

De betekenis van sociaal en genetisch ouderschap: het perspectief van lesbische koppels met een kindwens

***Op welke manier vullen lesbische wensouders het samen ouder zijn in
ondanks de onmogelijkheid om samen genetisch ouder te zijn?***

Masterproef neergelegd tot het behalen van de graad van master in de psychologie,
afstudeerrichting Klinische Psychologie

Door Siska Wauters

Promotor: dr. Hanna Van Parys

Begeleiding: dr. Hanna Van Parys

Inhoudsopgave

1. Dankwoord	p. 1
2. Abstract	p. 2
3. Inleiding	p. 4
Ouderschap bij lesbische koppels	p. 4
De beslissing om de kinderwens te vervullen	p. 4
Legale en maatschappelijke context omtrent ouderschap	p. 5
Welzijn van kinderen	p. 6
Mogelijkheden om ouder te worden bij lesbische koppels	p. 7
Kinderen uit een vorige relatie	p. 7
Adoptie	p. 8
Pleegzorg	p. 9
Inseminatie met donormateriaal.....	p. 10
Medisch begeleide voortplanting.....	p. 10
Het beslissingsproces.....	p. 10
De verschillende methodes in het kader van medisch begeleide voortplanting	p. 12
Intra-uteriene inseminatie.....	p. 12
In-vitro fertilisatie	p. 13
Introcytoplasmatische sperma injectie.....	p. 13
Aanloop tot behandeling met donormateriaal	p. 13
Maatschappelijke en wettelijke situering omtrent medisch begeleide voortplanting	p. 14
Beleving van het behandelingsproces	p. 15

Perspectieven op het toekomstig ouderschap	p. 16
Plaats binnen de sociale context	p. 17
Plaats donor	p. 18
Plaats sociale moeder	p. 20
Probleemstelling en onderzoeksvragen	p. 23
4. Methode	p. 25
Participanten	p. 25
Data-verzameling.....	p. 26
Data-analyse	p. 27
Validiteit en betrouwbaarheid	p. 28
5. Onderzoeksresultaten	p. 31
Keuze biologische moeder is een weloverwogen beslissing.....	p. 32
Keuze is een harmonieus proces	p. 32
Redenen voor keuze biologische moeder	p. 33
Keuze anonieme donor om derde in ouderschap uit te sluiten.....	p. 34
Hoe omgaan met verschillen wat betreft de genetische band met het kind?	p. 37
Betrokkenheid sociale moeder.....	p. 37
Perspectief op de genetische band met het kind.....	p. 39
Betekenis keuze kenmerken donor	p. 39
Ervaringen en verwachtingen rond de genetische link bij de lesbische wensouders.....	p. 41
Opvoeding wordt als belangrijker gezien dan de genetische verbondenheid met het toekomstig kind	p. 44
Genetische link met de sociale moeder versus de genetische link tussen kinderen.....	p. 45

Nadenken over de benaming van de ouders.....	p. 47
Invulling als hun rol als ouders is een zoektocht	p. 47
6. Discussie	p. 50
Samenhang tussen onderzoeksvragen, onderzoeksresultaten en de literatuur	p. 50
Selectieproces van de biologische moeder	p. 50
Plaats van de donor	p. 51
Hoe omgaan met de verschillen wat betreft de genetische band met het kind	p. 53
Benaming van de toekomstige ouders	p. 55
Rol van de toekomstige ouders	p. 56
Beperkingen van het onderzoek.....	p. 57
Kwaliteiten van het onderzoek.....	p. 57
Aanbevelingen voor verder onderzoek	p. 58
Conclusie.....	p. 59
7. Literatuurlijst	p. 61
8. Bijlagen	p. 75
Interview Topic List	p. 76
Schaal oefening	p. 80
Verzonnen verhaal	p. 80

Dankwoord

Bedankt aan alle tien geïnterviewde lesbische koppels die ervoor hebben gezorgd dat deze masterproef tot stand kwam. Bedankt om mij een kijkje in jullie verwachtingen en belevingen te gunnen en jullie huis open te stellen.

Bedankt aan mijn mama voor het nalezen van deze masterproef en voor jouw steun gedurende mijn hele opleiding. Bedankt aan mijn vriendin, Leen, voor de steun en hulp en vooral voor de vele ontspanmomenten en verwennerij. Bedankt opa, hoewel ik dit jaar afscheid van jou heb moeten nemen blijven jouw wijze woorden steeds bij mij. Bedankt om te geloven in wie ik ben, waarvoor ik sta en er nog trots op te zijn ook.

Bedankt aan de jobstudenten en thesisstudenten die zorgden voor de transcripties van de verschillende interviews. Dankzij deze transcripties kon ik mijn analyse starten.

Ontzettend bedankt aan dr. Hanna Van Parys, mijn begeleidster. Bedankt voor jouw raad en daad, voor jouw visie en voor jouw constructieve feedback. Bedankt voor de tijd en energie die je in deze masterproef hebt gestopt.

Abstract

Al meer dan dertig jaar kunnen lesbische koppels zwanger worden via inseminatie met donorsperma in België (Marina et al., 2010). Ouderschap bij lesbische koppels is dus geen nieuw fenomeen, maar de manier waarop hun identiteit als ouder vorm krijgt is vaak een werk van lange adem. Deze koppels benaderen genetisch en sociaal ouderschap op een nieuw niveau en staan hierdoor voor unieke uitdagingen. Deze masterproef probeert zicht te krijgen op de uitdagingen die biologische en sociale moeders reeds bij de preconceptie aangaan. Dit onderzoek exploreert de manier waarop wensouders het samen ouder zijn invullen ondanks de onmogelijkheid om samen ouder te zijn.

Lesbische koppels in behandeling in het Universitair Ziekenhuis van Gent werden benaderd door hun consulente om deel te nemen aan het onderzoek. Van alle benaderde koppels die voldeden aan de voorwaarden namen tien lesbische koppels (20 vrouwen) deel aan het onderzoek. Een semigestructureerd interview werd afgenomen bij elk koppel. De interviewer was een werknemer aan de Universiteit van Gent die het onderzoek leidde. Deze koppels werden geïnterviewd over hun perspectieven op sociaal en genetisch ouderschap, het interview duurde 90-120 minuten. De data werd geanalyseerd aan de hand van thematische analyse.

De resultaten wijzen erop dat lesbische koppels een weloverwogen beslissing nemen bij de keuze voor biologische moeder, er worden een aantal factoren afgewogen voor deze beslissing wordt genomen. We zien dat deze keuze op een harmonieuze manier verloopt. Daarnaast zien we dat alle koppels voor een anonieme donor kiezen omwille van verschillende redenen. De belangrijkste reden is dat de donor zich niet kan bemoeien met de opvoeding en het leven van hun kind. Als we de koppels bevragen naar de betekenis van de genetische link krijgen we verschillende antwoorden. Ten eerste speelt de keuze in kenmerken van de donor een rol. Voor sommige koppels is het belangrijk dat er fysieke overeenkomsten zijn tussen de sociale moeder en de donor opdat de sociale moeder en het kind ook fysieke overeenkomsten kunnen delen. Voor andere koppels is dit niet belangrijk. Ten tweede hechten bepaalde koppels veel belang aan de genetische link tussen hen en hun kind, andere koppels hechten hier dan minder belang aan. Deze koppels hechten dan weer meer belang aan de rol van de omgeving en de opvoeding in het karakter van het kind. Ten derde merken we op dat ondanks de genetische link niet bij alle koppels belangrijk wordt geacht, toch bijna alle koppels de genetische link tussen meerdere kinderen wel belangrijk vinden. De benaming van zichzelf als ouders en hun invulling als rol van ouders is voor velen nog een zoektocht die het einde nog niet heeft bereikt. De minderheid heeft al een idee over hun benaming en hun rol als toekomstig ouder. Hun rol kan worden opgedeeld in een stereotiepe moeder – of vaderrol of een onconventionele hybride vorm van beiden.

In de discussie worden mogelijke verklaringen voor deze bevindingen en implicaties voor

de praktijk besproken. De kwaliteiten, beperkingen en suggesties voor verder onderzoek worden hier ook voorgesteld.

Ouderschap bij lesbische koppels

Het proces naar ouderschap in lesbische gezinnen is veelzijdig en complex. Vandaag de dag kiezen steeds meer lesbische koppels ervoor om aan een gezin te beginnen (Wilton & Kaufmann, 2001). Het onderzoek van Bos, van Balen, & van den Boom (2003); Hayman et al. (2013), Riskind & Patterson (2010) suggereert dat lesbische koppels dezelfde motivatie hebben om een kind te krijgen als heteroseksuele koppels. De motivatie voor ouderschap en de obstakels die het koppel moet overwinnen om biologisch ouders te kunnen worden houden lesbische koppels langer bezig dan heteroseksuele koppels (Wojnar, 2007). De tocht die lesbische koppels moeten ondernemen tot ouderschap bevatten meerdere unieke stappen (Wojnar & Katzenmeyer, 2013). Golombok et al. (2003) stellen vast dat de focus van het onderzoek naar kinderen binnen een lesbische relatie is verschoven. Sinds een aantal jaren wordt er meer onderzoek verricht naar kinderen geboren binnen een lesbische relatie. Voordien werd er vooral onderzoek gedaan naar kinderen die opgevoed werden door een lesbisch koppel, maar geboren werden in een heteroseksueel gezin.

Ouderschap bij lesbische koppels begint bij de beslissing om hun kinderwens te vervullen. We gaan allereerst dieper in op de factoren die een rol spelen bij deze beslissing.

De beslissing om de kinderwens te vervullen

Al meer dan dertig jaar kunnen weduwes, gescheiden vrouwen, alleenstaande vrouwen of lesbiennes zwanger worden via inseminatie met donorsperma in sommige Westerse landen zoals België (Marina et al., 2010). Zo werd vanaf 1986 in-vitrofertilisatie (IVF of proefbuisbevruchting) in de vrouwenkliniek van het Universitair Ziekenhuis van Gent geïntroduceerd (Vrouwenkliniek, n.d.: http://www.vrouwenkliniek.be/?page_id=417). Deze nieuwe mogelijkheid tot voortplanting resulteerde in wat sommige auteurs een ware 'baby boom' bij lesbische koppels noemden (Weston, 1991; Patterson, 1995; Patterson, Hurt & Mason, 1998; Morningstar, 1999; Glazer & Drescher, 2001; Johnson & O'Connor, 2002; Bos, van Balen & van den Boom, 2003; Amato & Jacob, 2004; Bos, Gartrell, van Balen, Peyser & Sandfort, 2008). Alvorens lesbische koppels een kind op de wereld willen zetten, moeten er eerst een aantal zaken worden afgewogen. Ten eerste moet het koppel gemotiveerd zijn en een verlangen hebben naar een kind. In het onderzoek van Bos, van Balen en van den Boom (2003) ging men op zoek naar de motivatie achter deze wens naar ouderschap. Lesbische koppels worden veel meer dan heteroseksuele koppels geconfronteerd met vragen uit hun omgeving over de motieven naar hun kinderwens. Lesbische koppels worden daarom meer gestimuleerd om te reflecteren over hun motieven en verlangens naar kinderen. Ook de sterkte van dat verlangen naar een kind speelt mee in hun transitie naar ouderschap. Hierbij wordt vaak de afweging gemaakt of hun kinderwens wel ethisch is, of ze de

sociale en emotionele gezondheid van hun kind niet in gevaar brengen met hun keuze. De vraag 'kunnen we/mogen we/hebben we het recht op een kind?' wordt bij lesbische koppels heel sterk afgewogen (Chapman et al., 2012).

