'Mannen pakken het heel anders aan als vrouwen....Laten we dat even voorop stellen!'* (Int. 170414-1, fragm. 155).

Diagram 4 - Relatie



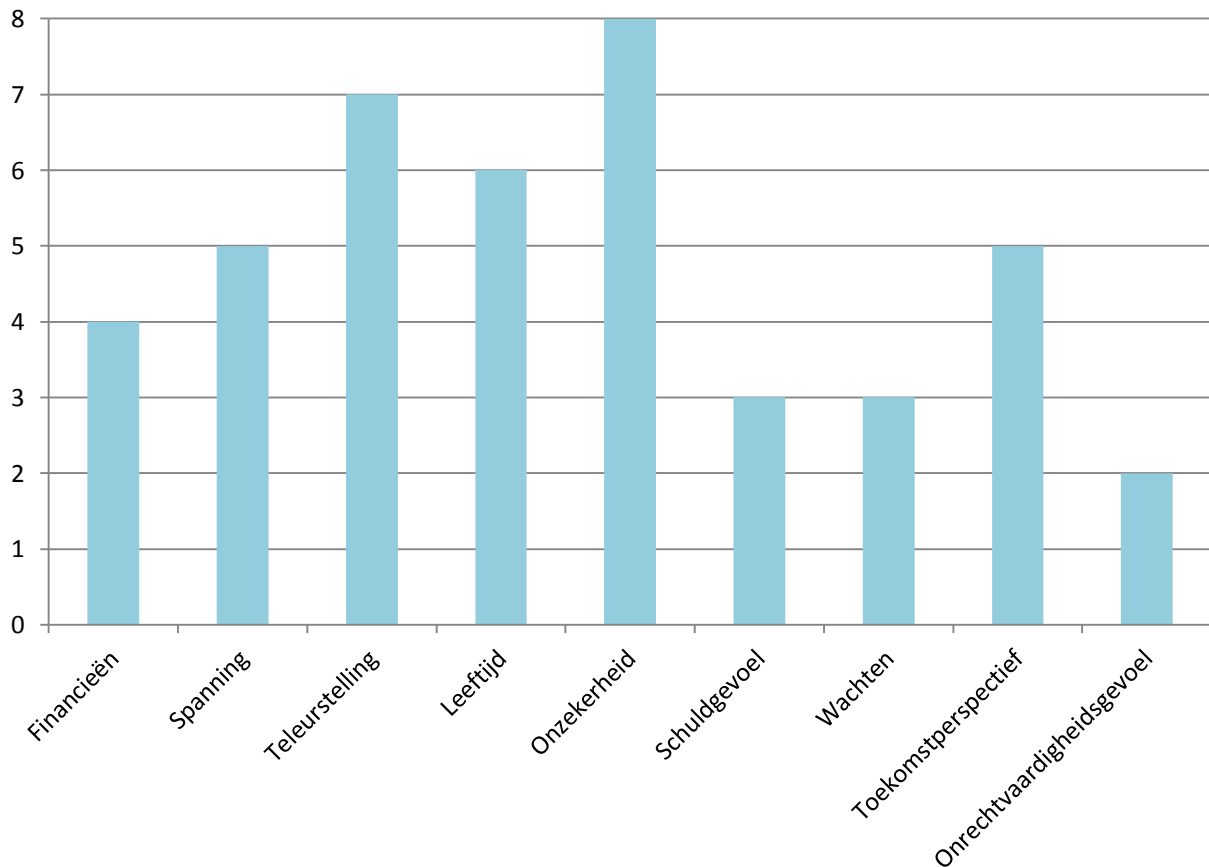
Vanuit de interviews komen er vier gebieden naar voren die van invloed zijn op de relatie. Seksueel gezien komt de relatie onder druk te staan, vanwege het feit dat er binnen bepaalde behandelingen op vaste tijdstippen geslachtsgemeenschap moet plaatsvinden. Drie van de acht patiënten geven aan dat dit spanning veroorzaakt en een schaduw werpt over de seksuele relatie, waardoor deze als krampachtig wordt ervaren. Daarnaast beleven mannen en vrouwen het vruchtbaarheidsproces op een verschillende manier. Door de verschillen tussen mannen en vrouwen, ontstaat er volgens patiënten wel eens onbegrip voor elkaars gevoelens. Uit de interviews komt naar voren dat mannen in de meeste gevallen minder behoefte hebben aan praten in verhouding tot vrouwen. Ook wordt er aangegeven dat mannen de situatie gemakkelijker van zich af kunnen zetten. Een combinatie van hormonen en stress maakt dat de communicatie tussen de partners niet altijd wenselijk verloopt. De vrouwelijke patiënten noemen hierbij voornamelijk dat de hormoonbehandelingen een negatieve invloed hebben op de onderlinge communicatie. Toch benadrukken veel patiënten dat ze het belangrijk vinden om te blijven praten met hun partner en met elkaar op één lijn te blijven. Opvallend is dat de meeste patiënten die over communicatie spreken, ook spreken over de steun die zij in hun relatie ervaren. Patiënten noemen dat ze de behandeling samen doen en samen doorstaan. Wanneer het voor een koppel noodzakelijk is om een donor te gebruiken, omdat of het zaad of de eicellen niet van voldoende kwaliteit zijn, betekent dit voor één van beide het afscheid van een biologisch eigen kind. Dat kan erg moeilijk zijn, waarbij de andere partner tot cruciale steun moet zijn. Samengevat zeggen patiënten over de invloed van het vruchtbaarheidstraject het volgende: Je groeit er door naar elkaar toe of je groeit er door uit elkaar.

8.2.5 Stressfactoren

Een ander belangrijk thema dat vanuit de interviews naar voren komt, zijn stressfactoren. *'Ik was super zenuwachtig, want dit was mijn allerlaatste kans op een kindje...'* (Int. 170414-1, fragm. 60). Deze quote geeft een impressie van de spanning waarmee mensen met verminderde vruchtbaarheid te maken hebben.

Onzekerheid wordt door alle geïnterviewde patiënten genoemd en is daarmee de meest aanzienlijke stressfactor. Er zijn verschillende vormen van onzekerheid naar voren gekomen vanuit de interviews, zoals onzekerheid over de vraag of een zwangerschap ooit tot stand zal komen en onzekerheid voor wat betreft de invulling van de toekomst. Onzekerheid komt voornamelijk voort uit het feit dat de wens groot is, maar er geen controle is over wat er gebeurt in het lichaam. Patiënten geven de tegenstrijdigheid aan van enerzijds de opwindende of het gaat lukken en anderzijds de enorme spanning en de angst voor een teleurstelling.

Diagram 5 - Stressfactoren



Een andere stressfactor die door zes van de acht patiënten wordt genoemd, is de leeftijd. Met name voor vrouwen blijkt de leeftijd een grote rol te spelen tijdens het vruchtbaarheidstraject, omdat de leeftijd invloed heeft op de kans van een zwangerschap.

Vijf van de acht geïnterviewde patiënten verklaren dat de vraag hoe de toekomst zonder kinderen vormgegeven moet worden, steeds belangrijker wordt en met angst gepaard gaat.

Als de oorzaak van verminderde vruchtbaarheid bij één van de partners ligt, kan deze persoon een schuldgevoel krijgen richting de ander. Uit de interviews blijkt dat deze schuldgevoelens zelfs zover kunnen gaan dat de angst ontstaat dat de relatie geen stand meer zal houden. Ook dit is een vorm van onzekerheid. Ook de financiële aspecten van het vruchtbaarheidstraject blijken een stressfactor te zijn. Vanuit de verzekering worden er drie IVF-pogingen vergoed. Voor een deel van de geïnterviewde patiënten betekent dit dat ze deze pogingen doen, maar niet verder kunnen gaan omwille van de hoge kosten van de behandelingen.

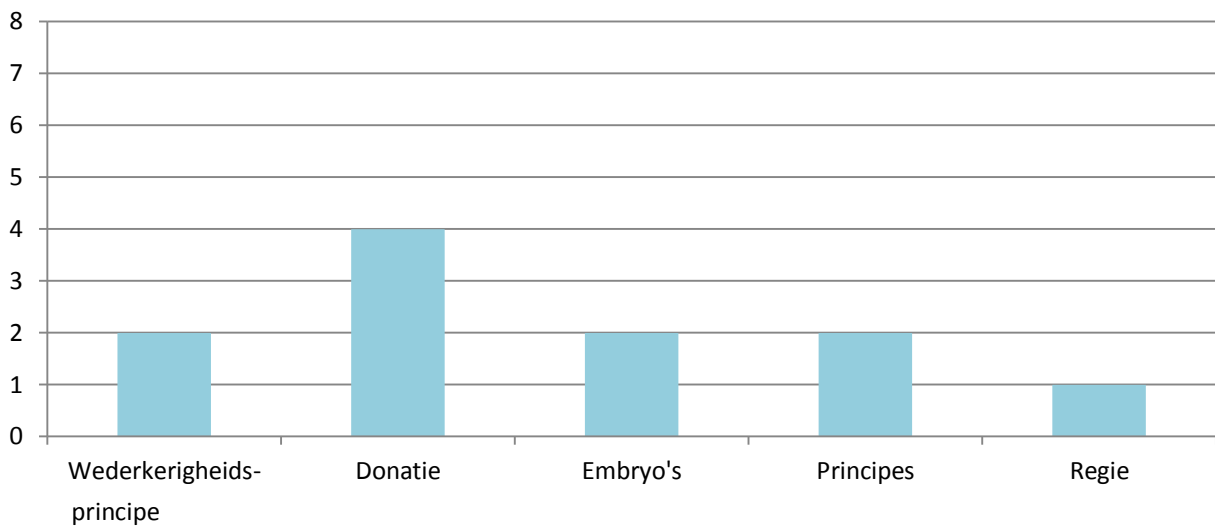
8.2.6 Ethische dilemma's

Tenslotte blijken ethische dilemma's ook een rol te spelen bij patiënten. Dit is vooral het geval bij de keuze voor een behandeling. *'En daarbij hebben we onze principes een beetje aan de kant gezet'* (Int. 180414-2, fragm. 4). Uit deze quote blijkt dat de grenzen en principes van patiënten door de grootte van de kinderwens op de achtergrond raken.

Als het om donatie gaat, vragen de geïnterviewde patiënten zich af hoe zal zijn als het kind straks wel van de ene partner is en niet van de ander. Alvorens te beginnen aan een behandeling waarbij gebruik gemaakt wordt van een donor, blijkt het idee dat één van beide niet genetisch eigen materiaal doorgeeft, een belangrijke overweging voor een koppel. Daarnaast komt in de interviews naar voren dat donatie een onderwerp is dat moeilijk bespreekbaar te maken is met de omgeving, vanwege de ethische lading die het bevat. Ook moet een koppel een afweging maken of zij in de

toekomst open zullen zijn richting hun kind over de donatie. Verder is er in de interviews naar voren gekomen dat het wederkerigheidsprincipe in sommige situaties ook als een dilemma wordt ervaren. Het kan zo zijn dat de zaadcellen of de eicellen van één van beide niet van voldoende kwaliteit zijn om te doneren. In dat geval wordt de patiënt gevraagd om in het netwerk te vragen naar iemand die wil doneren. Deze vraag richting het netwerk kan ethisch belast zijn. Twee van de acht patiënten heeft aangegeven dat zij het dusdanig moeilijk vonden om deze vraag voor te leggen aan hun netwerk, dat ze uiteindelijk zelfs besloten hebben dit niet te doen.

Diagram 6 - Ethische dilemma's



Tijdens een vruchtbaarheidstraject wordt een koppel voor moeilijke keuzes geplaatst. Een voorbeeld hiervan is de vraag wat er met resterende embryo's moet gebeuren. Bij deze beslissingen moet er op basis van principes een keuze worden gemaakt. Twee van de acht geïnterviewde patiënten hebben aangegeven dat zij gedurende het vruchtbaarheidstraject principes aan de kant hebben geschoven. Ook hadden zij het gevoel de regie in eigen handen te nemen, door een normaliter natuurlijk proces op een medische wijze doorgang te laten vinden.

Uit dit hoofdstuk blijkt dat er vanuit de interviews verschillende thema's naar voren zijn gekomen die patiënten als belangrijk ervaren gedurende het vruchtbaarheidstraject. Daarnaast is uit de interviews gebleken welke behoeften patiënten hebben ten aanzien van de counseling. Vanuit deze resultaten worden er in het volgende hoofdstuk conclusies en aanbevelingen voor de psychologen van Behandelcentrum Geertgen opgesteld.

Deel 3

CONCLUSIES & **A**ANBEVELINGEN

Hoofdstuk 9

Conclusies en aanbevelingen

Inleiding

In het vorige hoofdstuk is beschreven welke behoeften de patiënten hebben. Vanuit de data die door middel van het onderzoek is verkregen, is er een selectie gemaakt van de meest belangrijke resultaten. Vanuit de resultaten van de interviews zijn er conclusies getrokken die in dit hoofdstuk worden beschreven. De conclusies worden aangevuld met aanbevelingen. Op deze manier krijgen de psychologen van Behandelcentrum Geertgen handvatten aangeboden om de counseling nauwer te laten aansluiten bij de behoeften van de patiënten. Hiermee wordt deelvraag 4 beantwoord: 'Hoe kan Behandelcentrum Geertgen aan de behoeften van hun patiënten voldoen in hun psychosociale begeleiding? Tevens wordt hiermee de hoofdvraag beantwoord: *'Welke behoeften hebben de patiënten van Behandelcentrum Geertgen wat betreft psychosociale begeleiding en op welke manier kan Behandelcentrum Geertgen daaraan voldoen?'*

9.1 Conclusies en aanbevelingen

Vanuit de analyse zijn er vijf conclusies getrokken. De conclusies worden waar mogelijk onderbouwd met literatuur en fragmenten uit de interviews met zowel patiënten als de psychologen. Daarnaast wordt de informatie uit de enquêtes gebruikt ter illustratie. Zodoende wordt duidelijk wat het onderzoek heeft opgeleverd.

Informatieve voorbereiding

Uit het onderzoek is gebleken dat alle geïnterviewde patiënten behoefte hebben aan informatieve voorbereiding voorafgaand aan en tijdens het behandeltraject. Met informatieve voorbereiding wordt enerzijds bedoeld op de praktische informatie over de behandelingen en anderzijds op de

emotionele voorbereiding op het traject. De behoefte aan praktische informatie wordt in een enquête geïllustreerd: 'Duidelijke en heldere uitleg over het stappenplan'. De behoefte aan voorbereiding op emotioneel gebied blijkt uit het volgende citaat: 'Maar wat we wel van die psycholoog hadden mogen verwachten denk ik is eh.. van jongens luister, jullie gaan echt een zwaar traject in, je kunt het geluk hebben dat het zo gepiept is en weet ik het wat, maar je kunt nogal wat tegenslagen verwachten' (Int. 290414-4, fragm. 93).

In tegenstelling tot onze bevindingen is de literatuur niet duidelijk over de behoeften rondom informatieve voorbereiding. De hoeveelheid informatie in de literatuur over verschillende soorten behandelingen zou een behoefte aan informatie kunnen impliceren. Dit is echter niet met zekerheid te zeggen.

De psychologen vertelden in het interview dat zij met behulp van psycho-educatie de patiënten trachten te informeren over de onderwerpen die patiënten zelf inbrengen. Daarnaast gaven de psychologen aan dat nieuwe patiënten een informatiepakket ontvangen. In de interviews wordt hier het volgende over gezegd: 'Folders, papieren en dan krijg je nog hét contract. Nou, dat is helemaal dat je echt een advocaat erbij moet nemen, wil je dat echt goed begrijpen. Het is echt super complex. Het is een heel emotioneel iets in een heel klinische taal' (Int. 170414-1, fragm. 353). Dit citaat maakt inzichtelijk dat het informatiepakket inhoudelijk te complex is en onvoldoende helderheid verschaft. Dit blijkt voor twee van de acht geïnterviewde patiënten het geval te zijn.

Aanbeveling

Een hieruit voortvloeiende aanbeveling is dat de psychologen anticiperen op de behoefte van patiënten aangaande praktische informatie en emotionele voorbereiding wat betreft het behandelingsproces. De combinatie tussen medische informatie en emotionele thema's blijkt als moeilijk te worden ervaren. Daarnaast blijkt het medisch taalgebruik voor patiënten lastig te zijn. Om deze reden geven wij het advies om het informatiepakket samen met de patiënt door te nemen. Een andere ondersteunende informatiebron zou een video kunnen zijn, waarin de verschillende behandelingen die Behandelcentrum Geertgen aanbiedt, op een begrijpelijke manier worden gevisualiseerd.

Voor wat betreft de emotionele voorbereiding zouden we aan willen raden om een brochure toe te voegen aan het informatiepakket, waarin in begrijpelijke taal wordt uitgelegd met welke emotionele thema's de patiënt te maken zou kunnen krijgen. Met andere woorden adviseren wij om de psycho-educatie terug te laten komen in het informatiepakket. Een andere manier van informatieve voorbereiding zou kunnen zijn dat er een verplichte eerste bijeenkomst plaatsvindt, georganiseerd door een psycholoog, voor (nieuwe) patiënten. In deze bijeenkomst worden de patiënten geïnformeerd over de heftigheid van het traject en over de mogelijkheid tot psychosociale ondersteuning. Een bijkomend voordeel van een bijeenkomst is dat patiënten herkenning vinden in het feit dat zij andere patiënten ontmoeten. Daarnaast is de kans groot dat patiënten eerder hulp durven vragen als ze al kennis gemaakt hebben met een psycholoog.

Invulling van de counseling

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de volgende gespreksonderwerpen het meest van belang zijn voor patiënten:

- Onzekerheid;
- Communicatie en steun in de relatie;
- De mate van openheid richting het netwerk.

Deze thema's worden door alle geïnterviewde patiënten genoemd. Vanuit de interviews komen er meerdere vormen van onzekerheid naar voren. Deze zijn beschreven in paragraaf 8.2.5. Onzekerheid over het behandeltraject wordt zichtbaar in het volgende citaat: 'Je hebt toch een soort uh hoe zeg je dat nou, onzekerheid onder je leven lopen, van een verlangen wat je hebt en wat alsmaar, waarin je zelf niet uhm, uh kunt bepalen wat er gebeurt zeg maar.' (Int. 020514-7, fragm. 178). Een andere vorm is onzekerheid richting de partner: 'Ze is bang dat ze dan alleen over blijft. Dat soort uh. Ja dat

zijn dingen die spelen. En ze vindt het heel erg vervelend want ze is voor de rest gezond dat het haar niet lukt.' (Int. 010514-5, fragm. 130).

Communicatie en steun van de partners binnen hun relatie is een veelvoorkomend onderwerp. Een citaat waarin de patiënt beide onderwerpen naar voren brengt, is: 'Je kan daar heel dicht van bij elkaar komen, maar ook uit elkaar en ja, op sommige momenten denk ik van oh, we zijn echt wel een beetje van elkaar verwijderd en op andere punten denk ik van ja, wij zijn daarin wel heel sterk, want we hebben dit toch wel doorstaan...' (Int. 240414-3, fragm. 109). Uit dit citaat blijkt dat men in de relatie steun aan elkaar kan ervaren gedurende het vruchtbaarheidstraject. Echter, door de verschillen tussen man en vrouw kunnen er ook spanningen ontstaan in de onderlinge communicatie. Dit laatste gegeven komt overeen met de informatie vanuit de literatuur.

Wat betreft de mate van openheid noemen patiënten: 'De familie weet het, maar je gaat echt niet uh aan de grote klok hangen van uh ja.. Dat doe je gewoon niet'. (Int. 010514-6, fragm. 110). Dit citaat laat zien dat patiënten overwegen richting welke mensen in hun netwerk zij open zullen zijn over de verminderde vruchtbaarheid. De literatuurstudie (paragraaf 6.6) laat duidelijk zien dat de mate van openheid een strijd kan zijn voor het koppel. Zoals daar beschreven staat, kunnen mensen in de omgeving de neiging hebben om met oplossingen te komen. Dit kan echter averechts werken.

De psychologen geven in het interview aan dat er voor de gesprekken binnen de vrijwillige counseling geen vaste richtlijn is en dat patiënten alle ruimte krijgen om thema's bespreekbaar te maken. Dit heeft als gevolg dat bovengenoemde thema's niet standaard worden besproken (zie paragraaf 7.2.2).

Aanbeveling

Doordat alle geïnterviewde patiënten spreken over deze thema's, willen wij het volgende aanbevelen: We achten het raadzaam als bovengenoemde thema's standaard terugkomen in de counselingsgesprekken. Het lijkt ons zinvol als de psychologen per thema inventariseren in hoeverre patiënten hier handvatten en adviezen bij nodig hebben.

Positieve manier van counseling

Vanuit de interviews is waar te nemen dat patiënten behoefte hebben aan enige positiviteit, waarmee ze zich in staat stellen om de problematiek te relativiseren en het proces als minder zwaar wordt ervaren. Drie van de acht geïnterviewde patiënten geven aan dat ze humor als een belangrijk middel ervaren. Het helpt hen om het vruchtbaarheidstraject en de daarmee samenhangende stressfactoren draaglijk te houden. Dit wordt geïllustreerd door de volgende uitspraak: 'We hebben het ook een beetje, af en toe als grapje gedaan en eh gewoon.. een beetje.. de lol ervan in zien.. ja.. het is niet heel lollig, maar op een gegeven moment dan ga je er wel een beetje grappig mee doen' (Int. 240414-3, fragm. 161). Patiënten verklaren dat humor voor luchtigheid en enige ontspanning zorgt. De patiënten geven aan dat ze zowel richting zichzelf als richting hun omgeving gebruik maken van humor: 'Dan zeg ik altijd van uh: ja nou ja die hebben we op bestelling bij Bol.com en die heb wat vertraging.' (Int. 010514-6, fragm. 75).

De enquête illustreert dit met het volgende citaat van een patiënt: 'Het luchtig blijven oppakken, het moet niet zwaar worden'. Ook hieruit blijkt dat patiënten luchtigheid nodig hebben, zodat het proces draaglijk blijft. In tegenstelling tot de bevindingen vanuit de patiëntinterviews wordt er in het interview met de psychologen niet gerefereerd naar het thema humor. Daarnaast hebben ze niet aangegeven bewust een positieve manier van counseling in te zetten.

Uit het bovenstaande blijkt dat de interviews verrassende informatie opleveren, die eerder in dit afstudeeronderzoek nog niet naar voren is gekomen.

Aanbeveling

Gezien deze conclusie komen wij tot de volgende aanbeveling. Wij raden aan om bij deze behoefte aan te sluiten door vanuit een positief oogpunt in gesprek te gaan met patiënten. Hiermee wordt bedoeld dat er niet alleen naar de negatieve aspecten van verminderde vruchtbaarheid wordt gekeken, maar dat er wordt gezocht naar de positieve uitkomsten die het traject met zich mee kan

brengen. Deze benaderingswijze wordt ondersteund door Covington en Burns. Zij geven het volgende aan: 'Infertility counselors can facilitate appraisal-focused coping through gentle questions that encourage reappraisal while acknowledging the painful distress of infertility: 'Has anything positive come out of this experience for you?'; 'Has going through this experience together strengthened your relationship in any way?' (Covington & Burns, 2006, p. 186). Met andere woorden geven Covington en Burns aan dat de volgende vragen helpen om ook het positieve voor ogen te houden: Is er iets positiefs voor jou uit deze ervaring gekomen? En: Heeft het doormaken van deze ervaring jullie relatie op enige wijze gesterkt? Door vanuit dit positieve oogpunt te kijken naar het vruchtbaarheidstraject, kunnen patiënten bewust gemaakt worden van de dingen die wél goed gaan. Dit kan patiënten stimuleren om moed te houden en niet probleemgericht te denken. Een concreet hulpmiddel bij positieve counseling is het gebruik van humor. Humor zorgt namelijk niet alleen voor luchtigheid, maar heeft ook een verbindende werking. De literatuur onderbouwt deze aanbeveling. 'Humor brengt mensen fysiek dicht bij elkaar, doordat men de gereserveerdheid verliest en men dan kan ontspannen. Het samen lachen vertegenwoordigt een ontlading van onbewuste spanningen' (Meerlo, 1970, p. 136). Hiermee kan er sneller een veilige omgeving gecreëerd worden in de counselingsgesprekken. Bij het gebruik van humor is het van belang om het op gepaste wijze toe te passen en aan te voelen wat een patiënt op dat moment wel of niet kan waarderen.

Outreaching hulpverleners

In de interviews is naar voren gekomen dat twee van de acht patiënten een drempel ervaren om de stap te zetten naar de counseling. Dit blijkt uit het volgende citaat: 'Want ja, ik vind je gaat niet zo heel snel zeggen van: kan ik met een psycholoog praten? Tja, als je er niet mee in aanraking komt dan heb je toch zoiets van, dan ben je een beetje wouzig, koekoek, als je daar naartoe uh..' (int.290414-4, fragm. 622). Patiënten geven aan het belangrijk te vinden dat zij door artsen en verpleegkundigen in de gaten gehouden worden: 'Want het werd zo goed opgezet en dan elke keer die verpleegkundige die ook echt wel een psychologische rol op zich neemt, door echt te kijken van, weet je wel, gaat het goed. Ik weet ook zeker, dat als je dan, als zij zou merken dat het fout gaat, dat ze het even doorgeeft.' (Int. 170414-1, fragm. 143.) Hieruit blijkt dat er behoefte is, dat ook artsen en verpleegkundigen signalen opvangen over hoe patiënten emotioneel gezien in de behandeling staan. Dit zou de drempel verlagen om de stap te zetten naar de counseling. Een andere patiënt geeft aan door de hormonen erg te zijn veranderd. Zij zou het waarderen als zij in het vizier blijft van de artsen en verpleegkundigen en op die manier haar welbevinden in de gaten gehouden wordt: 'Dat je kijkt hoe die vrouw is ná die grote dosis aan hormonen. Want dat veranderd een vrouw, dus ook hoe je antwoord op vragen. En dat zou voor hun een hele goede indicatie zijn van hoe je er in staat en hoe je reageert op...' (Int. 170414-1, fragm. 157). Een koppel gaf in een interview (Int. 290414-4) aan, dat zij door de verpleegkundige zijn doorverwezen naar de counseling. Zij hebben dit als positief ervaren, omdat zij anders niet bij de counseling terecht waren gekomen door het ervaren van een drempel. Hieruit blijkt dat onderling contact tussen artsen, verpleegkundigen en de psychologen, als prettig ervaren wordt door patiënten en het tevens de drempel richting counseling verlaagt.

Vanuit het interview met de psychologen is gebleken dat er enkel in het geval van behandelingen die protocollaire counseling vereisen, standaard contact is tussen de artsen en de psychologen (zie paragraaf 7.2). Dit betekent dat er bij behandelingen die geen counseling vereisen, geen (standaard) contact is tussen de artsen en psychologen.

Aanbeveling

Vanuit de conclusie komt logischerwijs de volgende aanbeveling voort: We achten het nodig dat patiënten, ook specifiek bij behandelingen die geen protocollaire counseling vereisen, in de gaten gehouden worden door artsen en verpleegkundigen. Wanneer dan blijkt dat zij extra ondersteuning nodig hebben, kunnen deze signalen doorgegeven worden aan de psychologen. Hiermee kan worden voorkomen dat patiënten, die vanwege het ervaren van een drempel zelf niet de stap zetten richting counseling, toch de ondersteuning krijgen die zij nodig hebben.

We stellen voor dat de artsen en verpleegkundigen door de psychologen geattendeerd worden op het belang van signaleren. Artsen en verpleegkundigen zien wellicht meer van het welbevinden van de patiënten. Wij verwachten dat het drempelverlagend werkt wanneer deze disciplines outreachend werken. Dit kan door de patiënten te verwijzen naar de counseling wanneer zij signaleren dat het emotioneel gezien een zwaar traject is voor het koppel.

Mocht dit niet haalbaar zijn voor de artsen en verpleegkundigen in verband met hun takenpakket, bevelen we aan dat elke nieuwe patiënt bij Behandelcentrum Geertgen voorafgaand aan het behandeltraject een counselinggesprek heeft. Zodoende hebben de psychologen iedere patiënt gezien en kan hen duidelijk gemaakt worden dat het altijd mogelijk is om opnieuw een beroep te doen op de psychologen, mochten zij extra ondersteuning nodig hebben. Dit betekent dat iedere patiënt op de hoogte is van het bestaan van counseling binnen Behandelcentrum Geertgen. Daarnaast heeft dit als effect dat er een mogelijke drempel wordt weggenomen, doordat er dan reeds contact is (geweest).

Nazorg

Concluderend vanuit de interviews kan gesteld worden dat vier van de acht patiënten een nasleep ervaart van de zwaarte van het vruchtbaarheidstraject dat zij hebben doorlopen. Een voorbeeld waaruit dit blijkt is de volgende uitspraak van een patiënt: 'Pas nu, want dat merk ik ook achteraf, denk ik van, wow, wat is er toch allemaal gebeurd, en nu moet ik het ook allemaal een beetje verwerken..' (Int. 240414-3, fragm. 61). Een andere patiënt geeft aan: 'Er gebeurt best wel veel in korte tijd eigenlijk..' (Int. 010514-6, fragm. 592). Dit gaf zij aan op het moment dat ze sprak over de behoefte van het verwerken van het vruchtbaarheidstraject. Met andere woorden kan gezegd worden dat patiënten behoefte hebben aan nazorg. In de literatuur is niet naar voren gekomen dat patiënten een nasleep kunnen ervaren van de impact van het behandelproces. Wat dat betreft is deze informatie die de geïnterviewde patiënten geven nieuw en aanvullend op het onderzoek. Daarnaast is in het interview met de psychologen duidelijk geworden dat er geen nazorg aangeboden wordt. Een opvallende waarneming is dat enkel de patiënten die geen counseling hebben gehad aangeven behoefte te hebben aan nazorg. Dit zou kunnen betekenen dat de counseling al in voldoende mate steun biedt in het verwerkingsproces.

Aanbeveling

Uit bovenstaande conclusie komt de volgende aanbeveling voort: De psychologen van Behandelcentrum Geertgen zouden nog meer aan kunnen sluiten bij hun patiënten door nazorg aan te bieden. Hierdoor worden patiënten ondersteund en gecoacht in de verwerking van de impact van het vruchtbaarheidstraject. Dit zou concreet vormgegeven kunnen worden door patiënten na hun laatste behandeling nog een begeleidingsgesprek aan te bieden. Wanneer dit om financiële redenen niet haalbaar is, zou Behandelcentrum Geertgen kunnen overwegen om van de patiënt een eigen bijdrage te vragen. Een tweede alternatief, die voortkomt uit de eerder aanbevolen bijeenkomst ten behoeve van informatieve voorbereiding, is dat er een lotgenotengroep georganiseerd kan worden, waarin patiënten elkaar onderling kunnen ondersteunen.

Hoofdstuk 10

Discussie, product- en procesevaluatie

Inleiding

Tijdens een onderzoeksproces kunnen er een aantal dingen anders lopen dan gepland. Daarom dit hoofdstuk waarin wordt beschreven wat er anders is gelopen dan van tevoren gepland was. In paragraaf 10.1 wordt er in de discussie teruggeblikt op het onderzoek wat eerder, in september 2012, heeft plaatsgevonden bij Behandelcentrum Geertgen. Daarnaast worden er suggesties gedaan voor mogelijke nieuwe onderzoeksprojecten die voortvloeien uit dit afstudeeronderzoek.

In paragraaf 10.2 verantwoorden we de gemaakte keuzes tijdens het onderzoeksproces. Daarnaast beschrijven we punten die ons opgevallen zijn gedurende het onderzoek en staan we stil bij wat de grenzen van dit onderzoek zijn geweest. In paragraaf 10.3 wordt er in de procesevaluatie teruggekeken op de samenwerking.

10.1 Discussie

In hoofdstuk 1 is beschreven welk onderzoek er voorafgegaan is aan dit afstudeeronderzoek. Dit onderzoek betrof de bekendheid van de counseling bij Behandelcentrum Geertgen onder patiënten en hoe groot de behoefte van de patiënten was om zich aan te melden voor counseling. Naar aanleiding van dit onderzoek, hebben we dit afstudeeronderzoek uitgevoerd. In hoofdstuk 1 is ook beschreven welke meerwaarde ons onderzoek heeft ten opzichte van het onderzoek dat al eerder heeft plaatsgevonden bij Behandelcentrum Geertgen. Zo hebben we geschreven dat de meerwaarde van ons onderzoek is dat het inzichtelijk maakt wat Behandelcentrum Geertgen moet doen om de begeleiding zodanig vorm te geven dat deze aansluit op de behoefte van de patiënten. Terugkijkend op het onderzoeksproces kunnen we de meerwaarde van dit afstudeeronderzoek nog concreter beschrijven. Door ons allereerst verdiept te hebben in de literatuur en op basis van de hieruit opgedane kennis, hebben we gerichte vragen gesteld wat betreft de intensiteit van de

vruchtbaarheidsproblematiek. Hieruit zijn verschillende thema's naar voren gekomen die als belangrijk worden ervaren. Daarnaast hebben we gericht gevraagd naar de behoeften van de patiënten wat betreft de vormgeving van de counseling. Hiermee geeft dit afstudeeronderzoek een concreter en vollediger beeld van de behoeften die patiënten ervaren door de verminderde vruchtbaarheid. Op basis van de resultaten uit dit afstudeeronderzoek kan Behandelcentrum Geertgen, gericht aan de slag met het zo nauw mogelijk aansluiten bij deze behoeften van hun patiënten.

Een opvallend resultaat van het onderzoek is dat de relatie niet zo'n belangrijk thema is voor patiënten die te maken hebben met verminderde vruchtbaarheid. Naar aanleiding van de literatuur hadden wij verwacht dat de relatie één van de belangrijkste thema's zou zijn tijdens het vruchtbaarheidstraject. Na de uitkomsten van de enquêtes en het analyseren van de interviews, kunnen we zeggen dat de praktijk de literatuur wat betreft dit thema tegenspreekt. Het vruchtbaarheidstraject heeft zeker wel invloed op de relatie, maar niet in die mate die wij hadden verwacht.