Eens men voldoende gemotiveerd is, er een verlangen is naar dat kind en de ethische vraag van de baan is, moeten er vaak heel wat beslissingen genomen worden alvorens hun kinderwens in vervulling kan gaan. Zo is er ten eerste de beslissing rond conceptie, gaat men voor adoptie, KI (Kunstmatige Inseminatie), IVF (in-vitrofertilisatie), IUI (intra-uteriene inseminatie) of ICSI (Intracytoplasmatische sperma-injectie)? Hierop volgt de beslissing wie van beide zwanger wordt. Bijkomend moet ook de beslissing genomen worden over donoroptyes, gaat men voor een gekende donor of heeft men liever een anonieme donor? (Dunne, 2000; Murphy, 2001; Perrin, 2002). Houdt men sperma bij voor later of voor een tweede kind? Vaak krijgen verschillende koppels sperma van dezelfde donor. Dit is ook een afweging die moet worden gemaakt. De identificatie en ouderschapsrechten van de donor spelen ook een rol in deze beslissing (Chapman et al., 2012). Daarbij moeten lesbische koppels op zoek gaan naar een vroedkundige instelling die bereid is en gevoelig is voor hun kinderwens (Chabot & Ames, 2004; McManus et al, 2006; Renaud, 2007).

Na deze afwegingen komen ook de beslissingen rond de kostprijs. De wettelijke beslissingen rond het kind mag men ook niet uit het oog verliezen (Dunne, 2000; Murphy, 2001; Perrin, 2002). We zoomen allereerst in op de bredere legale en maatschappelijke context omtrent ouderschap bij lesbische koppels. Het is belangrijk deze context te kennen om te begrijpen welke invloed deze context kan hebben op de beleving van ouderschap.

Legale en maatschappelijke context omtrent ouderschap

Het aantal kinderen geboren binnen een lesbisch gezin vanaf de jaren '80 in de USA en Europa wordt op zo'n 14 miljoen geschat (Bos, Gartrell, van Balen, Peyser & Sandfort, 2008). Het aantal kinderen van lesbische ouders in België is moeilijk te schatten. Op basis van het Rijksregister van de Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie (2013) zijn 9188 lesbische vrouwen door het huwelijk verbonden tussen 2005 en 2013. Dit burgerlijk huwelijk werd pas legaal vanaf 1 juni 2003 in België. Dit huwelijk impliceert dat halebikoppels dezelfde rechten als gehuwde heterokoppels krijgen. Hierop werd één uitzondering gemaakt, de sociale moeder had geen juridisch recht over haar kind als het lesbisch koppel zwanger werd via donorinseminatie. Binnen een heterokoppel krijgt de man wel automatisch het juridisch recht over zijn kind als het heterokoppel zwanger wordt via donorinseminatie (Breyne, 2013). Tijdens het schrijven van deze masterproef kwam verandering in deze juridische regel. In april 2014 werd een wetsvoorstel goedgekeurd waardoor beide moeders automatisch juridisch ouder worden van

het kind van zodra het geboren wordt. Dit neemt niet weg dat de legale en maatschappelijke context vaak de grootste uitdaging is voor de meeste holebigezinnen. Het is vaak die context die relaties van mensen met hetzelfde geslacht niet ondersteunt en bijgevolg die gezinsvormen niet tegemoet komt (Short, 2007; Short et al., 2007; Shapiro, 2009). Veel ouders maken zich ook zorgen over het feit dat hun kinderen gepest kunnen worden omwille van hun homoseksuele ouders of dat hun kinderen gediscrimineerd kunnen worden op school omwille van de geaardheid van hun ouders (Van Dam, 2004; Rawsthorne, 2009; Perlesz et al., 2006).

In volgende alinea gaan we dieper in op deze zorgen van de lesbische ouders. We bekijken het welzijn van kinderen in een homoseksueel gezin.

Welzijn van kinderen

Lesbische koppels moeten uitdagingen aangaan in de context waarin ze hun kind willen grootbrengen. Ondanks deze uitdagingen is er veel onderzoek dat aantoonde dat de sociale, emotionele en ontwikkelingsuitkomsten van de kinderen die door lesbische koppels worden grootgebracht gelijk zijn aan de uitkomsten van hun heteroseksuele gelijken (Biblarz, 2010). De ouderschapsvaardigheden van holebi's zijn lang in vraag gesteld. Hiervoor zijn veel rechtsvervolgingen inzake wetgeving rond het adopteren van een kind in de rechtbank uitgevochten (Patterson, 2009). Een argument dat vaak wordt gebruikt tegen lesbisch ouderschap is dat, voor een gezonde psychologische ontwikkeling, een kind een vaderfiguur nodig heeft (Brewaey, 2001). Kinderen opgevoed door holebi's worden dan ook verondersteld moeilijkheden te zullen ervaren. Zij zouden vatbaar zijn voor verstoringen in psychologische aanpassing, relaties met peers, gender – en seksuele identiteit (Biblarz & Stacey, 2010). Onderzoek richtte zich op gebieden zoals psychologisch welzijn/aanpassing, sociale relaties met kinderen, seksuele/genderidentiteit, emotionele en gedragsproblemen bij kinderen van lesbische ouders.

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat kinderen die opgroeien in een homoseksueel gezin niet verschillen in psychologisch welzijn met kinderen die opgroeien in een heteroseksueel gezin (Brewaey et al., 1997; Golombok et al., 1997; Chan, Raboy & Patterson, 1998; Bos et al., 2003; Golombok et al., 2003; Lambert, 2005; Bos, van Balen & van den Boom, 2007; Rivers, Poteat & Noret, 2008; Bos & Sandfort, 2010). Verder vond men in studies, uitgevoerd met lesbische en homoseksuele ouders, dat seksuele geaardheid van ouders niet geassocieerd is met de uitkomsten in het welzijn van het kind (Erich, Kanenberg, Case, Allen & Bogdanos, 2009). Het onderzoek van Ray & Gregory (2001) maakte hier een kanttekening, deze onderzoekers zagen een invloed op het psychologisch welzijn van kinderen als gevolg van pest – en plaaggedrag op school. Kinderen met lesbische ouders worden meer gepest en geplaagd dan kinderen met heteroseksuele ouders, wat een negatieve invloed heeft op hun psychologisch welzijn. In andere

studies werd de hogere kans op pesten en plagen weerlegd (Tasker & Golombok, 1997; Vanfraussen et al., 2002; Rivers et al., 2008). We kunnen samenvatten dat hieromtrent nog geen consensus is bereikt. Daarnaast wees onderzoek van Ray & Gregory (2001) aan dat kinderen van lesbische koppels, afhankelijk van hun leeftijd, al dan niet vertellen over hun gezinssituatie aan leeftijdsgenoten. Uit een longitudinaal onderzoek van Golombok & Tasker (1996) kwam naar voor dat er geen verschil is in seksuele oriëntatie, genderidentificatie en genderrolgedrag tussen jongvolwassenen van lesbische gezinnen en van heteroseksuele gezinnen. Ten laatste vertonen kinderen uit lesbische gezinnen niet meer gedrags- en emotionele problemen dan kinderen uit heteroseksuele gezinnen, dit werd aangetoond door verschillende onderzoeken (Flaks et al., 1995; Golombok et al., 1997; Chan et al., 1998; Gartrell & Bos, 2010; van Gelderen, Bos, Gartrell, Hermanns & Perrin, 2012).

Samenvattend kunnen we stellen dat kinderen die opgroeien in een lesbisch gezin niet verschillen van kinderen die opgroeien in een heteroseksueel gezin (Vanfraussen, Ponjaert-Kristoffersen, & Brewaeys, 2002). Steeds meer studies tonen aan dat homoseksuelen even goede ouders kunnen zijn als heteroseksuelen (Wainright & Patterson, 2006). Nochtans hebben homoseksuele gezinnen pas de laatste jaren meer zichtbaarheid in de maatschappij verworven en dit vooral in de Westerse wereld.

Nu we een beter zicht hebben op de ruimere context omtrent ouderschap bij lesbische koppels bekijken we de mogelijkheden die deze koppels hebben om ouder te worden. Alle mogelijkheden worden kort aangehaald om te blijven stilstaan bij inseminatie met donormateriaal.

Mogelijkheden om ouder te worden bij lesbische koppels

Eenmaal het lesbisch koppel voor ouderschap heeft gekozen dient zich een tweede keuze aan. Op welke manier wil het koppel het ouderschap invullen? We halen vier verschillende mogelijkheden aan om ouder te worden: eerdere kinderen uit een vorige relatie, adoptie, pleegzorg en inseminatie met donormateriaal.

Kinderen uit een vorige relatie

Kinderen uit een vorige relatie kunnen ook deel uitmaken van een holebigezin. We weten dat deze gezinsvormen bestaan, maar onderzoek hieromtrent is schaars en gedateerd. Slechts in enkele studies zoals die van Brewaeys & van Hall (1997) werden deze gezinssituaties vermeld. Zo kregen veel lesbische vrouwen tussen de jaren 1960-1980 kinderen binnen een heteroseksuele relatie. Meestal onthulden de lesbische moeder hun geaardheid pas nadat de kinderen waren

geboren. Het overgrote deel van onderzoek hieromtrent dateert uit de jaren '90. Homoseksualiteit was in de jaren '90 nog niet zo maatschappelijk aanvaard in vergelijking met het heden. De maatschappij is doorheen de jaren toleranter geworden naar homoseksuele relaties en kinderen binnen deze relaties. Er worden steeds meer juridische en maatschappelijke regels ingevoerd voor de bescherming en ondersteuning van halebikoppels. Bijgevolg komen er steeds minder gezinsvormen voor waarin de ene partner pas na de geboorte van de kinderen uitkomt voor zijn/haar geaardheid. Onderzoek begon zich te richten op andere gezinsvormen en de gevolgen hiervan.

Adoptie

Sinds maart 2006 hebben hlebi's het recht verworven om als koppel te adopteren in België. Bij adoptie werd er vroeger een onderscheid gemaakt tussen twee vormen. Enerzijds kon de sociale moeder het kind van haar partner adopteren nadat zij bevallen was (co-ouderadoptie of stiefouderadoptie). Anderzijds kan het koppel samen juridische ouders worden van een niet-biologisch kind (gezamenlijke adoptie) (Borghs, 2011). Co-ouderadoptie voor lesbische koppels is sinds april 2014 niet meer van toepassing. Het federaal parlement keurde in april 2014 het wetsvoorstel rond meemoederschap goed. Dit wetsvoorstel houdt in dat als een lesbisch koppel een kind krijgt, beide moeders automatisch juridisch ouder worden van het kind. Voorheen had de sociale moeder geen juridisch zeggenschap over het kind als het geboren werd en moest ze eerst nog een adoptieprocedure doorlopen om juridisch ouder te worden van haar eigen kind. Dit is met het nieuwe wetsvoorstel van de baan. De wet treedt pas zes maanden na publicatie in het Belgisch Staatsblad in werking. Vanaf dan kan de sociale moeder haar kind erkennen bij de burgerlijke stand, net zoals heterokoppels (Borghs, 2014). Het kind wordt dan als een volwaardige juridische verwant in de gezin van de beide vrouwen opgenomen. Samen hebben ze de ouderlijke plichten en de verantwoordelijkheid voor het kind. Mocht het tot een breuk komen tussen het koppel, maken ze beiden evenveel aanspraak op het kind. Als twee vrouwen samen een kind adopteren, kiezen zij in onderling overleg wie van beiden de familienaam zal doorgeven aan het kind (Borghs, 2011).