Zoals in de procesevaluatie al naar voren is gekomen, is de doelgroep van dit afstudeeronderzoek geminimaliseerd tot man-vrouw koppels. Dit betekent dat er nog twee doelgroepen bij Behandelcentrum Geertgen in behandeling zijn, waarnaar nog geen specifiek onderzoek is gedaan. Deze doelgroepen zijn: lesbische stellen en alleenstaande vrouwen. Het zal interessant zijn om te onderzoeken of deze doelgroepen met andere psychosociale thema's te maken hebben dan man-vrouw koppels. Daarnaast is het de moeite waard om hierbij te kijken naar de behoeften die zij hebben aangaande de counseling. Dit zodat Behandelcentrum Geertgen de counseling voor elke doelgroep die bij hen in behandeling is, zodanig kan vormgeven dat deze zo nauw mogelijk aansluit bij de behoeften van deze groep patiënten. Dit zal de kwaliteit van de zorg binnen Behandelcentrum Geertgen nog meer vergroten.

Tijdens dit afstudeeronderzoek hebben we niet voldoende helder gekregen hoe het komt dat patiënten, waarbij de verschillende thema's, zoals stressfactoren, een grote rol spelen in hun leven, toch besluiten om geen gebruik te maken van counseling. Zoals eerder benoemd kan dit als reden hebben dat er voldoende steun vanuit het netwerk wordt ervaren. Deze reden is naar voren gekomen in een aantal interviews. We willen hier echter niet bij generaliseren. Het kan zijn dat er nog meer redenen zijn die patiënten tot dit besluit doet komen. Mogelijk zou hier nog onderzoek naar gedaan kunnen worden.

Daarnaast hebben we in dit onderzoek niet helder kunnen krijgen hoe patiënten afwijzing ervaren. Met afwijzing doelen we op die situaties waarin patiënten niet toegelaten worden tot een behandelingstraject. Dit is niet naar voren gekomen in ons afstudeeronderzoek, omdat we geen patiënten hebben gesproken die hiermee te maken hebben gehad.

Wat wel naar voren is gekomen in het onderzoek, maar wat we niet verwacht hadden te ontdekken is dat het wederkerigheidsprincipe door sommige patiënten als extra belastend wordt ervaren op het moment dat het netwerk erbij betrokken moet worden. Daarnaast is ook naar voren gekomen dat sommige patiënten behoefte hebben aan nazorg. Sommige patiënten geven aan dat wanneer het behandelingstraject afgelopen was, zij nog steeds te maken hadden met de impact die het vruchtbaarheidstraject op hen heeft gehad. Ook deze uitkomst hadden we niet verwacht. Wellicht is het goed om hier meer onderzoek naar te doen en de vraag te bestuderen hoe die nasleep precies veroorzaakt wordt en hoe dit eventueel voorkomen kan worden.

10.2 Productevaluatie

Aan het begin van het onderzoek hebben de volgende doelstellingen geformuleerd: *'Begin mei 2014 hebben we door middel van ons onderzoek inzichtelijk gemaakt welke behoeften patiënten van Behandelcentrum Geertgen hebben aan psychosociale begeleiding gedurende hun behandelproces en*

in hoeverre Behandelcentrum Geertgen daar nu aan voldoet'. De tweede doelstelling is: 'Eind mei 2014 hebben we een overzicht gemaakt voor de psychologen, waarin duidelijk wordt welke behoeften patiënten hebben. Dit overzicht kan dienen als handvat tijdens counselinggesprekken.'

Voor beide doelstellingen geldt dat we deze met vertraging hebben behaald, als gevolg van de eerder beschreven vertraging rondom het goedkeuren van de enquêtes. In plaats van begin mei, weten we eind juni welke behoeften patiënten van Behandelcentrum Geertgen hebben. Daarnaast is het product voor de psychologen ook eind juni gereed.

De eerste fase van ons onderzoek betrof een uitgebreid literatuuronderzoek. Het onderzoeksproces tijdens het literatuuronderzoek verliep qua tijdsbestek zoals gepland. Wel stond het oorspronkelijk in de planning dat alleen Willianne het literatuurhoofdstuk zou schrijven. Al snel beseften we dat het belangrijk was dat we ons allebei in de literatuur zouden verdiepen, zodat we beiden kennis zouden opdoen die in het vervolg van het onderzoeksproces van cruciaal belang zou zijn. Bovendien bleek dat er te weinig uren voor gerekend waren. Om deze redenen is het een goede beslissing geweest om het literatuurhoofdstuk te verdelen.

We merken, doordat we ons beiden in literatuur hebben verdiept, dat de kennis diep geworteld zit en dit draagt bij aan een goede kwaliteit van de inhoud van onze scriptie. In het literatuuronderzoek hebben we de verschillende medische behandelingen voor verminderde vruchtbaarheid beschreven. We hebben gemerkt dat de kennis uit dit hoofdstuk van toegevoegde waarde is geweest bij het afnemen van de interviews.

Op een gegeven moment zijn we, naar aanleiding van een begeleidingsgesprek met onze afstudeerbegeleider, gaan beseffen dat we een te grote doelgroep voor ogen hadden. We wilden in ons literatuurhoofdstuk ook de doelgroepen alleenstaande vrouwen en lesbische stellen betrekken, maar dan zouden deze doelgroepen in het verdere onderzoek steeds terug moeten komen. We realiseerden ons dat dit niet haalbaar zou zijn in verband met het beperkte tijdsbestek van het afstudeeronderzoek. Daarom hebben we besloten om ons alleen op de man-vrouw koppels te richten. Dit betekende ook dat de enquête alleen uitgezet zou worden onder man-vrouw koppels. Het besluit om de doelgroep te beperken heeft op een positieve wijze bijgedragen aan het waarborgen van de kwaliteit van het onderzoek, doordat we ons nu volledig konden richten op één doelgroep.

Tijdens het literatuuronderzoek hebben we ook de nodige voorbereidingen getroffen om hoofdstuk 7 en 8 te kunnen schrijven. Zo hebben we de enquête vorm gegeven met een vijftal screenende vragen. Verder hebben we een interview gehad met de psychologen van Behandelcentrum Geertgen om te onderzoeken hoe de huidige vorm van de counseling eruit ziet. Hiervoor hebben we een topiclijst opgesteld met punten waar we informatie over wilden krijgen. De tijd hebben we goed benut, met als doel het onderzoeksproces zo soepel mogelijk te laten verlopen en geen bruikbare tijd verloren te laten gaan. Tijdens het verdere onderzoeksproces hebben we helaas vertraging opgelopen met het uitzetten van de enquête. De planning was dat de enquête gedurende vier weken zou worden uitgezet terwijl wij nog bezig zouden zijn met het literatuuronderzoek. Zodra ons literatuuronderzoek afgerond zou zijn, zouden we kunnen starten met de interviews. Dit is helaas geen werkelijkheid geworden. Uiteindelijk waren we klaar met ons literatuuronderzoek en was de enquête zelfs nog niet uitgezet. De vertraging die we hierin hebben opgelopen, heeft als reden dat de bestuurscommissie vanuit Behandelcentrum Geertgen eerst toestemming moest geven voordat wij de enquête in de huidige vorm uit mochten zetten onder de patiënten. De bestuurscommissie wilde vooraf de enquête controleren of deze voldeed aan de richtlijnen die binnen Behandelcentrum Geertgen worden gehanteerd. Dankzij de bereidwilligheid van patiënten hebben we in een tijdsbestek van drie weken alle interviews af kunnen nemen. Door dit positieve verloop, waren we in staat om de vertraging gedeeltelijk weg te werken.

Zoals eerder al werd genoemd, hadden voldoende patiënten zich bereidwillig getoond om mee te werken aan een interview. Allereerst was ons doel om acht man-vrouw koppels te interviewen die al

counseling hadden gehad. Tijdens het screenen van de bereidwillige patiënten bleek dat het merendeel van patiënten, geen gebruik maakten van counseling. Mede om praktische redenen hebben we toen besloten om een selectie te maken van patiënten die wel en (nog) geen counseling hebben gehad bij Behandelcentrum Geertgen. Een andere reden waarom we ervoor gekozen hebben om deze selectie te maken was naar aanleiding van het besef dat patiënten die (nog) geen counseling hebben gehad, ook veel bruikbare informatie kunnen geven over hun behoeften richting de counseling en over de thema's die spelen tijdens een vruchtbaarheidstraject. Zo was een gespreksthema in het interview bij de groep patiënten die geen counseling hebben gehad: Op welk moment zouden jullie besluiten om wel gebruik te maken van counseling? Vragen als deze geven inzicht in de behoeften die deze patiënten hebben. Het besluit om deze selectie te maken is in overleg met onze opdrachtgever tot stand gekomen.

Bij het benaderen van de bereidwillige patiënten om tot een afspraak voor een interview te komen, hebben we steeds de mogelijkheid geboden om de interviews bij Behandelcentrum Geertgen te laten plaatsvinden of om de patiënten thuis te bezoeken. Deze opties hebben we gegeven met het besef dat er patiënten zijn die veel waarde hechten aan hun privacy. Het merendeel van de patiënten gaf aan dat we welkom waren om het interview bij hen thuis af te nemen. We zijn uiteindelijk bij zeven patiënten thuis geweest voor het interview. Met één patiënt hebben we een telefonisch interview gehouden, omdat zij haar privacy op prijs stelde. We realiseerden ons dat het telefonisch lastiger zou zijn om aan te voelen in hoeverre we op persoonlijke vragen, zoals vragen met betrekking tot de seksuele relatie, in konden gaan. Dit omdat het nu niet mogelijk was om aan de non-verbale houding emoties af te lezen. Na overleg hebben we besloten om toch een telefonisch interview in te plannen met deze patiënt. Hierbij hebben we afgesproken dat we de patiënt bij vragen die gevoeliger lagen de ruimte en mogelijkheid gaven om deze niet te hoeven beantwoorden, als zij dit als té persoonlijk zou ervaren. Daarnaast hebben we ons besluit gebaseerd op het feit dat de patiënt zich bereid heeft getoond om mee te werken een interview, wetende dat dit over een moeilijk onderwerp gaat. Hieruit is op te maken dat ze al enigszins voorbereid is op moeilijke vragen. Om deze patiënt voor te bereiden op het interview, hebben we haar vooraf een aantal vragen gestuurd.

Met de genoemde beslissingen omtrent de interviews hebben we zorgvuldigheid beoogd. Gezien de openheid van de patiënten (inclusief de patiënt van het telefonische interview) en de positieve reacties van de patiënten op het afstudeeronderzoek, kunnen we stellen dat deze zorgvuldigheid zijn vruchten heeft afgeworpen en heeft bijgedragen aan een goed verloop van de interviews.

10.3 Procesevaluatie

We kijken beide terug op een goede samenwerking als duomaatjes. De taken waren evenredig verdeeld en we konden op elkaar rekenen. We hielden ons beiden aan de afspraken en namen op een evenredige manier initiatief tijdens het onderzoeksproces. We hebben beoogd dat er een gelijkwaardige taakverdeling was en dit doel is gewaarborgd gebleven. Wanneer bleek dat het uitwerken van een hoofdstuk complexer was dan verwacht, hebben we elkaar hierbij ondersteund.

In de individuele procesverslagen behorend bij het afstudeeronderzoek zal verder worden ingegaan op onze samenwerking. Ook wordt in deze individuele procesverslagen het persoonlijke leerrendement weergegeven.

Daarnaast kijken we terug op een prettige samenwerking met de opdrachtgever. De psychologen van Behandelcentrum Geertgen, hebben ons steeds de indruk gegeven dat ze er plezier in hadden om ons te begeleiden bij het afstudeeronderzoek. Verder hebben we het als positief ervaren dat ze met ons meedachten. Daarnaast was het erg prettig om tijdens het afnemen van de interviews in gesprek te gaan over het verloop van de interviews. Er is ons voldoende ruimte geboden om met vragen te komen. Daar hebben we dan ook dankbaar gebruik van gemaakt.

De gesprekken met de afstudeerbegeleider hebben ons geholpen tijdens het afstudeerproces. De gesprekken waren productief en dat sloot aan bij onze werkstijl. Daarnaast waren de tips en adviezen van onze afstudeerbegeleider bruikbaar en nuttig. Verder was het fijn om te ervaren dat onze afstudeerbegeleider een motiverende houding had. Dit hebben we als stimulerend ervaren.

Wegens ziekte van onze afstudeerbegeleider hebben wij helaas niet de volledige begeleiding gekregen die vanuit de studie beschikbaar werd gesteld. Dit heeft ervoor gezorgd dat wij op bepaalde momenten niet wisten waar wij terecht konden, wat zorgde voor onduidelijk en tevens onzekerheid. Dit hebben we als nadelig ervaren. Naar aanleiding hiervan hebben wij het initiatief genomen om alsnog de begeleiding te krijgen die we nodig hadden. Dit is vormgegeven door een vervangende afstudeerbegeleider waar we alsnog veel steun aan hebben ervaren.

Hoofdstuk 11

Literatuurlijst

Boeken

- Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Bastiaansen, C. (2008). *Van Dale Groot woordenboek hedendaags Nederlands*. Culemborg: Centraal Boekhuis.
- Beaufort, I. de, & Hartogh, G. den (2006). *Een hoge prijs voor een kind*. Assen: Koninklijke Van Gorcum BV.
- Blaaderen, M. van, & Vermaas, M. (2012). *Beschuit zonder muisjes*. Zoetermeer: Uitgeverij Boekencentrum.
- Brizendine, L. (2010). *De mannelijke hersenen*. Amsterdam: Uitgeverij Rainbow.
- Campo, R., Gordts, S. & Norré, J. (2003). *Zwanger worden...ook voor ons?* Zutphen: Uitgeverij Terra.
- Covington, S.N., & Hammer Burns, L. (2006). *Infertility Counseling*, New York (Verenigde Staten): Cambridge University Press.
- D'Hooghe, T., Enzlin, P., & Vanderschueren, D. (2005). *Baby's gevraagd!* Leuven (België): Uitgeverij Acco.
- Docters van Leeuwen, F. (2006). *Het gezicht van kinderloosheid*. Nijkerk: Uitgeverij van Brug.
- Dool, G. van den, & Koemans, S. (2012). *Waar blijft de ooievaar?* Antwerpen (België): Kosmos Uitgevers.
- Dreischor, B., Perkins, S., & Meyers-Thompson, J. (2012). *Vruchtbaarheid voor dummies*. Amsterdam: Pearson Benelux.

- Driel, M. van (1997). *Het geheime deel*. Amsterdam: Uitgeverij De arbeiderspers.
- Eck, O. van (2004). *Een onvervulde kinderwens*. Amsterdam: Uitgeverij Archipel.
- Erp, B. van (2007). *Vruchtbare dagen*. Amsterdam: Uitgeverij Balans.
- Euler, P. (2011). *Drie keer vette niks*. Zoetermeer: Free Musketeers.
- Gaasbeek, I., & Leerentveld, B. (1993). *Weer niet in verwachting*. Nijkerk: Uitgeverij Intro.
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Schroevers, M. (2013). *Leven met ongewenste kinderloosheid*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Gratch, A. (2001). *Als mannen konden praten*. Utrecht: Uitgeverij het Spectrum bv.
- Joode, S. de (2001). *Zwanger van de kinderwens*. Den Haag: Uitgever Rathenau Instituut.
- Kuil, I. van der (2012). *Koningskinderen*. Uitgeverij Ingrid van der Kuil.
- Lukac, R. (2013). *Innesteling, zwanger worden & blijven*. Uitgegeven in eigen beheer.
- Meerlo, J.A.M. (1970). *Lachen, dansen, rebellie*. Assen: Van Gorcum & Comp.
- Prins, Y. (2012). *En, waar blijven de kinderen?* Schiedam: Uitgeverij Scriptum.
- Roegholt, M. (2004). *Uit onbekende bron*. Nijkerk: Uitgeverij van Brug.
- Rögels, N. (2011). *Levensloopsychologie*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Rossaert, I. (2008). *De verdwaalde ooievaar*. Leuven (België): Uitgeverij van Halewyck.
- Schotsmans, P. (1994). *De maakbare mens*. Leuven (België): Uitgeverij Davidsfonds.
- Spoor, I. (2010). *Voor altijd kinderloos: het went nooit*. Soest: Uitgeverij Boekscout.
- Walbeek, R. v. (2000). *Ongewenst kinderloos*. Nijkerk: Uitgever Van Brug.

Internet

- Centraal Bureau Statistiek. (2014). *Worden vrouwen steeds ouder moeder?* Geraadpleegd op 24 juni 2014, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/faq/specifiek/faq-leeftijd-moeder.htm>
- FertiMagazine. (2009). *Omgaan met negatieve emoties*. Geraadpleegd op 12 maart 2014, van <http://www.fertimagazine.nl/psychosociale-aspecten/emotionele-gevolgen/>
- Freya. (februari 2007). *Inseminatietechnieken: IUI*. Geraadpleegd op 26 februari 2014, van http://www.freya.nl/web_folders/folder6.php
- Independer. (2014). *Vergoeding vruchtbaarheidsbehandelingen 2014*. Geraadpleegd op 13 juni 2014, van <https://www.independer.nl/zorgverzekering/vergoedingen/vruchtbaarheidsbehandelingen.aspx>
- IVF-Site. (2004). *Cryopreservatie*. Geraadpleegd op 21 februari 2014, van <http://www.ivf-site.nl/index.php?page=de-cryo-behandeling>
- IVF-Site. (2004). *IUI*. Geraadpleegd op 21 februari 2014, van <http://www.ivf-site.nl/index.php?page=de-iui-behandeling>
- Leth, R. de (2011). *Subfertiliteit*. Geraadpleegd op 11 februari 2014, van <http://www.richarddeleth.nl/zwangersite/wb/pages/subfertiliteit.php>
- Nederlandse Encyclopedie. (2014). *Definitie vruchtbaarheid*. Geraadpleegd op 10 maart 2014, van <http://www.encyclo.nl/zoek.php?woord=vruchtbaarheid>
- SMVV: Stichting Medische Voortplanting Voorburg. (2011). *Gonadotrofines*. Geraadpleegd op 25 februari 2014, van <http://www.ivf.nl/gonadotrofines.html>

Krantenartikel

- Monster, B. (2014, 20 juni). Verdriet ongewilde kinderloosheid duurt levenslang. *Reformatisch Dagblad*, p. 1.

Rapport

- Smeenk, J. (2012). *Subfertiliteit*. Houten: AccreDidact.

Tijdschrift

- Kampen, C. van (2004) Ervaringsverhaal Carmen. *Endometriose Stichting Nieuwsblad*, jaargang 2 (afl. 7), p. 3).

Hoofdstuk 12

Bijlagen

Inhoudsopgave

- 12.1 Taakverdeling
- 12.2 Enquête
- 12.3 Topiclijst interview psychologen Behandelcentrum Geertgen
- 12.4 Uitwerking interview psychologen Behandelcentrum Geertgen
- 12.5 Topiclijst 1- Interviews patiënten
- 12.6 Topiclijst 2 - Interviews patiënten
- 12.7 Labelschema

De uitgewerkte interviews zijn te vinden in het digitale bronnenboek.

12.1 Taakverdeling

Taak	Uitgevoerd door:
Voorwoord	Willianne
Dankwoord	Ilse
Leeswijzer	Ilse en Willianne
Samenvatting	Ilse
Begrippenlijst	Willianne
Hoofdstuk 1	Ilse
Hoofdstuk 2	Willianne
Hoofdstuk 3	Willianne
Hoofdstuk 4	Willianne
Hoofdstuk 5	Ilse
Hoofdstuk 6	Ilse
Paragraaf 6.2 en 6.5	Willianne
Hoofdstuk 7	Ilse
Hoofdstuk 8	Ilse en Willianne
Hoofdstuk 9	Ilse en Willianne
Hoofdstuk 10	Willianne
Hoofdstuk 11	Ilse en Willianne
Hoofdstuk 12	Ilse en Willianne
Lay-out	Willianne

12.2 Enquête



Enquête

Aantal vragen: 4
Aantal pagina's: 3
Datum: 11-04-2014

Geachte heer/mevrouw,

Vanuit ons afstudeeronderzoek aan de Christelijke Hogeschool in Ede, aan de opleiding Maatschappelijk Werk en Dienstverlening, verdiepen wij ons in het thema vruchtbaarheid. Vooral de emotionele aspecten die verbonden zijn aan het vervullen van de kindervens vinden wij interessant, omdat wij daar als toekomstig maatschappelijk werkers mee te maken kunnen krijgen.

Er werken bij Behandelcentrum Geertgen psychologen die u begeleiden bij het maken van keuzes en u emotionele ondersteuning kunnen bieden tijdens uw behandeltraject. Wij onderzoeken op welke manier deze counseling zo goed mogelijk aan zouden kunnen sluiten bij de behoeften die u als patiënt heeft.

U zou ons erg helpen met ons onderzoek door de volgende vragen van deze anonieme enquête in te vullen. De uitkomsten van deze korte enquête geven een eerste indruk van de behoeften van alle ondervraagde patiënten.

We willen graag nog dieper ingaan op die eerste indruk en vragen u daarom in deze enquête of u bereid bent om met ons in gesprek te gaan over de thema's die u belangrijk vindt rondom uw kindervens. Door met u in gesprek te gaan, komen we meer te weten over wat patiënten belangrijk vinden als het gaat om begeleiding tijdens het behandeltraject. Zo kunnen wij Behandelcentrum Geertgen ideeën aanreiken om de counseling verder te verbeteren.

Als u mee wilt doen met het interview, kunt u op het eind van de enquête uw gegevens achterlaten, dan nemen wij contact met u op.

Zou u deze vragenlijst vandaag in willen vullen in de wachtruimte, voor of na uw afspraak?

Wij hopen van harte op uw medewerking en danken u alvast vriendelijk voor uw medewerking!

*U kunt deze enquête na het invullen in de **grijze brievenbus** deponeren, tegenover het koffiezetapparaat in de wachtkamer.*

Met vriendelijke groet,

Willianne van der Valk,
Ilse van Veen

Binnen de counselingen is er onderscheid in gesprekken die standaard in het protocol zijn opgenomen bij het traject voor donormateriaal en gesprekken die u zelf kan aanvragen ter ondersteuning (algemene counseling).

1. Wist u hiervan? (meerdere antwoorden mogelijk)

- ☐ Nee
- ☐ Ik weet dat er psychologen werken
- ☐ Ik weet dat er gesprekken zijn bij de keuze voor donormateriaal
- ☐ Ik weet dat er gesprekken zijn wanneer iemand donor wil worden
- ☐ Ik weet dat ik altijd een gesprek kan vragen ter ondersteuning

2. Bent u al eens op gesprek geweest bij een psycholoog bij Behandelcentrum Geertgen?

- ☐ Ja
- ☐ Nee (ga door naar vraag 3)

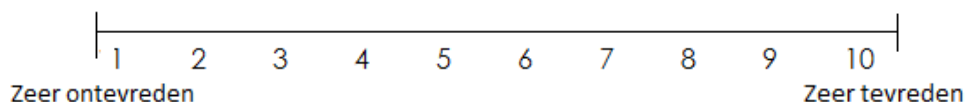
Welk soort counselinggesprek heeft u gehad (meerdere antwoorden mogelijk):

- ☐ Counseling rondom de keuze voor een zaaddonor of eiceldonor
- ☐ Counseling om eicellen te ontvangen
- ☐ Counseling om eiceldonor te worden
- ☐ Counseling om zaaddonor te worden
- ☐ Algemene counseling

Bent u tevreden over dit gesprek/deze gesprekken?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Kruis op onderstaande lijn aan in welke mate u tevreden bent:



3. Welke emotionele thema's spelen een rol / zijn belangrijk voor u bij het vervullen van uw kinderwens?

Zou u deze onderwerpen willen bespreken in een counselinggesprek?

- ☐ Ja
- ☐ Nee

Uw geslacht:

- ☐ Man
- ☐ Vrouw



4. Bent u bereid om uw vragen nader toe te lichten en in gesprek met ons (twee studenten) te gaan, zodat wij meer te weten te komen over uw behoeften en verwachtingen, als het gaat om de emotionele aspecten bij het vervullen van uw kinderwens?

Zo ja, zou u dan uw e-mailadres en/of telefoonnummer op de onderstaande regel achter willen laten? Dan nemen wij contact met u op.

Ruimte voor overige opmerkingen

Hartelijk dank voor het invullen van deze enquête!

12.3 Topiclijst - Interview psychologen

Interview met de psychologen van Behandelcentrum Geertgen

Datum: 6 maart 2014

Het ontstaan

- Hoe is counseling bij Behandelcentrum Geertgen ontstaan?

Het begin

- Een patiënt wordt door de huisarts doorverwezen en dan..?
- Een patiënt komt alleen met een indicatie van de huisarts binnen?
- Intake... met wie?
- Meteen de optie voor counseling?

Iemand volgt counseling

- Besteden jullie in de gesprekken nog aandacht aan de keuze van de patiënten voor counseling en de reden daarvoor?
- Op basis van wat maakt iemand de keuze om wel of geen counseling te volgen?
- Iemand maakt de keuze om het niet te doen...
- Iemand maakt de keuze om het wel te doen.. en dan?
- Hoeveel gesprekken krijgt iemand?

Het netwerk

- Met wie voert een patiënt het gesprek (uit eigen netwerk)
- Hoe wordt het netwerk/omgeving betrokken bij de gesprekken?
- Hoe besteden jullie daar aandacht aan?

Methodiek

- Bepaalde elementen per gesprek? Is er een agenda?
- Kortdurend? RET? TGH? Welke methodiek? Of geen?
- Is er een eind-evaluatie gesprek?
- Wat krijgen jullie terug van patiënten?
- Hebben jullie een protocol? Door wie wordt dat ontworpen?
- Rapporteren jullie de gesprekken?
- Is er een wachtlijst?

Doorverwijzen

- Iemand heeft nog hulp nodig... Doorverwijzing naar tweedelijns? Terug naar huisarts voor andere indicatie?
- Wanneer wordt een patiënt niet toegelaten?
- Wanneer wordt counseling afgebroken?

Thematiek

- Welke onderwerpen worden vaak besproken?
- Wat komt van jullie? In hoeverre vullen jullie in? Wat mag de patiënt inbrengen?

De psychologen

- Hoe nemen jullie positie in?
- Aan welke kant staan jullie? Laten jullie de eigen mening merken aan patiënten?
- Hoe proberen jullie objectief te zijn?
- Wat denken jullie te betekenen voor patiënten ?

- Waar twijfelen jullie het meeste over?
- Welke vragen hebben patiënten?
- Op welke vragen hebben jullie geen antwoord?
- Waarin zouden jullie je willen verbeteren/wat zou anders moeten/kunnen?

Casuïstiek

- Wat is lastige casuïstiek?
- Wanneer is het ethisch gezien lastig?
- Bespreken jullie ethische kwesties? En hoe bespreken jullie die? Zijn er aandachtspunten..?

Afbreken van counseling

- Wanneer breken patiënten counseling af?
- Wanneer vinden patiënten het lastig worden?

Emotionele thema's

- Hoe vaak komen emotionele thema's daadwerkelijk aan bod?

Acceptatie

- Werken jullie aan acceptatie?
- Hoe werken jullie aan acceptatie?

12.4 Interview - Psychologen Behandelcentrum Geertgen

Onderstaand interview gaat over de vormgeving van counseling bij Behandelcentrum Geertgen. Het interview bestaat uit twee delen. In het eerste deel worden er twee psychologen, Marloes en Judith geïnterviewd. In het tweede deel wordt alleen Judith geïnterviewd, omdat Marloes een patiëntafpraak heeft.

Datum: 6 maart 2014

Aanwezig: Judith Zegers en Marloes Verhulst

De psychologen worden ondervraagd door Willianne en ook door Ilse.

Ilse typt ondertussen mee op de laptop.

W: We waren eigenlijk allereerst wel benieuwd hoe counseling hier bij Geertgen eigenlijk is ontstaan.

J: Oohh...

M: Dat is een te moeilijke vraag!

J: Nou, Martje begon hier dik 25 jaar geleden.

M: Ja

J: En die werd toen ingehuurd als het nodig was.

M: Een soort freelance ehh basis eigenlijk hè.

J: Ja, want kende haar man de oprichter van Geertgen, Henk, Gerrit kende Henk toch... nou ja, iemand kende iemand... en..

M: ja, een connexie was daar...

J: En Henk vond het nodig om te counselen, met name toen volgens mij de donoren. Want die moeten gescreend worden hè, als je zaaddonor wordt en volgens mij, want eiceldonatie bestond toen nog niet, of nauwelijks, in ieder geval.. dus het was voor de zaaddonoren, en eh en Martje heeft toen ook al wel mensen gecounseld die de keus moesten maken van wat voor soort donor ze moesten kiezen.

M: Die het moeilijk vonden... ja..

J: Dus toen werd ze gewoon ingeroepen als er patiënten waren en die deed ze dan, maar dat...volgens mij begon ze met een halve dag en dat werd al snel toen de kliniek ging groeien zo veel meer en meer en meer dat ze hier uiteindelijk in vaste dienst is gekomen. En dat heeft ze heel lang volgehouden en in haar eentje, want uiteindelijk zat ze op vier dagen en vijf wou ze eigenlijk niet, maar hè omdat het zo groeide was het nodig, dus toen kwam ik erbij en toen was het ook nog niet genoeg en toen Marloes.

M: Want welk jaar ben jij hier begonnen?

J: Ja, ik dacht 2010, ik weet het niet meer.

M: Ja, eh ja...Ik werk hier nu

J: 2011.. begin...

M: Iets meer dan twee en een half jaar en jij was denk ik anderhalf jaar voor mij

J: Ja.

M: Toen ging ik naar Parijs verhuizen, ja, dat klopt. Want toen zei Martje nog tegen mij nou komt er een vacature en toen ging ik naar Parijs verhuizen.

J: Ja, dat was een goeie zet van jou.

M: Ja...Januari 2010...daarvoor was jij er denk ik al. Misschien eind 2009...Maar goed. Om en nabij.

J: Zo, zoiets.

M: Toen werd het dus dat het zeg maar dat het in een keer explosief eh ging groeien, want daarvoor was het ook al wel aan het groeien, maar kon het wel gewoon met haar uren binnen vier dagen in de week ehhh.. ja.

I: Hmm ja ja.

M: Dus is het jaren zeg maar... op die manier.. ja.

I: Oké.

J: Misschien dat ehh.. Henk heeft het altijd wel belangrijk gevonden, degene die de zaadbank en de kliniek heeft opgericht, maar hij had eerst de zaadbank ehh los zeg maar en hij werkte toen als gynaecoloog in het ziekenhuis hier in de buurt ehh maar hij heeft counseling wel altijd belangrijk gevonden en dat is in sommige klinieken heel anders.

I: Hmm..

J: Daar worden donoren gewoon niet gescreend, een arts ziet ze dan en dan jah zal wel goed zijn en beetje..nja.. hier was het altijd wel duidelijk dat er iets meer moest gebeuren dan dat en dat komt ook wel door de grondslag misschien van de kliniek dat mensen de informatie...wij vinden dat ze veel informatie moeten krijgen zodat ze zelf beslissingen kunnen nemen en dan is counseling wel logischer misschien om te horen hè, om te horen of ze alle consequenties overzien van de keuze of ehh dat ze genoeg weten om een keuze te maken. Dat past er dan wel heel goed bij. Maar dat is van oudsher al altijd zo geweest. Want Martje werkt er dus volgens mij nu al 25 jaar, of meer..

M: Ja

I: ooké, zo lang.

J: En anders moet je het aan haar vragen.

I: Ja, leuk, ja

J: Als je het begin wilt weten.

I: Ja. Dus counseling is vooral...er wordt vooral zoveel aandacht aan besteedt zodat mensen zelf in staat zijn om een goede keuze te maken.

J: ja...ja.

W: Ehm, en hoe begint het proces zeg maar, dat een patiënt hier komt, wordt door de huisarts doorverwezen en dan...

J: Ze worden helemaal vaak niet door de huisarts doorverwezen, nee, een heleboel huisartsen weten niet waar ze mensen naar toe kunnen sturen die met een vraag komen en ehm die denken heel vaak een ziekenhuis in de buurt maar die doen dan net...ehh...die hebben gewoon vaak geen zaad in voorraad bijvoorbeeld.

M: Ja, geen zaadbank.

I: Nee.

J: Ehhmm..

M: Alleenstaanden moeten wel op verwijzing van de huisarts, maar dat is vaak na een vraag van ons, omdat wij vinden dat de huisarts daar ook even een oordeel over moet geven.

J: Ja.

M: Dus die komen dan bij ons en worden dan even terugverwezen naar de huisarts en die komen dan wel met een verwijzing van de huisarts. En dan...

J: Dus tegenwoordig vinden de meeste mensen ons via internet, dus niet via de huisarts. Of via via. Maar wij zijn.. waren altijd moeilijk te vinden. Nu met internet beter, omdat de gemiddelde huisarts echt niet weet waar je terecht kan voor zoiets. Waar je terecht kan als alleenstaande niet en waar je terecht kan als je zaad of ei nodig hebt ook niet.

M: Maar dan, als ze ons dan gevonden hebben, dat wilde je denk ik ook weten met deze vraag, komen ze eerst op intake, altijd eerst bij een arts, en dat is een gesprek...

J: Daarvoor hebben ze nog

M: van een uur..

J: bij de gastvrouw.. de gegevens weet je wel...naam, adres, waar woon je, klopt de verzekering, hebben we alle persoonlijke gegevens die nodig zijn om ook.. te kunnen declareren.

M: ja.. ja.

J: Ook heel handig.

M: Ja, en die afspraken hebben ze zeg maar telefonisch gemaakt dus ehh ze bellen naar hier van hallo, kunnen wij bij jullie terecht, er zitten verpleegkundigen aan de telefoon en die kijken naar bijvoorbeeld leeftijd, naar en of eehhh andere dingen waarop iemand eventueel uit te sluiten is, maar er worden niet veel patiënten uitgesloten bij ons, en dan kom je dus voor ehm nou ja, die registratie, en daarna een intake ehh bij de arts.

J: Medische intake.

M: Ja.

I: En die registratie is met een gastvrouw.

M: Ja.

J: ja

I: oké.

M: Receptioniste.

J: Medisch receptioniste. Ze heten tegenwoordig anders. Sorry.

M: En ehh, dat is eerste gesprek is eigenlijk ook ehh wat we straks een beetje lieten zien, eh over de counseling keuze, dat wij informatie willen over het koppel, dus zij komen dan met heel veel vragen, maar de arts heeft ook heel veel vragen, en dat is dus ook wel over achtergrond, en dat is ook over ja, waar kom je hiervoor en wat is er dus allemaal aan vooraf gegaan, vaak zijn mensen in een ander ziekenhuis geweest, er zijn heel veel mensen die hier voor een second opinion komen, dus dan zijn natuurlijk dossiers van daarvoor ook doorgenomen en wordt dan besproken wat er onderzocht is en ehh dan wordt er dus gekeken of dat er een donor nodig is of niet. Dat is soms niet in dat eerste gesprek duidelijk hè, maar dat zijn onderwerpen die besproken worden. En ehm een half uur later, als alle vragen van de arts beantwoord zijn, ehh, hopen we maar dat ook de vragen van de patiënt beantwoord zijn, en dat is natuurlijk wel de vraag maar, we horen soms wel van patiënten terug dat dat te weinig tijd was ehm in principe hebben we wel met het aanbod ehh van die dag ook ingecalculeerd dat ze daarna nog een half uur bij een verpleegkundige zitten. Is ook een half uur toch?

J: Ja. En die geeft heel veel informatie over hoe het hier gaat.

M: Ja.

W: En daar worden jullie als psychologen ook bij betrokken, of..?

J: Nog niet.

M: Nee. Dan zijn wij nog steeds niet in beeld zeg maar.

M: En ehm, nou, als ze dus al die vraag ehm hopelijk hebben ze dan wel hun vragen kunnen stellen, als ze bij de verpleegkundige zijn geweest, dan is afhankelijk van ehm ehm als het een man-vrouw koppel is, kunnen ze dus samen ehm met eigen gameten een kind krijgen, of voor een donor komen en vrouw-vrouw en alleenstaande moeten dus voor een donor ehm naar ja, moeten voor een keuze gesprek bij ons komen, dus dat is zeg maar de opsplitsing in de praktijk. Geen donor en wel een donor. En eh...

J: Dus de heterokoppels die met hun eigen spul aan de slag kunnen die zien wij in principe niet. Die gaan aan de slag. Die komen in behandeling bij artsen en verpleegkundigen en die gaan langs ons heen. Totdat ze misschien emotionele begeleiding nodig hebben en dan moeten ze zelf een gesprek aanvragen of de verpleegkundige zegt het zou toch echt goed zijn als u nu een afspraak gaat maken ofzo.

En alle mensen die zaad nodig hebben of ei, die zien we en alleenstaande moeten eerst bij ons op een soort screening komen en pas dan komen ze officieel in behandeling eigenlijk.

I: Hmm...

J: Tot die tijd zijn ze nog niet...

I: Dus dan worden jullie wel als eerst benaderd zeg maar bij een..

J: Ja, dan hebben ze wel die medische intake gehad.. en de registratie en dan is de eerstvolgende zet dat ze bij ons terecht komen en pas dan komen ze, als wij denken dat het kan, komen ze echt in behandeling.

I: Oké.

J: Dus het maakt uit waarvoor je hier komt hoe dan je traject zal zijn.

I: En ze moeten alleen hè op gesprek, alleenstaanden?

J: Ja het eerste gesprek moeten ze zonder vriendin, moeder, anderen.

I: Ja. En waarom is daar voor gekozen?

J: Ja, als je het alleen wilt doen moet je ook maar alleen het gesprek kunnen doen. En, op zich juichen wij toe dat er juist wel andere mensen bij zijn hè, ehm, want ja heel vaak als je naar een ziekenhuis gaat, dan luister je slecht, mensen zijn niet zo goed als je gespannen bent om alle informatie goed op

te nemen, dus wij vinden het juist heel goed als ze wel altijd iemand meenemen, maar alleen dat gesprek mag het dus niet.

I: Nee

J: Want soms is de aanhang, of diegene die meestal best wel storend in het gesprek, we willen gewoon diegene goed kunnen beoordelen, soms is het ook heel handig als er wél iemand bij is, dat zegt soms ook iets over diegene, maar ehh dus ehh maar goed. Daarna bij de arts mogen ze wel iemand meenemen en bij de verpleegkundige dus de informatie zou toch wel goed terecht moeten kunnen komen. Ze melden ook altijd alleen in dat gesprek mag er niet iemand bij en neem voor de rest maar altijd iemand mee die je wil.

W: Ja

J: Want dat vinden we juist wel een goed plan.

W: Ja.

I: Ja

J: En we checken of ze wel überhaupt netwerk hebben. Dus wat dat betreft ehh.. liever dus dat er wel iemand mee komt. Maar je ziet dus ook regelmatig moeders of vriendinnen in de wachtkamer zitten en dan is de alleenstaande ergens hier bij ons bezig

W: O, zo ja.

I: Ja

J: En dan is degene die mee is gekomen, blijft gewoon daar.

I: ..voor het opvangen ja..

W: En ehm krijg je daar nog bepaalde reacties over dat dat raar wordt gevonden of ehh...

J: Dat er iemand niet mee ehh naar binnen mag?

W: Ja dat ja. Of vinden dat patiënten gewoon, nja...

J: Mjah... mja... meestal zeggen we wel waarom als ze daar vragen over hebben en dan zeggen ze oké, en dan ik zeg dan altijd maar ja, neem ze vooral dus in ieder ander volgend gesprek wel mee, want dat is alleen maar een goed plan.

W: Ja.

I: Ja.

J: Niet heel veel vinden daar iets van, volgens mij.

M: Nee maar dat wordt ook eigenlijk al eerder er uit gevist, omdat bijna iedereen dat wel duidelijk verteld wordt. Dus het kan ook zo zijn dat ze daar wel wat van vinden, maar dat wij dat niet persé...

J: ja, te horen krijgen...

M: Dat gebeurt dan al zeg maar bij de verpleegkundige. Is echt maar heel sporadisch dat er dan twee mensen op staan en dan stuur ik er altijd weer één terug naar de wachtkamer.

I: Oké.

M: En dan is dat wel even raar, omdat ze zich daar dan niet op ingesteld hadden. Maar ze begrijpen het op zich wel.

J: Ja

I: Ja, precies.

W: En nog even terugkomend op jullie rol zeg maar tussen alle artsen en verpleegkundigen, ehm vinden jullie dat ehm jullie nog bekender zouden moeten worden, jullie werken er al wel aan, maar vinden jullie dat het meteen bij het eerste voor iedereen echt goed duidelijk zou moeten zijn dat jullie er zijn en wat jullie doen.

J: Ja, dan vind ik dat het nog beter zou kunnen, we hebben nu een informatiemap voor de patiënt voor als ze de eerste keer hier zijn met allerlei van hoe wordt het vergoed en allerlei dat soort informatie, maar ook over hoe het hier werkt en dat soort dingen en daar zitten wij nu in. Of, zitten wij in, zit een klein stukje informatie over ons. Hè, daar is ook een stukje info over de apotheek, dus dan is het ook logisch om te zeggen van, nou we hebben drie psychologen in dienst en daar kun je bij terecht als je extra ondersteuning nodig hebt, zoiets staat er in. Kortdurend.

I: Ja, dus ze krijgen eigenlijk al vanaf het begin de mogelijkheid om zich aan te melden?

J: Ja, maar dat is pas sinds kort dat dat velletje in de informatiemap zit die ze bij het eerste bezoek meekrijgen, want dat was wel nodig vonden wij.

I: Ja.

J: En er moet ook zoveel besproken worden dat ik ook wel snap dat artsen daar sowieso niet aan toekomen want die hebben ook veel te vragen bij zo'n eerste medische intake en de medisch verpleegkundigen hebben daarna ook zoveel uit te leggen dat wij ook daardoor misschien een beetje bekaaid er vanaf kwamen want er is heel veel te vertellen, mensen hebben heel veel vragen dus je bent zo door dat half uur heen. Dat klinkt heel veel maar dat ja.. ja... vaak niet eens, of nauwelijks genoeg. Dus het is goed, hebben wij bedacht, om zo schriftelijk informatie mee te geven.

W: En merken jullie sindsdien al verandering?

J: Is nog te kort.

W: Nog te kort.. oké..

J: Ja.

W: Want sinds wanneer is dat precies ehm...

M: Paar weken ofzo...

J: Ja is echt nog heel kort..

M: Een maand..

I: Oohh.

W: Ja..

J: En het was naar aanleiding van de vorige enquête dat we dachten hè naar aanleiding van de resultaten was de conclusie dat dat een manier zou zijn om er voor te zorgen dat mensen er al eerder van weten, ehm maar het heeft heel lang geduurd voordat dat uiteindelijk z'n vorm heeft gekregen.

I: Hmm

J: Maar ik denk dat dat zou moeten werken. Maar dat kunnen we over een half jaar beter meten denk ik.

W: Ja dat denk ik ook.

I: Ben wel heel benieuwd welk verschil dat maakt.

W: En als jullie patiënten voor je hebt, besteden jullie er dan ook aandacht aan hoe ze precies zijn gekomen bij jullie?

M: We vragen daar wel altijd naar, ik vraag altijd uitgebreid ook van eh, hoe is dat gegaan via de huisarts. Want elke huisarts gaat daar op een andere manier mee om, dus eh heeft ie je verwezen, of heeft ie je ehm ehm..

J: Ontmoedigd..

M: ja..nou ja...ontmoedigd, daar vraag ik niet specifiek naar, maar dat doet een enkele huisarts helaas ook nog wel eens, als het om alleenstaanden gaat. Ehhmm, maar we vragen altijd wel hoe heb je ons gevonden. En ehm nou ja, als dat bij een alleenstaande is vraag ik specifiek naar de huisarts, want die hebben dus een verwijzing moeten krijgen. En de ene huisarts doet dat via een telefoontje en de andere huisarts wijdt daar vijf gesprekken aan bij wijze van en alles daar tussen in. En ehhh koppels vragen we hoe had je ons gevonden en vooral als ze ergens anders al in behandeling zijn geweest vragen we meestal nog wel specifiek heeft daar de gynaecoloog ons vermeld. En wat heel erg jammer is, is dat blijkt met name bij eicel is dat die mensen bijna altijd vertelt is dat ze naar het buitenland moeten, dat er in Nederland geen eicelbank is, dat je nergens terecht kan of omdat dat ze werkelijk niet van ons bestaan weten, maar in heel veel gevallen, omdat wij ontkend worden. En dat is eigenlijk wel heel erg jammer.

I: ja

Want die mensen gaan dan dus in het buitenland naar een commerciële eicelbank op zoek, wat ontzettend veel geld kost en ehh een anonieme donor is. En waar ze dus voor een week in Spanje moeten verblijven willen ze daar behandelingen ondergaan. Terwijl ze er gewoon direct naar hier verwezen hadden kunnen worden, dus dat is ook wel een reden waarom we daar wel aandacht aan besteden.

I: ja precies.

J: het is wel merkbaar dat steeds meer mensen via internet ons wel vinden.

M: ja.

J: gelukkig, want dan kun je dat soort onzin ontwijken.

W: ja

I: ja

J: en mensen raken ook meer gewend aan dat ze zelf ook zich bemoeien of interesseren of zelf op zoek gaan, dat wordt wel normaler. Iedereen googled tegenwoordig vrij makkelijk, als de dokter zegt je hebt dit en dit en dan gaat half Nederland of meer denk ik wel, op zoek naar wat dat dan is, dus dat helpt ook wel om makkelijk te vinden waar je wél terecht kan.

I: ja

J: Dus als de ziekenhuizen het niet doen dan weten mensen toch wel nu, dat valt echt op, steeds vaker zelf te vinden.

I: ja

M: ja.

W: ja, dat hadden wij natuurlijk ook, toen wij gingen googlen, toen kwam Geertgen gewoon ehh als

I: Al vrij snel naar boven.

W: ja, ja.

J: hmm

W: En ja.. sommige patiënten hebben jullie dan zeg maar via protocol, dus die zijn die worden zeg maar gedwongen.

M: gedwongen..!

J: de meeste zijn gedwongen! Jaja!

W: enne anderen kiezen er vrijwillig voor, gaan jullie dan die keuze nog na, van hoe ze de keuze hebben gemaakt om van counseling gebruik te maken, want is denk ik wel een stap.

J: ja..

M: ja, want natuurlijk, dat moet...anders heb je geen gesprek. Want je wil natuurlijk weten waarom ze een afspraak hebben gemaakt. Dus dan ga je indirect al na waarom ze daarvan gebruik willen maken en ik begin meestal, omdat mensen het toch moeilijk vinden hè, hier aan tafel te zitten en dan weten ze dat ze het hele verhaal moeten gaan doen en dan nja,..dan komen er soms bij voorbaat al tranen zal ik maar zeggen, ehm, wat ik eigenlijk vaak zeg is ehm, we hebben, ik heb het dossier bekeken, maar dat is zeg maar wat de arts medisch gezien genoteerd heeft, zijn er eh bepaalde dingen die je hier vandaag wil bespreken, heb je een specifieke vraag, en als ik merk dat iemand dat niet nja, heeft, of moeilijk ehh zelf concreet met iets kan beginnen, dan laat ik ze vaak vertellen hoe het traject tot nu toe is gegaan. Omdat wat een arts daar medisch over opschrijft, natuurlijk iets anders is dan hoe die patiënt dat beleefd heeft. En dan kom je vanzelf ook altijd wel uit op waar dat degene zelf tegen aan loopt. Op die manier zeg ik het ook tegen hen en dan beginnen ze te vertellen over, ja, ik ben twee jaar geleden begonnen en toen was ik eerst daar helemaal heen en nu en toen ging het goed en nou gaat het in één keer niet meer goed en ehm..

I: ja...precies

M: en dan kom je vanzelf bij ehh...dus dan heb je al de reden waarom ze daar gebruik van hebben gemaakt. Daar kun je eigenlijk niet om heen.

I: Nee... En wat hoor je dan het vaakst? Ehm.. Is er één ding wat er toch altijd weer uitspringt?

M: Mjaa....

J: Ja, dat gaat met golven...Want ik heb nu allemaal mensen die met in de relatie ehh moeilijk hebben. Maar een tijd terug was het meer de wanhoop over gaat het nog ooit wel lukken. Ik heb ja...

M: Ik heb er nu een paar die zo'n beetje allemaal tegen een burn-out aanzitten, die er al heel lang in lopen en die dan van zichzelf ook mensen zijn die moeilijk 'nee' kunnen zeggen en mensen zijn die erg zeg maar, een vol leven, zoals het hoort, om het maar even simpel te zeggen he, dus ik moet m'n fulltime, drukke baan, vol kunnen houden en ik moet nog een leuke partner zijn en ik moet met al m'n vrienden naar kraamvisites en kinderdingen doen en dan moet ik ook nog dit traject hier volgen en helemaal geen tijd maken om, nou ja, stil te staan bij waar zit ik nu eigenlijk in en misschien moet ik eens tijdelijk wat minder gaan werken, of ...nou ja.. hè, dat je het ook op andere gebieden, die zijn gewoon qua energie totaal uit balans, laat ik het zo even samenvatten..

I: ja.

M: En het klopt wel wat jij zegt.. het komt altijd een beetje in vlagen...maar ja, dat is denk ik ook.. ja dat was op mijn vorige werk ook, dat heeft niet met hier te maken, dat werkt volgens mij gewoon per toeval. Maar ehm ja eigenlijk hebben wij zeg maar toen we de vorige enquête maakten, die hele lijst, hebben we best wel nagedacht over dit zijn de thema's die regelmatig aan bod komen. En het is niet zo dat er één of twee dingen heel specifiek er uitspringen.

Omgaan met omgeving is vaak ook wel een issue, dan wel met zwangere dan wel met het niet aan kunnen op ehm ehm babybezoekjes te gaan ehm..

J: nou en uiteindelijk is het misschien het meest duidelijk gezamenlijke noemer is als je maar lang genoeg bezig bent met het vervullen van je kinderwens en het lukt niet, dat gaat doorwerken. Al die teleurstellingen, alles, alle domme reacties uit de omgeving, alle smoezen die je moet verzinnen op je werk, eh, het kost veel. En dat kun je een tijd opbrengen en op een gegeven moment haal je..ehh hè, de energie die er uit is, ehh hou je het minder goed vol. En het heeft allerlei consequenties op al je gebieden hè, want je stelt ook een heleboel dingen uit, want hè de verbouwing...want als je straks kinderen nou ja.. hè.. dus dat soort dingen tellen op.

M: vakantie...of een nieuwe baan...

J: ja.. de teleurstellingen..

M: je staat niet stil..

J: Ja, dus dat is denk ik grofweg...daarom melden mensen zich meestal aan. Omdat het al zolang niet gelukt is. En voor de één is 'zo lang' na drie inseminaties en voor de ander is dat na vijf jaar hè...ik bedoel daar zit...voor hun gevoel is dat...ik heb het idee dat meestal mensen zich melden ehmm, als de hoop begint te wankelen...als ehh..hè.. want...zolang je maar vertrouwen hebt, het komt wel goed, ik moet nog even volhouden, dan redden ze het wel. Want dan stel je alle ellende uit, dat parkeer je even en dan houden ze het nog vol. En zodra ergens iets begint te knagen, twijfel, van zou het nog wel lukken, meestal zie ik dan mensen ongeveer dán, heb ik het idee.

M: ja...ja.. en...of...

J: Dan wordt het echt zwaarder...

M: ja....en als echt de energie op begint de raken. Ik leg ze ook altijd uit van je moet het zien als, ik ben er van overtuigd, de mens heeft maar één pakket energie en daar moet je het mee doen en de één heeft een wat groter en de ander heeft een wat kleiner en hierdoor lekt er vooral heel veel door uit. En dan is er weinig tijd meer en zeker als de hoop begint op te raken, mogelijkheid om ook die energie weer aan te vullen, om gewoon simpel gezegd je batterij weer eens op te laden en mensen vergissen zich vaak dat ze in een rouwtraject zitten. Hè, want er is niemand dood, er is niet..jaa....sommige mensen hebben een miskraam of een kind verloren, maar ehmm....

J: De meeste mensen hebben niks verloren...

M: Feitelijk geen kind verloren.. maar ehm het is natuurlijk wel degelijk een verlies en zeker als die hoop minder begint te worden ga je steeds meer stil staan bij wat als het leven zonder kind verder gaat, dus je moet ze vaak, vind ik, ook uitleggen dat het een heel onzichtbaar verlies is. Ehm...wat dus ook de omgeving niet ziet. Hè, want ik leg heel vaak uit, stel dat ehh dat je een kind had gehad en dat was dood gegaan, dan had iedereen daar omheen, waren allemaal op je af gekomen, dan weten ze wat ze moeten doen, dan sturen ze bloemen en kaarten en komt er een begrafenis en allerlei rituelen, maar hierbij denkt de omgeving van , ja maar je hebt toch elkaar en je hebt toch een leuke baan en die had je drie jaar geleden toch ook en wat is er nou toch veranderd en, mensen komen niet uit zichzelf, je moet zelf heel de tijd uitleggen, mensen komen eerder uit zichzelf met hele onhandigheden van nou, wordt het niet eens tijd dat er kinderen komen? En...

J: Of ben blij dat je nog kunt uitslapen! Of ehh...Dat kunnen mensen dan echt niet handelen, dat soort opmerkingen..

M: Nee. Dus je moet heel erg uitleggen van, waar zitten ze in. En ehm nou ja...dat is dus zowel rouw als nou ja..dat de energie opraakt en de hoop. Ehm, dus ehm, mensen komen zelf wel met verschillende thema's, maar het is bijna allemaal daar wel op terug te voeren. Of iemand nu heel erg zit met goh, die schoonmoeder van me, of die burens gaan er zo onhandig mee om, of m'n goede vrienden weten niet wat ze moeten doen, of in de relatie of in de ja...bijna alles is wel terug te voeren op ja...verlies..

I: ja, ja

M: geen energie meer en geen hoop meer..

J: Ja..

M: denk ik

W: En hoe ziet het intakegesprek eruit? Zeg maar het eerste gesprek wat jullie hebben?

M: Ja, wij hebben eigenlijk geen specifieke intake.

J: Nee.

M: Ehm, we doen eigenlijk al heel veel in dat eerste gesprek. Omdat je vrijwel meteen begint met wat wil je, je hebt dus in principe een ehm...psychisch normaal in orde zijn persoon tegenover je zitten, die hebben daar zelf al heel veel over nagedacht.

J: Meestal.

M: Meestal. En die zijn op dat moment misschien even in de war en ehm en daardoor een beetje labieler dan anders, maar ze zijn wel gewoon goed gezond dus ze hebben daar al over nagedacht, die hebben voor zichzelf ook al wel op een rijtje gezet wat allemaal eventueel een oorzaak zou kunnen zijn, ze kunnen het vaak ook goed onder woorden brengen. Dus er komen al.. eigenlijk beginnen we meteen. Ja...is misschien een beetje raar, want ja je weet nog niks van die ander, dus je gaat niet meteen beginnen, maar doordat je iemand laat vertellen waar loop je tegen aan, wordt dat...nou ja..steeds...

I: Hmm

M: En ik probeer wel zeg maar per counseling een soort van onderwerp er uit te pikken, want iemand kan met drie thema's tegelijk komen en dat kunnen we natuurlijk niet allemaal doen.

W: Nee, want hoelang duurt één gesprek?

M: Eén uur.

W: Ja, dus dan als je meerdere thema's hebt dan is dat niet handig..

M: Is te kort.

J: Nou ja en soms is het handig om het allemaal te horen, want er is vaak één onderliggend iets waar het eigenlijk over gaat of wat de grond van de drie verschillende thema's is, maar...ja, je kunt niet.. soms verwachten mensen ook hele praktische handvatten om er mee verder.. en soms zijn die er ook, maar ook heel vaak niet en volgens mij is de helft van het werk dat wij doen is gewoon laten praten over waar ze mee zitten en de erkenning daarvan is al een heel, heel ehm machtig middel om te zorgen dat ze er beter mee overweg kunnen. Want de omgeving ontkent over het algemeen dat het een probleem mag zijn hè, als je bij miskramen: ja, maar nu weet je dat je zwanger bent, dus je mag er eigenlijk niet over zeuren, dat bedoelen ze misschien niet allemaal zo lullig, maar zo wordt het vaak wel door patiënten opgepikt, want je moet blij zijn dat het kan, en dat je er pijn aan hebt dat het zo gelopen is, daar kun je heel slecht bij mensen terecht. Dus volgens mij is de helft van de hulp die wij bieden is de erkenning dat ze last mogen hebben van het feit dat die kinderwens nog niet vervuld is. Want onze maatschappij is heel slecht in het erkennen dat het misschien best lastig of moeilijk is of emotioneel. Dus dat is ehh..

I: ja

J: dus dat is al wel een goed iets denk ik dat wij doen. Los van alle thema's...die dan spelen.

W: En komen ze dan met bepaalde thema's en daar gaan jullie dan meteen op in en hebben jullie daarna nog een bepaalde structuur, opbouw die jullie nog verder hanteren?

J: Ik heb geen structuur...

M: Nee...totaal...nee....Je hebt niks aan een structuur hier in.. omdat ehm, nou ja, ik wil niet perse zeggen dat structuur hier helemaal niet helpt, maar het is niet dat je een bepaald protocol af moet werken.

J: Bij al onze andere gesprekken overigens wel hè. Dat kun je heel goed aan de blaadjes zien, dan volgen we een heel duidelijk protocol. Maar bij de algemene counseling niet.

M: Nee.

W: Nee, daarom was ik ook benieuwd...

J: ja.

M: Ehm het is ook niet om.. zeg maar een therapie waarin je aan doelen werkt.

J: Hm..

M: Je kan best aan bepaalde doelen werken met mensen, maar het is niet zo dat ehm, nou ja, kijk als je dat vergelijkt met dat wat je bijvoorbeeld binnen een ggz doet, daar wordt een plan opgesteld en daar ga je je aan houden.

J: Daar bestaan protocollen vaak wel.

M: En dat is hier niet, iemand komt echt zelf of met ik wil hier graag mee geholpen worden en dan gaan we het daar over hebben. En nogmaals, dat is wel vaak terug te voeren op bepaalde eh thema's.

J: En soms maak je ook wel een soort van behandelplan of je geeft mensen ook wel huiswerk mee.

M: Opdrachten mee.

J: Maar dat is echt omdat de situatie die mensen ehm dat nodig hebben. En niet omdat het protocol voorschrijft dat...

I: Nee.

W: Nee

M: Nee. Maar dat is hier wel anders dan bij bijvoorbeeld een ggz, of grote instellingen, wordt daar wel op die manier. Die hebben dus ook wel inderdaad wat je zegt, eerst een intake en dan gaan we doelen, een behandelplan opstellen en dan gaan we daarmee aan de slag. En zo werkt het hier helemaal niet.

W: Nee

I: Want die ehh gesprekken zeg maar die mensen sowieso volgen als mensen bijvoorbeeld gebruik willen maken van zaadcellen of eicellen, zit daar ook nog wel een stuk emotioneel bij?

M: Ja

J: Ja.

I: Want het format ziet er heel zakelijk uit.

J: Ja, maar je kunt wel daar waar naar gevraagd is wel emotioneel ..en soms zie je dat niet hoor. Maar bijvoorbeeld van of je hoe de ehh wie de omgeving ehh, wie er van weet, naar daar kan allerlei zeer zitten, of dat ze juist heel erg gesteund worden. Is ook wel...hoe ze denken over openheid naar het kind, dat is wel een emotioneel ehh onderwerp. Over het algemeen. Ehm en wat ...dit soort dingen dit zijn wel emotionele punten. En hier (*wijst op formulier*) zit ook een heleboel achter. En stom genoeg als je vraagt of je ouders nog in leven zijn, opvallend vaak dan bijvoorbeeld bij lesbische stellen ehm, is een ouder, komt veel vaker voor dan ik dacht, er niet zo mee eens dat de dochter op vrouwen valt en dat ze dan ook nog kinderen gaan krijgen, ik dacht van dat lost het misschien op dat ze dan aanstaand opa en oma dat er dan toch nog een kindje komt, nou dat valt soms al helemaal niet meer in goede aarde. Dus dat daar zit in dat soort neutrale vragen, soms ook nog een heleboel achter.

W: Ja..

I: Ja..

J: Dus daar krijg je dan vanzelf wel te horen als je per ongeluk dus dan die snaar raakt, ja dan merk je dat wel in het gesprek.

M: Ja en we bespreken ook wel meer dan dat we eigenlijk hier op schrijven. Ehm bijvoorbeeld....

J: We kunnen die gesprekken wel sturen...hebben we ..weet je wel, die we toen met inwerken als maar hebben zitten uitwerken. Dan kun je veel beter zien...

M: Ja...En ehm we bespreken bijvoorbeeld ook wel zijn er bijzonderheden in je gezondheid en dan doelen we veel meer op andere dingen, maar als dan iemand ehm een man-vrouw koppel tegenover me zit en ze hebben een zaaddonor nodig dan zegt die man heel vaak, ja, ja, behalve dus dat mijn zaad niet werkt niet. En dan heb je het sowieso al daar over. Ik vraag dan ook vaak van sinds wanneer weet je dat. Soms weten ze het vanaf dat ze kind zijn, soms is dat zeg maar pas een paar maanden geleden vast gesteld. Ehm, soms is dat vaak in een ander ziekenhuis...Hoe hebben ze dat te horen gekregen...wat was de reactie en was zeg maar de overstap naar een donor voor hen ehm een een grote drempel, wat waren daarin de overwegingen en dan vertellen ze vaak zelf ook al wel en dat doe je ook in welke donor wil je, ehm bijvoorbeeld een eigen donor, nee, en dan zegt de vrouw al wel van ehm ja, ik wilde heel graag dat we diegene niet kennen, zegt hij bijvoorbeeld: ik wilde heel graag

mijn broer want ehm dan zijn het in ieder geval nog een beetje dezelfde genen, maar dat zag zij niet zitten.

I: Ja

M: Dus ja...daar staat wel feitelijk alleen wie is het, maar wij krabbelen hier wel ook achter van waarom kiest iemand daarvoor. Dus dan heb je al heel veel gehad over oké, wanneer is die bom gevallen, oké, bom, jullie hebben een zaaddonor nodig. Oké en toen...hoe wordt daar dan op gereageerd.

I: Ja, precies ja...

M: Dus ja...

J: Met name, je vraagt eigenlijk, nou ja behalve als je de achtergrond vraagt, dan vraag je niet perse naar het emotionele proces, maar al die andere vragen die daar staan vraag je juist wel daarnaar. Want je wil in, kijk wij gaan echt niet die keuze voor hen maken, maar je wilt wel weten of zijzelf al de keuze kunnen maken. En hoe het staat met de verwerking en acceptatie van dat één van beide het niet kan, of dat dat kwalijk wordt genomen door de partner of dat ehh degene bij wie het niet lukt denkt dat de partner het kwalijk neemt, dat soort dingen komen wel aan de orde. En het hele emotionele proces willen wij liever wel een beetje in kaart hebben ehm om te weten van is dit moment waarop ze de keus kunnen maken, hebben ze alle.. naja alle.. de nodige consequenties kunnen overzien, eh, zitten ze emotioneel een beetje in hetzelfde vaarwater nu, of zijn ze het gewoon niet met elkaar eens, ehh, komt ook nog wel eens voor. Dus ja, dan is het nog niet echt zo'n goed moment om een definitieve keuze te maken.

W: Nee.

I: Nee.

J: Al die vragen zijn juist naar het emotionele achterliggende proces.

W: Ja.

M: Ja en deze van aan het einde ehm zie je op tegen de behandeling? Hè, je hebt natuurlijk altijd wel mensen die angst hebben, dan wel voor spuiten of voor dokters ehh ehhm vrouwen waarbij bijvoorbeeld ehm in het verleden op seksueel gebied ehm dingen gebeurd zijn of misbruik die daar wel moeite meehebben. Dat zijn allemaal wel ja, ook dat raakt.

W: Ja

I: Ja, ja

M: Dat emotionele stuk natuurlijk.

I: Ja

W: Ja, dus het is veel meer.

M: Ja

W: Gebeurt er dan dat ik lees op dat papier.

J: Ja

M: Ja

W: Ja.. oké.

M: Het is voor ons een notitieblaadje.

I: En als jullie er dan achter komen van ja deze mensen zijn nog niet klaar om zelf een keuze te maken, hoe gaan jullie daar dan mee om?

J: Gewoon benoemen.

M: Ja

J: Dat dat zo is.. Of dat wij denken dat dat zo is. En dat het eh...

M: Ze nog maar eens naar huis sturen. En dan een maand later ofzo terug laten komen.

J: Of soms met specifiek het is handig om als je het niet eens bent over wel of niet vertellen, is nu niet perse onhandig, maar straks over 4, 5 jaar wel. En soms zijn mensen er natuurlijk al lang uit, maar soms kun je ook heel gericht van lees dit boek daar eens over of ga nog eens met elkaar in gesprek of bespreek dat met de ouders zelf, bijvoorbeeld als een broer dan donor wordt en dat ligt gevoelig, zo kun je ze soms ook met een specifiek opdracht weer naar huis sturen, van kijk maar eens of je daarmee verder komt in je proces.

I: Jaja

W: Ja

I: Ja

J: Zo proberen we wel altijd te zoeken van wat hebben ze dan nodig om wél die stap te kunnen maken. Of om af te haken. Vind ik ook een goede stap hoor. Maar om ergens tot ehh tot een beslissing te komen.

W: Komt het wel eens voor dat er enige weerstand is als dat wordt gezegd dat ze denken van nou...

J: Als we zeggen dat ze...

W: Als ze ..

J: Er nog niet aan toe zijn?

W: Ja, ja

M: Komt wel eens voor. Als je iemand terug laat komen, en ze willen vaak heel snel. En eh dat heeft soms ook te maken met het traject dat er aan vooraf ging, soms zijn ze al drie jaar in behandeling geweest elders, ehm, dus dan lijkt het ook allemaal heel langzaam, te langzaam te gaan. Terwijl wij in principe heel snel werken, bijna geen wachttijd, dus wij hebben veel liever eens een maand of twee maanden langer nadenken over die keuze. Ehm.

J: wij zeggen het ook nooit zomaar hè..

M: nee..

J: hè, van je moet wachten omdat wij denken dat dat leuk is.

W: nee

J: Dus het is altijd naar aanleiding van wat mensen zelf ook besproken hebben, hier aan tafel, dus dan ja.. bijna nooit zoveel weerstand dat het niet...

M: kan..

J: kan..

M: nee..

J: Want je haakt er op in van, ja ik zie dat jullie hier nog niet verder mee kunnen, dan is het slim om zus of zo.. dus dan past het heel logisch, denk ik voor de meeste mensen.

I: ja..

J: zouden jullie mooi na kunnen gaan vragen, maar..

W: Ja.

I: Ja.

I: En is het wel eens gebeurd dat jullie een counseling hebben afgesproken? Dat je het eerder hebt gestopt dan gepland?

M: Ehhmm ja..

J: Ja, als er niks meer te zeggen valt dan ben je denk ik eerder klaar...maar dat is bijna nooit, ik kom altijd tijd te kort.

M: Ja maar je bedoelt vanwege weerstand.

I: Ja...of dat je dacht, dit ehh deze ehh dit stel is er echt nog niet klaar voor, we stoppen met...

J: Ja maar dan ga je juist bespreken waar ze dan nog iets mee zouden moeten in mijn ogen ofzo.