De tweede vorm van adoptie die wordt besproken is gezamenlijke adoptie. Binnen deze vorm zijn er twee opties, ofwel kiest het koppel voor een binnenlandse adoptie ofwel kiest het koppel voor een buitenlandse adoptie.

De geboortouder(s) krijgen bij de adoptiediensten de mogelijkheid om zelf mee te beslissen in welk type gezin ze hun kind willen laten plaatsen (Vlaams Centrum voor Adoptie, n.d.). Dit betekent dat de geboortouder(s) kunnen weigeren hun kind af te staan aan een lesbisch koppel. Als we kijken naar de cijfers zien we dat er regelmatig homoseksuele koppels een binnenlands

kind adopteren. In 2012 werden er 30 Belgische kinderen geadopteerd. Van deze 30 kinderen vonden 14 kinderen een nieuwe thuis bij holebikoppels, 16 kinderen bij heterokoppels. Dat is een sterke stijging tegenover 2011. Toen werden nog maar zes van de 25 Belgische kinderen geadopteerd door holebi's. In 2013 werden er 26 binnenlandse kinderen geadopteerd in België. Daarnaast kwamen 73 buitenlandse kinderen via een inter-landelijke adoptie terecht bij Vlaamse ouders. In 2012 waren dat er nog 122, dat is opmerkelijke vermindering (Vlaams Centrum voor Adoptie, n.d.).

Pleegzorg

Naast adoptie bestaat ook de mogelijkheid om als lesbisch koppel pleegouder te worden in het kader van pleegzorg. Het koppel neemt dan een pleegkind op in hun gezin en dit vrijwillig en tijdelijk. Het belang van pleegzorg is moeilijk te overschatten, je geeft een kind nieuwe kansen. Het kind heeft een plaats waar het thuis kan zijn en kan groeien in een vaak stabielere omgeving. Helaas is er momenteel een groot tekort aan pleegouders. Homoseksuele koppels pleegouder laten worden helpt om in dit tekort tegemoet te komen (Borghs, 2011).

In de eerste plaats wordt pleegzorg georganiseerd binnen de sector van de bijzondere jeugdzorg. Een kind wordt toevertrouwd aan een betrouwbaar persoon of gezin. Zowel de juridische ouders als het kind zelf (indien het kind boven de twaalf jaar is) moeten erin toestemmen. Dit betekent dat de juridische ouders inspraak hebben wat betreft het gezin waar hun kind terecht komt, holebikoppels kunnen geweigerd worden door de juridische ouders of door het kind (indien het kind boven de twaalf jaar is). Zo'n plaatsing in een pleeggezin wordt opgelegd door de jeugdrechter als er sprake is van een problematische opvoedingssituatie of wanneer het kind een misdrijf heeft gepleegd (Borghs, 2011).

Homoseksuele pleegouders brengen een uniek perspectief in het pleegouderschap. Onderzoek stelt dat dit een potentiële voordelige factor voor kinderen in pleegzorg kan zijn (Hicks, 2005; Mallon, 2006). Hicks en McDermott (1999) stelden voorop dat homoseksuele pleegouders meer open staan voor een niet-biologische familie. Hun toewijding voor het opvoeden van pleegkinderen kan een gevolg zijn van het hoge percentage homoseksuele mannen en lesbische vrouwen die werken in de welzijns- en verzorgingssector, samen met een toewijding aan sociale gerechtigheid en verandering. Meer zelfs, sommige onderzoekers geven aan dat een pleegkind in een lesbisch- of homoseksueel huishouden plaatsen zelfs beter kan zijn dan het kind te plaatsen binnen een heteroseksueel gezin (Riggs, 2011). Zo kan voor meisjes die het slachtoffer werden van incest of seksueel misbruik een gezin met twee vrouwen een veilige omgeving vormen (Borghs, 2011). Ook de biologische ouders (vooral dan de moeders) vinden het minder

bedreigend voor hun status als ouder, als de pleegouders (van het tegengestelde geslacht) niet worden gezien als hun vervangers (Ragg, Patrick & Ziefert, 2006).

Inseminatie met donormateriaal

De laatste manier tot ouderschap voor lesbische koppels dat we gaan bespreken bestaat uit medisch begeleide voortplanting. Dit wordt verder uitgewerkt in onderstaande paragraaf.

Medisch begeleide voortplanting

Het beslissingsproces

Een beslissingsproces wordt gedefinieerd als een proces waarin men een beslissing maakt tussen twee of meer alternatieven. Het proces is vaak gekenmerkt door onderhandelingen met anderen (Goldberg & Perry-Jenkins, 2007). Wanneer een lesbisch koppel beslist om een kind op de wereld te zetten gaan er heel wat andere beslissingen aan vooraf.

Ten eerste moeten ze de afweging maken of ze wel ouders willen worden. Ze moeten hun lesbische identiteit kunnen verzoenen met hun identiteit als moeder. Informatie over ouderschap bij lesbiennes en observatie van andere lesbische koppels met kinderen kan het koppel helpen om deze beslissing te nemen. Ook een partner vinden die een verlangen naar kinderen heeft motiveert tot ouderschap (Chabot & Ames, 2004). Lesbische koppels verschillen niet veel in hun heteroseksuele peers als het aankomt op hun beslissing om ouder te worden. Zowel heteroseksuele als homoseksuele koppels hebben een kinderwens uit liefde voor kinderen, hun geloof in hun capaciteiten als goede ouders en hun verlangen naar stabiliteit in hun leven (Gartrell et al., 1996; Langdridge, Connolly & Sheeran, 2000). Ten tweede moeten ze een antwoord weten te vinden op de vraag waar men toegang heeft tot informatie en steun. Een veilig en verzorgend netwerk van steun is belangrijk voor lesbische koppels die ouderschap overwegen. Emotionele, sociale en materiële steun in hun netwerk is voor deze koppels een meerwaarde (Oswald, 2002). Internet, boeken en nieuwsbrieven, andere lesbische ouders of medisch personeel kunnen een bron van informatie zijn (Chabot & Ames, 2004). De beslissing op welke manier het koppel ouder wil worden, moet niet meer worden gemaakt, deze koppels kiezen voor donorinseminatie, ze kiezen voor de ervaring van een zwangerschap, de ervaring van een geboorte en een genetische link tussen het kind en de biologische moeder. Hierna moet de keuze worden gemaakt tussen een gekende of anonieme donor. Door te kiezen voor een anonieme donor elimineren ze elke potentiële relatie met een derde partij en heeft enkel het koppel de controle over de opvoeding van hun kinderen. Als men kiest voor een gekende donor dan maakt het koppel vaak de afweging

wie die persoon is en welke persoonlijkheidstrekken hij heeft. Daarnaast is ook de rol die hij al dan niet krijgt in hun gezin een belangrijke afweging die wordt gemaakt. Ten laatste is de bescherming door wettelijke documenten die de rechten en verantwoordelijkheden van de donor duidelijk omlijnt of afbakent ook een afweging die moet worden gemaakt (Chabot & Ames, 2004).

Eenmaal het koppel heeft gekozen zetten ze de volgende stappen in het zwangerschapsproces. De eerste stappen van een medisch begeleide voortplanting omvatten het vinden van een vruchtbaarheidskliniek en medisch personeel die betrouwbaar is en hun keuze ondersteunt. De grootste zorgen van het lesbisch koppel zijn de beperkte rechten die de sociale moeder heeft, het soms moeten zwijgen over de donor inseminatie procedures als ze praten met collega's of familie en de beschikbaarheid en de kost voor donor inseminatie (Chabot & Ames, 2004). Eenmaal deze stappen genomen zijn moet het koppel beslissen wie van beiden de biologische moeder gaat worden.

Een aantal factoren worden afgewogen vooraleer deze beslissing wordt gemaakt. Factoren zoals leeftijd, de mogelijkheid tot het meest verlof met het minst loonverlies, de beste verzekering en het hebben van een flexibel uurrooster op het werk spelen allemaal een rol. Zo probeert de oudste partner vaak al eerste zwanger te worden. Partners die nog niet 'uit de kast' zijn in hun gezin of familie worden vaak niet als eerste zwanger. Er wordt ook stilgestaan bij welke partner het best de zwangerschap tot zijn einde zal kunnen dragen (Chabot & Ames, 2004). Deze resultaten werden ook teruggevonden in het nog niet gepubliceerde onderzoek van Somers, Provoorst, Van Parys, et al. (2013). Dit onderzoek suggereerde nog meer factoren die een rol spelen, zo speelt het verlangen om een kind te hebben of te bevallen van een kind een belangrijke factor. De angst voor zwangerschap of bevalling is ook een factor die meespeelt en in vorig onderzoek niet werd geformuleerd. Eens er een overeenkomst is bereikt over de biologische moeder worden de inseminaties gestart.

In sommige ziekenhuizen of centra kan het koppel een aantal karakteristieken van de donor kiezen als het koppel gekozen heeft voor een anonieme donor. Vaak worden de karakteristieken van de sociale moeder naar voor geschoven. Op die manier vergroot de kans dat het kind fysieke kenmerken gemeenschappelijk heeft met de sociale moeder.

Als de geboorte van het kind nadert wordt er vaak de beslissing gemaakt wie welke naam krijgt binnen het gezin (Oswald, 2002). We leven in een maatschappij die gefixeerd is op labels en familie terminologie. Voor lesbische koppels is het een uitdaging om namen te vinden die hen benoemen in hun rol als moeders. Vaak hebben die namen een betekenis voor het koppel. Die betekenis is vaak gelinkt aan de culturele achtergrond van de sociale moeder (Oswald, 2000). Wat voornamelijk een rol speelt is de toewijding aan het gedeelde ouderschap. Het vinden van namen gebeurt dan op een manier waarop zij hun rol als ouder en als moeder kunnen uitdrukken

(Chabot & Ames, 2004).

De laatste beslissing die wordt gemaakt is de vraag hoe ze ouderschap benaderen in een bredere heterogerichte context. De veiligheid van hun gezin is voor vele lesbische koppels een grote bezorgdheid. De beslissing om hun seksuele geaardheid te uiten wordt situationeel bepaald. Voelt een koppel de nood om hun geaardheid mee te delen aan hun omgeving dan zullen ze dit ook doen. Maar ziet het koppel de meerwaarde niet van het meedelen van hun geaardheid aan hun omgeving, dan zullen ze dit ook niet doen. In elke nieuwe situatie wordt deze afweging opnieuw gemaakt (Chabot & Ames, 2004).

Dit hele beslissingsproces doorlopen is vaak een lang en moeilijk proces. Dan kan een kinderwens vervullen vaak een stressvolle gebeurtenis zijn die voor de nodige spanningen in de relatie kunnen zorgen (Martin, 1993).

Eens dit beslissingsproces is doorlopen start het koppel met de medisch begeleide voortplanting. Er bestaan een aantal methodes om de bevruchting op een kunstmatige wijze uit te voeren. In onderstaande paragraaf halen we de belangrijke methodes voor lesbische koppels aan. Het geeft ons een zicht op de behandeltrajecten die deze koppels kunnen doorlopen.