I: Jaja

M: Ja, dan is het niet zozeer dat het sneller klaar is in de tijd.

I: Nee nee.

M: Maar dan heeft het meer te maken met dat wij bijvoorbeeld zeggen we gaan het bespreken, soms in een arts overleg en dan kunnen wij wel eens de beslissing nemen om te zeggen ehm ehm we stellen het een half jaar uit.

I: Ja, precies.

M: Het, en dat kan, ik zeg maar iets, kan zijn omdat eh een koppel pas net bij elkaar is en nog niet samenwoont en dat wij denken nou daar mag wel eerst wel iets meer stabiliteit in de relatie komen als ze nog heel jong zijn en je hebt de tijd nog om te wachten ehm of bij een alleenstaande waarvan je denkt nou, deze vrouw is in ieder geval niet nu in staat om een kind alleen op te gaan voeden, dus en dan kan je soms met voorwaarden naar huis sturen, van ga eerst eens in behandeling hier of daarvoor, of ga eens aan je netwerk werken, of zorg eens dat je een eigen huis hebt, zelfstandig bent,

ik verzin maar even wat, dus het is niet zozeer dat we dan vanwege of ja, eerder dan de tijd ophouden met praten ofzo..

I: Nee, maar ik bedoel ook echt het proces.

M: Ja, dat duurt dan vaak in tijd juist langer. Maar dan gaan we dus dan wel iemand afwijzen dan wel iemand met voorwaarden naar huis sturen om aan de gang te gaan en na een half jaar terug laten komen.

I: Ja. Dus een afwijzing zal niet zo snel gebeuren?

M: Nee..

J: Nou, niet zomaar. Dan hebben wij wel heel grondig redenen en dan hebben we ook wel ons best gedaan om die goed uit te zoeken zeg maar.

M: Ja en dan hebben we het eigenlijk altijd in het artsenuverleg besproken, want ze worden ook door minstens één of twee artsen gezien, wat we ook vaak doen is als ik denk dat het geen goed idee is, dat ik Judith of Martje ze nog laat zien.

J: Een soort second opinion.

M: Hè, dat ik die mensen gewoon uitleg van luister ik heb twijfels en eh daarom is het goed dat jullie een collega gaan zien. En dan hebben ze een vergelijkbaar gesprek.

J: Ja. Nou ja en wij in principe wijzen we niemand af, dat is eigenlijk de grondgedachte, tenzij we denken dat de mensen zelf of het aanstaande kind in gevaar gaat komen.

I: hmm.

J: Dus dan heb je wel gegronde redenen. Maar dan moet je het wel zeker genoeg weten en dat is altijd lastig.

W: ja..

J: Want je kunt zo moeilijk voorspellen hoe het met iemand zal gaan en hoe iemand zal reageren.

W: Want wat zijn bijvoorbeeld factoren waar jullie naar kijken van dat zou dan ehm gevaarlijk of niet goed voor het kind kunnen zijn?

J: Dat is met psychiatrie, ehm of een ehm hoeveelheid van factoren die alles bij elkaar genomen toch niet echt leidt tot een goede basis en vette schulden, drugsgebruik of drankgebruik of andere middelen gebruik..

M: Netwerk..

J: Problemen in de relatie, geen netwerk hè, mensen die heel erg op zichzelf.. die geen hulp van buitenaf gaan eh inroepen of toestaan.

M: Zelf emotioneel helemaal niet beschikbaar zijn ehm ja ja. Het zijn wel allemaal ernstige...ja, het zijn wel allemaal ernstige dingen en moeilijk om ja...om aan te wijzen van daardoor mag het niet.

W: Ja.

M: Want dat is natuurlijk wel moeilijk, dus dat moeten we wel goed overwegen en bespreken en nou ja..daarom vinden we dat je zoiets niet in je eentje kunt beslissen, dat moet niet alleen van mij of alleen van Judith af hangen eigenlijk.

J: Nee, is niet eerlijk voor de patiënt.

M: Daar wordt het hele team bij betrokken, bij een afwijzing.

J: En dan is het ook makkelijk te accepteren, denk ik, voor degene, want de meeste mensen vinden het echt niet leuk om afgewezen te worden hè, dus soms dan melden we ook waarom we twijfels hebben en soms denken we dan zelf de conclusie, dat hopen wij altijd, dat werkt natuurlijk niet zo

M: nou, soms wel..

J: dan moet je echt afwijzen. Ja en soms gebeurt het wel dat ze zelf denken oké, ik ben er nu niet aan toe of of en eh uiteindelijk dus ook niet, maar degene die echt afgewezen moeten worden, ik denk dat het fijner is als je weet dat er meerdere mensen naar hebben gekeken en die hebben allemaal teveel twijfels en daarom gaat het niet door. En het is niet toevallig die onsympathieke mevrouw die mij niet mocht waardoor ik er niet door ben.

W: Ja.

I: Ja ja...

J: Dat hopen wij dan maar. Maar in ieder geval, dan weten wij ook zeker dat, dat wij niet zomaar vanuit de tegenoverdracht denken van wat ben jij een stom wijf, niet dat ik zo denk, maar dat je niet

daarom denkt dat iemand niet, daar moet het niet van afhangen. Kijk mensen die kiezen soms voor een manier van opvoeden die absoluut niet de mijne is, maar dat wil niet zeggen dat ze slecht voor het kind zorgen, dat is iets anders, maar dat is soms moeilijk ehm, dus het lokt ook heel vaak discussies uit. Onderling de psychologen, maar ook in het grotere team, dus het is altijd heel moeilijk om te zeggen wanneer het wel of niet kan.

W: Ja.

I: Ja.

J: Het is één van de leukste, één van de uitdagendste eh dingen van dit werk denk ik.

I: hmm

W: ja

J: Ja, leuk is niet helemaal het goede woord. Moeilijkste.

M: Interessantste.

J: Interessant.

W: Ja.

I: Ja.

M: En daar komt ethisch gezien natuurlijk ook veel bij kijken. Wanneer mag je iemand afwijzen. Dat is natuurlijk heel moeilijk. Daar zijn wel richtlijnen voor. Maar ja, dat zijn richtlijnen. En die worden ook weer per kliniek...

J: Zijn vaak helemaal niet duidelijk.

M: Nee....nee.

J: Die lijken duidelijk, maar als je dan per casus gaat kijken dan is het zeker niet duidelijk.

I: Nee

W: Nee

M: Dus we hebben niet een rijtje van op basis daarvan val je af.

I: Nee.

W: Nee, je moet...

M: Je moet per casus gaan bekijken, denken we dat hier het kind veilig genoeg terecht komt.

W: Ja. En komen in gesprekken ook wel eens soort van ethische ehh kwesties naar voren waar mensen ehm mja mee zitten, niet weten hoe ze er uit moeten komen?

J: Ja, zeker.

W: Bijvoorbeeld ook dat misschien dat jullie religieuze mensen spreken, ik weet niet of die hier komen...

J: Ja, zeker, ook.

W: Maar dat ze, nou ja, ik heb wel eens gehoord dat mensen soms denken van hee kan ik het zaad dan weggooien of wat..kbedoel dat soort dingen.

J: Ja.

W: Wordt dat hier ook besproken of...

J: Ja. Ja of je überhaupt gebruik mag maken van een donor bijvoorbeeld hè, of dat er binnen de religie of dat er anderszins past of dat je meerdere embryo's mag creëren die je misschien nooit gaat gebruiken en die je dan dus laat vernietigen of weggeven, mag ook, veel meer mag je er niet mee. Daar komt het in naar voren maar ook heel vaak van eh kun je het een kind aandoen dat er twee moeders zijn en er een vaderfiguur ontbreekt of een alleenstaande als er geen vader is of zulke ethische kwesties. Dat komt eigenlijk heel vaak aan de orde.

W: En.. en hebben jullie daar specifiek een manier van hoe je daar mee ehh begeleiding in biedt? Hoe je daarover spreekt, of...

M: Ja, het zijn zeg maar, sommige dingen zijn standaard onderwerpen in het gesprek. Mensen moeten bijvoorbeeld verklaringen invullen waar in staat eh hè, wat met de embryo's te doen ehm ehm als mensen die heel lang bewaren worden ze 'k geloof na 5 jaar gebeld eh willen jullie de embryo's laten vernietigen, ehm, maar ook wat ze nu al moeten beslissen willen jullie alle eicellen die verkregen worden laten bevruchten, willen jullie alles invriezen, dat heeft natuurlijk ook te maken met naja, bepaalde, soms geloofsovertuigingen of hoe je in het leven staat. Ja, mag ik leven laten ontstaan wat ik misschien niet ga gebruiken? Dus, ja, sommige dingen...

J: IVF is soms al een ethische kwestie. Of je zover mag gaan. Hè, als je het niet natuurlijk gegeven is, wat... waar is dan de grens in wat nog mag binnen iemands overtuiging.

W: Ja.

M: Ja. En soms is het ook wat iemands geloofsovertuiging voorhoudt, is anders dan waar iemand zelf voor staat. Ehm omdat dat zeg maar gaandeweg veranderd is. Dat zien we bijvoorbeeld bij de groep moslims vaak. Het is een kleine groep hier, omdat het daar nog redelijk taboe in is ehm, hetzelfde geldt trouwens ook voor de Chinese cultuur ehm ja, die hebben dan zeg maar als overtuiging ehm dat dat niet mag of dat dat nu door het geloof is ingegeven of door de cultuur of allebei, ehm van de andere kant is ook kinderen krijgen in hun cultuur vaak nog veel belangrijker dan binnen de Westerse cultuur. Dus die zitten daar heel erg in strijd. En ehm ehm ze willen dan vaak toch zelf graag gebruik maken daarvan en ehm ehm wij werken met een principe van wederkerigheid en daar willen ze dan soms aan mee doen terwijl ze dus eigenlijk zeg maar om terug te komen op de moslims, binnen de geloofsovertuiging dat heel vaak niet mag. En dan gaan zij naar de Imam, want ja daar kan ik ze niet altijd mee helpen, ik kan vertellen hoe het werkt en dat ze een eigen overweging moeten maken ehm hè en hoe dat het bij wet geregeld is en wat als je donor wordt dat het kind later naar je op zoek kan gaan enzovoort en dan zien we ook dat zeg maar bijvoorbeeld elke Imam daar ook weer anders mee om gaat. Want sommigen zeggen dan van ja maar geven en nemen is in onze geloofsovertuiging heel belangrijk, dus als jullie er voor kiezen om op die manier een kind op de wereld te zetten is het natuurlijk heel belangrijk dat je iets terug doet. Dus die worden wel donor. En anderen die zeggen echt van nee, ik mag geen donor worden van de Imam, want ehm ja donor zijn mag niet in onze cultuur. Dat zien wij als een buitenechtelijk kind. Nou ja, terwijl ze daar dan zelf ook gebruik van willen gaan maken. Alleen is dat dan iets wat helemaal niet besproken wordt in hun eh omgeving.

W: Oja..

M: Dus dat ja...dat is ook, dat is hun voorbeeld, maar dat is zeg maar ook per onderwerp ook weer iets wat, als dat speelt, wordt dat wel breed uitgemeten denk ik. Hebben we het daar wel goed over.

J: Ja en dan komt het vanzelf wel aan de orde, als mensen daar ehm mee zitten.

M: Ja..dan komt dat op tafel.

J: Omdat we altijd naar bepaalde dingen vragen. En als daar dus iets mee aan de hand is dan haal je het eigenlijk vanzelf boven water. En het is niet voor niets dát wij daar naar vragen, want Martje met haar enorme ervaring inmiddels weet dus van oké, op deze punten zit vaak of soms wel iets of daar hebben mensen soms last van of hier moeten ze bepaalde overwegingen maken, hè, dus, het is hoewel toen zeker nog, de literatuur er niet was, over de processen en waar mensen tegenaan lopen, heeft zij natuurlijk door lang zat te doen, weet zij wel waar eventuele pijnpunten zitten of moeilijke punten in het proces.

W: Ja. Gebruiken jullie nog bepaalde methodieken? Want ik bedoel, er is geen opleiding om fertiliteitspsycholoog te worden, dus eh...

J: Ja, onze eigen protocollen. Is een methodiek.

M: Ja.

J: Onze eigen ervaringen denk ik als hulpverlener.

W: Ja. En ehm bijvoorbeeld eh concreet, wat eh zijn er nog dingen waar je dan ja.. jullie doen het werk natuurlijk zo lang dat jullie dingen ook onbewust doen, maar zijn er nog dingen waar je op let van dat is een houvast, daar, eh dat gebruik ik in gesprekken om de patiënt daarmee te helpen? Door dat te doen?

M: Ja, hebben in de counseling die zeg maar binnen de eh procedure zitten hè, dus keuze en donor enzovoorts, dus de verplichte, ehm eh daar hebben wij zelf een protocol voor opgesteld en dat houdt dus gewoon in dat alle thema's die eh we belangrijk achten die nou ja belangrijk kunnen zijn, die kunnen spelen, die bespreken we allemaal en dat is eigenlijk met name door een soort van gestandaardiseerd interview af te nemen zou ik het bijna noemen, want ik stel bij elke patiënt dezelfde vragen. Alleen zal het gesprek eh met de één heel anders worden dan met de ander, dat zullen jullie straks binnen jullie interviews ook gaan zien, omdat het éne thema bij de één belangrijk is als er dus bijvoorbeeld een moslimkoppel tegenover je zit heb je het daar veel meer over dan wanneer iemand geen geloofsovertuiging eh heeft die daarin een rol speelt. En ehm ja, wat we straks

al zeiden, per onderwerp kan het één voor de één heel erg aan de orde zijn en het ander helemaal geen issue zijn. Dus het is een gestandaardiseerd interview waar je in doorvraagt op de punten waarin je denkt dat dat nou ja, waarin blijkt dat er iets op tafel komt.

W: ja. En is het ook gebaseerd op jullie ervaring? Ehm...

M: Ja. Dat is met name gebaseerd op ervaring.

J: Ja, we herzien ze ook elk jaar hè, om te kijken of het klopt wat we doen, missen we dingen, vragen we naar dingen die eigenlijk helemaal niet relevant zijn gebleken afgelopen jaar, dus wij proberen ieder jaar, of dat doen we ieder jaar, om dat ding te finetunen, om te weten waar we naar moeten vragen.

W: Ja.

M: Ja. En ook wel gebaseerd op overleg met collega's hè, dat eh, ja je ziet elkaar bij intervisie, er is iemand die een onderzoek aan het doen is naar eh wat houdt counseling in, welke thema's worden er allemaal besproken nou en dan zie je collega's en dan heb je het daar allemaal met elkaar over en als dan iemand met een goed idee komt ja dan nemen wij dat natuurlijk mee.

W: Ja.

M: En andersom hopelijk zij ook.

J: Hm. Nee maar ik denk dat ook al kom je uit hele verschillende hoeken en je gaat dit werk doen hè, dan is het belangrijk om te weten welke thema's er hier aan de orde zijn, specifiek met vruchtbaarheid of kindervens en ehm je kunt vanuit een echt heel seck gedragstherapeut achtergrond kun je dit werk doen of vanuit een psychoanalytische achtergrond of vanuit ehm pff.. noem maar iets, cliëntcentered, ben ik dan meer van als ik dan toch moet kiezen, want dat neem je toch wel mee als persoon en als persoon zit je in het gesprek . Maar je kunt al die dingen bepaalde dingen ga ik niet toepassen omdat ze mij niet passen, maar hè, als je over energiebalans, een manier waar op je dat benoemd en hoe je daar mee om gaat en wat je mensen dus meegeeft, ja dat kan best wel heel anders zijn, maar de manier waarop je ehm als je weet wat bij patiënten speelt enzo dan maakt het niet zoveel uit hoe precies je daarop in haakt als je maar je dingen eh aan de kaak stelt of bespreekbaar maakt of ehm, ik heb denk dat ze bij ons in principe alle bij ons alle drie goed terecht kunnen, bij sommige misschien net pas, soms passen mensen beter bij de stijl van jou persoonlijk als hulpverlener.

M: Je hebt soms een bepaalde klik of niet, dat is altijd als je met mensen werkt.

J: Ja.

M: Zelfde als bij de artsen.

J: Als ze een schop onder hun kont nodig hebben kunnen ze eigenlijk het beste naar Martje of naar jou en als ze eindeloos veel begrip nodig hebben naar mij. (gelach). Nou ja, je kent elkaars sterke en zwakke punten ook wel.

W: Ja. Dus hebben jullie van tevoren dan ook een soort van eh bespreking van hee, wie gaat naar wie of eh. Hoe gaat dat dan?

M: Nee..

J: Nee, ze worden gewoon bij ons ingepland.

M: De verpleegkundigen doen dat wel een beetje. Als zij iemand wat vaker hebben gezien en denken te weten waar iemand een beetje behoefte aan heeft, proberen ze wel te gokken en dan zeggen ze soms ook wel tegen die mensen van ga maar bij haar, want ik denk dat dat beter past. En ehm iemand mag altijd wisselen. Dat bespreek ik ook altijd.

J: Ja of als wij dat merken ja.

M: ja, als je denkt van bij een ander, na het eerste gesprek zeg ik altijd van laat het maar even berusten, denk er maar eens even over na wat je wilt, of je een gevolg wil of niet en of dat dan bij mij gaat zijn of dat dat bij iemand anders gaat zijn. Want dat kan gewoon, iemand mag gewoon bij wijze van, ik heb graag natuurlijk de reden, maar in principe mag iemand zonder reden zeggen van ik verkas naar Judith. Dat maakt niet uit.

W: En dat is dan vaak op eh dan laten ze het initiatief bij de patiënt.

M: Ja.

W: Is het, komt het wel eens voor dat jullie denken van ik merk dat het toch beter is als je naar een collega gaat, of is dat vaak niet...

J: Hmm...dat valt wel mee.. In mijn vorige werk had ik dat wel meer. Dan moest je wel langer met mensen zeg maar, intensiever contact in die zin, en met sommige mensen of problemen kon ik minder dan een collega, die was gedragstherapeut. Dat was echt niet mijn ding om heel geprotocolleerd, ik ben niet zo strak in structuur. Dat weet ik, dus dan is het handig als mensen dat in behandeling nodig hebben dat ze dan hop naar die collega, en die kon daar gewoon veel meer mee.

W: Ja.

J: Dus dat.. maar goed, op die manier behandel je hier niet. Dus dan is dat niet zo, wordt dat niet zo duidelijk als het niet zo goed past. Of of ja...Het is maar zelden ook dat mensen echt overstappen of dat het niet...hè we proberen wel, soms hebben ze die verplichte gesprekken, je kunt er wel drie hebben als je als alleenstaande binnenkomt, heb je het alleenstaande gesprek, keuzegesprek, als je dan ook eiceldonor wordt heb je dat ook nog, we proberen dat wel bij dezelfde persoon te houden, want dat is handig, dan hoeft je niet elke keer hetzelfde uit te leggen, hè dan ken je al iemand, tenzij ze zelf denken nou, dus niet nog een keer bij die, ik wil juist naar iemand anders. Dan moeten ze dat gewoon maar zelf aangeven. Maar ik heb eens een keer, misschien één keer per drie jaar dat ik denk nou, dat vind ik gewoon zelf niet zo fijne patiënt.

W: Hmm.

I: Hmm, ja.

J: Maar ja goed, dan zie je die maximaal nog één keer en dat is het dan.

M: Ja.

I: Heeft elk gesprek echt zo'n naam? Alleenstaande gesprek, keuzegesprek..

M: Ja

J: Ja. Krijgen jullie straks allemaal op papier.

Deel 2 van het interview

Afwezig: Marloes (vanwege een patiëntafpraak).

Aanwezig: Judith. Judith wordt bevraagd door Ilse en af en toe ook door Willianne.

Willianne typt ondertussen mee op de laptop.

I: Hebben jullie een maximaal aantal gesprekken?

J: Ja. We hebben een maximaal aantal gesprekken, alleen niemand weet precies hoeveel.

I: Okay.

J: De bedoeling is, dat ze krijgen hier wel begeleiding wat nodig is op dit stuk zeg maar.

I: Ja.

J: Maar als er bijvoorbeeld een uh achterliggend probleem is, als iemand uhm, verder nog uh, psychisch uh niet echt uh okay is of of uh intensievere begeleiding, iemand kan in basis wel okay zijn, maar verder intensievere begeleiding nodig heeft om hier doorheen te komen, zeg maar.

I: Ja.

J: Dan uh, er zit een grens aan zeg maar, al is het maar omdat mensen soms, weet ik veel, soms van de Waddeneilanden komen drie uur bezig zijn om hier te komen.

I: Ja.

J: Dan kom je niet elke week voor gesprek.

I: Nee.

J: Een andere reden is waarom uh, wij worden niet uh gedeclareerd, wij zijn niet te declareren zeg maar.

I: Uhm nee.

J: Dus het is echt een service voor patiënten. En als je iemand nou uh 18 keer ziet, dat kost 18 keer een uur van onze tijd. Uhm en dat is wel heel duur omdat we daar niks voor terugkrijgen van de verzekeraar.

I: Owja ja.

J: Dus en als er zoveel nodig is, dus er zit een limiet op, maar hoeveel het is, is ook best wel, laten we zeggen vijf keer ofzo. Zo zou redelijk zijn, alleen als iemand bijvoorbeeld na vijf keer eigenlijk wel weer in goede doen is, maar dan komt er volgens nog een halfjaar met drie miskramen achteraan, ja dan gaan we ze echt nog wel een keer zien.

I: Ja. Ja.

J: Kijk dan wil iemand dat graag en ook omdat sommige hulpverlening dus echt de balle verstand heeft van hoe je dit moet begeleiden.

I: Mm. Mm.

J: Uh das ook nog wel es een overweging als mensen echt niet ergens anders terecht kunnen.

I: Ja. Ja.

J: Sommigen reizen echt wel zo lang.

I: Ja.

J: Wij moeten ook wel voorzichtig zijn dat we niet alleen maar uh onze tijd weggeven uh voor iets wat we niet vergoed krijgen.

W: Nee precies.

J: Dat moet in die zin ook nog wel een beetje wat opleveren als het enigszins kan.

I: Ja. Dus het is echt.. uh..

J: Het moet niet veel kosten.

I: Nee precies. Dus het is echt een dienst voor uh patiënten hier eigenlijk.

J: Ja.

I: Ja. Ja.

J: Dus dat is ook een reden waarom het redelijk beperkt moet blijven want anders kost het heel veel geld.

I: Ja.

J: Waar we nooit iets van terug gaan zien.

I: Nee

J: We hebben wel gekeken of we het terug kunnen krijgen. Dat zou kunnen als je als GZ-psycholoog opereert zeg maar, wat we alledrie niet zijn en 't is nu bij mijn vorige werk had ik de registratie makkelijk kunnen krijgen, want daar behandelde je je echt.

I: Ja.

J: Dat moet wel tijdens zo'n opleiding. Nu is het heel lastig om die uh te krijgen en uh als fertiliteitstherapeut is gewoon niet erkend. Dus uh daar krijg vergoeden de verzekeraars niet.

I: Nee

J: Dus dat wordt lastig om..

I: Ja.

J: ..vergoed te worden.

I: Ja. Mm.

J: Dus uhm..

I: Ja. Ja.

J: dat is ook een reden.

I: Ja. Ja en uhm verwijzen jullie ook wel eens door zeg maar, dat je uh..

J: Ja.

I: Okay.

J: Zodra wij het niet meer uh kunnen doen..

I: Ja.

J: gaan we dus kijken wat dan wel.

I: Ja.

J: Uhm, alleen ik kan niet van heel Nederland of daarbuiten zelfs nog in kaart hebben wat, waar, welke therapeut daar zit of eh dat dat lukt mij niet.

I: Nee.

J: En er verandert ook te veel. Dus meestal dan zeg ik dat uh als ze een aardige huisarts hebben dat ze daar vooral mee moeten gaan praten, die weten vaak heel goed in hun eigen woonplaats hè, wat er te krijgen valt en wat niet.

I: Ja.

J: Uhm maar je kan soms wel inschatten wat voor, waar ik dan aan denk, dan moet psychotherapie zijn en cognitieve gedragstherapie uh, denk dat iemand opgenomen moet worden.

I: Ja.

J: Uh of uh..

I: Ja.

J: Ja, dus daar kun je wel ze meegeven..

I: Mm.

J: of eh..

I: Ja.

J: ..iets sturen vraag aan je huisarts waar dan, desnoods crisisopvang zit, of zeg uh..

I: Ja.

J: ..dan bel ik de huisarts, als het echt zo erg is..

I: Okay.

J: let op, deze mevrouw komt als het goed is binnen een week op bezoek..

I: Oja.

J: want dit gaat echt niet goed.

I: Dus dan sturen jullie ze eerst door naar de huisarts die dan een indicatie geeft.

J: Die weet veel beter..

I: Okay.

J: ..wat er in zijn of haar buurt te krijgen valt.

I: Ja. Ja.

J: Maar ik kan wel met de patiënt bespreken waarom ik denk dat ze hier niet terecht kunnen of beter elders hè, als ik denk of van te voren al meteen, ja uh, dit is zoveel breder dan het vruchtbaarheidsprobleem of dieper of gaat over onderliggend.

I: Ja.

J: Dus dan leg ik gelijk ook gewoon uit. Je hebt, ik denk dat je twee jaar psychotherapie nodig hebt..

I: Ja.

J: ..dat kan niet hier.

I: Nee.

J: Ga dat doen in Groningen en vraag dus aan je huisarts wat er bij jou in de buurt..

I: Ja.

J: ..te krijgen valt op dat gebied.

I: Ja.

J: En dan kunnen ze dus, dan heb je wel gericht geholpen. Of ik google zelf wel es wat er te krijgen is, maar vaak weten huisartsen veel beter, bedoel ik kan alleen..

I: Ja.

J: ..kan de patiënt zelf ook, maar een huisarts weet, kent soms wel, weet naar wie die verwijst.

I: Mm, ja.

J: Dan kun je soms ook beter inschatten of dat gaat passen of niet.

I: Ja.

J: Dus dat neem ik wel, ik denk aan inrichting wat er bij jou, in jouw buurt..

I: Ja.

J: ..te krijgen valt.

I: Ja, want kunnen jullie indicaties schrijven voor patiënten?

J: Uh dat kan, als een huisarts dan eerlijk zegt wat de huisarts als informatie wil, laat ze maar bellen.

I: Ja.

J: Je kan een indicatie schrijven, maar op zich het moet toch altijd van een, liefst toch voor de verzekeraar, ook via huisartsen.

I: Ja, ja precies. Ja. Mm. Uhm en als iemand hier een gesprek heeft, een patiënt, uhm gebeurt het dan meestal dat diegene wel iemand meeneemt uit het netwerk? Of doen ze het toch ook vaak alleen?

J: Algemene counseling uh vaak alleen.

I: Mm, mm.

J: Soms zelfs als 't een koppel is.

I: Okay.

J: Dan is het één van de twee die zo'n gesprek fijn vind en de ander niet..

I: Ja

J: ..of geen behoefte aan heeft of nooit uh, soms kun je heel duidelijk zien want er zit iemand die daar zelf uh iets van zag en nu zie je de partner zo...

I: Ja, ja ja.

J: ..in de weerstand achterover. Meestal ontdooien ze gaandeweg wel, maar uh zo kun je heel duidelijk zien wie het gesprek wilde en wie niet.

I: Ja. Ja.

J: Dus uh ja en voor de andere gesprekken, ik weet niet zo de percentages. Er zit regelmatig nog een vriendin, moeder, een vader soms nog, ook wel uh. Regelmatig komt er iemand mee..

I: Okay.

J: ..maar lang niet altijd. Bij algemene counseling, als er iemand meekomt, over het algemeen dus de partner.

I: Mm.

J: Maar verder heel vaak niet. Dan zit er juist niet iemand bij.

I: Mm, okay. Jaa.

J: Volgens mij zie ik ook van de koppels vaak één van de koppels dan dat ik ze allebei zie.

I: En doen jullie daar dan ook iets mee, als je dat ziet uh zeg maar dat je het netwerk erbij probeert te betrekken of juist de relatie?

J: Ja, dat kan sowieso het onderwerp zijn waar het over moet gaan, dus soms nodig je juist uit dat die iemand meekomt, moeder of of als wij bijvoorbeeld bij alleenstaanden de boel niet helemaal vertrouwen hebt of ernstige twijfels hebben, het gesprek moet dus alleen, maar stel iemand woont nog thuis en en ik heb mijn twijfels over hoe het thuis d'r uit ziet..

I: Ja.

J: ..ja dan zeggen we juist neem bijvoorbeeld wel een vader of moeder mee voor het volgende gesprek..

I: Ja.

J: ..of een zus, want als die zus uhm redelijk okay oogt en die zou bijvoorbeeld aangewezen voogd zijn of die zegt dat hè mevrouw zegt in het gesprek dat zus deel van de opvang doet..

I: Ja.

J: ..en we hebben twijfel bij de mevrouw dan is het handig dat je weet dat die zus, als we daar ook twijfel over hebben, dan denk je echt. Hmm.

I: Jaa.

J: Terwijl als je heel erg reëel in het leven staat en het goed aankan, ja dat geeft 'n ander beeld.

I: Ja.

J: Dus soms zeggen we juist dat iemand mee moet komen, zodat we beter inschatten.

I: Hmm, ja. Okay. Ja, ja.

J: Meestal nemen mensen iemand mee omdat ze gewoon graag willen dat diegene er is.

I: Dat er iemand bij is, ja.

J: Dat die meeluistert en denkt en uh dat is positief denk ik over het algemeen.

I: Ja. Ja. Hm, ja.

J: Ja, maar bij algemene counseling dus juist niet. Meestal.

I: Ja. Nee.

J: Dat komt ook omdat er, jaa, het ligt gevoeliger, graag, mensen willen graag, ja die hebben zelf gevraagd om dat gesprek.

I: Ja.

J: Dus das vaak een emotioneel iets.

I: Ja.

J: De meeste mensen vinden dat individueel dus fijner, zelfs als het in een relatie is, dus.

I: Jaa.

J: Ja.

I: Dat had ik eigenlijk niet gedacht, dat mensen dan ook uh alleen komen, ik dacht dan uh..

J: Ja. Heel vaak wel ja. Plus het is soms gewoon ook lastig om allebei tegelijk vrij te krijgen en ze..

I: Ja, voor behandelingen

J: ..zijn ook heel vaak, hè ze zijn al zoveel verlof, het is opgegaan aan de behandelingen.

I: Ja.

J: Uh.

I: Ja, dat is ook zo ja.

W: Uhm, bijvoorbeeld als als blijkt van wat de omgeving uh, dat ze het lastig vinden hoe de omgeving reageert op de situatie. Betrekken jullie de omgeving daar dan ook bij in gesprekken of praten jullie in de gesprekken alleen over de omgeving. Hoe gaat dat?

J: In ieder geval altijd dus praat je..

W: Ja.

J: ..over de omgeving, want ik wil horen waar dan het probleem zit en kijken wat degene zelf er aan kan doen om daar, al dan niet anders mee om te gaan.

W: Ja.

J: Of zich minder van aan te trekken als het moet. Want heel vaak vergeten mensen dat je omgeving gewoon ook kan instrueren; dat je een gebruiksaanwijzing kan geven van uh zo dit is voor mij helder als je met me omgaat..

W: Ja.

J: ..want soms moet je ook gewoon uitleggen aan de patiënt dat de omgeving het niet uit onwil doet, dat weten ze wel maar het is handig dat je dat effe herhaalt, maar dat de omgeving gewoon soms ook niet zo goed weet hoe ze daar mee om moeten gaan..

I: Nee.

J: ..dus dat je zo ook alleen maar helpt als je uh uitlegt geeft van dit is wat ik van je wil.

I: Ja.

J: De volgende kan iets heel anders willen.

W: Ja.

J: Mensen verwachten veel te vaak dat je maar dingen aanvoelt denk ik nog steeds.

I: Ja, ja.

J: Dus uh uhm en meestal als de omgeving het probleem is komen ze toch ook niet mee op het gesprek. Dus kan wel vragen, maar dat ligt dan, soms wel hoor, soms dan, ouders komen nog wel eens mee op gesprek. Maar die hebben dan zelf ook soms heel erg te vragen..

W: Ja.

J: ..Hoe moet ik hiermee omgaan? Hoe kan ik ze helpen?

I: Oja.

W: Dus de ruimte is er om mensen dan daarvoor uit te nodigen, maar niks is verplicht, maar gewoon als iemand dat wil.

J: Ja precies.

W: Hm, ja.

J: Nee, want het is zelden dat ik zeg, behalve misschien dan bij alleenstaanden bij wie we twijfelen: kan dit? Dan zeggen we wel eens: je moet de volgende keer je zus meenemen.

I: Okay.

W: Ja.

J: Maar dat komt niet zo heel veel voor hoor. Vooral moeten mensen het zelf zeggen. Wij zien mensen ook als mensen die eigen verantwoordelijkheid kunnen en moeten nemen.

W: Ja.

J: Dus wat betreft ga ik ze niet dwingen tot iets, want ja dat heeft over het algemeen heel weinig zin denk ik.

I: Ja, dat ook.

W: Ja, ja.

I: Ja precies ja. En maken jullie ook rapportages van de gesprekken?

J: Uh ja, nee niet zoals ik gewend was zeg maar om te rapporteren..

I: Hmm.

J: ..want dat moet dan bijvoorbeeld naar een arts of een bedrijfsarts of in die zin. Uhm, maar wij, ja, wij schrijven wel op, je ziet wel bij algemene counseling staat niks (hierbij wijst Judith naar de format voor algemene counseling), dus je maakt zelf aantekeningen waar het dit gesprek over ging.

I: Ja.

J: We hebben nog een registratiesysteem, waar ik soms ook wel uh bij de kolom bijzonderheden, dan zet ik op een aandachtspunt voor mijzelf voor een volgende keer bijvoorbeeld.

I: Oja. Ja.

J: Dan kan iets heel praktisch zijn van ik had ze dit nog mee moeten geven, dan bedoel ik letterlijk geven. Of ik moet een volgende keer daarna vragen..

I: Ja.

J: ..of uh die mevrouw heeft wel zoveel last van controle verliezen en machteloosheid. Als ik twijfel heb of het past ik hier kan bieden, dan schrijf ik dat altijd op want dan ga ik niet eerst uh acht gesprekken voeren..

I: Nee.

J: ..om ze dan vervolgens door te verwijzen.

I: Nee.

J: Als het zo loopt dan loopt het zo, maar liever weet ik dat zo snel mogelijk.

I: Ja.

J: Zodat ze zo snel mogelijk ook op de goede plek terecht komen.

I: Hmm. Ja precies. Ja.

J: Dat soort aantekeningen maak ik wel..

I: Ja, maar het is niet dat je na een gesprek een heel verslag gaat typen over uh..

J: Nee.

I: Nee, nee, nee.

J: Nee, juist niet, want dat is ook voor andere mensen inzichtelijk.

I: Hmm, hm.

J: En mijn werkaantekeningen die worden, hè wat ik hier op uh aanteken (Judith wijst weer naar het format).

I: Ja.

J: Dat wordt wel allemaal in gescand en dat komt in dit dossier..

I: Okay.

J: ..van mensen terecht. Maar we hebben ook nog een soort lopend dossier waarin met name artsen verrichtingen schrijven waar ze in hun cyclus zitten.

I: Ja.

J: Meer de praktische dingen, technisch, medische dingen. En daar zet ik niet persé heel veel op, behalve heel kort wat relevant was.

I: Oja. Okay.

J: Soms als bijvoorbeeld bij algemeen counseling gaat het ook over seksueel misbruik in het verleden of uh en het kan, het enige relevante daarvan bijvoorbeeld voor een arts kan zijn dat die mevrouw heel veel last heeft om daar op de tafel te liggen..

I: Ja.

J: ..en uhm of of hè dat dat ook heel moeilijk is om met een eendenbek daar dan een behandeling uh te verrichten. En dan vraag ik altijd of ze willen dat ik dat benoem.

I: Ja.

J: Als ze het niet willen doe ik het ook niet..

I: Okay.

J: ..ik vind het wel zo persoonlijk daar mogen mensen zelf over beslissen.

I: Ja. Ja.

J: Ik leg wel uit dat het heel nuttig is, soms als artsen het wel weten dat ze extra tijd moeten nemen of extra uitleg of hè uhm en artsen hier zijn ook wel gewend dat er bij sommigen wat meer nodig is.

I: Hmm.

J: Dus daar zeg ik dan altijd van: zal ik het dan opschrijven zodat de arts iedere keer weet, hè dat blijft dan gewoon bij jou dossier zichtbaar, neem extra tijd of hè wat er dan voor nodig is uhm, maar ik ga niet helemaal toelichten wat er dan in het verleden gebeurd is.

I: Nee.

J: Dat is A niet relevant en mensen willen dat vaak ook niet dat..

I: Nee.

J: ..ik dat weet is dan echt ruim voldoende.

I: Hmm.

J: Dat hoeft niet verder door..

I: Nee.

J: ..er kunnen te veel mensen in en dat is ook niet nodig.

I: Nee.

J: Als het nou nodig was okay, maar.

I: Ja, nee. Precies.

J: Dus er staan eigenlijk alleen de relevante dingen in.

I: Ja. Ja, ja. Als dan zo'n patiënt weer, of zo'n patiënt, weer terugkomt voor een uh volgend gesprek, uhm, dan weet je dan kijk je terug met je, op je aantekeningen of of uh..

J: Ja.

I: ..dan uh.

J: Ja. Mijn werkaantekeningen hier bijvoorbeeld kan ik wel zien.

I: Ja. Dat komt in het dossier, dus ook. Elke patiënt heeft een dossier?

J: Ja, nog een ander dossier dan het lopende met meer de artsendingen zeg maar uh.

I: Ja. Ja. Okay.

J: Ja.

I: Hm, hebben jullie ook eindgesprekken, eindevaluatiegesprekken?

J: Jaa, denk ik. Weet niet precies wat je je daarbij voorstelt, maar we hebben wel 's een afsluitend gesprek. Uh, zeker bij algemene counseling. Op een gegeven moment is het klaar.

I: Hm, hm.

J: Alleen zie je dat niet van tevoren aankomen, maar dan blijkt in dat gesprek van nou, nou loopt het wel verder of uh..

I: Ja, ja.

J: ..dan zeggen we altijd, als er iets is dan meld je je maar weer, maar in principe is het nu klaar.

I: Ja.

J: En het kan door hoe het traject verder loopt, toch weer opnieuw nodig zijn.

I: Ja.

J: Uh soms zijn er ook afsluitingsgesprekken, maar ik weet niet of dat was wat je bedoelde? Omdat mensen hier stoppen..

I: Okay.

J: ..ofwel omdat ze uhm uh een kind hebben.

I: Ja.

J: Ofwel omdat ze uh echt willen stoppen, omdat ze niet meer verder gaan met het traject, of omdat ze te oud zijn en niet meer geholpen gaan worden.

I: Ja.

J: Uhm, dat zijn hele andere eindgesprekken..

I: Ja.

J: ..want dat betekent dat ze kinderloos blijven.

I: Ja.

J: In ieder geval op deze manier dat het niet gelukt is en sommige mensen willen heel graag zelf daar een afsluitend gesprek voor. Ja, dat zal ik dan zeker doen. Sommigen willen juist helemaal niet meer überhaupt hier zijn dan.

I: Hm. Okay.

J: Want het is natuurlijk heel beladen als je hier heel lang bezig bent geweest en het is niet gelukt.

I: Nee, ja. Zeker. Ja.

J: Dus dan is het heel moeilijk misschien om voor zo'n gesprek dan nog hier te komen.

I: Ja.

J: Dus dat wisselt heel erg wat mensen daar zelf in willen.

I: Okay, ja.

J: Maar goed, als ik denk dat het een goed iets is om het te doen, zou ik dat zeker doen als dat mensen helpt.

I: Ja. Ja.

W: Hm.

J: Ik vind het altijd heel knap dat mensen uit zichzelf dat vragen dat ze dat graag willen.

I: Ja.

W: Ja.

J: En het helpt ze zeker die mensen die daarom vragen helpt zeker om daarna de stap naar een andere toekomst te gaan maken hè.

I: Okay. Ja.

J: Om het echt af te sluiten.

I: Ja.

J: Dus dat is wel een goede reden omdat zeker te doen.

I: Ja precies. Ja. En geven ze dan ook wel es iets terug qua feedback van nou uh het heeft me geholpen of..

J: Ja.

I: ..horen jullie wel eens wat terug?

J: Ja.

I: Ja? Hm.

J: Soms al aan het eind van het gesprek, dat ze het dan op een andere manier weer weggaan, zeg maar. En dat ze dat als een nieuw begin in plaats van een eind van iets ervaren.

I: Ja. Ja.

J: Uhm en soms hoor je iets omdat het uiteindelijk wel gelukt is en dan komen ze toch showen of omdat ze een keer een mailtje sturen nog.

I: Hm, hm.

J: Of uhm als ik ze verwezen heb, hè het stopt hier, maar ga vooral iets anders doen. Dus dan mail ik zelf om te vragen hoe het dan gaat of..

I: Oja.

J: ..of uit zichzelf dat ze dan zeggen, nu heb ik een goede begeleider gevonden of uh.

I: Ja, ja.

W: Ja. En, en in gesprekken uhm uhm, stellen jullie dan ook wel eens de vraag van: hoe vind je dit gesprek, uhm..

J: Ja.

W: ..om te checken zeg maar tussentijds..

J: of het nog uh of we wel goed doen.

W: Ja. Hoe het aanslaat zeg maar.

J: Ja. Uhm, niet structureel denk ik. Ik moet effe goed nadenken hoor.

W: Hm, hm.

J: Over het algemeen check ik wel of ze er iets aan hebben bijvoorbeeld, zeker als ik opdrachten geef of huiswerk of hoe je het maar wil noemen..

W: Ja.

J: ..uhm, meestal breng ik dat maar met een grapje, maar ook of ik, of ze denken dat ze daar iets aan hebben of iets mee zullen gaan doen, want anders kan ik het net zo goed niet doen natuurlijk, want het is de bedoeling dat het ze helpt.

W: Ja.

J: Dus ook of ze iets aan het gesprek hebben of dat ze überhaupt nog een keer willen..

I: Ja.

W: Ja.

J: ..of niet, dat vind ik ook best handig om te weten.

I: Ja.

W: Ja.

J: Maar meestal zeggen mensen er uit zichzelf iets van, eigenlijk wel, bij mij.

W: Ja.

J: Ik weet niet of het bij de anderen, het zal bij hen ook wel zo zijn.

I: Hm. Ja.

J: Ik denk dat de hele ontevreden uh, de hele ontevreden die krijg je ook te horen (op lachende toon)

I+W: (lachen) Jaa.

J: Die denken van ja uh ik had er niet zo veel aan. Ik denk dat is wat we meestal niet te horen krijgen; de wat neutralere..

I: Oja. Ja.

J: ..die denken hmm.

I: Ja precies. Ja, ja. Ze zullen het niet altijd uiten..

J: Ja.

I: Ja.

J: Soms weet je ook niet hè, want als het bijvoorbeeld niet te sprake is gekomen en er is iemand heel vaak heeft iemand bijvoorbeeld 1 of 2 gesprekken gehad, dan zeggen we nou hè, want dan gaat er nog vanalles gebeuren in de behandelingen dus dan meldt je maar als je denkt ik wil weer een gesprek, ik heb er iets aan, ik ben er aan toe. Ja en als ik dan niks hoor ga ik er maar vanuit dat het dus okay is. En als ze, maarja, misschien laten ze niks horen omdat ze dachten: 'hier had ik ook niks aan'..

I: Ja.

J: ..maar dat krijg ik dan dus niet terug te horen.

I: Nee. Nee precies nee.

J: En ik denk dan meestal maar: 'ze melden zich wel als ze nog iets willen'.

W: Ja.

I: Ja, dat is ook zo. Ja. Ja, ik zit te denken misschien zou het al best uh als er een evaluatie is, kort in zouden moeten vullen ofzo. Dan heb je wel ook al soort feedback op de counseling. Ja, het schiet zo even te binnen, maar uh ja.

J: Ze krijgen wel altijd standaard een velletje mee met verbeteradviezen, dus uh..

I: Ooow

J: ..dus daar moeten ze ook iets op invullen..

I: O dat is uh. Ja.

J: ..als ze counseling verbeterd willen zien.

I: Okay. Uhm, beetje gekke vraag misschien maar ben wel benieuwd wat jullie denken te betekenen voor patiënten.

J: Mm, mm. Mmmm. Steun, uhm in een moeilijke tijd.

I: Ja.

J: En steun in die zin, ik denk dat wij veel psycho-educatie doen.

I: Jaa.

J: Wij leggen uhm niet alleen, omdat de omgeving vaak niet snapt hoe het is om in zo'n traject te zitten..

I: Hm, mm.

J: ..wij leggen patiënten vaak uit die ook niet snappen hoe het is om in zo'n traject te zitten, want..

I: Ja.
J: ..ze misrekenen zich..
I: Ja.
J: ..ook hoeveel het ze kost.
I: Jaa.
J: Hè wat het emotioneel uh kost om lang bezig te zijn met een kinderwens die onvervuld blijft.
I: Mm.
J: Die stappen daar vaak wat naïever in.
I: Hm, mm.
J: Ja, van tevoren sta, als je hè als je niet bezig ben met überhaupt kinderen willen krijgen en als je dan 's een keer gewoon denkt: 'Hup pil de deur uit,..'
I: Ja.
J: ..zo gaat het heel vaak, laten we maar 's starten, dan ga je niet bedenken: 'o, hoe zou het zijn als ik drie jaar onder behandeling ben?'
I: Neee, nee.
J: Daar sta je gewoon niet bij stil.
I: Nee.
J: Maar dat betekent ook dat ze veronderstellen dat het wel kan, weet je wel, dat je maar gewoon door kan gaan, iedere maand die teleurstellingen..
I: Okay.
J: ..maar aan kan, dus zo vaak leggen wij uit wat er bij komt kijken, hoeveel..
I: Ja.
J: ..belasting het eigenlijk is.
I: Ja.
J: Uhm, want daar bekijken ze zich op..
I: Ja.
J: ..de patiënten zelf dus ook hè, dus ik denk een groot deel van wat wij doen is uitleggen dat dat zo is.
I: Jaa.
J: Uhm en dat heel veel mensen daar tegen aan lopen.
I: Hmm.
J: Uh en ik denk dat dat ook uh steunend voelt.
I: Jaa.
J: Hè, dat ze weten dat alle patiënten, grofweg alle patiënten, hier echt wel gespannen zijn.
I: Jaa.
J: En dat dat normaal is.
I: Ja.
J: Heel veel mensen denken van 'och ik ben een watje, en ik ben nu drie jaar bezig en ga ik dan hieraan onderdoor. Hoezo? En wat zegt dat over mijn veerkracht?'
I: Jaa.
J: Ja, niet zoveel dat uh lijkt mij dan gewoon heel menselijk.
I: Ja.
J: En dat is soms heel nuttig om te horen denk ik.
I: Okay, ja.
J: Maar ik denk dus dat het in de maatschappij een beetje ontbreekt in zich in wat dat teweeg brengt, kan brengen, dat is niet altijd zo, maar dat kan, dat komt regelmatig voor..
I: Ja.
J: ..maar niet alleen de maatschappij, dus ook bij de mensen zelf..
I: Ja.
J: ..dus in die zin is psycho-educatie een belangrijk onderdeel van ons werk.
I: Ja.

J: Enn verder uh, nou ja dat mensen, dat je erkent dus dat ze er last van mogen hebben, dat doe je eigenlijk daarmee ook.

I: Ja.

J: En soms gewoon hele praktische tips wat ze daaraan kunnen doen, nou ja van ontspanningsoefeningen of zeggen dat ze er überhaupt iets aan kunnen doen is al..

I: Oja.

J: ..soms heel verhelderend.

I: Ja.

J: En dat het, hè want als je uitlegt, dit is echt wel een belasting emotioneel gezien, dus dat lekt inderdaad heel veel energie in weg misschien is dus heel handig om gewoon te zorgen dat je die weer aanvult..

I: Hmm.

J: ..dat vergeten mensen want het dagelijks leven loopt door hè, je moet gewoon werken uh, de was doen, hè.

I: Ja, ja, ja. Precies, ja.

J: En uhm mensen vergeten dus dat het ze uh van alles en nog wat kost.

I: Hmm.

J: En dat dat wordt, dat is logisch als ook iemand overlijdt hè, of wat Marloes zei over als je je been breekt vindt je het heel logisch dat je daar niet op kan rennen..

I: Ja.

J: ..maar als je hart breekt, denkt iedereen dat je gewoon maar door kan gaan.

I: Jaa.

J: Mensen beseffen niet dat hun hart ondertussen al gebroken is..

I: Neee. Dat moet je ze echt vertellen gewoon, dat..?

J: Ja.

I: Jaa.

J: Ja, en dat daar consequenties aan zitten..

I: Ja.

J: ..dat je daardoor heel moe bent en prikkelbaar en je partner af en toe voor z'n kop kan schieten en hè, dat dat logisch is.

I: Ja.

J: Dat je daar wel misschien handig mee iets kan doen, voordat je uit mekaar gaat bijvoorbeeld.

I: Ja, ja precies.

J: Zoiets?

I: Ja, ja.

W: Uhm, hoe gaan jullie ermee om met, ik bedoel, je bent zelf ook een mens, je hebt zelf ook meningen, ideeën, uhm, laat je die merken of..

J: Als ik denk dat dat functioneel is. Mijn uh, kijk als je een interventie doet, dat kan van alles zijn, en mijn mening geven kan een interventie zijn. Ik merk dat ik heel vaak tegen mensen zeg dat ik dat best normaal vind, want dat is een nuttige interventie.

I: Jaa.

J: Omdat mensen heel vaak denken dus dat het niet normaal is, dat ze last hebben van weet ik veel wat. Maar soms ben ik het gewoon niet zo eens met mensen of of zou ik het zo niet zien of.. Maarja daar hebben ze niks aan als ik dat ga lopen ventileren.

W: Nee.

J: Als ik een mening heb, kijk ik wel of die mensen er iets aan hebben om die aan te horen.

W: Okay.

J: En zo ja dan zal ik die melden en zo nee dan doe ik het niet.

I: Ja, ja.

J: En als het me dwars zit meld ik het dan wel tegen mijn partner thuis of tegen een collega.

I: Ja (lachend).

J: Als ik last heb van die mening. Maar ik vind niet dat je zo een mening moet hebben hier. Nou ja je mag hem wel hebben, maar hij moet niet in de weg zitten in je werk.

I: Hmm.

J: Want het is heel makkelijk om een mening te hebben, over welke mensen wel of geen kinderen mogen krijgen, dat zie je ook hier bij collega's wel, en dan uh ja ja, dat vind ik niet zo goed. En dan helpen deze mensen nog steeds wel zo netjes mogelijk, maar dus jaa.

I: Je hebt een bepaald vooroordeel dan waarschijnlijk?

J: Ja en en tuurlijk heb ik die ook hè.

I: Hm, mm.

J: ..en want ik zie ook wel mensen waarvan ik denk ja dat zou ik echt anders doen, maar ik vind niet dat dat, dat zou niet mijn blik moeten vertroebelen in hoe ik die mensen het best kan helpen.

I: Neee.

J: Dus in die zin is het gevaarlijk om een mening te hebben, snap je?

I: Jaaa, ik snap het. Ja, ja.

W: Ja, dat is ook precies wat we op school ook wel zo terug krijgen.

J: Hm.

I: Ja.

J: Want het is juist een onderwerp waar mensen heel makkelijk een mening over hebben.

I: Ja.

W: Ja.

J: Dat is niet handig in zo'n geval, want daar lopen juist heel veel patiënten tegenaan dat iemand zegt: 'o dat moet je zus of zo doen of laat maar los of dat kan toch niet weetje als je zo doet of wat moet dat kind er wel niet van vinden..?' of...

I: Ja.

J: ..'Twee vrouwen mogen geen kinderen krijgen..'. Ja daar heb je allemaal niks aan als je dat inbrengt.

I: Neee.

W: Nee.

I: Ik las ook in één van die boeken dat die uh vrouw dan uh die, ja goed, toch het zwaarst deel van de behandeling meemaakt. En ook zoiets als van: 'ja, het helpt mij gewoon als mensen alleen maar naast me gaan staan en alleen maar met me meehuilen, bij wijze van spreken. Niet meteen met een uh ja een mening klaarstaan of met een oplossing' of uh..

J: Meestal heb je daar echt niks aan.

I: Nee.

J: Hoeveel mensen hier niet gefrustreerd zeggen dat ze helemaal gek worden van het goedbedoelde advies..

I: Ja, jaa.

J: ..van hun omgeving..

I: Hmm.

J: ..waar ze dus alleen maar chagrijnig vaak van worden of juist heel veel pijn doen.

I: Ja.

J: Ja, dus dat moet je niet doen denk ik dan maar.

I: Nee precies, nee. Uhm, hebben jullie iets in de counseling die jullie bieden waar jullie echt veel vragen over hebben, nou ja is dat, doen we dat nou goed of..? Hebben jullie één onderdeel waar je echt veel twijfels over hebt?

J: Uhhh uh, ik denk dat het soms, maar dat is denk ik specifiek voor mij..

I: Hm, mm.

J: ..ik denk dat anderen daar minder last van hebben, ik ben gewend om te behandelen dus ik vind het soms moeilijk om te zien waar het eigenlijk zou moeten stoppen en ik iemand dus zou moeten doorverwijzen. Want ik kan wel wat dingen doen in een behandeling..

I: Jaa.

J: ..en ik ben geneigd, als ik dan iemand zie waarvan ik merk dat ik iets mee kan om dat ook te gaan doen. Dus ik moet voor mezelf het in de gaten houden..

I: Ja.

J: ..dat ik op tijd uh, maar dat is denk ik specifiek voor mij.

I: Okay.

J: En waar we vragen over hebben elders, ja misschien zien wij toch dingen over het hoofd waar mensen mee zitten. We hebben wel eens gedacht over seksuele problemen, mensen durven dat vaak niet zo gemakkelijk te zeggen, hè dus dat is al een drempel.

I: Ja.

J: Dus wij zoeken ook wel naar een manier om dat bespreekbaarder te maken.

I: Okay.

J: Dus ik vraag er heel vaak maar naar, want door ernaar te vragen maak je al duidelijk dat het iets is waar je überhaupt problemen mee kan hebben..

I: Ja.

J: ..en waar je het dus over mag hebben.

I: Ja.

J: Alleen of dat nou de manier is of dat we daar standaard in onze protocollen, bijvoorbeeld bij de counseling keuze, naar moeten vragen..

I: Jaa.

J: ..met name dan misschien bij heterokoppels..

I: Hm, mm.

J: ..bij lesbische stellen is dat meestal niet zo'n item, want die kunnen toch geen kinderen krijgen als ze vrijen.

I: Nee, nee.

J: Uhm, dat bijvoorbeeld.

I: Ja, ja. Ja precies. En uh als jullie dat dan vragen merk je dan meteen ook wel dat het een gevoelig onderwerp is of..?

J: Dat wisselt heel erg.

I: Oja, ja.

J: Want bij de uh heterokoppels kan het héél beladen worden, want die moeten verplicht elke maand dan en dan vrijen..

I: Ja.

J: ..of die hebben dan dus jarenlang zo moeten doen. Of het is beladen omdat ze uh wel kunnen vrijen, maar dat daar geen kind uit gaat ontstaan.

I: Jaa.

J: Uhm, dat is voor veel mensen wel uh het mooist of het..

I: ..gewenst misschien, jaa.

J: Ja. Dus in, het kan op allerlei manieren heel makkelijk beladen worden.

I: Jaa, ja.

J: En ik denk dat in het algemeen dat te weinig aandacht voor is.

I: Hmm, hm.

J: En dat ook wij, misschien als minst erge nog, maar zelf bij psychologen dat makkelijk vergeten. En hangt het veel meer af of mensen daar zelf mee komen..

I: Ja.

J: ..dan dat wij het altijd aan de orde stellen.

I: Jaa. Als we dat al durven en uh..

J: Ja precies want je moet het mensen dus makkelijker maken..

I: Ja.

J: ..om er mee te komen.

I: Ja.

J: Of we dat verder goed doen, genoeg doen, dat weet ik niet. Dat vraag ik me een beetje af.

I: Hm. Want zijn er meer van dat soort kwetsbare onderwerpen waarbij je merkt van hé dan beginnen patiënten het echt lastig te vinden, het gesprek?

J: Ja, maar dat kan over van alles, of dat nou persé, nou ja seks is.. Vaak voor mensen wel een moeilijk om uh ter sprake te brengen..

I: Jaa.

J: Sowieso hoe het tussen hun gaat is moeilijk hè omdat je als partner vaak heel verschillend, ook de lesbische koppel als partner, verschillend reageert op uh de moeilijke situatie. Dat is ook een kwetsbaar iets om aan de orde te stellen. Of je ze nou alleen voor je hebt zitten of met z'n tweeën..

I: Ja.

J: ..uhm heel gemakkelijk krijg je verwijten over en weer, dus ik zit heel vaak maar te tolken, te vertalen wat de ander eigenlijk zegt, wat die ene dan weer zo slecht kan horen..

I: Okay.

J: ..of uh dat zijn moeilijke dingen want daar hangt veel van af.

I: Ja.

J: Uhm en het zijn vaak dingen die uh heel erg onbesproken blijven maar wel degelijk hun een effect hebben in het dagelijks leven, heel voelbaar zijn weet je wel.

I: Ja.

J: Want die een: 'o god dadelijk komt ze weer' en die ander denkt: 'ik mag er weer niks over zeggen'.

I: Ja.

J: Nah, weet ik veel. Dat gaat heel erg wringen tussen mensen, het zijn uhm, ik vraag me ook wel 's af dan voel je aan van alles dat dat aan het gebeuren is en dan denk ik ja: 'en wat gebeurt er als ik het aan de kaak stel, als je het ziet gebeuren. Ik denk, ik doe daar eigenlijk altijd wel iets mee.

I: Ja.

J: Maar wat is de consequentie daarvan? Want gaat het zo escaleren en exploderen, dan is het einde oefening.

I: Ja.

J: Of is het juist goed en lost het dingen op? Ik ben geneigd om te denken dat het dingen oplost.

I: Ja.

J: Meestal schieten mensen er niks mee op als dat maar zit te broeien en uh.

I: Nee daarom. Nee.

J: Maar goed, dat is mijn mening. (Lachend): Ah, ik heb wel een mening.

I: Ja, ja (lachend). Je bent gewoon ook bijna parttime ook relatie uh therapeut.

J: Soms wel ja. Ik was gewoon ook heel blij dat ik dat in mijn voorgaande werk wel een aantal keren had gedaan.

I: Ja, ja, dan heb je echt een voordeel dan aan, ja.

J: Dat is handig, als je een beetje breder ook wel al georiënteerd bent, dan kun je dat mooi inzetten, want je komt van alles tegen. Van mensen met burn-out tot relatietherapie of uh..

I: Ja er komt gewoon een patiënt en dan hoor je pas waar diegene het over wil hebben..

J: ..en dat kan van alles zijn!

I: Ja, dat is, je moet best wel snel schakelen dan.

J: Ja, wel leuk!

I: Jaa, ja. Zeker. Uhm..

W: Even kijken (wijzend naar notities) hadden we deze vraag al? Ik was nog benieuwd of er over het algemeen een gemiddeld aantal gesprekken is wat wordt uh gevoerd. Hadden we die al gehad?

J: Uhm ja, een maximaal aantal wel.

W: Ja, het maximum wel, maar een gemiddeld aantal gesprekken wat gebruikelijk is hier? Is dat er?

J: Nee, de verplichte gesprekken zijn duidelijk hè?

W: Hmm, hm. Maar..

J: ..het gemiddelde van algemene counseling?

W: Ja, ja.

J: Ik denk dat dat twee of drie is, maar dat is een enorme gok. Dat zou ik op moeten zoeken.

I: Hmm.

J: Ik weet dat ik er vaak wat meer heb dan bijvoorbeeld Martje (collega psycholoog). Vraag maar 's aan Martje wat het gemiddelde is. Dan zegt ze vast dat ik het hoogste gemiddelde heb denk ik. Het zou dus redelijk beperkt moeten zijn en soms is gewoon één of twee of drie gesprekken echt voldoende.

I: Ja.

J: Dat is uh ook wel het mooie ervan. Want het zijn gezonde mensen in principe over het algemeen.

I: Ja.

J: En ja, ze zijn misschien ergens onderweg dus geknakt of half geknakt, door de belasting door het traject en vaak nog andere dingen..

I: Hm, mm.

J: ..maar in basis zit het wel goed dus dan hebben ze niet zoveel nodig om weer de goede kant op te gaan. Dus je hoeft ook niet echt te behandelen over het algemeen. Zodra het behandelen wordt moeten we ze dus eigenlijk doorverwijzen.

I: Ja precies, ja.

J: Ik zou gokken drie.

I: Okay, ja. Uhm werken jullie ook wel eens aan acceptatie?

J: Ja.

I: Okay.

J: Van van alles. Van verminderd vruchtbaar zijn..

I: Hm, hm.

J: ..voor zover dat duidelijk is hè. Soms is het, maar goed ook dan is het nog moeilijk te accepteren, als de oorzaak.. als beiden ogenschijnlijk bijvoorbeeld vruchtbaar lijken, maar het lukt toch niet.

I: Zonder duidelijke oorzaak zeg maar?

J: Dat is heel moeilijk, maar soms moet je ook wel echt aan mensen werken aan de acceptatie voordat we het bij één van de twee dus niet kan. Geen zaad of geen eitjes uh en soms is dat een heel prominent aanwezig iets, dat acceptatie er nog lang niet is. Soms hebben mensen net vers te horen gekregen dat er dus iets niet werkt.

I: Okay.

J: Soms is het iets wat al heel lang geleden, vrouwen met turnen die weten meestal hun leven lang al, die hebben geen eitjes.

I: O, ja.

J: Dus dat proces is dan al geweest, maar soms heb je het daar toch nog over, want je hebt vaak ook lang gedacht dat ze überhaupt zelf geen kinderen konden dragen hè, zwanger konden zijn. Dat krijg je weer opnieuw, door een ander soort uhm en acceptatie als het uiteindelijk niet lijkt te gaan lukken.

I: Ja.

J: Het zit wel op allerlei vlakken.

I: Ja.

J: Of acceptatie dat het al zo lang niet lukt en hoe dan wel en uh..

I: Ja.

J: Dus dat iets wat regelmatig terugkeert.

I: Ja, ja. Ja. En dat doe je ook gewoon uit ervaring, die gesprekken rondom acceptatie, dat is gewoon hoe je het aanvoelt of..?

J: Ja. Ik weet eigenlijk niet hoe ik dat doe. Ik ga maar 's opletten!

I: Jaa.

J: Ja, benoemen dat dat wel een voorwaarde is om verder te kunnen..

I: Oja.

J: Dat is vaak wel heel verhelderend voor mensen.

I: Ja.

J: En dat het tijd kost en mag kosten.

I: Hm.

J: Dat soort dingen leg je gewoon heel erg vaak uit en dat dat haast niet kan als je vorige week te horen heb gekregen, u heeft geen zaad. Dan, sommigen zitten dan echt een week later al hier. Jaa..dat is wel heel snel.

I: Ja.

J: En dan hebben ze niet echt doorleeft uhm en dat moet dan nog komen en soms kun je dan best zo'n traject ingaan, maar soms is dat ook gevaarlijk. Dus dat benoemen we dan maar, want dan kom je pas gaandeweg tegen wat je dan eigenlijk er allemaal van vind, het moet nog inzinken de boodschap..

I: Jaa.

J: ..met de bijbehorende emoties en dan komt opeens een donor misschien juist weer in een heel ander licht te staan, dan kun je daar weer niks mee of.. dus dat uh.

I: Ja.

J: En we hebben nou binnenkort een soort bijspijkerkursus over acceptatie van wat wij kunnen doen dus in een relatief kort tijdsbestek als het definitiever lijkt niet te gaan lukken.

I: Okay.

J: Want echt intensievere begeleiding kan dus niet vanuit hier, maar je kunt misschien wel met een paar gesprekken iemand wel weer op weg helpen.

I: Ja.

J: Of of niet, maar goed daar gaan we 't dus over hebben: 'Kunnen wij dat? Hè, wat kunnen we bieden?'

I: Ja precies.

W: Zijn er nog dingen die je uh qua counseling hoe het er nu uit ziet, anders zou willen zien, maar dat dat niet kan vanwege dat het niet gedeclareerd wordt?

J: Jaa, af en toe zou ik wel graag meer kunnen doen, eventueel meer gesprekken want ik kan uh een aantal dingen uh, ik kan gewoon cognitieve gedragstherapie geven en uhm dat gebruik ik nu nooit. Want dat kan ik niet in twee gesprekken doen, want iemand moet daar mee gaan oefenen enzo. Uhm, dus dat laat ik achterwege en dat vind ik soms heel leuk; bij sommige mensen zou het zo goed passen, dus dan verwijs ik ze door naar iemand die cognitieve therapie geeft..

I: Hm.

J: ..maar dat kan ik zelf. Dat zou ik wel graag willen.

W: Ja.

J: En als het gedeclareerd zou worden, zou het juist heel fijn zijn voor sommigen hè als ze dichtbij genoeg wonen..

W: Ja.

J: ..omdat hier te doen.

W: Ja.

I: Ja, precies.

J: En verder in algemene counseling zijn wij heel vrij wat we daarin doen en ik denk dat je vanuit hele verschillende achtergronden altijd wel iets kan bieden, want ik ga geen dingen doen die mij niet passen omdat ik ze dan ook niet zo goed kan geven aan of hè, de kans is iets kleiner dat iemand daar dan iets aan heeft. Maar mijn collega's zijn misschien juist heel sterk in, dus je kunt altijd wel iets bijdragen zeg maar. Uhm, in die zin maakt het niet zoveel uit wat je precies doet, de techniek maakt niet zoveel uit, je kunt ja, altijd wel iets bieden met wat je wel kan.

I: Ja, ja.

J: En wij zijn zo vrij dus in die algemene counseling dat dat die ruimte er dus ook is.

I: Jaa, precies ja.

J: Je gebruikt juist jezelf denk ik heel erg. En in die zin is het handig, vind ik het handig dat uh algemene counseling die ruimte ook biedt om het zo te doen als ik denk dat goed is.

I: Jaa.

J: Maar goed, ik was al niet van de protocollen hè, dus dat is niet mijn sterkste punt. Dit past mij beter.

I: Ja. We hebben nog één vraag over die nog niet beantwoord is en dat is zeg maar: Wat zijn nu echt lastige casuïstieken voor jullie als psychologen en op welke vraag heb jullie dan geen antwoord?

Martje Ubbens, collega psycholoog, komt binnen en zegt dat het tijd is om af te ronden. Judith beantwoordt nog wel even de vraag. En Martje valt Judith bij.

J: Dan kun jij die vraag mooi onderweg beantwoorden.

M: Ja.

J: Ik vind de lastige dingen, de ethische kwesties in het grijze gebied. Kijk, de overduidelijke mensen die vooral uh niet hier moeten behandeld worden..

M: Alleen als je dan geen keiharde reden hebt.

J: Ja. En uh de mensen bij wie het niet zo duidelijk is of bij wie we het niet kunnen hard maken dat dat een slecht plan is. Ethische kwesties zijn, vind ik, het moeilijkst. De rest mag Martje maar beantwoorden (Martje lacht). Het is een hele interessante vraag.

I: Ja.

M: Nou, dat mag.

Het interview wordt hiermee afgerond. Judith wordt bedankt voor haar tijd en uitleg.