De verschillende methodes in het kader van medische begeleide voortplanting

Men spreekt van een medisch begeleide voortplanting wanneer de essentiële stappen van de voortplanting, dit wil zeggen het samenbrengen van de eicellen en de zaadcellen, op een kunstmatige wijze gebeurt. Het gaat om in-vitrofertilisatie en alle technieken die hieruit zijn afgeleid. Ook intra-uteriene inseminatie (IUI) wordt beschouwd als een medisch begeleide voortplanting (Universitair Ziekenhuis Gent, 2008).

Intra-uteriene inseminatie. Bij IUI gaat men het sperma, dat vooraf wordt voorbereid in het laboratorium, op het juiste moment in de baarmoeder plaatsen met een katheter (een fijn buisje). Het sperma wordt zo bewerkt dat enkel de meest actieve zaadcellen overblijven en de nadelige bestanddelen uit het spermavocht worden verwijderd. De eicelrijping wordt meestal kunstmatig op gang gebracht, om zo het ogenblik van de eisprong nauwkeurig te kunnen bepalen. Omdat meerdere eicellen tot ontwikkeling zouden worden gebracht en de kans op bevruchting zou toenemen, wordt ook gebruik gemaakt van hormonale stimulatie. Het nadeel aan deze stimulatie is dat op die manier ook meerlingen kunnen ontstaan. De meeste zwangerschappen ontstaan binnen de eerste drie tot zes cycli van behandelingen. Na zo'n drie cycli zijn 35% van de patiënten zwanger. De aanmelding voor IUI-D verloopt in drie stappen die we bespreken onder de paragraaf 'aanloop tot behandeling met donormateriaal' (Afdeling Reproductieve Geneeskunde U.Z. Gent, 2008). De meeste lesbische koppels worden zwanger via deze methode.

In-vitrofertilisatie. In-vitrofertilisatie (IVF) is een andere techniek die voortkomt uit de medisch begeleide voortplanting. Hier gebeurt de bevruchting van de eicel buiten het lichaam van de vrouw. Ten eerste worden de eierstokken gestimuleerd opdat er zich meerdere rijpe eicellen kunnen ontwikkelen. Daarna worden de follikels aangeprikt en de eicellen geaspireerd, dit noemen we de eicelpunctie. Dan wordt het zaadstaal bewerkt. De laatste stap bestaat uit de bevruchting van de eicellen in het laboratorium (IVF of ICSI) waarna er één of twee embryo's terug in de baarmoeder geplaatst worden. Bij IVF worden de goed beweeglijke zaadcellen samen met de eicellen in een cultuurmedium geplaatst waarop de zaadcellen zelf het eicelmembraan moeten doorboren (Afdeling Reproductieve Geneeskunde U.Z. Gent , 2008).

Intracytoplasmatische sperma injectie. Bij intracytoplasmatische sperma injectie (ICSI) wordt één zaadcel met een fijn naaldje rechtstreeks in de eicel geïnjecteerd. ICSI leidt tot de bevruchting van 70% van de geïnjecteerde rijpe eicellen. Eens er een bevruchting is, is de kans op zwangerschap dezelfde als na een gewone IVF-behandeling. De kans op zwangerschap te bereiken met IVF of ICSI per gestarte cyclus is ongeveer 30 à 35%. Die kans wordt berekend op basis van de leeftijd van de vrouw, het aantal en de kwaliteit van de eicellen (Afdeling Reproductieve Geneeskunde U.Z. Gent , 2008).

Aanloop tot behandeling met donormateriaal

Inseminatie met donormateriaal biedt de mogelijkheid aan lesbische koppels en alleenstaande vrouwen om hun kinderwens te vervullen. Een dergelijke behandeling wordt pas uitgevoerd na grondig overleg en voorlichting en op uitdrukkelijk verzoek van het koppel (Afdeling reproductieve geneeskunde U.Z. Gent , 2008). De aanmelding voor IUI-D verloopt in drie stappen. Ten eerste wordt er een medisch consult uitgevoerd. Daarna wordt er een routine gynaecologisch onderzoek en een borstonderzoek uitgevoerd. Ten tweede wordt er een counselinggesprek gevoerd met een fertiliteitsconsulente. Het counselinggesprek bestaat uit enerzijds een psycho-sociale analyse waarin de duur van de relatie, de motivatie en de kinderwens wordt besproken en anderzijds het bespreken van belangrijke thema's zoals openheid naar de omgeving en het kind, juridische aspecten en anonimiteit van de donor. In België is de anonimiteit van de donor de regel en dit in alle IUI-D centra. Het lesbisch koppel noch het kind zullen ooit te weten komen wie de donor is. Ook de donor zal op zijn beurt nooit vernemen of er ooit zwangerschappen zijn ontstaan met zijn sperma. Het medisch beroepsgeheim garandeert deze anonimiteit. Ten derde wordt na het verzamelen van de medische en de psychosociale informatie elk dossier besproken binnen een teamvergadering (Afdeling Reproductieve

Geneeskunde U.Z. Gent, 2008). Daarna wordt het advies aan de aanvragers meegedeeld. Bij een positief advies wordt het donorsperma aangevraagd en kan men starten met de behandeling. Het lesbische koppel vult dan een fenotypekaart in. Die kaart wordt als basis gebruikt om de gepaste donor te selecteren. Bloedgroep, lengte, gewicht, haarkleur en kleur van de ogen worden op die manier bepaald. Het sperma dat wordt gebruikt voor de donorinseminatie, is afkomstig van gezonde donoren met een normale spermakwaliteit (Afdeling Reproductieve Geneeskunde U.Z. Gent, 2008). De inseminaties gebeuren in een spontane cyclus. Als na een zestal cycli de zwangerschap nog steeds uitblijft wordt verder onderzoek verricht naar de vruchtbaarheid van de vrouw. Indien er geen afwijkingen worden vastgesteld, worden de inseminaties hernomen (Afdeling Reproductieve Geneeskunde U.Z. Gent, 2008).

Naast de behandeling moeten we ook rekening houden dat medisch begeleide voortplanting is ingebed in een maatschappelijk en wettelijk systeem. In onderstaande paragraaf gaan we dieper in op de wet rond medisch begeleide voortplanting en de gevolgen hiervan.

Maatschappelijke en wettelijke situering omtrent medisch begeleide voortplanting

Als een lesbisch koppel beslist om beroep te doen op medisch begeleide voortplanting, dan geldt de wet betreffende de medisch begeleide voortplanting (MBV-wet). Deze wet werd in 2007 van toepassing in België. Die wet heeft betrekking zowel op kunstmatige inseminatie (KI) als op de verschillende in vitro fertilisatietechnieken zoals IVF en ICSI. Bijzondere voorwaarden zijn niet noodzakelijk om beroep te kunnen doen op medisch begeleide voortplanting, men hoeft dus geen bepaalde periode samen te wonen of getrouwd te zijn. Toch kan een lesbisch koppel niet bij elk centrum terecht (Borghs, 2011). Elk centrum kan een behandeling weigeren op basis van 'gewetensbezwaar'. Dit betekent dat ze lesbische paren mogen weigeren. Deze centra zijn wel verplicht om de personen die ze weigeren door te verwijzen naar centra waar ze wel terecht kunnen (Vanfraussen, Ponjaert-Kristoffersen & Brewaeyts, 2002). Doordat lesbische koppels steeds meer beroep kunnen doen op donorinseminatie is er de laatste jaren een sterke stijging in het aantal lesbische gezinnen (Weston, 1991; Patterson, 1995; Patterson, Hurt & Mason, 1998; Morningstar, 1999; Glazer & Drescher, 2001; Johnson & O'Connor, 2002; Bos, van Balen & van den Boom, 2003; Amato & Jacob, 2004; Bos, Gartrell, van Balen, Peyser & Sandfort, 2008). De MBV-wet bepaalt ook dat het sperma van eenzelfde donor slechts gebruikt mag worden om bij maximaal zes verschillende vrouwen kinderen te verwekken. Stel nu dat de sociale moeder later van dezelfde donor een tweede kind wil verwekken, dan kan dit voor problemen zorgen. Het is mogelijk dat juist dat donorsperma niet meer beschikbaar is (Borghs, 2011).

De spermadonor kan geen aanspraak maken op het kind en dus geen tweede juridische ouder van het kind worden. De MBV-wet beschermt de wensouder(s) tegen aanspraken van de

spermadonor. Anderzijds beschermt de wet ook de spermadonor tegen aanspraken van de wensouder(s). Lesbische koppels kunnen enkel een beroep doen op deze wet als ze via een erkend fertiliteitscentrum hun kinderwens in vervulling laten gaan (Borghs, 2011). Deze wet zorgt voor een conflict met de nood van het kind. Als het kind informatie wenst over zijn/haar biologische vader, dan krijgt het kind slechts heel weinig informatie over zijn genetische oorsprong. In landen waar er geen donoranonimiteit geldt wordt er meer informatie over de donor opgezocht door lesbische ouders in vergelijking met heteroseksuele ouders (Leiblum, Palmer en Spector, 1995; Klock, Jacob en Maier, 1996; Jacob et al., 1999; Brewaeys, 2001; Murray en Golombok, 2005; Jadva, Freeman, Kramer & Golombok, 2010).

Het kostenplaatje van medisch begeleide voortplanting kan hoog oplopen. Sinds 2003 worden voor IVF en ICSI de laboratoriumkosten volledig vergoed voor maximaal zes behandelingscycli per vrouw. Men moet weliswaar voldoen aan de voorwaarde dat men niet ouder is dan tweeënveertig jaar en de behandeling moet worden uitgevoerd in een erkend fertiliteitscentrum. Naast de laboratoriumkosten worden ook een groot deel van de stimulatiedicatie terug betaald. Dit betekent niet dat de hele behandeling gratis is. Het remgeld voor de consultaties en de behandelingskosten zoals kosten van echografieën, bloedafnames, medicatie en bijkomende analyses en onderzoeken moeten zelf betaald worden. Het gebruik van donorsperma moet ook zelf bekostigd worden (Borghs, 2011).

Ten laatste bekijken we hoe lesbische koppels medisch begeleide voortplanting beleven in een specifieke maatschappelijke en wettelijke context. Bovenstaande alinea's gaven ons een zicht op het proces, onderstaande alinea staat stil bij de ervaringen van het lesbisch koppel tijdens dit proces.

Beleving van het behandelingsproces

Er is bewijs dat de uitdagingen voor lesbische koppels blijven bestaan wanneer zij op zoek gaan naar hulp en zorg die gevoelig is voor hun noden (Spidsberg 2007, Røndahl et al. 2009). Het eerste onderzoek naar de beleving van het behandelproces bij lesbische koppels dateert uit de jaren '80. Olesker & Walsh (1984) leidden het eerste onderzoek over de zwangerschapservaringen van lesbische moeders. Literatuur over de ervaringen van zwangerschap en kraamzorg bij lesbische vrouwen nam hierna toe (bijvoorbeeld Wilton & Kaufmann, 2001; Lee, 2007; Røndahl et al., 2009). In de laatste tien jaar zijn de ervaringen van lesbische moeders verbeterd, maar op individueel niveau worden er nog steeds problemen ervaren. Het fysieke en verbale misbruik dat vroeger werd besproken in onderzoek (Wilton & Kaufmann, 2001) is nu vervangen door onwetendheid en ongepaste informatie die vroedvrouwen ter beschikking hebben (Røndahl et al., 2009). Men maakt aanbevelingen om vroedvrouwen beter te onderwijzen en betere

communicatie te promoten opdat alternatieve familiestructuren ook erkend kunnen worden. Problemen op vlak van communicatie, exclusie, onzichtbaarheid en angst voor homofobie zijn de meeste problemen die naar voor komen uit de hedendaagse literatuur (Lee et al., 2011).