12.5 Topiclijst 1 - Patiënten

Doelgroep: Man-vrouwkoppels; *geen* counselinggesprek gehad.

Inleidend praatje

Aanleiding

- Wat maakt dat u mee wilt werken aan dit interview?
- Hoe bent u bij Behandelcentrum Geertgen terecht gekomen?
- Hoe heeft u gehoord van de mogelijkheid tot counseling?
- Wat was uw eerste gedachte daarbij?
- U maakt geen gebruik van de counseling. Wat maakt dat u hiervoor kiest?
- Wat is voor u een compenserende factor waardoor u toch kunt ventileren over de problematiek?
- Op welk moment zou u besluiten wel counselinggesprekken aan te vragen?
- Zou u dit samen met uw partner doen of liever alleen?

Netwerk

- Hoe speelt uw netwerk een rol in deze situatie?

Oorzaak

- Is de oorzaak van de verminderde/on- vruchtbaarheid bekend?

Oorzaak bij man

- Wat doet de problematiek met u als man?
- Hoe zou u willen dat hier in de counseling aandacht aan wordt besteedt?
- Hoe zou u het vinden om als man met een vrouwelijke psycholoog te spreken over kwetsbare onderwerpen als verminderde vruchtbaarheid?

Oorzaak bij vrouw

- Wat doet de problematiek met u als vrouw?
- Hoe zou u willen dat hier in de counseling aandacht aan wordt besteedt?

Geen aanwijsbare oorzaak

- Wat doet dit met jullie?
- Hoe zouden jullie willen dat de psychologen hier aandacht aan besteden?

Psycho-educatie

- In hoeverre vindt u het belangrijk dat een psycholoog ook kennis heeft van de medische kant?
- Vindt u dat er voldoende uitleg wordt gegeven door artsen en verpleegkundigen?

Verwachtingen

- Als u deel zou nemen aan counseling, met welke verwachting zou u dan het gesprek in gaan?

Behoeften

- Zou u het fijn vinden om eens met een psycholoog te praten?
- Zo ja, hoe zou u benaderd willen worden?
- Zo nee, wat zou u dan belangrijk vinden in hoe u behandeld wordt?
- Zou u het prettig vinden als iedere patiënt standaard tijdens de behandeling een counselinggesprek aangeboden kreeg?

- Hoe zou u het vinden om voorlichting te krijgen over de emotionele en sociale aspecten van verminderde vruchtbaarheid? (Denk aan: individueel, als stel, in een groep, anders...)

Relatie

(Voor eigen info) Topics: Seksuele relatie, communicatie, schuldgevoelens, beleving m/v, teleurstellingen, behandelingen.

- Wat is de invloed hiervan op de relatie?
- Zou u willen dat hier in de counselinggesprekken aandacht aan wordt besteedt?
- Voor veel koppels betekenen de vruchtbaarheidsbehandelingen een verandering in hun seksuele relatie. Er komt een druk te liggen op het seksueel contact en het kan daardoor niet meer ontspannen zijn. Is dit voor jullie herkenbaar? Op welke manier?

Ethische kwesties

- Waar liggen uw grenzen?

Eigen info: (Behandelingen als IVF kunnen ethische vragen oproepen, bijvoorbeeld: Wat doen we met de overige embryo's? Laten we die vernietigen, doneren we die aan andere mensen die verminderd vruchtbaar zijn of schenken we ze aan de wetenschap?)

12.6 Topiclijst 2 - Patiënten

Doelgroep: Man-vrouwkoppels, wel counseling gehad.

Inleidend praatje

Aanleiding

- Hoe heeft u gehoord van de mogelijkheid tot counseling?
- Wat was uw eerste gedachte daarbij?

Duur van de begeleiding

- Hoeveel gesprekken heeft u al gehad?
- Maakt u op dit moment nog gebruik van counseling?

Oorzaak

- Is de oorzaak van de verminderde/on- vruchtbaarheid bekend?

Oorzaak bij man

- Wat doet de problematiek met u als man?
- Hoe wordt hier in de counseling aandacht aan besteedt?
- Hoe vindt u het om als man met een vrouwelijke psycholoog te spreken over kwetsbare onderwerpen als verminderde vruchtbaarheid?

Oorzaak bij vrouw

- Wat doet de problematiek met u als vrouw?
- Hoe wordt hier in de counseling aandacht aan besteedt?

Geen aanwijsbare oorzaak

- Wat doet dit met jullie?
- Hoe besteden de psychologen hier aandacht aan?

Relatie

(Voor eigen info) Topics: Seksuele relatie, communicatie, schuldgevoelens, beleving m/v, teleurstellingen, behandelingen.

- Wat is de invloed hiervan op de relatie?

Verwachtingen

- Met welke verwachtingen bent u naar de counselingsgesprekken gegaan?
- Wat hoopte u met de gesprekken te bereiken?

Behoeften

- Wat zijn voor u belangrijke emotionele onderwerpen als het gaat om de verminderde vruchtbaarheid?
 - o Was/is daar ruimte voor binnen de gesprekken om dat te bespreken?

Psycho-educatie

- Een psycholoog kan uitleg geven over emotionele processen die zich in het hoofd afspelen. In hoeverre heeft dit u geholpen?
- Waarover zou u graag nog meer uitleg willen krijgen?
- Hoe hebben jullie de medische kennis van de psychologen ervaren?

Betrekken van netwerk

- Hoe speelt uw netwerk een rol in deze situatie?

- Hoe wordt daar in de counseling aandacht aan besteedt?

Ethische kwesties

- Welke ethische vragen spelen er voor u?

Eigen info: (Behandelingen als IVF kunnen ethische vragen oproepen, bijvoorbeeld: Wat doen we met de overige embryo's? Laten we die vernietigen, doneren we die aan andere mensen die verminderd vruchtbaar zijn of schenken we ze aan de wetenschap?)

- Hoe wordt hier aandacht aan besteedt tijdens de gesprekken?

Mate van tevredenheid

- In de enquête heeft u een cijfer gegeven over de mate waarin u tevreden bent over de counseling.

U heeft een gegeven.

Wat maakt dat u dit cijfer gekozen heeft?

Eigen info: - Wat zijn de positieve kanten?

- Wat zijn de verbeterpunten?

- Welke tip(s) zou u geven voor een hoger cijfer?

12.7 Labelschema

Interview code	Open codering	Kernbegrip	Thema
170414-1	245. Dus ik had ook voor mezelf een doel gesteld, van ehm dingen die ik af wil hebben, voordat ik eventueel zwanger wordt..	- Doelgerichtheid	Copingstrategieën
180414-2	2. Ja we hebben ook heel lang de overtuiging gehad dat het persé op de natuurlijke manier moest en toen kwamen we er eigenlijk vorig jaar een beetje, rond de zomer, achter dat we eigenlijk toch wel heel graag wilden.		
240414-3	59. Als je in zo'n traject zit dan heb ik ervaren, dan zit je in een soort van bubbel. En ja, je houdt mensen een beetje van je af en je denkt eigenlijk alleen nog maar aan één ding en dat is het zwanger worden.		
	61. Ja, je leeft een beetje in je eigen wereld en je gaat dan gewoon door totdat je je doel hebt bereikt.		
010514-6	93: Maar wat gebeurd er als je stopt met de pil? Je hebt de wens die maak je samen, je hebt een keus gemaakt om met iemand een, zo ver te willen gaan dat je daar een gezin mee wilt stichten. Wat gebeurt er dan in je hoofd. Dan wil je het liefst ook dat dat nu (slaat op tafel). Dus je gaat op marktplaats kijken, en je gaat naar Prenatal.. Toen hebben wij de domme fout gemaakt om een kinderwagen te kopen. Heel.. ja gewoon een hele mooie aanbidding, een hele mooie kinderwagen.		
	248: Ja ik stond er wel zo in van uh ik weet niet of ik verder behandelingen wil, maar ik wil wel weten, ik wil er wel aangedaan hebben wat ik op dat moment voor mezelf er aan gedaan wilde hebben. Dat ik niet achteraf denk van uh had ik nog maar dit en had ik nog maar dat.	- Grenzen verleggen	
	299: Dit gaat voor op de rest, op ons werk wat voor ons allebei belangrijk is, gaat dit absoluut voor.		
	371: O jawel, maar ik, je hebt ook werkgevers, nu ben ik eigen werkgever, maar je hebt verantwoordelijkheden zeg maar, en je hebt ook werkgevers van: plan maar in je eigen tijd. Succes. Maar op een gegeven moment zei zij ook, ze werkt bij de supermarkt. Ze heeft een bepaalde dag vrij en zei ze van we plannen 90 procent in die uren. Op een gegeven moment was het, als ik vrijdag maar niet moet, dan is het goede vrijdag. So be it. Vrijdag... ik bedoel ze heeft 15 jaar voor de zaak klaar gestaan, nu is ze zelf bezig. Weet je wel? Ik ben daar wat harder in..		
020514-8	21: Dat was gewoon, oke dat zijn misschien hun regels, van dit en dit is er...en klaar. En toen is eigenlijk mijn partner gaan zoeken, googlen, wat is er nog meer aan mogelijkheden en zij had weer van een vriendin gehoord van ik zit daar en daar misschien heb je daar ook wat aan, of hebben jullie daar ook wat aan en toen is ze zelf gaan informeren en toen hebben we een afspraak gemaakt en toen vroeg ze of ik er voor open stond en ik had zo iets van ja natuurlijk, de kindervens is heel groot.		
180414-2	6. Wat je ook zou kunnen doen is eiceldonatie en in eerste instantie, eigenlijk daarvoor hadden we ook wel es van die term gehoord maar zoiets van ja, dat gaat veel te ver en uhm toen hadden we toch iets van nou misschien moeten we ons toch eens inschrijven op zo'n wachtlijst dan kunnen we altijd nog nee zeggen.	- Grenzen verleggen	
	65. Zo bang ik straks misschien dat het echt niet, dat je echt dat punt voorbij bent. En shit, ik heb niet alles er aan gedaan, weet je?		
	275. Maar het is voor mij denk ik echt wel zoiets van ja laten we het in ieder geval proberen want dan heb je het.. weet je wel dan heb je niet spijt later.		
	292. Je komt steeds op jezelf terug hoor.		

010514-5	143. wat we ook wel besloten hebben is om wel ergens een grens te trekken. Want je kunt natuurlijk na dit traject nog weer eiceldonatie en maar dat doen wij dus niet.		
	149. Je kunt inderdaad zeggen we willen perse kinderen in onze relatie. En dan kun je heel ver in gaan. Het kan echt tien , vijftien jaar duren en dan lukt het nog niet. Maar je breekt jezelf wel helemaal af. En dat willen we dus niet. We willen dus ook nog wel genieten van het leven		
	151. het klinkt heel makkelijk maar zo hebben wij de route uitgestippeld zeg maar voor ons. Dan is het ook helder. Daar heb ik dan heel erg behoefte aan. Want ik heb er een hekel aan van links naar rechts schieten. En dan is het ook afgebakend.		
010514-6	123: ..ik sta daar anders in als hem. Bij mij is het wel zo, dat komt denk ik ook door de dingen die ik heb meegemaakt in m'n leven. Als het niet wil, dan wil het niet en dan is mijn leven niet kapot.		
	125/127: Dat zeg ik erbij. Ik zou het een kers op de taart vinden, dat ik een, dat wij een kindje mogen krijgen van ons samen. Dat zal de liefdesbekroning ever worden, ik zal het helemaal top en geweldig vinden. Maar ik ga niet helemaal tot het gaatje om... (...) En het kan ook best wel zijn dat je voor bepaalde keuzes staat, dat je je grens verlegt hè?		
	163: ..Kijk uh dat zei ze ook met IUI. Doe ik niet. Op een gegeven moment ga je daar weg en toen hebben we gezegd: we komen vier/vijf maanden niet en in die maanden knaagde het en dan ga je toch.		
	279: Ik denk dat ik uh.. Ja daar heb ik zo vaak over nagedacht, maar weet je misschien probeer ik dat ook wel een beetje uit zelfbescherming, want ja, ik denk, weet ik veel wat ik zou doen. Ik uh...		
020514-7	212. Ik had dat nooit bedacht, dat ik überhaupt ICSI-behandelingen zou gaan doen en laat staan dat ik het donorverhaal in zou gaan. Ik dacht gewoon van nou ja, als het niet lukt, dan lukt het niet en dan zou ik dat moeten accepteren, maar ik ga niet allemaal die medische molen in en dat waren allemaal uh verwachtingen die ik van tevoren had.		
	228. Ik zou nooit voor een donor gaan, dat ik denk ja.. dat zei ik 10 jaar geleden ook dat ik dat nooit zou doen.		
180414-2	179. Omdat je ook die verhalen kent van mensen die, waar bijna hun relatie kapot gaat door IVF of IUI. En daar, ik denk dat we allebei zoiets hebben van: 'dat gaat niet gebeuren!'	- Praten	
240414-3	33. Ik was lid geworden van Freya. En ik had daar aangesloten bij een mailinglijst voor ICSI eh patiënten en daar heb ik heel erg met mijn ei bij terecht gekund...Dus dat was echt wel heel fijn.		
	49. Dat was bij Freya heel erg fijn, want daar waren allemaal mensen die ICSI deden, dus dan konden wij echt gewoon klagen bij elkaar en inmiddels zijn we met een clubje die allemaal zwanger zijn of kinderen hebben, hebben we een whatsapp groepje, dus we hebben nog steeds nog een beetje met elkaar contact.		
	194. En daar praat ik dan niet zo heel veel over. Maar hij merkt dat wel, dus daar moet ik dan wel over gaan praten.		
	388. Ja het is ook wel fijn om dat te delen en ook om anderen daar misschien mee te kunnen helpen hè. Van uh, ja, dat heb ik nu ook heel veel met m'n vriendin. We zijn echt lotgenoten en uhm, zij heeft ook het gevoel dat ik de enige ben die haar echt begrijpt.		
290414-4	186. Dus wij zitten al in een soort traject met elkaar van veel praten.		
	336. Ik heb sowieso één van m'n medewerkers. Daar kan ik gewoon wat dat betreft zeer open daarover uh praten. Die vraagt er ook een goede manier na..		

010514-6	180: Dus.. zij doet eigenlijk meer de, ja de behandeling zeg maar hè? Maar weer qua hoe we erin staan en, ja hoe moet je dat zeggen. Uh hoe de behandeling volgt zegt maar op dat moment. Ja op dat moment is het voor haar wat minder om dat op te nemen zeg maar. Dan ik daar.. na die tijd hebben we het er ook goed over zeg maar. Hé ze gaan dat, dat, dat, dat doen.		
240414-3	161. We hebben het ook een beetje, af en toe als grapje gedaan en eh gewoon.. een beetje de lol ervan in zien.. ja.. het is niet heel lollig, maar op een gegeven moment dan ga je er wel een beetje grappig mee doen.	- Humor	
010514-6	75: Dan zeg ik altijd van uh: ja nou ja die hebben we op bestelling bij Bol.com en die heb wat vertraging.		
	824/826: En moet ik dan maar op een steentje blijven zitten.. 'ja die kindervens.. ja het is niet gelukt.. wat erg...oh wat erg.' Maar jongens, daar heb je toch jezelf mee? (..) Ja, je moet zelf de slingers ophangen hoor.		
170414-1	262. En dan heb je toch meer vrije tijd om met je hoofd te doen wat je wilt en dan is afleiding zoeken echt van belang.	- Afleiding zoeken	
	257. Ja, want ik, ik kan fysiek heel weinig, dus het is niet zo dat ik afleiding kan zoeken in de vorm van lekker naar vriendinnen gaan, of...		
	226. Ik heb allerlei knutselprojectjes, weet je wel, en je doet dingen om bezig te blijven, ik denk dat dat heel waardevol is, want je wordt echt gek als je op de bank gaat zitten malen over wat er allemaal fout kan gaan.		
	226. Maar ik denk dat het voor veel vrouwen heel waardevol is, want als ik niet afleiding zou zoeken, zou ik echt gek worden, want....ja, je wacht!		
	220. Je kunt jezelf niet dwingen om het sneller te doen, al hebben we het wel geprobeerd (lacht), maar het werkt helaas niet, dus ja.. het is afleiding zoeken en het is gewoon ja...		
	209. Ik moet heel erg mijn best doen om er naast nog dingen te doen, want je bent zo, ja het is belachelijk, want je kan die hele week natuurlijk alles doen, maar in totaal 4 uur bezig, op de maandag, maar je bent er constant mee bezig.		
240414-3	170. Hij heeft denk ik met zijn vrienden er over gehad, of hij wilde lekker stappen, of weekendjes weg of voetballen, dat is zijn uitlaatklep..		
	172. Als ik dan een terugplaatsing had gehad, dan gingen we echt leuke dingen doen, echt gewoon even winkelen, of een weekendje weg, of...daarna, als het mislukt was, ook even huilen, maar dan gewoon weer door.		
010514-5	46. Ja ik verwerk dat gewoon op mijn manier en ik heb druk een hele hoop afleiding, ik heb werk, ik heb geen hormonale schommelingen natuurlijk daardoor. Dus ik heb daar moet ik zeggen, ja ik ben vrij positief van mijzelf dat sowieso en teleurstellingen ja die verwerk je op een gegeven moment.		
	228. Want ze had in mijn beleving de meeste last als ze alleen thuis was. En op de bank begon te malen bij wijze van spreken.		
010514-6	38/40: Ik bedoel ik pak mijn hond en ik ga daar 1,5 uur mee naar het bos. Dat is voor mij.. die hond is mijn therapie. Ja dat klinkt heel stom..		

	299: We maken er wat gezelligs van hè. We moesten dan afgelopen zaterdag met koningsdag voor een inseminatie. Nou toen zijn we daarna ook nog ff daar de stad in geweest en ff gekeken hoe het daar was en ja je maakt er ook elke keer maar wat leuks van hè. 357: En het gaat ook echt niet altijd alleen maar hier over hoor.		
020514-7	46. We zijn niet een stel wat dan uh daar continu mee bezig is geweest. We hebben ook periodes gehad dat het gewoon echt een half jaar of een jaar naar de achtergrond hebben geschoven en dat we er niet actief mee bezig waren, weet je wel. Om onszelf ook uh ja. Dat we niet alleen maar met uh ja het richten op een kind, weet je wel. Dat er ook nog andere dingen zijn dan alleen dat.. 119. Maar omdat wij heel duidelijk uh op bepaalde momenten er bewust voor gekozen hebben om het dan heel de tijd los te laten en gewoon lekker op vakantie te gaan of uh ja andere dingen in ons leven te kunne doen, juist omdat je geen kinderen had of hebt, dat uh ja dat maakt dus dat het ons niet opgebroken heeft. Dat werkte voor ons wel zo ja.		
180414-2	50. ..ik wil het zo graag en, maar eigenlijk, we zijn er wel altijd best wel nuchter in geweest: 'Van ja, we gaan het gewoon proberen en we zien het wel'. Ik denk dat op het moment dat wij erachter komen dat we echt geen kinderen kunnen krijgen meer of dat het niet meer lukt of dat het 141. Teveel werk is of wat dan ook en het is definitief dan denk ik dat het voor mij wel zwaarder zal zijn dan nu. Uhm, maar op dit moment heb ik gewoon weinig, ik heb zoiets van ja we zien het wel en.. weet je wel. En als het niet lukt, dan lukt het niet. Ik ben er ook best wel nuchter in. (..) Misschien ook wel zelfbescherming om er zo over te denken. 147. Ik denk dat als het echt definitief wordt... kijk nu zijn we nog, is er nog hoop weet je wel. Ik bedoel het kan nog en het is mogelijk. Uhm, dus ja de kans dat het wel lukt is is ook aanwezig. (..)Als het straks echt helemaal van de baan is, dan uh is het psychologisch waarschijnlijk een stuk moeilijker om dat te verwerken. Die hoop is dan ook weg dus.. 189. Voorlopig houden we nog goede moed	- Hoopgerichtheid	
240414-3	101. Hij vond het wel moeilijk, maar hij heeft altijd wel heel erg eh in gelooft dat het zou gaan lukken. 136. We hadden echt wel die hoop, ook echt wel gewoon weer ja, toen bij Geertgen waren we zo van: nou, hier gaat het wel lukken, want huppatee, een hele voorraad met embryo's en dan moet het gewoon een keer lukken.. 146. Wij doen het voor je, wij maken die baby en jij gaat gewoon je leven leiden, leuke dingen doen, ik ben nu ook op paardrijden gegaan en gewoon wijntjes als je daar zin in hebt en als je weet dat je zwanger bent dan stop je daarmee, en hij bleef gewoon heel erg positief. En dat was gewoon heel erg fijn.. 153. Als het gewoon kan, dan is het gewoon fijn dat ze dat dan motiveren van nou, hè, gewoon doorgaan...		

010514-5	46. teleurstellingen ja die verwerk je op een gegeven moment en dan uh ja die moet je op een gegeven moment een plekje geven en dat slijt. Ja tenminste bij mij wel en dan ga ik er weer volop tegenaan. Ja, zo doe ik dat eigenlijk		
	139. Maar goed we gaan ervoor dus dat hebben we gezegd en dat zetten we het gewoon aan de kant.		
010514-6	399: Ja, ik weet niet beter, maar ja goed, ik vind dat wel iets moois. Maar ik ga er niet vanuit dat dat (pleegzorg) nodig is. Ik ga niet nu zo instaan van...		
	420: Ja, ja. Je bent wel in ieder geval.. Ik vind als ik dan weer ongesteld wordt, vind ik dat echt heel erg, maar dat vind ik dan, dat vind ik één dag heel erg en dan denk ik. Ja sorry dat ik dat dan zeg: (vloek) ik ben weer ongesteld geworden. Maar een dag later denk ik bij mezelf: kom op, schouders eronder, het glas is halfvol, niet halfleeg. Volgende maand. We gaan weer spuiten en dan uh..		
020514-8	208: en nu, in het nu, want ik wil vooral in het nu kijken zeg maar, denk ik van nou...inderdaad, leuk leven en het leven is leuk.		
170414-1	4. Ik ben jong, en ik heb een andere reden om daar te lopen dan de meeste mensen, en over het algemeen wordt je dan niet serieus genomen en wat kleinerend behandeld, van nou ah joh, wat weet jij nou helemaal...en dat heb ik bij hun helemaal niet gehad. Daar wordt gewoon heel serieus geluisterd en ze keken eerst wel even van, ben jij 16 ofzo, als je daar binnen wandelt...	- Aandacht	Psychosociale behoeften
	406. Dat je dan dat aanbod krijgt... Dat wil ik wel echt meegeven, van jongens, kijk later eens, want die test ben ik door en het voelt voor mij ook echt als een test, dus daarom denk ik ook echt van, oahh, die test ben ik goed in geslaagd.		
	180. Ja, dat er op een gegeven moment ook gewoon een check op wordt gedaan van: Jongens, houden jullie het hoofd nog boven water?		
	8. Ik ben vanaf dat punt serieus genomen en dat was voor mij zo een verademing.		
	135. Toen werd er wel echt persoonlijk aandacht besteedt. Echt op specifieke jou situatie heel duidelijk vragen gesteld. Echt, op mij gericht.		
	133. Die verpleegkundige vroeg, hee jongens, en als je er dan uit ziet alsof je door de...op een gegeven moment zijn we er geloof ik zes keer in twee maanden geweest en die mevrouw vroeg van meisje...gaat het nog wel? Nou, dan gaan de tranen lopen en dan heb je...maar nu elke keer 10 min binnen en dan sta ik weer buiten en verder helemaal geen....niks...echt heel onpersoonlijk...		
	126. Het is ook dat ze fysiek zien wat er aan de hand is en weten dat alles goed gaat, maar er wordt verder niets gevraagd van hee, hou je het nog vol, stort je niet in ergens (...). Maar dat is natuurlijk heel persoonlijk, dus die aandacht is op zich wel...		
290414-4	30. Die vroeg nog een beetje van eh hee...hoe ben je, hoe zijn jullie er nou onder en eh... En dat is eigenlijk de eerste keer...want voor de rest...ja er is.. ik.. er wordt daar niks gevraagd of gedaan.		

	49. En dan denk ik, als je daar als behandelcentrum zo in gespecialiseerd bent en je hebt dan eigenlijk psychologen in pandig, ik zie ze regelmatig lopen, dan denk ik ja, als we daar dan een jaar rondlopen, we hebben twee miskramen gehad, kun je dan niet een keer vragen van, goh, hee, dan moet je dat zelf vragen... 67. We hebben inderdaad het gesprek samen gehad, ik denk dat het zonder partner ook nog wel eens een keer goed was geweest. 116. Om het half jaar ofzo.. op bepaalde momenten dat je zegt van goh luister.. je hebt nu zoveel behandelingen gehad, luister, hoe zitten jullie er in en eh... willen jullie een keer gewoon even een keer puur daarover hebben ofzo.. 291. bij die miskraam.. hoe hebben jullie dat nou echt ervaren.. kijk en dan heb je het gevoel van hee... ik kan ook daarmee hier terecht en we kunnen ook hierin ondersteuning krijgen. 537. Ja er zijn hormonen bij daar hebben de meeste vrouwen geen last van en sommige hebben er heel veel last van. Nou prik daar es op door. Misschien kan de psycholoog de link leggen van, ik weet dat er ook andere medicatie zijn en ga dat eens bespreken met uh...		
010514-6	324: Ja wel, je komt er gewoon anoniem binnen of ja hoe moet je dat zeggen. Of je nou dik, dun, lang, klein bent.. 683: Vind ik fijn, dat is gewoon persoonlijk. Je bent gewoon geen nummer en je wordt ook gewoon bij naam genoemd.. ja, gewoon..		
020514-7	60. Maar ik moet zeggen dat ik het allemaal een heel prettig gesprek vond omdat je gewoon uh dat er een soort verdieping kwam, want zij stelde, het was een zij, de psychologe, die stelde echt wel verdiepende vragen waardoor wij samen echt ff goed moesten nadenken van oké, uh hoe voelen wij dat? Hoe zien wij dat? Uhm, wat betekent het voor ons? Hè bijvoorbeeld één van de vragen was van uh, waar ze best wel op inging was van of wij uhm goed hadden verwerkt dat we dus geen eigen kind zouden krijgen.		
20514-8	39/41: Ja. Merendeel weet je toch, tijdens de gesprekken van, van ja, herinnering van gesprek. Ja, ik ben onlangs net mijn vader verloren in januari.. (..) Ja.. dat kwam er dan nog uit.. 88: er was ook gewoon genoeg eh ruimte om zelf in te brengen waar je het over wilde hebben.		
170414-1	10. Dat je niet alleen je leeftijd bent in de vorm van je geb. datum, maar je leeftijd in hoe je je gedraagt, dat heeft voor mij echt enorm geholpen. 389. Ze besepte dat ik er over na had gedacht en ze vond mijn besluit acceptabel en goed beredeneerd en dan klaar. 139. Dan kan ik me heel snel voorstellen dat écht zo ontzettend zwaar, zowel fysiek als mentaal. En je staat elke keer, dan sta ik weer buiten en dan denk ik: Are you kidding me?	- Erkenning	
240414-3	243. Ja ook misschien wat uhm erkenning van uh: het is inderdaad gewoon een moeilijk traject en daarna gaat het ook nog door, het is niet in één keer afgelopen en uh het ligt niet aan jou, hè het is, het hoort erbij. Zo een beetje dat uh..		

290414-4	93. En ik heb gehoord dat jullie al bijna 7 jaar bezig zijn, wij zijn nu 8 jaar bezig.. eh luister, dat is ook niet niks...hè van goh, mocht je ook maar iets hebben of denken van joh.. even een keer behoefte aan...ik ben er.. ik heet die en die...je kunt me via de balie een keer vragen of via een dingen vragen of eh...		
010514-6	447: Dat sterkt mij wel die gedachte, dat ik absoluut, dat wij absoluut niet de enige zijn		
020514-8	102: En eh die (de psycholoog) heeft dat gewoon aangehoord en die heeft gewoon daarin eh.. ook wel weer een helpende hand in te steken. Dat is voor jou zo en dat is voor jou zo en voor jou zo.		
	204: Nou, dat is wel.. ik ben wel iemand die eh.. soms wel wat bevestiging nodig heeft.		
	374: Nou op zich...het kan je wel helpen ook...je hebt steun aan elkaar. Ja. Een praatgroep zou misschien wel een idee zijn.		
170414-1	51. En die zag niet het probleem en die legde al heel snel uit dat het op het moment dat je eh aan eiceldonatie wil, wat bij mij meteen duidelijk was, dat is de hele reden, dat je dan counseling moet ondergaan.	- Informatieve voorbereiding	
	404. Echt dat er buiten de drie verplichte gesprekken dat er ergens tussendoor dus duidelijk wordt aangeboden dat je er nog heen kán.		
	353. Folders, papieren en dan krijg je nog hét contract. Nou, dat is helemaal dat je echt een advocaat erbij moet nemen, wil je dat echt goed begrijpen. Het is echt super complex.		
	348. Ik denk dat het voor veel mensen prettig is als het echt nog even doorgenomen wordt, in plaats van, want het zijn best allemaal moeilijke termen, het is allemaal medische taal, dat is leuk voor iemand die al z'n hele leven in een ziekenhuis rondwandelt, maar niet voor...ik had echt zoiets van.. ik weet niet wat hier staat,		
	53. Die heeft ook uitgelegd dat je dan verschillende counselingssessies moet ondergaan. Dus het ontvangen van, sowieso de behandelingen en ehm wederkerigheid eh.		
	346. Je krijgt echt een enorm pakket mee om door te lezen, dus dat is op zich duidelijk. Maar er wordt dus op papier gedaan en niet verbaal. Het is een informatiepakket wat je door moet nemen, waarna ze nog eens vragen van heb je dat gelezen.		
	340. Maar misschien dat ze inderdaad wat meer moet toepassen, dat het effect van de hormonen in ieder geval even duidelijk naar voren wordt gebracht, dat eh...		
	336. Misschien dat dat ook, weet je dat zij minder nadenkt over het effect van weet je wel, wat een leuke stabiele vrouw was vóór de hormonen, kan een vrij instabiele maniakale vrouw zijn ná de hormonen. Dus ik weet niet of ze daar helemaal over na heeft gedacht. Zeg maar...kijk nog eens ná de hormonen, of ze dan nog zo'n leuke meegaande vrouw is...		
	166. Als je twijfels hebt in je relatie of je hebt het zwaar, dan weet ik niet of je dit redt...Dus wat dat betreft had ze misschien wat meer kunnen kijken of dat stabiel is		
	129. Ik had echt geen idee dat het überhaupt een mogelijkheid was om nog aan te vragen. Dat is voor mij echt niet duidelijk gemaakt		
180414-2	109. Geen irreële verwachtingen scheppen		

240414-3	245. Ik vond het bij Geertgen ook hartstikke goed dat ze na de uh terugplaatsing ook de embryoloog even kwam om dingen uit te leggen en uh bij Geertgen zijn ze wel altijd heel goed geweest		
	285. Nee ik uh ik denk dat het wel goed is uh om mensen toch wel enigszins voor te bereiden op zo'n traject. Om te weten dat daar, ook om te weten dat er mensen zijn die er voor jou zijn om je te helpen, dat je het niet alleen hoeft te doen.		
	368. Dus uhm ik heb ook geen behoefte gehad aan meer informatie ergens over		
290414-4	88. want we wisten nog helemaal niet wat nou verder zeg maar, heel dat traject volledig inhoud, waar je tegen aan zou kunnen lopen, dat ik denk van nou, ik laat het gewoon maar op me af komen, maar...		
	93. Maar wat we wel van die psycholoog hadden mogen verwachten denk ik is eh.. van jongens luister, jullie gaan echt een zwaar traject in, je kunt het geluk hebben dat het zo gepiept is en weet ik het wat, maar je kunt nogal wat tegenslagen verwachten,		
	108. of een keer voor mijn part gewoon eh via de site bij hun is een keer een filmpje kan bekijken van goh luister, je kunt een zwaar traject hebben, blabla...nou luister, we hebben deze mogelijkheden, deze faciliteit, nou kort filmpje van wat houdt dan zeg maar zo'n praatgroep in, van je kunt bij een psycholoog terecht of bij een maatschappelijk werker, dat houdt dat of dat...en dat ze zich een keer voorstellen..		
	381. Of gaan we dat eerder krijgen of is er de mogelijkheid dat we na twee behandelingen zeggen, we doen die derde behandeling op een andere manier gebruiken? Met een donor ei of donorzaadcellen gebruiken of weet ik het wat? Ik heb het echt al twee keer gevraagd, maar ik heb nog steeds m'n antwoord eigenlijk niet.		
010514-5	60. Ja, we weten dat de mogelijkheid er is, dat hebben ze ons, wat dat betreft ze overladen ze je met informatie. Dat is op zich goed, want je wil alles weten, want je bent net een spons, je snift alles op.		
	169. Ja we zijn overstelpt met informatie. De informatie was vergelijkbaar met Rijnstate en was heel duidelijk. Dus dat was prettig.		
010514-6	334: Ja gewoon echt. Het is gewoon to the point en het schept gewoon duidelijkheid en daar houd ik van. Niet dat gedoe er om heen: dan kunnen we misschien wel dit.. en nee.. Zo! De weg is al uitgestippeld, wat het beste is.		
	590: Nou dat je...misschien wat handvaten krijgt om je niet.. dat je dan later geen spijt krijgt van een bepaalde beslissing die je wel of juist niet hebt genomen op dat moment, ehm..		
	598/599: ja, en ze kijken ook heel erg van, ben je er klaar voor om een keuze, heb je genoeg informatie om een keuze te kunnen maken. (..) Ja. Ja, dan zou ik dat wel aanvragen denk ik.		
020514-7	35. toen hebben we uiteindelijk een gesprek gehad met een psycholoog om te praten over goh, van nou ja uhm wat dat dan voor ons zou betekenen en of we daar klaar voor waren en of we beseften welk traject we dan in zouden gaan en uh zo verder.	- Signalen herkennen	
020514-8	23: Want zekerheid heb je nooit, maar in ieder geval dat er meer mogelijkheden hebt.. ook qua...psyche..		
170414-1	143. Want het werd zo goed opgezet en dan elke keer die verpleegkundige die ook echt wel een psychologische rol op zich neemt, door echt te kijken van, weet je wel, gaat het goed. Ik weet ook zeker, dat als je dan, als zij zou merken dat het fout gaat, dat ze het even doorgeeft. Van jongens,....maar nu valt dat weg.		