Ongepaste vragen en foute oordelen over lesbische patiënten komt vaak voort uit een tekort aan kennis over de verschillende levensstijlen en hoe deze stijlen een invloed hebben op gezondheidszorg (Platzer en James, 2000; Røndahl, 2005). Heteronormativiteit wordt gecommuniceerd in wachtzalen, op formulieren voor de patiënten en bij registratie van patiënten voor opname in het ziekenhuis. Dit beïnvloedt op zijn beurt de kwaliteit van zorg. Deze verminderde kwaliteit zorgt dan voor gevoelens van onzekerheid bij lesbische koppels, ze hebben het gevoel niet met respect te worden behandeld (Røndahl, 2005).

Lee et al. (2011) voerden een onderzoek uit naar de negatieve ervaringen binnen kraamzorg. Men bevroeg acht lesbische vrouwen die het zwangerschapsproces hebben doorlopen naar hun ervaringen. Alle participanten gaven voorbeelden van gevoelige zorg die werd gegeven door hun vroedvrouwen. Een aantal participanten gaven aan dat negatieve ervaringen vooral te maken hadden met de persoonlijkheid van de hulpverleners binnen de kraamzorg. Anderen schreven de negatieve ervaringen toe aan de organisatie van de kraamzorg. Door te weinig middelen die vroedvrouwen ter beschikking hebben ontstaat er vaak ook meer stress bij hen waardoor er meer fouten worden gemaakt.

Perspectieven op het toekomstig ouderschap

Onderzoek naar ouderschap bij lesbische koppels begon bij het onderzoeken van de beleving van het zwangerschapsproces. Later werd dit onderzoeksgebied verschoven van zwangerschap naar meer complexere problemen zoals legale status, toegang tot inseminatiemogelijkheden, donorselectie, geboorte en een nieuwe soort ouderschap. Het longitudinaal onderzoek van Gartrell et al. (1996) en Gartrell et al. (1999) verzamelde data over deze complexere problemen. Ze volgden 154 lesbische koppels voor en tijdens zwangerschap die werden gevolgd door follow-up interviews na 1, 5, 10 en 17 jaar. De onderzoekers rapporteerden gemeenschappelijke waarden en doelen met betrekking tot het bevallen en opvoeden van hun kind(eren) (Wojnar & Katzenmeyer, 2013).

We bekijken drie perspectieven van naderbij. Het perspectief van de maatschappij, de plaats van de donor en de plaats van de sociale moeder worden besproken. We zijn geïnteresseerd in de visie van de maatschappij op lesbisch ouderschap en wat dit teweegbrengt voor deze koppels. Daarnaast bekijken we de plaats van de donor, we bekijken de verschillen tussen een gekende donor en een anonieme donor en hun invloed op het toekomstig ouderschap

van lesbische koppels. Ten laatste staan we stil bij de plaats van de sociale moeder en de uitdagingen die onze maatschappij haar biedt.

Plaats binnen de sociale context

De laatste paar decennia heeft de Westerse maatschappij zijn definitie van familie moeten herorganiseren (Power et al., 2010). Holebi's leven een meer geuit leven en worden hierdoor steeds zichtbaarder (Suter, Daas & Bergan, 2008). Steeds meer homoseksuele huishoudens worden gevormd (Dunne, 2000; McManus, Hunter & Renn, 2006). Samen met de toename in voorplantingsmogelijkheden zijn een nieuwe soort ouders ontstaan die op hun beurt de traditionele normen van reproductie en familie uitdagen (Hayman, Wilkes, Halcomb & Jackson, 2013; Wojnar & Swanson, 2006). Nochtans zien we dat in Europa de toekenning van gelijke ouderschapsrechten zowel voor homoseksuele als heteroseksuele koppels sterker betwist werd dan het toekennen van wettelijk partnerschap voor homoseksuele koppels. Europese polls bevestigen dat deze trend ook aanwezig is binnen de Europese bevolking. Europeanen hebben een minder positieve attitude ten aanzien van gelijke ouderschapsrechten dan ten aanzien van gelijke rechten om te trouwen voor homoseksuele koppels. In 2006 steunde 32% van de algemene Europese populatie die adoptierechten voor holebi's (Europese Commissie, 2006). Representatieve bevestigingen binnen de USA en Zweden toonden dat ongeveer twee derde van de populatie tegen adoptierechten voor homoseksuele koppels waren (Herek, 2002; Landèn en Innala, 2002). We zien dus dat de publieke opinie binnen Europa een meer tolerante attitude aanneemt ten aanzien van het huwelijk tussen homoseksuele koppels dan gelijke adoptierechten voor homoseksuele koppels. In de Verenigde Staten daarentegen steunen meer mensen adoptierechten, maar minder het recht om te trouwen (Hollekim, Slaatten & Anderssen, 2012).

Bezorgdheid rond het welzijn, de noden en de interesses van kinderen van homoseksuele ouders zijn een integraal deel van het debat ten opzichte van homoseksueel ouderschap (Herek, 2006). Nochtans doen kinderen van homoseksuele ouders het even goed als andere kinderen op belangrijke sociale en psychologische uitkomsten (Crowl et al., 2008; Biblarz and Stacey, 2010). Nochtans blijft de overtuiging dat heteroseksuele ouders geschikter zijn voor succesvol ouderschap bestaan (Biblarz & Stacey, 2010). De rechten of 'geschiktheid' van holebi-ouders hebben voor discussie gezorgd. Binnen de studie van Perlesz & McNair (2004) werd er opgemerkt dat de afwezigheid van een wettelijke erkenning voor de sociale moeder een grote bron van ongerustheid, ontgoocheling, woede en verdriet is voor lesbische ouders. Deze gezinnen worden dan ook vaak geconfronteerd met stigmatisatie, vooroordelen, discriminatie en misbruik in de mainstream instituten (Mercier en Harold, 2003). Er is weinig onderzoek uitgevoerd over hoe lesbische ouders en hun kinderen omgaan met de schoolcontext. Als er al onderzoek wordt

uitgevoerd is het centrale thema de incidentie van pesterijen gericht naar de kinderen van homoseksuele ouders (Perlez, Brown, Lindsay et al., 2006). Mercier en Harold (2003) voerden interviews met lesbische koppels en vonden dat gezinnen twee strategieën gebruikten om zo de kans op pestgedrag gericht op hun kind te verminderen. Lesbische ouders gingen scholen en leerkrachten selecteren die bekend staan voor hun openheid en multiculturalisme of ze gingen het contact met de leerkracht, directie en klasgenoten vergroten om aanvaarding van lesbische gezinnen te vergroten. Sommige sociale ouders kozen er ook voor om zich zo weinig mogelijk te laten zien op school en waren als het ware onzichtbaar. Op deze manier voelt de sociale moeder zich vaak een buitenstaander als ze in contact treedt met mainstream organisaties zoals school, gezondheidszorg,

Onderzoek van Perlesz en McNair (2004) formuleerde dat lesbische ouders naast de afwezigheid van wettelijke erkenning ook vaak een extra druk voelden vanuit de sociale context om hen te bewijzen als effectieve en goede ouders. Deze koppels hebben een positiever standpunt over het opvoeden van kinderen in een omgeving waar meer aanvaarding en meer ervaring in diversiteit een grotere rol spelen. De noodzaak om tekens opnieuw 'uit de kast' te moeten komen wekt vaak irritatie op bij het lesbisch koppel, maar ook het moeten stilzwijgen van hun geaardheid in sommige situaties kan vaak als last ervaren worden (Perlesz & McNair, 2004).

Naast de institutionele contexten kan er binnen hun familie ook discriminatie optreden. Dit gebeurt dan voornamelijk door grootouders. Dit creëert verdriet en ontgoocheling bij de lesbische koppels (Perlesz & McNair, 2004). Vooral het tekort aan begrip met betrekking tot de sociale moeder binnen het gezin baart lesbische koppels voortdurende zorgen (Bergan, Suter & Daas, 2006; Goldberg & Smith, 2008 ; Hequembourg & Farrel, 1999 ; Suter et al., 2008). Deze discriminatie kan het tekort aan sociale, politieke, wettelijke, religieuze en economische steun aan relaties van homoseksuelen representeren. Kurdek (2005) toonde aan met zijn onderzoek dat de afwezigheid van institutionele steun en steun van hun familie wordt gecompenseerd door de steun die ze krijgen van hun vriendenkring.

Plaats van de donor

Saffron (1994) identificeerde vier verschillende manieren waarop een lesbisch koppel een relatie kan aangaan met een donor. Ten eerste kan er worden gekozen voor een anonieme donor met geen contact, ten tweede kan er gekozen worden voor een gekende donor zonder contact, gekende donor met sporadisch contact is een derde optie en de laatste optie omvat een gekende donor met co-ouderschap. We halen deze vier manieren kort aan. Men kan kiezen voor een anonieme donor met geen contact (Chabot & Ames, 2004; McManus et al., 2006; Renaud, 2007). Als er wordt gekozen voor deze optie, dan gaat het koppel naar een vruchtbaarheidskliniek waar

de anonimiteit van de donor wordt gewaarborgd. Door te kiezen voor een anonieme donor elimineren ze elke potentiële relatie met een derde partij en heeft enkel het koppel het hoederecht over hun kinderen. Gebruik van een gekende donor lijkt deze koppels een gecompliceerd en onaantrekkelijk vooruitzicht (Wojnar & Katzenmeyer, 2013). De meeste lesbische koppels delen de visie dat kinderen ouders nodig hebben die hen graag zien en voor hen zorgen onafhankelijk van de biologische relatie met het kind. Voor deze vrouwen zijn vaders en dus gekende donors niet nodig (Haimés & Weiner, 2000).

Lesbische koppels die wel een gekende donor gebruikten deden dit om één van de volgende drie redenen. Een eerste reden is de overtuiging van lesbische koppels dat een gekende donor beter is voor het psychologisch welzijn van het kind. Als het kind dit wenst kan hij/zij de biologische vader leren kennen. Een andere reden is de controle die deze koppels kunnen uitoefenen over het bevruchtingsproces. De laatste reden is het verlangen om de vader actief te betrekken in het leven van hun kind (Touroni & Coyle, 2002). Dit kan op een praktische manier, door de ouders te helpen met de opvoeding van het kind of financiële hulp (Larsson & Dykes, 2007). Hier maken we een opdeling tussen drie soorten contact met een gekende donor. Ten eerste kan men beslissen om een gekende donor te gebruiken zonder contact (Chabot & Ames, 2004; McManus et al., 2006; Renaud, 2007). Larsson & Dykes (2007) noemden deze donoren in hun studie *'released donor'*. Deze donor maakt het mogelijk voor het kind om te weten te komen wie zijn/haar vader is op 18 jarige leeftijd. Deze vader heeft geen legale verantwoordelijkheid naar het kind toe. Deze koppels hebben het voordeel de biologische vader van het kind te kennen en dus zijn/haar biologische oorsprong te kennen (Wojnar & Katzenmeyer, 2013). Aan de andere kant moet het koppel juridische parameters vaststellen omtrent de betrokkenheid van de donor. Dit gaat gepaard met een hoog niveau van vertrouwen in de donor (Wojnar & Katzenmeyer, 2013). Ook bij de tweede optie, gekende donor met af en toe contact (Chabot & Ames, 2004; McManus et al., 2006; Renaud, 2007), is het vaststellen van juridische parameters en onderhandelen omtrent de betrokkenheid van de donor noodzakelijk (Wojnar & Katzenmeyer, 2013). Ten laatste kan men kiezen voor co-ouderschap tussen het koppel en de donor (Chabot & Ames, 2004; McManus et al., 2006; Renaud, 2007). Deze koppels staan voor de uitdaging om een derde individu toe te voegen aan hun gezin (Wojnar & Katzenmeyer, 2013). Eens de donor zich verward in het leven van het kind, krijgt het niet enkel een vader erbij, maar ook een ruimere groep van familieleden. Dit wordt vaak gezien als een verlies van controle door het lesbisch koppel (Haimés & Weiner, 2000).