290414-4	20. Nou, daar had zij (wijst naar partner) het nogal moeilijk, en eh want ja het was natuurlijk allemaal best wel spannend en daar zeiden ze van ja misschien moet je volgende keer bij de psycholoog een keer een afspraak maken.	- Nazorg	
	178. nou stoppen we weer met spuiten en zo...ja...dan moet toch iemand denken van hmm..moet ik niet een keer ingrijpen of een keer het gesprek aan gaan?		
	316. ik vind echt in de eerste plaats dat signaleren gewoon belangrijk. Dan na het signaleren daar op inspelen.		
170414-1	157. Dat je kijkt hoe die vrouw is ná die grote dosis aan hormonen. Want dat veranderd een vrouw, dus ook hoe je antwoord op vragen. En dat zou voor hun een hele goede indicatie zijn van hoe je er in staat en hoe je reageert op...		
	145. En zij vroeg toen ook.. van weet je , als er wat is, stel gerust je vragen, bel nog een keer.. Dus...dat was zo goed en nu valt dat weg. Dus dat is heel jammer		
240414-3	61. Pas nu, want dat merk ik ook achteraf, denk ik van, wow, wat is er toch allemaal gebeurd, en nu moet ik het ook allemaal een beetje verwerken..		
	64. Het is ook niet dat als je eenmaal zwanger bent, dan is het voorbij..		
	73. En pas nu ontdek ik weer, nou, wie ben ik en wat heb ik nou al die jaren gedaan..		
	192. En je merkt dat ook van, ik zit nu gewoon nog helemaal niet lekker in m'n vel		
	202. Omdat je het zo graag wil romantiseer je het en dan valt het weer tegen en dan ja, nu is het een beetje zo een puinhoopje dat ik denk van oké, ik moet alles weer even bij elkaar krijgen en ook het verwerken van het traject..		
	202. Er speelt gewoon van alles in je hoofd, en om dat op een rijtje te krijgen, zou daar goed zijn misschien om dan toch nog een nazorg gesprek of iets te krijgen..		
	300. Want ik zit soms nog steeds in die waas van het lukt niet het traject uh		
	315. Dat heeft er gewoon nasleep van, want dan heb je, ben je eindelijk zwanger en dan wordt het weer van je afgenomen en het is niet zo dat wij zo maar weer even weer zwanger kunnen worden..		
010514-6	578/580: Nou, misschien dat als straks de klap komt zeg maar, of ja...klap... (..) Als dit niet werkt, als dit niet gaat zeg maar..		
	588: Wijs is om...ja, ook om het een plek te kunnen geven.		
	591/592: En stuk verwerking.. (..) Verwerking.. Want er gebeurt best wel veel in korte tijd eigenlijk..		
020514-8	386: Maar, dat zou inderdaad fijn zijn als dat ..ja misschien als dat bij iedereen zo is, bij elke therapeut zo is. Van nou...nazorg is heel belangrijk.		

240414-3	55. Ze begrepen dan ook waarom ik niet naar een kraamvisite ging of niet naar een kinderverjaardag, of dat ik gewoon even niet lekker in mijn vel zat en eh.. wij waren daar gewoon heel erg open over..	- Reacties	Netwerk
	68. Dat is ook wel een beetje wat de omgeving dan denkt, van ja maar je bent nu toch zwanger en eh hè...het is echt nog wel een stukje nazorg wat ik dan wel nodig heb eigenlijk..		
	94. Want dan hoor je pas van.. 'ja ik ken iemand die...' en 'een vriendin van mij...en een tante..' en dan komen alle verhalen. Dan komt naar boven dat toch best wel veel mensen in een vruchtbaarheidstraject zitten..		
010514-5	105. Van familie natuurlijk van vader en moeder, m'n kinderen vinden het ook hartstikke leuk en die steunen ook en ja. Dat kun je ook alleen maar krijgen als je open bent denk ik. Als je geheimzinnig erover doet dan zet je een scherm om je heen. En dan kun je weinig steun ontvangen.		
010514-6	48: Ja, hoe zeg je dat uh.. Als je uh een kinderwens hebt zeg maar.. althans zoals ik er tegen aan kijk, dan is het zo van uh uh hoe moet je dat zeggen.. als het niet lukt, wordt er gelijk gekeken van uh.. Kijk mijn vrouw is wat dikker zeg maar dan.. Ik bedoel ik heb er geen moeite mee, ik heb er geen last van, wij hebben daar helemaal niks mee. Maar daar wordt wel gelijk gezegd van: Ja, maar je vrouw is dik...		
	49: Er wordt altijd met het vingertje gewezen.		
	54: Ze denken ook dat ze snappen wat je meemaakt.		
	65: En dan ook nog, ook nog durven zeggen: ja, ik begrijp wat je bedoelt. Nou, ja sorry dat je het zegt: rot op, je begrijpt helemaal niet wat ik bedoel.		
	71: Ik gun het echt werkelijk iedereen. Maar het gaat er ook om dat mensen soms ook zo ontactisch zijn hè?		
	73: Die zeggen.. ik ga toch ook niet zeggen tegen uh, ik zeg maar wat, tegen m'n buurvrouw die ene uh miskraam heeft gehad. Nou je weet in ieder geval wel dat je zwanger kunt worden. Dat ga je toch niet zeggen? Dat is toch belachelijk! En zo reageren mensen echt! Hè, wij zijn nu twee jaar getrouwd en dan gaan.. dan komen de vragen al. Uh wanneer komt het kind?		
	864: Ja, maar iemand die op de 17 ^e zwanger is geraakt en een kind gekregen heeft en 20 is en zwanger is van de tweede en als die zegt ik weet wat je bedoeld, die snappen het niet.		
	875: Onnadenkend en naïef en dom. Gewoon dom. Vind ik dat.		
020514-7	216. die uh stond dus wel wat verder van me af, maar die uh die heeft uh wel een keer gereageerd, toen ik het ICSI-proces zat, van uh en ik best wel verdrietig was omdat het toen niet lukte. En uh, ja die verweet mij een soort van dat ik er zo zwaar in zat. Zo van, nou je bent zo.. Joh dat komt allemaal wel goed en uh uhm ja een beetje. Ik voelde me toen niet uhm.. Ja dat voelde niet steunend zeg maar.		
020514-8	172: en ehm...maar mijn broer die is heel erg ja.. zwart-wit daarin zeg maar...die heeft zo iets van, oké. Als je dan niet als je jezelf dan niet volgens de natuur kinderen krijgt, ja, dan moet je er gewoon mee stoppen eigenlijk. Daar komt het op neer. Zo is het op mij over gekomen.		
	182: je hebt het liefst dat iedereen gelijk staat te juichen (wat betreft donatie), zoals wij dat nu ervaren, eigenlijk.		

	224: ja en ik begrijp nu ook, er zijn mensen.. ja dan krijg je van alles over je heen, er komt heel veel op je af, en wat ik dan ervaren heb, en dat is fijn aan de ene kant, aan de andere kant is het overweldigend, en tegelijkertijd heb ik zoiets van oké...wat bedoel je daarmee...hun zijn mensen die hebben dan soms hetzelfde meegemaakt en die proberen hun ervaring op jou over te brengen hoewel dat goed bedoeld wordt.. maar dan is het wel soms even te veel voor je..		
170414-1	265. In ieder geval lekker met een vriendin met een glas wijn of zonder glas wijn lekker op de bank te zitten en te kletsen, en over.. enthousiast over hun ding, je speelt spelletjes, lekker afleiding, of ze sturen een boek, weet je wel..	- Vangnet	
	119. Ik heb een vangnet, maar er zijn heel veel mensen die niet dat vangnet hebben, omdat ze het stil willen houden en dat is wel heel zwaar.		
010514-6	367: Oh, ik heb het ook wel onderling met de collega's erover..		
020514-7	207. Er zijn ook een aantal vriendinnen die zelf moeder zijn en ook een aantal kinderen hebben, dus die konden mij dat ook heel goed teruggeven, wat je voelt, hebben wij ook gevoeld en wij hebben helemaal niet een heel traject achter de rug van uh..		
170414-1	101. Er wordt heel duidelijk gevraagd in die eerste gesprekken of je nu al open bent en of je de het kindje de waarheid gaat vertellen. We hebben heel duidelijk gemaakt dat onze omgeving al wist dat het kindje nooit biologisch van ons zou zijn, maar wij zeiden duidelijk: iedereen weet het en het kindje zal ook vanaf zo jong mogelijk de waarheid meegedragen krijgen.	- Mate van openheid	
	273. Want het is natuurlijk heel erg moeilijk als je open bent naar je omgeving, om het dan geheim te houden, voor het kind. En hun stimuleren dat dus ook, om het je omgeving te vertellen en om het je kind jong te vertellen. Want ze kunnen niet de één van de ander, ja wel, je kunt het wel je kind jong vertellen, maar je verteld het dan ook aan je familie, dus dat, dat stellen hun in verband en daar hebben ze naar gevraagd en toen wij dus zeiden dat we het niet geheim houden was dat voor hun oké.		
	275. En wat ze ook heel duidelijk aangaven is dat het prima was om het deels te doen. Dus onze familie weet wat we doen, maar een klein groepje weet waar we in het proces zijn. Want anders moet je constant aan iedereen gaan vertellen hoe dik je baarmoederslijmvlies.		
	279. Of over een terugplaatsing.. En normaal vertel je natuurlijk ook pas met drie maanden dat je zwanger bent, dus het is een hele afweging met wat je aan steun nodig hebt, en wat je niet wilt vertellen omdat het gewoon...		
	388. Ik zou ook altijd zeg maar, wat het kind aan kan op die leeftijd gewoon vertellen, dus op de jongste leeftijd, dat mamma een cadeautje heeft gehad, waardoor ik anders nooit een kindje had kunnen krijgen en weet je, met een Nijntje boek en zo steeds meer informatie, dat hij altijd het besef heeft gehad, dat hij, dat er iets bijgedragen heeft waardoor, en dat vinden hun heel belangrijk en ik ook, dus dat hielp.		
	391. Daar was goed over nagedacht hier, dat dat gewoon altijd open zou zijn en dat scheelt, want kijk als je er niet hebt over nagedacht dan weet ik zeker dat ze daar meer aandacht aan hadden besteedt.		

180414-2	34. Wij hebben wel echt veel vrienden die het weten sowieso. Hebben we uiteindelijk toch wel bewust voor gekozen om het tegen uh redelijk wat mensen te vertellen. In familiesfeer wat minder uhm, want ja we willen eigenlijk onze ouders geen hoop geven of.. uh mij broer weet het dan wel en zijn vriendin, die hebben zelf ook zo'n soortgelijk proces gehad. (..) Met vrienden gaat het gewoon wat makkelijker.		
240414-3	51. We waren er meteen al heel open over geweest. We waren echt al sinds vanaf dat we in het ziekenhuis met behandelingen moesten beginnen, hebben we het tegen iedereen verteld, want het is toch wel een hele zware last wat je bij je draagt, en ik kon dat niet verborgen houden, want je krijgt vragen van ja, waar blijven de kinderen en eh, ja..		
	53. Daar zijn we wel meteen heel open over geweest, en mijn man ook.. en geen schaamte nergens voor, gewoon maar...		
	81. En de collega's waren echt enorm steunend en toen ik eindelijk zwanger was toen hebben ze ook allemaal gehuild van blijdschap...ja, het heeft echt wel een meerwaarde om er open over te zijn..		
	319. We hadden nu bij deze zwangerschap gezegd: Pas na twaalf weken gaan we het echt ook aan onze ouders vertellen. Want die bleven, die waren heel erg aan het meeleven. Ook zo, nou ik had één keer verteld wanneer ik een behandeling deed en daar had ik echt spijt van, want ze hield het bij m'n moeder in de agenda, wanneer ik dan ongeveer zou kunnen gaan testen en uh ja dat is niet fijn.		
	397. En twee kinderen verwachten ze dan ook nog. Maar daar ben ik ook al gewoon meteen open over, tegen iedereen. Zodat ze weten ze hoeven echt niet aan te komen: en wanneer ga je die cryo's weer..		
290414-4	157. sowieso praten wij er heel open en nuchter en eerlijk over naar elkaar en dat en het is geen geheim wat we allemaal doen en als we weer weg gaan van het werk, ze weten allemaal wat we doen,		
	401. Maar ja op een gegeven moment was alles klaar en ja en dan ja sta je toch op het punt van, nou gaan we het toch maar vertellen, want.. het is gewoon zo.		
	406. We hebben heel bewust, tenminste ik heb heel bewust de keus gemaakt. Ik heb geen zin om ook nog een geheim van te maken en daarover te zenuwen en daarover smoesjes te verzinnen waarom moet ik weg van het werk..		
	418. ik vind het veel makkelijker ook uh, veel makkelijker, prettiger, veel duidelijker om er uh gewoon open en eerlijk en normaal over te doen en uh.		
010514-5	96. wij hebben ook kennissen die daar ook mee bezig zijn, die vertellen het eigenlijk tegen niemand daar zijn wij de enigen van die het weten. Ja ik vind dat raar maar goed als mensen daarvoor kiezen dan ja dan is dat zo.		
	108. mijn broer en zijn vrouw die hebben ook geen kinderen en ik weet nu nog steeds niet waarom niet. En dan krijg je inderdaad onbegrip.		
	112. maar ze weten het van ons wel. Ja want wij zijn heel open in die dingen. Want ze weten precies waar we mee bezig zijn andersom op dat moment niet. Want je zou verwachten dat het dan ook op dat moment begint.		

	205. Bij collega's is het een kwestie van hoe ver ben je op dit moment, hoe is het gegaan. En ook over de teleurstelling wel, daar heb ik het dan wel gewoon over. Bij een psycholoog ga je dan toch veel meer in op gevoelens denk ik en dat doe ik bij mijn collega's niet. Nee, zover gaan we niet.		
010514-6	84: ..uh niet iedereen weet natuurlijk dat je uh problemen ermee heb, of problemen, er zijn geen problemen, alleen het wil niet.		
	110: De familie weet het, maar je gaat echt niet uh aan de grote klok hangen van uh ja.. Dat doe je gewoon niet.		
	112: Ik ben er heel open in hoor.		
020514-7	92. het emotiestuk en alles wat het met mijzelf doet en vind ik nou prettig om dat thuis met familie vrienden of met mijn partner uh te delen. Dat is zoals wij het doen zeg maar. Ik heb dus geen behoefte om dat dan.. ik loop daar niet in die zin in vast..		
020514-8	86: En het helpt je vooral ook aan je directe omgeving eigenlijk. Dat heb ik heel erg als prettig ervaren. Zo van.. eh.. want daar liep ik tegen aan van eh hoe ga ik het mijn familie vertellen, hoe ga ik het mijn vrienden vertellen of wil ik dat wel vertellen..		
	317: we hebben nu zoiets van, we willen het echt, kijk ik heb het mijn moeder verteld, zij heeft het haar ouders verteld en eh.. we hebben daarin samen afspraken gemaakt. Van nou.. hoe gaan we het vertellen, dat is natuurlijk ook heel belangrijk..		
	320: en ehm... nou dat respecteren we van elkaar en een gedeelte met ouders van eh oké...eh nou ja.. mijn moeder.. en ...alleen mijn moeder dan.. ik weet hoe mijn moeder is, dus ik moet echt tegen haar zeggen van: dit is in vertrouwen. Dit blijft voorlopig onder 4 ogen, of onder 6 ogen in dit geval.		
180414-2	54. Zou ik het dan gewoon maar zeggen, de meeste mensen weten het wel die daar bij die borrel zijn, maar dan nog. Eigenlijk wil je het niet allemaal zeggen en dan ja.. het is gewoon ook zo van, dan gaat het weer daar heel de tijd over..	- Belastbaarheid	
	73. Het is wel zoiets van ja, het hoort ook wel bij de ontwikkeling van een relatie en ik bedoel, we zijn vier jaar geleden getrouwd en ja op de één of andere manier zit ook een beetje in je opvoeding denk ik. Het past in het plaatje. En als je dat om je heen ziet dan.. Weet je, je ziet vrienden met hun kinderen en dat is natuurlijk allemaal hartstikke leuk en ook wel minder leuk hoor, dat zien we natuurlijk ook wel. Dan is het toch wel zo dat je denkt van ja, uh, het hoort ook wel 'n beetje bij het leven ofzo.		
290414-4	340. M'n ouders vinden het ook heel moeilijk om erover te praten en te vragen en te doen en.. dus uh..		
	338. maar ik merk ook gewoon uh ja ook voor collega's en dingen is het ook af en toe moeilijk is om gewoon eens te vragen van hè, moet ik dat niet een keer vragen hoe het daarmee is en uh..?		
010514-6	45: Ja, want mensen, vind ik tenminste, hoe ik het ervaar is dat het altijd maar vanzelfsprekend is dat er een kind komt. En dat je dan hè een uh.. en als je dan, als er dan al eens een keer wordt...		

	426/430: ..het is zo vanzelfsprekend dat mensen kinderen krijgen. (..) Ja dat is een soort van verwachtingspatroon. Ja dan ben je twee jaar getrouwd..		
020514-7	214. dan blijk je toch grenzen te gaan verleggen en daar waar ik die grens zelf was gaan voelen en in het moment zelf voelde van, ja maar ik ben nog niet klaar, ik wil wel een stap verder, dan stond ik daar zelf wel achter, maar vond ik het heel spannend of mijn omgeving daar niet op zou gaan zeggen van uh nou, wat gaan jullie daar ver in zeg. Jeetje accepteer gewoon dat het niet lukt of uh..		
020514-8	332/334: Ook dankzij.. maar ik heb dat wel heel lang gevoeld.. ook vóór mijn vriendin zeg maar. Toen ik nog single was en ...heeft ze wel eens een keer letterlijk tegen me gezegd van...nou ik zou wel graag een kleinkind willen.. (..) En jij bent nog de enige hoop, want, ik heb dan een broer en die is getrouwd, maar die is met een oudere vrouw getrouwd en nou.. dat wordt biologisch gezien een heel lastig verhaal...		
	343: maar het was wel duidelijk hoe mijn moeder er in stond. Aan de ene kant wel leuk en aan de andere kant brengt het druk met zich mee. Dat heb ik wel gevoeld en ervaren en ook wel maar eigenlijk is het pas kort dat ik dat niet meer zo ervaar...		
240414-3	49. Ik ging niet naar kraamvisites toe, want dat vond ik te confronterend en te moeilijk en eh eigenlijk niemand die je echt begrijpt..	- Negatieve gevoelens	
	298. dat vond ik het moeilijkst, om vooral vrienden zwanger te zien en kinderen en in je omgeving en de hele buurt, op je werk, overal. En dat ik dacht van ja: ik wil dat ook! Dus dat vond ik wel het moeilijkst ja.		
290414-4	454. Dan zit je op een verjaardag en dan zitten er mensen bij en dan denk je echt o echt: 'Laat die nou zwanger worden'. Enzo, en dat soort zaken		
010514-6	36: Tuurlijk sommige momenten zijn best wel moeilijk, hè (wijzend op een geboortekaartje) je krijgt een geboortekaartje binnen en dan denk je ja..		
	67: Ik bedoel.. Je bent een maand geleden gestopt met de pil en je bent zwanger. Leuk voor hun..		
	387: Ja maar ook bij mij in de winkel. Vandaag had ik er weer een aan de kassa. Het kind is zelf nog een kind. Het kind is 17. 'Jaa, ik ben zwanger geraakt...'. En dan ook nog wel van uh.. jaa. 'O wat leuk....'		
	501: Dat andere mensen om je heen eh kinderen krijgen, ook kinderen die kinderen krijgen..		
180414-2	237. We hebben één uh.. maanden geleden 's een keer van die ovulatietests gehaald en aan de hand daarvan uh gekeken of we seks moesten hebben of niet, maar dat hebben we eigenlijk heel snel weer laten varen, omdat we gewoon helemaal niet bij ons past.	- Seksueel	Relatie
	240. Het voelt ook erg krampachtig vind ik hoor.		
240414-3	350. Ja, in het begin dan uhm ja dan hou je echt bij van: oké, dan ben ik uh.. vruchtbaar, dus die dagen moeten we het doen. Dat is toch wel een beetje druk. Dat wel.		
	352. Je bent er wel heel erg mee bezig, het is niet meer zo uh vrij en uh...		

	357. Ja hij is er wel makkelijk in, maar het frustreert hem wel enorm. Dat heb ik wel gemerkt en uh ja nu ook nog wel. Dat ik soms denk van, o nee, dan ben ik moe en ja m'n lichaam is nog niet helemaal fijn en uh.		
010514-5	210. Als je seks hebt om de seks is dat heel leuk. Als je op een gegeven moment je knop omdraait en we willen kinderen dan wordt het al iets anders maar dan blijft het nog steeds leuk. En als je inderdaad in een IVF traject zit dan krijg je inderdaad wel een gevoel van druk. Dat merk ik zelf ook wel. Ja en dan gaat de zin er ook wel een beetje af.		
170414-1	313. Ik denk op één lijn blijven, dat dat nu nog niet....dat dat nu iets scheefgroeit, maar als je anderhalf jaar doorgaat, dat dat echt van belang is, dat dat op een gegeven moment aangeboden wordt, van zitten jullie nog op één lijn, gaat het allemaal.. hij heeft natuurlijk ook constant te maken met een chagrijnige, of emotionele vrouw, die gruipt, die toch net even iets, weet je wel, ik lijk wel op de vrouw waar hij mee getrouwd is, maar net niet helemaal...(gelach). 319. Ik merk ook wel eens dat ik reageer en dat ik denk: ik denk niet dat ik dat normaal ook zo had opgepakt.... 313. En ook weet je wel, wanneer stop je, hoe lang ga je je leven volledig van de rails afhalen om iets te bereiken en op een gegeven moment ga je daar verschillend over nadenken, 327. Ja je verandert. Uiterlijk en innerlijk zo ontzettend, dat is echt heel erg...Ja, we weten allemaal dat als je ongesteld bent dat je dan toch harder uit de hoek komt..	- Communicatie	
180414-2	62. Ik kan echt gewoon zo uitvallen tegen hem soms en dat heeft wel een beetje invloed, ook al weten we allebei van ja je kan er niet zoveel aan doen. Ik denk dat het ook een combinatie is tussen uh die hormonen en beetje stress natuurlijk, want je bent toch zenuwachtig als je daarheen moet ennuh ja, dan kan ik echt wel uh soms een beetje uitvallen. 214. Ik bedoel uh soms dan spelen je hormonen zo op dat ze niet in de hand heeft hoe ze reageert (..)Het is niet altijd makkelijk. (..) ik weet ook wel dat het niet altijd even makkelijk is en dat het allemaal ook wel te maken heeft met de die hormoonspuitjes enzo. Je weet ook niet wat erin zit of wat het met je doet. Ik bedoel en ik heb haar, ik zit niet in haar lichaam dus ik ga er maar van uit dat ze mij niet expres pest om uh te pesten.		
180414-2	220. Ik reageer gewoon wel een beetje heftig hè af en toe		
240414-3	109. Je kan daar heel dicht van bij elkaar komen, maar ook uit elkaar en ja, op sommige momenten denk ik van oh, we zijn echt wel een beetje van elkaar verwijderd en op andere punten denk ik van ja, wij zijn daarin wel heel sterk, want we hebben dit toch wel doorstaan...		
010514-5	235. Ja dan blijft er niet veel meer over als je allebei 40 uur werkt. Ja sporten, ik sport behoorlijk veel vind ik zelf en allerlei leuke dingen doen: uit eten, we doen ook heel veel dingen met elkaar. We hebben eigenlijk twee dagen vrij waarvan we één dag altijd helemaal voor ons zelf reserveren. Ja dat is wel leuk.		
020514-7	163. Dan denk ik, hij heeft al afscheid moeten nemen van het feit dat hij ooit een kind van zichzelf, ja van zichzelf dan zou hebben en nu nu heeft ie helemaal geaccepteerd dat er dus een donorkind en daar is die zielsgelukkig mee en dan vraag ik weer van hem of hij nog een keer daarin mee wil gaan weet je wel, dus ik.. bijna zo van dat kan ik eigenlijk niet maken.		
020514-8	93: Ja.. Nou het is wel een stuk negatief geweest en ook positief. Nu zitten we eigenlijk vrij positief.		

	100: Ja.. Dan zit je daar met z'n tweeën en dan eh.. gooit de één er wat uit en de ander gooit er wat uit en eh...		
170414-1	65. Maar ze stelde ons heel snel op ons gemak en mijn partner vind het nog erger dan ik, die vind dit ook...die houdt niet van vragen en dus ik heb gewoon gezegd van geef antwoord op directe vragen en dan komt het wel goed.	-Belevingsverschil	
	155. Mannen pakken het heel anders aan als vrouwen....Laten we dat even voorop stellen (gelach).		
	157. Terwijl wij zoiets hebben van, weer een maand, en die emoties, die kunnen hun er veel beter uit halen misschien. Dat zitten we elkaar wel eens aan te kijken dat we elkaar gewoon niet snappen dat het zo'n andere impact heeft. Dat hij zoiets heeft van ja, maar ja, de dokter zei toch, je hebt lang de pil geslikt, misschien dat het daar door komt. En elk lichaam werkt anders.. Ja maar, m'n lichaam laat me in de steek!! En ik heb natuurlijk die dosis hormonen, wat ook niet helpt. Dan wordt je dus nog meer....		
	162. Ja, ik zou het eigenlijk wel eerlijk vinden als hij last had in deze periode en ik na 9 maanden, maar helaas, het is dubbelop ik...		
	209. En ik denk wel weer voor mij meer dan voor mijn partner, want ik slik elke avond die hormonen en ik zie en voel mijn lichaam veranderen en ik....		
	214. Ja en een man kan dan toch ook makkelijker van zich afzetten vaak en het even....		
	306. Dat je toch kijkt van mannen pakken alles anders op, wat dat betreft hebben de lesbische stellen die er zitten echt gewoon zo een ongelofelijke stap voor op ons.		
	313. Op een gegeven moment kan ik me voorstellen dat hij eerder denkt van jongens, het is goed, we nemen een hond en dat ik dan zeg: ja....dat denk ik niet.		
	329. Alleen dan gewoon een paar maanden achter elkaar...(lacht).. Ja....dus dat, arme man. Hij heeft het ook heel zwaar..		
180414-2	141. Nou ik denk dat voor mij uhm ja ik heb tuurlijk sowieso een kinderwens uhm, maar het is voor mij allemaal wat verder weg ofzo		
	141. Ik ben waarschijnlijk nuchterder dan A. Ik ben echt gewoon.. ik heb echt zoiets van als het niet lukt, dan lukt het niet. Ik bedoel uhm, je kan er weinig aan veranderen.		
	312. Ja, nee maar dat is mannen hebben geen interne klok, dus die zullen tot hun zestigste gewoon denken van nou ja mijn tijd komt nog wel. Dus die vrouw moet het aanwakkeren en als dat op een gegeven moment gaat spelen dan uh gaat die man vanzelf of mee of die gaat faliekant tegen, maar die vrouw, de vrouw is degene die het initieert volgens mij. Mannen die denken dan van nou ja, ja ach...		
010514-5	48. Ja, ook maar ze bleef daarin hangen en dat merk je dan en dat geeft ook wrijving onderling natuurlijk omdat ik ja vrij snel daar weer overheen stap eigenlijk en zij dus niet		
	50. En dan ben ik zo, dat als ik ergens voor ga dan ga ik er ook voor dan ga ik niet meer achterom waarom en waarom niet en dan ga ik ook niet meer links of rechts maar dan ga ik recht door. Bij vrouwen is dat wat anders, tenminste bij mijn vrouw is dat wat anders die kan nog wel eens een keer achterom kijken zullen we nou wel of zullen we nou niet doen. Dat soort dingen wel en dat geeft weleens wrijving natuurlijk.		

010514-6	11: Ik vind vooral uh fijn om uhm ja dat klinkt heel stom, toch maar weer een keer je verhaal te vertellen. Het is toch anders als je dat je het met je man over hebt. Want die beleeft het anders als de vrouw. Want mannen en vrouwen zijn nou eenmaal gewoon verschillend..		
	706/708: Het is gewoon even een momentje. Dat hebben vrouwen wel vaker, of ik moet de enige zijn. Maar ja...ik bedoel, als ik heel erg verdrietig ben en met roze koeken op de bank wil zitten en een kop thee, dan kan ik er ook alles wel bij halen hoor. (..) Ja, het slaat nergens op, maar dan haal je er in één keer allemaal drama bij.		
020514-7	72. Uhm wat ik wel merkte is dat uh ik er bijvoorbeeld iets anders zit dan mijn man.		
	74. Ik vond het zelf. Hij vond het uiteindelijk ook wel prettig, maar hij had van tevoren zoiets van ja, van mij hoeft dat niet persé om daar allemaal over te gaan praten, maar het hoort bij het traject.		
	132. dat was een periode waarin ik me anders voelde dan hij en en dat ik daar in die zin wel heb, geduld in heb moeten hebben en uh hem daarin heb gesteund. Nou ja dat. Het duurde wel even eer dat we op dat punt kwamen dat we er ook echt voor konden gaan.		
	151. Uh en ik merk dat de keuze om voor een tweede te gaan.. uhm was in eerste instantie bijvoorbeeld mijn ding dan zijn ding.		
	153. Dus ook daarin hebben we weer een heel proces afgelegd van ja hoe ga je daarmee om? Want hij kan ook niet zomaar tegen mij zeggen van, laat jij jouw verlangen maar los.		
020514-8	105: Nee.. dat heb ik zelf meer dat ik denk van hoe werkt het dan...bij een vrouw weet je wel.. kijk ik ben een man, ik begrijp.. ja ik begrijp wel het een en ander nu inmiddels, maar het is toch anders..		
	108/110: kijk, het is.. ik had zoiets van het is voor mij makkelijker omdat mijn eigen vruchtbaarheid is gewoon hoog zeg maar, dus dus en je probeert je wel in te leven in je partner en je probeert mee te leven en maar voor de partner is het natuurlijk heel anders.. (..) want voor mijn vriendin was het echt een hele klap en voor mij ook wel, alleen ik heb als ik dat zo zie, ja, minder zeg maar...		
	114: ja...eh.. ik heb meer zo iets van ehm we hebben al gauw van ja, dan kom je op eiceldonatie uit en ...ik had eigenlijk gelijk al zo iets van ja.. misschien heb ik er wel te licht over gedacht in eerste instantie, maar eh ik had zoiets van ja.. als dat een mogelijkheid is, ja.. waarom niet.. ja.. dan dat was in mijn enthousiasme van oh er is nog een mogelijkheid..		
	116/118: En dat bracht ik ook over op mijn vriendin en zo stond ik er als man eigenlijk in van ...maak je niet druk weet je wel, een beetje dat (..) en toen kreeg ik echt de deksel op mijn neus en liep ik tegen de muur aan.. wat logisch is..		
	285: als ik kijk bij mezelf is dat ik dan wel een enorme teleurstelling je voel, pijn, verdriet, en misschien minder.. en als ik dan naar mijn vriendin kijk dan denk ik...dan ziet dat er veel heftiger uit...dus ik had zoiets van: ben ik wel normaal ofzo.. weet je wel.. dus ik ga dan aan mezelf twifelen en word ik onzeker van eh....anderzijds komt er weer een moment dat ik denk.. en ik verstop me heel gauw achter mijn spelcomputer of achter TV, of eh.. weet ik veel...de kroeg.. biertje drinken, of wat dan ook.. dus dat idee een beetje..		
180414-2	34. En ja we hebben natuurlijk elkaar. Dat is natuurlijk ook uh ja om er emotioneel mee om te gaan, ja dat is toch.. soms is het wel een beetje lastig maar ik denk dat we met z'n tweeën gewoon eigenlijk wel prima uh kunnen rooien ja.	- Steun	

	62. In het begin dat we zeg maar ook eigenlijk zoiets hadden van o uh ja het is toch wel moeilijk om kinderen te krijgen, dat het in eerste instantie ons heel erg bij elkaar gebracht heeft. En dat is wel uh, dat we echt zoiets hadden van, we staan hier echt samen in en dat is gewoon wel fijn. 151. En we hebben natuurlijk veel aan elkaar, wat A. al zei. Ik bedoel wij, we praten ook met elkaar dus uh.. We houden elkaar ook best wel, ik probeer A. echt wel uhm als we van de kliniek afkomen (..) ik zeg ook heel vaak tegen A. van nou weet je wel, we moeten er vanuit gaan dat het niet lukt en ook heel duidelijk van dat het fout kan gaan, omdat ik voor mezelf dat al heel erg in bouw. En uhm ik wil wel dat de hoop hoog blijft, maar dat de realiteit ook aanwezig is. 161. Ik vind het gewoon belangrijk dat we het met z'n tweeën doen. 178. Dat loslaten heb ik hem (partner) echt ook voor nodig. 316. En ik wil wel kinderen, maar niet ten koste van alles zei ik altijd. Dus ik heb liever een goede relatie met iemand en dan geen kinderen, dan uh dat je maar denkt van nou: kip ik heb je (..) We hebben altijd elkaar nog. Zo moet je het gewoon zien.		
240414-3	61. Op dat moment had ik ook niet zoveel behoefte aan counseling, of gesprekken, maar echt meer steun van mijn partner moest ik het hebben... 161. Je wil gewoon zo graag kinderen en hij had zoiets van eh.. ja, dat doe ik gewoon, ik wil gewoon kinderen en eh.. jij moet al hormonen doen en een punctie en eh, dadelijk zwanger en bevallen, dus ja... 175. Hij heeft er altijd wel in gelooft van, dat gaat echt wel een keer lukken. Dat heeft me ook wel geholpen. 196. Ik ben echt iemand die dan ook even in mijzelf gekeerd raakt. En dat weet hij en dan laat hij dat ook.. maar als het echt te lang duurt dan trekt hij me er wel weer uit.		
290414-4	156. En je hebt natuurlijk ook wel je vrienden en je familie enzo...en die trekken je er ook wel...doorheen..		
010514-5	250. Ja om het helder te houden voor mijn vrouw denk ik. Dat probeer ik maar dat is me ook dus niet gelukt in de voorgaande IVF..		
010514-6	180: Dat is soms wel lastig, maar we.. we doen het samen, we gaan er samen heen. 295: Ja, dat meen ik echt, omdat je je huwelijk.. We waren altijd al heel hecht, maar door dit uh.. Ik sta er echt niet alleen voor. Hij gaat altijd met me mee, al moet ik dus maar bloed prikken. Hij laat me niet alleen gaan. Helemaal never nooit. Hij heeft gewoon gezegd van: 'We doen dit samen. Het is onze wens, het is onze wens, we doen dit samen'... 354: Nou die verandering zie ik niet zo. Maar ja je bent er wel met elkaar mee bezig en daar groei je ook met elkaar in. 357: Alleen daar geniet ik al van. Klinkt stom, maar dat je gewoon die 1,5 heen in de auto zit. Eens een keer ja, ja gewoon elkaar uh ziet. Ja. Ik ben ook heel graag bij hem, dus ja. Ja elke minuut die je dan samen hebt is fijn.		