We moeten wel opmerken dat als men gebruik maakt van donorinseminatie, men hoe dan ook geconfronteerd zal worden met die derde persoon doorheen de verschillende elementen van de behandeling. Die confrontatie begint al bij de beslissing wie van de twee vrouwen zwanger

wordt. De sociale moeder zal geen genetische band met het kind hebben en dus geen kenmerken van zichzelf herkennen in haar kind, maar kenmerken van de donor. De noodzaak om hiervoor naar het ziekenhuis te gaan om zwanger te worden is een eerste confrontatie. Ook de “aanwezigheid” van de man als anonieme donor tijdens de inseminatie is een confrontatie met de derde persoon (Naziri en Feld-Elzon, 2012).

Onafhankelijk van de gekozen donor en zijn rol zal het kind worden opgevoed in een gezin waar er hoofzakelijk geen vaderfiguur aanwezig zal zijn. De genderidentificatietheorie veronderstelt dat het kind zich gaat identificeren met hetzelfde geslacht binnen het gezin. De afwezigheid van een vaderfiguur in het gezin zou bijgevolg kunnen zorgen voor problemen bij de ontwikkeling van een stabiele genderidentiteit bij de kinderen (Goldberg & Allen, 2007a). Deze theorie werd onderzocht door Fulcher, Chan, Raboy & Patterson (2007), zij concludeerden dat er geen verschil was op vlak van contact met mannelijke volwassenen tussen kinderen in lesbische gezinnen en kinderen in heteroseksuele gezinnen. Mannelijke invloed en betrokkenheid is belangrijk voor de lesbische moeder, vooral wanneer het een zoon betreft. Deze moeders benadrukken dat het niet de bedoeling is een vaderfiguur voor hun kinderen te zoeken, maar een mannelijke figuur (Goldberg & Allen, 2007b).

Lesbische moeders zijn meer geneigd om hun kinderen te vertellen over hun conceptie met donormateriaal dan heteroseksuele moeders (Gartrell et al., 1996; Wendland et al., 1996). De vraag is dan wat er wordt verteld en waarom. Het antwoord op deze vraag is zelden eenvoudig (Haimes & Weiner, 2000). Voor vrouwen die via een anonieme donor een kind hebben verwekt was deze vraag bijzonder relevant, aangezien zij geen informatie hebben verkregen over hun donor en het onmogelijk is om verdere informatie te verkrijgen. Deze vrouwen erkennen wel de mogelijkheid dat hun kinderen bedroefd zouden zijn omwille van het gebrek aan informatie, maar veronderstelden dat hun kinderen anders zullen reageren naargelang hun sociale situatie en hun persoonlijkheid (Haimes en Weiner, 2000).

Plaats van de sociale moeder

De sociale moeder wordt geconfronteerd met een aantal uitdagingen om een identiteit als ouder te ontwikkelen binnen een maatschappelijk systeem dat slechts twee opties biedt: moeder of vader (Padavic & Butterfield, 2011). Volgens Lorber (2000) zijn deze twee opties niet aan de orde, dit onderzoek gaat er niet van uit dat beide vrouwelijke ouders ‘moeder’ willen zijn voor hun kind. Men gaat dieper in op de onderhandelingen die plaats vinden bij lesbische koppels om tot een ouder-identiteit te komen. Volgens Dalton en Bielby (2000) hebben lesbische ouders de unieke mogelijkheid om ouderschap te ervaren en hun kind op te voeden buiten een gendertypische heteroseksuele context. Op die manier hebben lesbische ouders de mogelijkheid

om de focus op gender te destabiliseren. Nochtans heerst er voor deze lesbische koppels een voortdurende strijd om hun identiteit als ouder te legitimeren in een context die deze identiteit niet ondersteunt (Padavic & Butterfield, 2011). Deze strijd zien we in het niet hebben van een naam voor sociale moeders. Ze zitten niet in de categorie 'mama', maar horen ook niet thuis in de categorie 'papa'. Ze zitten in een tussencategorie die geen naam heeft. De meeste sociale moeders stemmen hun gedrag af op de categorieën die beschikbaar zijn, namelijk moeder of vader (Wojnar & Katzenmeyer, 2013). Sommige sociale moeders maken een hybride groep en bedenken hun eigen namen zoals 'lesbische papa', 'mama II' of de Hebreeuwse naam voor moeder 'Ima'. De laatste naam wordt gebruikt als één of beide partners van Joodse origine zijn. (Aizley, 2006).

Onderzoek toont aan dat het niet gemakkelijk is om een genderloze familiestructuur te introduceren in de maatschappij. Het wordt nog moeilijker voor een sociale moeder omdat zij geen toegang krijgt tot sociaal bepaalde oudercategorieën (Gabb, 2005). De meeste lesbische koppels geven aan dat ze hun familiestructuur steeds moeten verdedigen naar de buitenwereld en ervaren hierbij moeilijkheden (Dunne, 2000). Voor Padavic & Butterfield (2011) is de worsteling voor een identiteit als ouder een belangrijke strijd. Zij voerden een onderzoek naar de onderhandelingen van lesbische co-ouders om hun identiteit als moeder vast te stellen. Ze bevroegen zeventien co-ouders naar hun ervaringen en zoektocht in het vinden van een co-ouder identiteit. Veel participanten gaven aan dat buitenstaanders zoals dokters, leerkrachten en andere ouders de identiteit van de sociale moeder aanvochten door hen niet te aanvaarden als ouder van het kind. Ook stiefouders ervaren deze moeilijke interacties met buitenstaanders. Hun gebrek aan een biologische band is voor sommige instellingen voldoende om hun ouderschap te betwisten (Mason et al., 2002). Vaak worden deze vrouwen beschreven in termen van wat ze niet zijn; ze zijn niet de moeder, ze zijn de niet-wettelijke ouder, ze zijn de niet-biologische ouder, Steeds gedefinieerd worden door wat ze niet zijn zorgt ervoor dat ze de link verliezen met hun moederschap. Deze moeders uiten gevoelens van nutteloosheid, de tweede beste te zijn en niet te slagen als moeder. De norm die vooropstelt dat een bloedband noodzakelijk is om een link te creëren tussen moeder en kind heeft heel wat gevolgen voor de sociale moeders (Katz Rothman, 2006; Miall & March, 2006). De maatschappij heeft een uitgesproken voorkeur voor de biologische band tussen moeder en kind (Hargreaves, 2006). Hierdoor is het mogelijk dat biologische moeders steeds de 'voorkeur' moeder zal zijn. Op zijn beurt kunnen de sociale moeder gevoelens van uitsluiting ervaren. Een studie van Goldberg & Perry-Jenkins (2007) vond dat na drie maanden na de geboorte van hun kind het koppel niet het gevoel had dat de genetische verwantschap van de biologische moeder hun ouderlijke rollen vorm hadden gegeven. Moeders die soms het gevoel hadden dat de genetische link wel een rol speelt uiten gevoelens

van exclusie. Sommige vrouwen uitten ook gevoelens van hulpeloosheid omdat ze hun kind niet konden voeden. Deze vrouwen hoopten dat naarmate hun kind ouder wordt, het beide ouders even graag zal zien.

Binnen het gezin zien we dat zowel lesbische koppels met kinderen (Patterson, Sutfin, & Fulcher, 2004; Sullivan, 1996) als lesbische koppels zonder kinderen (Kurdek, 1993) huishoudelijk werk evenredig verdelen. Als er toch verschillen worden gevonden tussen biologische en sociale moeders, dan zijn het de biologische moeders die iets meer tijd in het verzorgen van het kind steken (Goldberg & Perry-Jenkins, 2007; Johnson & O'Connor, 2002; Patterson, 1995). Sociale moeders gaan dan meer gaan werken (Patterson, 1995; Chan et al., 1998). Dit vertaalde zich niet in de perceptie van een onevenredige verdeling van de ouderrol die biologische en sociale moeders opnemen (Goldberg & Perry-Jenkins, 2007). In het onderzoek van Goldberg & Perry-Jenkins (2007) werden de strategieën bevraagd die lesbische koppels bedenken om tot deze evenredige verdeling van de ouderrol te bekomen. Ten eerste werden bepaalde rollen of rituelen bedacht die de sociale moeder met haar kind uitvoerde, bijvoorbeeld het kind in bed steken of het kind wassen, Sociale moeders doen verder ook inspanning om een zo gelijk mogelijke verdeling, van alles wat te maken heeft met ouderschap, te bekomen. Zo brachten sociale moeders het kind ook naar de onthaalmoeder, staan ze 's nachts ook op, verversen ze luiers, Ten laatste benadrukten de sociale moeders ook dat ze een aantal opofferingen hebben gemaakt opdat ze voldoende tijd hadden om een relatie te kunnen uitbouwen met hun kind. Op die manier kan de sociale moeder haar relatie opbouwen met haar kind, opkomen voor haar identiteit als moeder en wordt deze identiteit ook bevestigd. We zien dat sociale moeders een plaats proberen te vinden binnen hun gezin. Het gaat hier om een plaats als moeder van het kind en een plaats naast haar partner. Deze zoektocht loopt niet steeds vanzelfsprekend en een evenwicht zoeken is belangrijk opdat de sociale moeder een relatie met haar kind kan uitbouwen (Goldberg en Perry-Jenkins, 2007).

De zoektocht naar het legitimeren en formaliseren van de rol en positie als sociale moeder binnen de familie was de focus van onderzoekers zoals Bergen et al. (2006), Suter et al. (2008), Goldberg and Sayer (2006), Goldberg and Perry-Jenkins (2007) en Pelka (2009). Zij exploreerden de rollen van de sociale moeder (Wojnar & Katzenmeyer, 2013). Door kenmerken van de donor te selecteren die overeenkwamen met hun eigen kenmerken komen sociale moeders op voor hun positie in het gezin Suter et al. (2008). Nog een manier waarop de sociale moeder haar identiteit als ouder vaststelde was de focus op linguïstische en legale middelen. Een voorbeeld van een linguïstisch middel is het kind de achternaam van de sociale moeder te geven. Onderzoek uitgevoerd door Goldberg en Perry-Jenkins (2007) rapporteerde dat lesbische partners een harmonieuze transitie naar ouderschap ervaren. Nochtans ervaren sociale moeders jaloezie ten

opzichte van hun partner als gevolg van het verlangen zelf zwanger te zijn van een kind en de perceptie van een ongelijke band ten opzichte van hun kind (Pelka, 2009).

Probleemstelling en onderzoeksvragen

Onderzoek naar de verwachtingen rond moederschap bij lesbische koppels bestaat voornamelijk met betrekking tot de biologische moeder. De unieke problemen waarmee de sociale moeder wordt geconfronteerd tijdens de preconceptie en perinatale periode is tot nu toe minder onderzocht (Wojnar & Katzenmeyer, 2013). Deze masterproef komt hierin tegenmoet. Er wordt gestreefd naar een toename in kennis met betrekking tot lesbisch ouderschap. Met name de belevingen en verwachtingen rond ouderschap worden op een gedetailleerde manier bevraagd bij zowel de biologische moeder als de sociale moeder, zonder de context uit het oog te verliezen. Verder situeert het onderzoek zich tijdens de behandelperiode. Dit draagt bij aan de reeds bestaande literatuur die voornamelijk focust op onderzoek van lesbische ouders die reeds kinderen hebben. Er wordt gekeken hoe de wensouders worstelen met hun zoektocht naar een identiteit als ouder. Welke factoren belemmeren en welke factoren faciliteren hun zoektocht naar een identiteit als ouder? (Padavic & Butterfield, 2011).

Het kwalitatief onderzoek beschreven in deze masterproef exploreert op welke manier lesbische wensouders het samen ouder zijn invullen ondanks de onmogelijkheid om samen genetisch ouder te zijn. Volgens Smeyers (2007) is kwalitatief onderzoek geschikt voor het onderzoeken van ervaringen of belevingen. De betekenisverlening en het eigen perspectief van de onderzochte personen worden nadrukkelijk centraal gesteld (Eggermont, 1999). Silverman (2001) voegt hier aan toe dat kwalitatieve analyse de onderzoekers een rijker beeld geeft in aanvulling op kwantitatieve studies. Het is een geschikte aanpak om het perspectief en de betekenisverlening van respondenten te achterhalen. Dergelijk onderzoeksoptzet geeft ons de mogelijkheid om de ervaringen en verwachtingen omtrent het samen ouder zijn, ondanks de wensouders samen geen genetische ouders kunnen zijn, te bevragen.

We stellen de volgende onderzoeksvragen voorop. Ten eerste gaan we kijken naar de keuze met betrekking tot de biologische moeder. De onderzoeksvraag wordt als volgt geformuleerd: “Welke afwegingen worden gemaakt om tot een keuze in biologische moeder te komen?”. We vragen ons af of er nog factoren een rol spelen naast diegene die zijn teruggevonden in de literatuur. Ten tweede wordt er gekeken naar de keuze met betrekking tot de donor. De onderzoeksvraag luidt als volgt: “Welke motivatie zit achter de keuze voor een anonieme donor?”. Ook hier zijn we benieuwd of er nieuwe factoren naar voor komen uit het onderzoek. Het laatste thema dat aan bod komt in het onderzoek is de manier waarop lesbische

wensouders omgaan met het verschil in genetische band met het kind. Onder dit thema worden een aantal onderzoeksvragen gesteld. De eerste vraag “Welke rol speelt de betrokkenheid van de sociale moeder?”, tweede vraag “Hoe wordt er gekeken naar de genetische band met het kind?”, derde vraag “Hoe verloopt het denkproces omtrent hun benaming als ouders?” en vierde vraag “Hoe willen ze hun toekomstige rol als ouder invullen?” vallen allemaal onder dit zelfde thema. Vanuit de literatuur is er weinig geschreven over de betrokkenheid van de sociale moeder tijdens de IVF-trajecten of andere bevruchtingstrajecten. Er is wel onderzoek gedaan naar de betrokkenheid van de sociale moeder tijdens de zwangerschap van de biologische moeder Wojnar & Katzenmeyer (2013). Met deze masterproef proberen we hierin tegemoet te komen door de betrokkenheid tijdens de preconceptie te bevragen. Ondanks de onderzoeksvraag “Hoe verloopt het denkproces omtrent hun benaming als ouders?” in de literatuur al heel wat aandacht gekregen wordt deze opnieuw gesteld. Het is interessant om deze vraag te blijven stellen om te kijken hoe dit denkproces evolueert in een steeds evoluerende maatschappij. De onderzoeksvraag naar hun rolinvulling als ouder sluit hierbij aan.

Methode

Deze masterproef was een exploratief onderzoek naar de perspectieven van lesbische wensouders op sociaal en genetisch ouderschap.

Participanten

De rekrutering startte in januari 2013, de koppels die in aanmerking kwamen werden tussen november 2012 en februari 2013 geïnsemineerd met anoniem donorsperma in de afdeling Reproductieve Geneeskunde van het Universitair ziekenhuis in Gent. De selectie werd voltooid met twee koppels die een ICSI behandeling hadden gekregen tussen november 2012 en januari 2013. De participanten moesten aan een aantal criteria voldoen. Koppels werden aanvaard voor het onderzoek als ze als koppel de behandeling volgden voor hun eerste kind, het koppel mocht geen kinderen hebben binnen de huidige relatie. Koppels hadden minimum één vruchtbaarheidsbehandeling gehad en hadden de intentie om ermee door te gaan. Zwangerschap was geen exclusie criterium maar er werd naar een goede verdeling van zwangere en niet-zwangere koppels gestreefd. Dit om een duidelijk zicht te hebben op de beleving van het willen zwanger worden. Koppels kwamen slechts in aanmerking als ze werden gerekruteerd door dezelfde persoon die hen begeleidde bij hun behandelingsproces. Bijkomend waren de participanten Belgisch en Nederlandstalig. Koppels kwamen niet in aanmerking als ze draagmoeder waren voor een ander koppel of een andere persoon.

De rekrutering werd gebaseerd op een lijst van 19 koppels waarvan 9 niet werden inbegrepen omwille van volgende verschillende redenen: geen telefoonnummer (1), niet teruggebeld na ontvangst van informatie over het studieprotocol (1), partner weigerde (1), geen tijd (1), partner was Franstalig (1), overweldigd door de verandering naar IVF (1), zwanger en niet betrokken willen worden met ziekenhuis gerelateerde problemen (1), geweigerd zonder een expliciete reden te vermelden (1). De rekrutering werd stopgezet als er 10 koppels bereid waren om deel te nemen.

Alle 10 participanten gaven hun schriftelijke geïnformeerde toestemming en namen vrijwillig deel aan het onderzoek nadat het werd goedgekeurd door het ethisch comité. De onderstaande tabel geeft een overzicht van de koppels, we maken een onderscheid tussen de biologische moeder en de sociale moeder. Dit onderscheid is belangrijk in het verdere verloop van het onderzoek. Daarnaast bevat de tabel informatie over de behandeling die de koppels tot nu toe hebben doorlopen.

Tabel 1. Gegevens van de participanten

Koppels	Biologische moeder (leeftijd)	Sociale moeder (leeftijd)	Info over behandeling
1	Grace (28)	Evie (28)	2 x KID
2	Emily (22)	Ruby (21)	11 x KID en 1 x ICSI
3	Lola (31)	Matilda (31)	6 x KID
4	Ada (30)	Frances (29)	4 x KID
5	Miriam (27)	Patricia (32)	9 x KID
6	Kelly (30)	Marilyn (30)	3 x KID
7	Ruth (30)	Tamara (29)	12 x KID en 1 x ICSI Nu zwanger
8	Clara (29)	Bo (31)	6 x KID
9	Molly (24)	Abigail (24)	2 x KID
10	Leila (30)	Christine (31)	2xKID Nu zwanger

Data-verzameling

Dit onderzoek werd opgestart in het kader van het GOA project 'Een ethisch en psychologisch onderzoek naar genetisch en niet-genetisch ouderschap'. Dit project kwam tot stand door de samenwerking tussen het Universitair Ziekenhuis Gent, de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen en het Bio-Ethics Institute Ghent. De rekrutering van de participanten verliep via een consulente van de afdeling voor Reproductieve Geneeskunde van het UZ Gent. Koppels die in behandeling waren in het UZ Gent werden benaderd om deel te nemen aan het onderzoek. Deze koppels werden slechts aanvaard indien ze voldeden aan de inclusiecriteria zoals vermeld binnen de paragraaf 'participanten'. Tussen het rekruteren en het interview lag er maximum 1 maand. Tijdens deze periode kreeg het koppel informatie over het onderzoek toegestuurd. De interviewer was een werknemer aan de Universiteit van Gent die het

onderzoek leidt. Voor het interview van start ging, moesten de koppels een informed consent ondertekenen. Hierin werd uitgelegd wat hun deelname aan het onderzoek inhield en werd het doel van het onderzoek verduidelijkt. In het informed consent werd duidelijk meegegeven dat hun verhaal anoniem en strikt vertrouwelijk werd verwerkt conform de Wet op de Verwerking Persoonsgegevens (WVP). De participanten mochten vrijblijvend een samenvatting van de onderzoeksresultaten opvragen na afloop van het onderzoek.

Acht koppels werden thuis geïnterviewd, één koppel in het UZ Gent en één koppel in de Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen. De koppels konden de plaats van het interview zelf kiezen. Als het koppel zich moet verplaatsen werd er een onkostenvergoeding voorzien. Gemiddeld duurde het volledige interview 90 – 120 minuten.

Een semi-gestructureerd interview werd afgenomen bij elk koppel. Deze opzet bood als voordeel dat er kon ingegaan worden op interessante onderwerpen tijdens het interview. Het interviewschema (zie bijlage 1, 2 en 3) diende als leidraad voor de interviewers. Dit schema bestond uit vragen rond het ontstaan en bespreking van de kinderwens, de beleving van de behandeling, beslissingen rond biologische moeder en donor, openheid naar omgeving, toekomstperspectieven, onthulling, visie op ouderschap, selectie/visie op overerfbaarheid, informatie/anonimiteit naar het toekomstig kind en de rol en betekenis van de donor.

Data-analyse

Om de data te verwerken gebruikten we de thematische analyse. Thematische analyse is een vorm van kwalitatieve data-analyse waarbij men patronen binnen data identificeert, analyseert en rapporteert aan de hand van thema's (Braun & Clarke, 2006). Een thema zegt iets relevant over de data en is gerelateerd aan de onderzoeksvraag. De relevantie van een thema is niet altijd gelijk aan de prevalentie van een thema, soms kan een thema minder voorkomen binnen de data, maar kan wel relevant zijn voor het onderzoek. Het doel van deze thema's is dat ze de inhoud van de data organiseren en op een samenvattende manier weergeven (Braun & Clarke, 2006). De hele data-set analyseren was niet mogelijk binnen het bestek van deze masterproef, dus we focusten op een aantal relevante thema's uit de data-set die aan bod kwamen binnen het onderwerp 'betekenis van sociale perspectieven bij lesbische koppels met een kinderwens'.

Braun en Clarke (2006) stellen zes fases voorop in hun model bij de analyse van de gegevens. Deze fases moeten niet lineair worden opgevat, het is belangrijk dat er over de fases heen een wisselwerking is. Deze fases werden ook gevolgd om de data-analyse uit te voeren.

In de eerste fase raakte ik vertrouwd met het verkregen onderzoeksmateriaal. Dit gebeurde

tijdens het transcriberen van de interviews (aan de hand Transcriber, een software programma voor transcriptie) en het doornemen van de interviews die door andere masterstudenten en jobstudenten werden uitgeschreven. Deze transcripten werden gecontroleerd op accuraatheid door de onderzoekers verbonden aan het GOA project.