020514-7	117. Als je 8 jaar uhm ermee bezig bent dan uh heeft dat zeker wel impact en uh met name als ik denk aan heel de periode.. Je zou zeggen juist omdat we ook heel veel momenten hebben gehad dat we weer even afstand hebben genomen en door zijn gegaan met andere dingen in ons leven... Dat was wel een manier om ook uhm het met elkaar aan te kunnen zeg maar.		
	125. Ja, wij zijn ook wel, wij hebben er ook wel heel veel over gepraat zeg maar. Dus uh.. lang de tijd genomen om uh ja om dingen te verwerken en er met elkaar over te hebben en ook gewoon er echt letterlijk de tijd te nemen door wat ik net zeg.		
	125. op een bepaald moment weer op te pakken als je voelt van hé het gaat weer spelen of één van de twee die wil dat we er iets in gaan doen.. Nou dan... Heel vaak zaten we dan wel op één lijn.		
	143. Toen dat verhaal met die donor ging spelen. Toen was het weer meer dat hij uh het er dan wat moeilijker mee had en toen was ik weer meer ondersteunend naar hem zeg maar.		
	147. Soms moest hij wat meer geduld naar mij hebben en had ik het wat zwaarder en ja dan was hij daar juist eerder ondersteunend naar mij in en in andere periodes was het andersom ja.		
020514-8	186: ja, uiteindelijk wel (op één lijn), dat is wel het mooie van het verhaal ja. Ik bedoel, het geeft ook, ja...anderzijds, ja...toch wel wat meer verdieping in je relatie. Dat je naar elkaar toe kan groeien zeg maar..		
170414-1	207. Dat blijft in je hoofd hameren. Je hebt drie kansen.	- Financiën	Stressfactoren
240414-3	8. En dat hebben we drie keer gedaan in het ziekenhuis. Want drie keer wordt het ook vergoed en ehm drie keer verse terugplaatsingen gehad en één keer een CRYO		
	10. En ehm na drie behandelingen ehm wordt het dus niet meer vergoed in het ziekenhuis en toen dachten we van nou, als we dan toch zelf moeten gaan betalen dan gaan we zelf nog verder kijken waar we dan nog een behandeling kunnen gaan doen		
	271. Want anders dan uh werd ik daar ook een beetje onrustig van: 'Okee nog maar één keer en dan stoppen we ermee'		
	269. we gaan deze cryo's opmaken en dan kijken we weer even verder, want we moeten ook weer uh zelf voor geld gaan zorgen.		
290414-4	376. Zo'n behandeling is gewoon drieduizend euro. Dat kun je niet zeggen van: Kom daar doen we er nog twee plakken van.		
010514-5	145. In Elsendorp daar gaan we nog, daar kunnen we nog drie pogingen doen. Want je hebt ook te maken met financiën en verzekeringen en dat soort dingen		
170414-1	60. Ik was super zenuwachtig, want dit was mijn allerlaatste kans op een kindje...	- Spanning	

	207. Voor mij is dit echt de enige optie, dus voor mij zijn het echt die statistieken, als het hier niet lukt, als dit niet lukt, dan heb ik geen opties en dat maakt een heel obsessief beeld naar waar je mee bezig bent. 207. Dat is echt, voor mij echt de statistieken, dat blijft voor mij is dit mijn allerlaatste optie, de enige optie die ik heb. 374. Ik geloof met 12 mensen gaan ze dan naar de commissie, dus artsen vanuit het Geertgen zelf die vormen dan een commissie en die kijken dan of het inderdaad verantwoord is en of het oké is en voor mij was dat heel spannend. En de onzekerheid en spanning. En ik zit hier nu al sinds november, zijn we gegaan naar Dr. R. Die was toen verbaasd want die kon zien dat ik eerder was geweest en die heeft ons toen op het snelle traject gegoooid.		
180414-2	82. Dan merk je dat je geest ook heel veel invloed op je lichaam heeft bijvoorbeeld, want ik heb gewoon echt al sinds ik gestopt ben met de pil, zeg 6 jaar geleden een hele regelmatige menstruatie en op het moment dat we gingen beginnen was ik een maand over tijd. (...) oh mijn hele lichaam laat me in de steek en dan kan ik nog een beetje dramatisch doen, weet je wel?		
240414-3	417. Of misschien wel uh, je bent toch al gestresst, dus of het nou door de hormonen is geweest of door de hele situatie. Ik heb wel af en toe gedacht van ughl, jaa. Dat uh..		
290414-4	210. Want hoe zwaar het wegen nou is gewoon eh...we zijn echt.. we kijken er zo tegenop. Aan de ene kant dat ze aantelt, want aan het begin heb je een periode dat wil je niet geloven wat een zenuwen, want ja we zitten eindelijk een keer op 6 weken en dan is het mis gegaan.. 444. maar het is wel echt elke keer als ze naar de wc loopt. Dan zit ik.. Zij zit volgens mij gewoon, ik kan me niet indenken hoe het is, maar volgens mij gewoon hartstikke zenuwachtig van hé (kijkt naar beneden en maakt een gebaar van de broek omlaag doen) van ah, gelukkig niks of..(...) dan lig in bed en zij gaat eruit en denk ik oh, hoor ik niks, hoor ik niks, hoor ik niks, niks, niks, niks?		
010514-6	185: Ja, je kunt niks.		
180414-2	34. In familiesfeer wat minder uhm, want ja we willen eigenlijk onze ouders geen hoop geven..	- Teleurstelling	
240414-3	8. Toen was ik ook meteen zwanger, en dat is een miskraam geworden, dus dat was na een weekje of 9 was er geen hartslag meer.		
290414-4	212. die eerste keer waren we zo dolgelukkig en ja.. maar ja, dan krijg je die klap		
	216. en dan in één keer gaat het mis.. ja.. echt, dan krijg je kortsluiting hoor..		
010514-5	25. Het is natuurlijk als je uhm, als die IVF, als dat gewoon lukt, dan is er niet veel aan de hand. Want dan wordt je gewoon zwanger, misschien wel met een hulpmiddeltje, maar dan uh, als het niet lukt, ja, dan is dat wel heel erg zwaar. Dan krijg je enorme teleurstellingen. We hebben natuurlijk voor deze IVF- behandelingen ook al ICSI gehad.		

	42. Je gaat er heel positief in en de eerste keer ging het ook hartstikke goed eigenlijk we hadden twee bevruchte eicellen, dus twee embryo's en die zijn allebei nog teruggeplaatst. En dan die eerste keer, nou ja goed dan is het helemaal natuurlijk teleurstellend als dat niet lukt en dan de tweede keer houd je er al meer rekening mee maar dat knaagt enorm.		
	159. zo'n teleurstelling hebben we nu dus drie keer gehad eigenlijk en je raakt er ook wel een beetje afgehaakt in. Het klinkt misschien raar want het blijft vervelend natuurlijk. Want de eerste keer waren we heel erg overstuurd daardoor natuurlijk. En ik wil niet zeggen dat het gewoon wordt maar je kunt er wel beter mee omgaan. Het is niet leuk.		
	171. we hopen natuurlijk het tegenovergestelde dat we daar wel zwanger raken. Maar stel dat we daar een teleurstelling aan het eind van de rit hebben. Dan kan ik me voorstellen dat je daarin hulp gaat zoeken.		
010514-6	281: ik heb zo vaak teleurstellingen gehad..		
020514-7	33. Want uiteindelijk uh 3 IVF-pogingen en toen bleek gewoon dat mijn eitjes niet zo goed reageerden op hormoonbehandelingen en dat soort dingen, dus uiteindelijk nou ja zijn we daarmee gestopt en zijn we gaan accepteren dat een eigen kind uhm, dat dat niet zou gaan lukken. En daar is best wel een tijd over heen gegaan, want je gaat niet ineens uh weer verder.		
	189. je gaat gewoon weer opnieuw in het verlangen zitten en je gaat je weer opnieuw kwetsbaar voelen en je gaat weer opnieuw die weg in van hoop en teleurstelling. En dat doet toch weer pijn. En dat doet toch weer iets met je. En dan kan ik wel zeggen ja, maar daar kan ik allemaal wel mee omgaan want ik heb al een kind. Dat is niet zo.		
020514-8	132: Een hele teleurstelling..		
	268/270/272: Ja.. de behoefte om dat het gaat lukken.. zeg maar.. ja. dat is toch wel het hoofd...we hebben een aantal teleurstellingen gehad. Toen we er voor gingen eigenlijk spontaan, toen was het ook nou a...ja...toen waren ik weet niet wat het was.. maar het was meteen raak zeg maar. Toen ze stopte met de pil.. (..) Toen was ze meteen zwanger. En ehm dat was een goed teken. (..) Heel positief. We waren blij en heel...en toen werd het uiteindelijk een miskraam. Dat was natuurlijk de eerste teleurstelling..		
	274: en toen eh toen lukte het maar niet en lukte het maar niet en toen zijn we bij het ziekenhuis terecht gekomen en daar kwam een teleurstelling want dat was echt, nou wat ik al zei, zo was het op mij ook overgekomen. In het begin was het heel vriendelijk en begripvol en uiteindelijk was het...nou dan kom je op eiceldonatie of adoptie en.. en dat wordt dan puur naar leeftijd gekeken en dat is niet voor mij, maar dat is voor mijn vriendin is dat nogal cruciaal. Dat weet zij zelf ook wel, en het is ook van belang om realistisch te blijven, maar ja.. die wens is dan zo groot...dat is emotionele aspect is dan.. je wilt gewoon een kind..		
	278: die emoties krijg je steeds meer, die opbouw van het gaat lukken, het gaat lukken weet je wel.. of je wordt euforisch, en dan boem!		
170414-1	29. Het is heel erg van eh, ah joh, je bent nog zo jong, denk er nog maar even over na.	- Leeftijd	

180414-2	73. Ja weet je, we zijn nu, K. is 40, ik ben bijna 40. En dan uh, kom je op een punt dat je al heel lang in een soort van routine leeft eigenlijk hè en dan als die sluimerende wens er altijd is..		
	247. Want in een vorige relatie waren we ook al een jaar of twee jaar met kinderen bezig en was het eigenlijk.. maar toen zijn we nooit naar de gynaecoloog geweest en toen was ik ook nog een stuk jonger.		
	260. Eigenlijk toch wel een beetje te laat mee gestart hoor, maar ja.		
	271. En als ik dat niet doe, als je het nu niet doet, dan zit je zelf over vijf jaar misschien, shit, hadden we toch maar, weet je wel?		
	271. Ja, ik denk dat het gewoon zo is dat je voornamelijk dat je zoiets hebt van ja, als het.. nu kan het nog weet je wel, 40, het zou nog net op het randje zijn.		
	285. Die vrouw in Italië was 68 geloof ik dat ze haar eerste kreeg. Nou dat vind ik gewoon niet normaal. Eigenlijk vind ik dat we al te oud zijn. Als ik heel eerlijk ben..		
240414-3	269. Ja wel een beetje op onze leeftijd gelet van ja uh.. Je kunt volgens mij tot je veertigste doorgaan, maar ja dat wilde ik dan niet echt en we hadden altijd zoiets van, we kijken gewoon per keer of het lukt.		
290414-4	189. Nou, misschien komt het omdat wij nou nog jong zijn, ik ben nou 30, dus ja..als je dan 22 bent en je stopt met de pil en je denkt, het telt aan, het telt niet aan en dan ben je 5 jaar verder en dan denk je...nou, ik ben 27, oh, we hebben nog alle tijd en eh..		
010514-5	130. ze is ook bang dat ze alleen blijft ze is ook een stukje jonger dan ik. Ze is bang dat ze dan alleen over blijft. Dat soort uh. Ja dat zijn dingen die spelen.		
	242. Mijn vrouw is vierendertig. Ik ben drieënvijftig. Ik ben wat ouder. Dat heeft ook wel z'n voordelen hier in dezen denk ik. Ik denk als je allebei jong bent. Je wilt samen graag kinderen. Je begint een relatie huisje, boompje, beestje. En het kindje wil op een gegeven moment niet dat dat veel ingrijpende en lastiger is, voor mij persoonlijk.		
020514-7	153. Dit is gewoon wat het is en uh.. en hij is ook een stuk ouder als mij dus hij had zoiets van ik vind het prima zoals we het nu hebben.	- Onzekerheid	
180414-2	176. Je hebt het gewoon niet onder controle (..) dat is voor mij soms best wel een beetje moeilijk hoor. Ik ben best wel beetje een control freak.		
170414-1	226. Want er kan een heleboel fout gaan..		
	230. Dus dan twee weken wachten en dan drie maanden waarin je een grote kans hebt op een miskraam. Groter nog bij een IVF poging dan normaal en dan afwachten dat er niks mis is,		
240414-3	101. Ik heb niet echt kunnen genieten, omdat ik bang was dat het weer fout zou gaan.		
	166. En dat vond ik soms wel vervelend, want het lag niet aan mij, maar ik moest wel alles ondergaan. En daar voelde hij zich ook wel schuldig over, maar..		
	292. ja ik ben ook niet naar zwangerschapsgym gegaan, omdat ik al zo onzeker was en ik dacht oh dan gaan al die vrouwen over pijntjes zeuren en dan denk ik: oh dat heb ik niet, dus het zal wel weer niet goed zijn.		

290414-4	58. ja..hoe heb ik het ervaren...ja....hoe heb...ja...ik vind het gewoon, kijk het is natuurlijk wel een psycholoog, maar ze kan natuurlijk ook niet eh...ja...ze kan het ook niet beter maken. Het is gewoon zoals het is...ja...		
	268. als je vragen hebt of als iets niet lukt dan moet je maar komen. Ja, dat doet ie niet, want je gaat daar jezelf toch niet bloot geven, zwak opstellen nou...dat is uiteindelijk ook een beetje aan die kant...ik denk als patiënten het gaan doen dan is het te laat.		
	582. Ja, ik denk dat er echt een wereld voor ze open gaat, wat er dan aan informatie komt en aan uh frustratie weggaat uhm. Alle frustratie die je hebt, vragen die je hebt.. Volgens mij is één ding gewoon, tegen zit in je traject waar we inzitten is gewoon stress.		
010514-5	121. Ja de onzekerheid denk ik. Het is een onzeker traject dat je in gaat. En je wil zekerheid maar ik snap ook wel dat, dat niet altijd duidelijk aan te geven is. En waarom en waarom niet. Dat soort dingen. Dat vind ik het moeilijkste hieraan. Ja..		
	130. ze is ook bang dat ze alleen blijft ze is ook een stukje jonger dan ik. Ze is bang dat ze dan alleen over blijft. Dat soort uh. Ja dat zijn dingen die spelen. En ze vindt het heel erg vervelend want ze is voor de rest gezond dat het haar niet lukt.		
010514-6	253/255: Ja ik dacht dus in de auto, ik zei nog van goh het zou eigenlijk fijn zijn als er geen uitslag is, als het gewoon allemaal goed is zei ik. En toen zei hij, die gynaecoloog, van uh ja er is eigenlijk niks, alles is goed. Toen dacht ik ja, moet ik nou eigenlijk blij zijn of niet want eigenlijk weet ik nou nog niet. (..) Toen zei hij ook van, maar wat is het dan wel hè? En toen was ik in één keer helemaal niet meer.. Toen was ik ook weer best wel weer overstuurd, want ik denk ja.. Soms kan er beter wel wat uitkomen hè, dat je. Dat je in ieder geval een oorzaak weet.		
020514-7	167. Hij kwam uiteindelijk wel op het punt van uh, dat heel veel dingen ook die hij voelde ook gebaseerd waren op angst		
	178. je hebt toch een soort uh hoe zeg je dat nou, onzekerheid onder je leven lopen, van een verlangen wat je hebt en wat alsmaar, waarin je zelf niet uhm, uh kunt bepalen wat er gebeurt zeg maar.		
020514-8	292: en nou ja.. dan krijgt het pas ruimte en dan voel je inderdaad verdriet, en eh pijn, angst, onzekerheid.. ja.		
010514-5	115. Kijk, in mijn vorige relatie kregen wij heel makkelijk, nou ja heel makkelijk, op de normale manier kinderen. En dan ga je ervan uit dat het altijd zo is. Maar dat is dus niet zo. Ik ben wat dat betreft wel met de neus op de feiten. En daar voelt mijn vrouw zich ook al weer een beetje schuldig over.	- Schuldgevoel	
010514-6	414/416/418: Kijk bij M..., een kindwens heeft hij echt nooit onder stoelen of banken geschoven. Ik ook niet. Maar ik ben gewoon, ja als het niet wil, dan wil het niet en dan.. Mijn leven zal zonder kinderen ook compleet zijn. Dat klinkt misschien heel stom in jullie oren, maar het zal bij mij niet koste wat het kost. Dat hoeft van mij gewoon niet. Ik hoef niet helemaal tot het gaatje te gaan. (..) En uh dus ik vind het af en toe naar hem toe, dat ik ook wel gezegd heb van, we moeten maar gaan scheiden.. (..) en dan moet je maar naar een vrouw die wel normaal moeder kan worden. Want ik wil hem die wens niet ontnemen.		
020514-7	201. Dat ik dat bijna niet mocht voelen van mezelf, want ik vond dat zo ondankbaar, zo van, nou is eindelijk mijn wens in vervulling gegaan en dan durf ik uh na te denken over dat ik dat nog een keer wil?		

170414-1	234. Maar ik ben nu dus vanaf november, gewoon permanent aan het wachten.	- Wachten	
	230. Het is voor mij echt de eerstkomende, minimaal 6 maanden, onophoudelijk wachten is		
	218. Want dan staat de TV aan en dan ben ik aan het breien en dan hoor ik een gesprek op de achtergrond, dat je maar genoeg hebt zodat je hoofd op een gegeven moment eens stopt, want het stopt niet..en ik ben maar aan het wachten..		
	209. En dan elke keer weer naar die afspraak en dan wachten, nou het staat volledig centraal		
	209. Ik wachtte alleen nog maar		
290414-4	198. Het moet maar gewoon een keer lukken, we wachten..	Toekomstperspectief	
	325. Wachten en spanning		
020514-7	180. Je weet niet wat de uitkomst gaat zijn. Je zit weer in de periode van wachten en afwachten en dan is het uh, wordt je weer wel ongesteld en dan denk je o ja. Dus het loopt als een soort uh, dat is best moeilijk te verwoorden, maar dat wachtgevoel, die onzekerheid van dat je niet weet, ondanks dat je zoveel investeert, maar dat je niet weet of het gaat gebeuren zeg maar, dat vind ik wel een emotioneel zwaar stuk zeg maar.		
180414-2	38. ..dat we echt zoiets hebben van nou ja oké, het gaat gewoon echt niet lukken: we moeten ons voorbereiden op een leven zonder kinderen of we gaan eiceldonatie doen.		
	73. De soort van invulling van de rest van je leven ofzo. Dat dat toch wel, voor mij is dat wel echt uh.. ja ik vind het altijd moeilijk. Er zijn natuurlijk zoveel andere mooie dingen in het leven, dat je ook gewoon, dat je denkt ja je moet het niet alleen daarvan af laten hangen, maar kijk op een gegeven moment als je natuurlijk van school afkomt en je gaat werken en uhm dat soort dingen.		
	181. Ik denk dat wij ook best wel inzien dat een leven zonder kind ook nog mogelijk is (..)Het is niet zo dat het leven stopt als we geen kind kunnen krijgen. Het zou heel jammer zijn en ik zou het echt heel gaaf vinden als ik een kind zou hebben, maar als het niet gebeurt, dan hebben we elkaar nog. Dan kunnen we nog andere dingen doen in het leven. Ik bedoel er zijn mogelijkheden natuurlijk genoeg zonder kinderen. Maar ja, ja we zijn er niet voor niks aan begonnen dus uh..		
240414-3	115. We waren al plannen aan het maken voor als het niet lukt met deze CRYO, dus ik dacht als het niet lukt dan gaan we gewoon naar het buitenland, of we gaan verhuizen, of andere leuke dingen..	Toekomstperspectief	
	117. Ik was al wel bezig met nou...niet ten koste van alles, als het niet gaat, dan is ht niet voor ons weggelegd.. dan zoeken we met z'n tweeën gewoon naar andere leuke dingen.		
290414-4	168. ik denk dat een psycholoog daar wel iets in kan betekenen, want wij hebben het er wel regelmatig over van nou, het kan zo maar eens helemaal niet gaan gebeuren en wat doen we nou als die pogingen voorbij zijn..en eh...hè..		
	186. en toekomst kijken van hoe zou het eruit kunnen komen te zien of een klein beetje verwerken van nou, ik begin er vast maar een beetje aan te wennen aan het idee, van het zou ook zomaar gewoon helemaal niet een keer lukken..		

010514-5	139. Voor de rest bepaald het heel erg je leven want we hebben nu bijvoorbeeld nog geen zomervakantie besproken. We kunnen ook niet ver in het vooruit afspraken maken voor wat betreft allerlei andere dingen. Want je moet dan weer een punctie en een echo en dan dit. Dus dat bepaalt best wel.		
	143. Op een gegeven moment dan hebben we er voor ons gevoel alles aan gedaan en dan als het niet lukt dan lukt het niet maar dan gaan we reizen, bij wijze van spreken. Dan moeten we wel er iets positiefs tegenover hebben. Vind ik.		
010514-6	377: Ja. Dus dan lukt het niet en ja dan is het gewoon lastig. En we zijn nu aan het kijken van hoe kunnen we dat oplossen zeg maar? En als het niet lukt op deze manier dan eventueel gewoon adopteren..		
	396: En ik denk dat als ik, ik zou er wel wat voor voelen om dan ook pleegzorg te gaan geven. Omdat ik weet hoe belangrijk dat is.		
	742: Wij hebben gewoon een bepaald toekomstperspectief wat we graag willen bereiken.		
	810/811: Maar dat jullie wel een nieuwe invulling van.. (..) Van ons leven, zeker!		
240414-3	333. 'Maar wij waren eerst!!'. Hè, weet je wel. Ja, wij zijn, wij moeten eerst zwanger zijn! Dat vond ik heel erg moeilijk.	- Onrechtvaardigheidsgevoel	
010514-6	386: .. Een depressie zeg maar, dus ja als je dan met dat soort trajecten (adoptie).. Dan is het, maar ja 20 jaar geleden had u dat.. Ja maar we leven vandaag de dag zo en wat er bij mij heel erg, wat ik wel heel schrijnend vind. Wij kunnen dan moeilijk kinderen krijgen of misschien geen. Dat weten we niet. Maar uh daar doe je alles aan en dan hoor je vandaag de dag bij wijze van spreken. Een keer in de maand ofzo, dat er dan weer een kind dood gevonden wordt in een vuilnisbak of voor een ziekenhuis neer gelegd wordt of wat dan..		
	388/389: Daar ben je dan wel zelf bij als dat gebeurt, maar als je dan een kind hoe zeg je dat gewoon dood maakt omdat je er niet voor kunt zorgen of.. ik snap wel, mensen zitten ook in problemen met psychisch en weet ik veel wat allemaal, maar ja dat vind ik wel van die momenten dan denk ik van... (..) Geef dat kind maar aan ons.		
	392: Ik vind het oneerlijk verdeeld.		
	414: Dat klinkt wel.. Ik vind het wel erg om te zien, in de winkel ook. Dan denk ik van: Wordt dat moeder? Moet je dat nou zien lopen. Een jaar geleden zat ze nog aan de drugs en uh.. Ja dat.. Tuurlijk dan word ik echt wel weer een moment heel erg boos en verdrietig en ik vind het ook wel uh, waar ik soms wel heel onzeker van wordt..		
	501: en dan lees je weer over zo'n kind in de portiek en dan lees je weer over een kind wat dan weer in de bosjes is gegooit en dan denk ik van.. leg het maar hier voor de deur. Leg het maar gewoon hier voor de deur.		
	511: Wat...die doen maar...en die gaan maar en...dan denk ik van.. ze denken he-le-maal niet aan die kinderen, ze denken alleen maar aan zichzelf.		
	533: Dat is wat anders als dat je...het je kind is. Daar zorg je voor. Dat is geen oppassen. Daar word ik zo kwaad om hè...		

170414-1	80. En dan de derde keer dan normaal gesproken is dat wederkerigheid. Toen bleek al snel dat ehm het zaad van mijn man niet goed genoeg was voor wederkerigheid en toen hebben we dus gesproken over eventueel eh voor hoe we dat zien of we zouden willen vragen vanuit buiten kring of iemand voor ons zou willen doneren	Wederkerigheids-principe Geertgen	Ethische dilemma's
	83. Toen er echter bleek dat we er een derde persoon in moesten betrekken vonden we dat wel heel erg moeilijk. Want nu maken wij die keuze en is het onze belasting en is dat onze last om te dragen als er over 16 jaar iemand op de stoep kan staan. Maar dat je daar je familie en je vrienden in gaat betrekken		
020514-7	262. Dus we zijn gestart en uiteindelijk werd er dus geen gehoor gegeven aan het wederkerigheidsprincipe, want dat was in mijn geval dus lastig.		
	264. Ja.. ik sta wel achter dat wederkerigheidsprincipe. Ik vind dat wel een mooi ding.. dus ik eh...nee, ik snapte de vraag.. ik heb er uiteindelijk alleen in mijn omgeving niks mee gedaan.		
	268. Ik sta wel achter het idee en ik begrijp de vraag ook wel, maar ik ehm, ik heb het dus blijkbaar zodanig lastig gevonden dat ik het dus niet eh gedeeld heb met vrienden.		
	273. Maar ja...ik heb...maar als ik er nu op terugdenk vind ik het wel een ehm een pittige vraag.. maar ik snap het wel.		
170414-1	23. Dus op het moment dat ik kinderen zou krijgen, dan hebben die bijna gegarandeerd dezelfde ziekte. Wat de reden is dat ik voor eiceldonatie ga. En dan de tweede keer, ehm, ja de eerste keer merkten we al duidelijk dat het sowieso om donorschap ging en de tweede keer wordt dan gekeken hoe je om zou gaan met het feit dat het genetisch niet jouw kindje is. Niet biologisch, niet genetisch, hoe je dat ziet en of je daar wel al over nagedacht had.	- Donatie	
	386. Ik vind het heel belangrijk vind, wat ook de reden is dat ik niet naar het buitenland ben gegaan, ik vind dat een kind moet kunnen achterhalen waar het vandaan komt, ik vind dat dat absoluut een recht is van iedereen.		
180414-2	17. Dus gewoon wel met je eigen eitjes en zaadjes. En ja, in principe hadden we er gewoon niet zo'n behoefte aan. Ik kan me wel voorstellen met eiceldonatie dat het toch wel wat anders is omdat je ook eigenlijk je eigen genetische materiaal niet doorgeeft.		
	126. Ik denk dat je jezelf eigenlijk helemaal niet beseft van ja, wat gebeurd er met je als je straks gewoon een kind hebt wat eigenlijk wel van je man is, maar niet van jou. Ja, klinkt misschien een beetje.. het is wel van jou want je draagt het natuurlijk zelf, maar en ik denk ook wel dat ik dat zelf wel zo zou kunnen zien, maar wie weet is dat niet zo hè. Dus ik denk dat dat wel goed is dat je daar gesprekken in hebt.		
020514-7	127. Het enige waar het dan wel uhm meer tijd heeft gekost is het stuk van de overgang van uh uhm dat we moesten loslaten dat we geen eigen kind konden krijgen naar het donorverhaal dat is voor mijn man wel een uhm, dat was voor hem natuurlijk zwaarder, anders dan voor mij.		
	129. Dat is voor hem wel echt een afscheidperiode geweest van het eigen kind en het accepteren dat ie dus, dat er een kind misschien gaat komen wat dan niks met, niet van hem is zeg maar.		

	237. als je het hebt over het hele donorverhaal dan komt dat wel, dan is het daar ook wel over gegaan in onze overwegingen ja...van eh...en ook of je dan gaat voor een anonieme donor of het is sowieso.. of nee, de anonieme donor, ik zeg het verkeerd, of je gaat voor een bekende donor, uit je omgeving bijvoorbeeld of uit je vriendenkring, of weet ik dat, of dat je gaat voor een spermabank, of voor de bank van Geertgen zeg maar. Dan kom je wel ehm... nou ja...dan kom je wel op een ethisch stuk.		
020514-8	139: Biologisch gezien niet. Nee, genetisch gezien niet, biologisch gezien niet. Maar daar hebben we ook heel goed over kunnen praten met Marloes, met de counseling, absoluut. Waardoor mijn vriendin ook, ik stond er eigenlijk al achter, maar ik heb makkelijk praten, want ja het wordt wel mijn zaad wordt gebruikt.. 141: dus voor mij is het makkelijker als voor mijn vriendin, je probeert wel mee te leven, ik heb zoiets van oké...ik probeer het positief te brengen van oké...ik snap wel dat dat lastig is als het niet je eigen eikel is maar in ieder geval mijn zaad, het groeit in jou, heb ik ook al, maar ja ik ben natuurlijk niet , want toen de psycholoog het zei, want die bracht het weer op een andere manier. En toen is het voor mijn vriendin ook meer gaan ehm processen zeg maar. Weer wat meer. Dat is gewoon een proces geweest.		
170414-1	166. Het is ook zonde, want als ik nu zou stoppen, zeg maar, dus dit gaat fout, en een heleboel ruzie en we besluiten te stoppen, dan gaan er dus 5 eicellen de prullenbak in...Dus dat is ook....Maar het zijn ook 5 eicellen die een andere vrouw had kunnen gebruiken...ze zijn nu van mij, ze zijn bevrucht met zijn zaad, dus daar kan verder niemand iets mee, in Nederland wordt het gebruik van embryo's heel slecht gedaan.	- Embryo's	
240414-3	12. En de keuze voor Geertgen was ook omdat ze meer embryo's eh konden creëren en ook gingen invriezen. Want in het ziekenhuis hebben ze hele strenge eisen om embryo's in te vriezen en ik had steeds best wel veel embryo's over, maar die hebben ze weg gegooid, omdat volgens hun standaard niet goed genoeg waren om in te vriezen.		
180414-2	4. En uhm daarbij uh onze principes een beetje aan de kant hebben gezet 65. En uh toen op een gegeven moment toen dacht ik wel, want ik zat er al wel een tijdje mee van ja moeten we misschien toch, weet je toch maar wel met een beetje hulp? En toen eigenlijk zaten we samen op de bank en toen zei ik van ja, waarom zouden we het eigenlijk gewoon niet proberen op die manier? 270. Ik kan wel echt uit de grond van mijn hart zeggen: idealiter zou het gewoon op de natuurlijke manier moeten gaan. Dat is eigenlijk wel de basis.	- Principes	
170414-1	381. Maar dat is voor mij wel heel bewust geweest, dat niet alleen mijn keuze of het ethisch is en mijn partners keuze of het ethisch verantwoord is er toe doet, maar ook hun keuze daarin. 188. Omdat je er toch in gaat met de stap van hier word ik goedgekeurd of afgekeurd. Je stapt er toch in als een soort test. Niet dat (lacht), niet als een soort test, je stapt erin als of je voor een examen hebt geleerd. Ik heb wel eerlijke antwoorden gegeven, omdat ik er heel goed over nagedacht heb. 369. Ik ben chronisch ziek en ben progressief chronisch ziek, dus ik zal slechter worden, en ehm dan is de vraag, is het oké dat je kinderen krijgt.. en voor mij was het eerder de ethische vraag is het oké om zieke kinderen te krijgen?		

180414-2	258. Volgens mij was ik er op tegen, omdat ik echt van het begin al zoiets had van, ik heb eigenlijk mijn hele leven al gedacht van dat is voor god spelen weet je wel? Dat is niet natuurlijk, dat is niet normaal. En je mag dat niet doen, omdat dat weet je wel niet natuurlijk is, dus blijkbaar niet bedoeld voor je. Maar ja, op een gegeven moment ben je er zo lang mee bezig en dan weet je gewoon dat dat de enige kans misschien nog is en dan doe je het toch.	- Regie	
	267. Ik heb nog steeds, toch nog een beetje zoiets van ja als het niet lukt, op een natuurlijke manier, dan is het toch iets wat blijkbaar, weet je wel, ik geloof niet in god, maar ik heb zoiets van ja, dan zal het van hogere hand misschien zo zijn van: het is niet voor jullie ofzo.		
	268. Het is raar dat je wens toch een beetje gaat overheersen hè, dat je toch blijkbaar je eigen wil om zoiets te krijgen, vraag ik me echt af of dat dan de natuur is of het feit, het lukt niet dus er is nog een soort van..		