In de tweede fase deed ik een eerste codering. Ik kende een code (in de vorm van een of meerdere woorden) toe aan alle relevante betekeniseenheden. Deze initiële code is nog geen algemeen thema, maar beschrijft beknopt de inhoud van het fragment. Ik onderscheidde 17 relevante betekeniseenheden.

In de derde fase ging ik op zoek naar patronen in de initiële coderingen, met als doel deze te verenigen in een aantal thema's. Hierbij groepeerde ik ook verschillende coderingen in een betekenisvolle eenheid of thema. De thema's werden vervolgens benoemd en gedefinieerd.

Tijdens de vierde fase bekeek ik de thema's opnieuw tegen de achtergrond van de data. Elk tekstfragment werd opnieuw bekeken en werd toegekend aan een thema. Een aantal thema's werden anders benoemd en andere thema's werden opgedeeld in subthema's. De bekomen thema's werden nagekeken door mijn begeleidster wat ervoor zorgde dat de themastructuur veranderde. In samenspraak bleef de themastructuur veranderen tot alle interviews werden bekeken.

In de vijfde fase werden de thema's geclusterd en kwam ik tot de thematische kaart van de data. Er werd gekeken of elk thema van elkaar kon onderscheid worden en of de benaming van mijn thema's de inhoud optimaal verwoordt. Deze fase zorgde ervoor dat de volgende drie hogere orde thema's werden benoemd; 'Keuze biologische moeder is een weloverwogen beslissing', 'Keuze anonieme donor om derde in ouderschap uit te sluiten' en 'Hoe omgaan met de verschillen wat betreft de genetische band met het kind?'.

In laatste fase bestaat schreef ik het rapport uit waarin de resultaten van de analyse worden samengevat. Deze stap wordt verder uitgewerkt binnen de paragraaf 'Onderzoeksresultaten. In deze fase beschreef ik de verschillende thema's per onderzoeksvraag, telkens geïllustreerd aan de hand van een aantal relevante citaten. Deze citaten stellen de lezer in staat te oordelen over de mijn interpretaties.

Validiteit en betrouwbaarheid

Twee belangrijke criteria om de objectiviteit van onderzoek te beoordelen zijn validiteit en betrouwbaarheid (Silverman, 2001). Deze begrippen komen uit de kwantitatieve onderzoekscontext, dit heeft als gevolg dat validiteit en betrouwbaar niet zomaar kunnen vertaald worden naar een kwalitatieve onderzoekscontext. Als we deze begrippen proberen toe te passen in een kwalitatieve context dan zou dit interpretatiemoeilijkheden met zich meebrengen (Urlings,

Claessens, Bernard & Vos, 1993). Om de validiteit en de betrouwbaarheid te vergroten in deze masterproef geven we een overzicht van de richtlijnen die werden toegepast.

Binnen kwalitatief onderzoek verwijst validiteit naar de mate waarin de gegevens en de resultaten de bestudeerde werkelijkheid weergeven zonder systematische vertekeningen (Maso & Smaling, 1998). Er bestaan verschillende soorten validiteit, de twee soorten validiteit die voor deze masterproef relevant waren bestaan uit de interne validiteit en de externe validiteit.

Maso & Smaling (1998) beschrijven *interne validiteit* als de kwaliteit van de verzamelde gegevens die leiden tot de onderzoeksconclusies. In deze masterproef werd de interne validiteit gewaarborgd door een interviewschema op te stellen, dit gaf de mogelijkheid de interviews zo gelijk mogelijk op te bouwen. Hierbij werden de unieke ervaringen van de participanten niet uit het oog verloren, het interviewschema bood hiervoor voldoende ruimte.

De *externe validiteit* kunnen we definiëren als overdraagbaarheid binnen kwalitatief onderzoek (Maso & Smaling, 1998). Met andere woorden, in hoeverre zijn de verzamelde gegevens overdraagbaar naar andere vergelijkbare lesbische koppels met een kinderwens. Het vertrekpunt in deze context zijn de ervaringen van de participanten (Marecek, 2003). Door deze ervaringen goed te contextualiseren verhoogden we de externe validiteit van het onderzoek.

De betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek kunnen we omschrijven als de mate waarin transparantie wordt gegarandeerd, met andere woorden, de mate waarin dezelfde procedure in dezelfde context dezelfde informatie oplevert. Maso & Smaling (1998) spreken van een voorwaardelijke herhaalbaarheid binnen kwalitatief onderzoek, hiermee wordt bedoeld dat de onderzochte situatie vaak verandert en dus de situatie vaak niet (volledig) herhaald kan worden. Ook hier onderscheiden we twee soorten betrouwbaarheid, meer bepaald interne betrouwbaarheid en externe betrouwbaarheid.

Interne betrouwbaarheid wordt gedefinieerd als de mogelijke vertekening van de onderzoeksresultaten door de invloed van de individuele onderzoeker (van Zwieten & Willems, 2004). Er werden een aantal maatregelen ondernomen om de interne betrouwbaarheid van deze masterproef zo hoog mogelijk te houden. Ten eerste noteerde ik een aantal interne processen tijdens het onderzoeksproces. Deze notities werden niet opgenomen in deze masterproef. Tijdens de voorbereidende fase werd mijn perspectief op het onderzoek gearticuleerd. Dit betekent dat ik mijn theoretisch reflectiekader en mijn verwachtingen waarmee het onderzoek start duidelijk heb verwoord. Daarnaast beschreef ik mijn interne processen gedurende het hele onderzoeksproces. Een aantal vragen die belangrijk waren voor mij als onderzoeker waren onder andere; welke invloed heeft het onderzoek op mij? Wat was moeilijk? Zijn er verrassingen? Wijzigden de data mijn idee over het thema dat ik onderzoek? (Vanheule,

2013). De data van de interviews, opgenomen op band, werden letterlijk uitgeschreven met het software programma Transcriber. Deze manier van werken zorgde ervoor dat ik vertrouwd geraakte met het materiaal en zorgde ervoor dat er weinig ruimte is voor vertekening in het verhaal van de participanten (Silverman, 2001). Daarnaast werden er regelmatige controles van de analyses door een tweede onderzoeker, mijn begeleidster, uitgevoerd om de interne betrouwbaarheid zo hoog mogelijk te houden. Ten laatste is het ik mijn interpretaties goed gegrond in de data, hierdoor stijgt de betrouwbaarheid. De interpretaties worden ondersteund door fragmenten uit de interviews die illustratief zijn voor de interpretatie (Vanheule, 2013).

De *externe betrouwbaarheid* wordt gedefinieerd als de herhaalbaarheid van het onderzoek als geheel, met andere woorden, als men het onderzoek opnieuw zou uitvoeren, zou men dan dezelfde resultaten krijgen? (van Zwieten & Willems, 2004) Om deze vraag te kunnen beantwoorden moet de controleerbaarheid van het onderzoek worden gegarandeerd. De verschillende stappen vanaf de gegevensverzameling tot de resultaten werden nauwkeurig beschreven. Op deze manier proberen we het onderzoek inzichtelijk en controleerbaar te maken voor derden.

Onderzoekresultaten

Aan de hand van thematische analyse werd de betekenis van sociaal en genetisch ouderschap voor deze lesbische wensouders in kaart gebracht. We leggen de focus op de manier waarop lesbische wensouders het ‘samen ouder zijn’ invullen ondanks de onmogelijkheid om beiden genetisch ouder te zijn.

Bij het eerste thema wordt dieper ingegaan op de keuze van de biologische moeder. Hierin gaan we kijken naar het proces dat tot de keuze leidt en naar de overwegingen die tijdens dit proces worden gemaakt.

Bij het tweede thema wordt de keuze voor een anonieme donor aangehaald. De achterliggende redenen om voor anoniem donorschap te kiezen worden hier verder uitgeklaard.

Hoe er wordt omgegaan met de verschillen wat betreft de genetische band met het kind wordt bekeken binnen het derde thema. Hierbinnen kijken we naar het belang van de betrokkenheid van de sociale moeder, hoe beide partners de genetische band benaderen, hoe het gedachteproces rond de benaming van de ouders verloopt en hoe de zoektocht naar hun rol als ouders vorm krijgt.

Tabel 2 geeft een overzicht van de verschillende thema's en de bijhorende subthema's. De resultaten worden geïllustreerd aan de hand van citaten die werden verzameld tijdens de interviews met de verschillende koppels. In een vierde paragraaf wordt alles samengevat.

Tabel 2. Overzicht thema's en subthema's.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Keuze biologische moeder als weloverwogen beslissing<ol style="list-style-type: none">1.1. Keuze is een harmonieus proces1.2. Moedergevoel en andere overwegingen spelen een belangrijke rol2. Keuze anonieme donor om derde in ouderschap uit te sluiten3. Hoe omgaan met de verschillen wat betreft de genetische band met het kind<ol style="list-style-type: none">3.1. Betrokkenheid van de meemoeder3.2. Verschillende perspectieven op de genetische band met het kind<ol style="list-style-type: none">3.2.1. Betekenis keuze kenmerken van de donor3.2.2. Ervaringen en verwachtingen rond de genetische link bij de wensouders3.2.3. Opvoeding wordt als belangrijker gezien dan de genetische verbondenheid met het toekomstig kind3.2.4. Genetische link met sociale moeder vs genetische link tussen kinderen3.3. Nadenken over de benaming van de ouders3.4. Invulling van hun rol als ouders is een zoektocht |
|--|

Keuze biologische moeder is een weloverwogen beslissing

Eens de keuze voor een kind gemaakt is moeten de wensouders bepalen wie het kind gaat dragen. Hierbinnen onderscheiden we twee subthema's. Ten eerste zien we dat de manier waarop de biologische moeder wordt gekozen op een harmonieuze manier gebeurt. Daarnaast zien we dat deze keuze wordt gemaakt aan de hand van een aantal overwegingen zoals bijvoorbeeld

Keuze is een harmonieus proces. Alle tien de geïnterviewde koppels gaan onderling akkoord met de beslissing wie biologische moeder wordt van hun eerste kind. Ondanks hetzelfde einderesultaat bij de tien koppels zien we dat deze beslissing niet bij elk koppel op dezelfde manier verloopt.

Bij de helft van de koppels (5) zien we dat er onderling wordt overeengekomen wie de biologische moeder wordt. Bij deze vijf koppels wil de andere partner nog niet (meteen) zwanger worden, maar wil eerder nog wat afwachten. De biologische moeder is er juist al enige tijd klaar voor.

“Het kan komen doordat ik dat proces nu meemaak, maar ik heb dat zelf niet. We moesten ook de beslissing nemen van “Wil je allebei zwanger worden van dezelfde donor of?”, ik vond dat toen een heel moeilijke vraag op dat moment, “moet ik dat nu beslissen?”. Ik heb daar ook over gesproken op het werk. Daar was ik wel mee bezig en dan zeiden ze ook van “Als dat nu niet komt, dat kan komen, maar je moet je daar ook niet slecht over voelen dat dat gevoel er niet is”. Terwijl bij jou is dat overduidelijk, dat gevoel is er al van heel jong. Bij mij is dat niet zo. Ik zie heel graag kinderen, ik wil heel graag samen een kind. Maar het is niet zo dat ik per se moet zwanger zijn. Dat hoeft niet.”
(Frances)

Bij twee andere koppels is de beslissing op een andere manier tot stand gekomen. Bij deze koppels heeft één partner heel duidelijk beslist dat zij zwanger wil worden en moet de andere partner vaak volgen in deze beslissing. Desondanks wordt deze beslissing in overleg genomen. Zo had Leila beslist dat zij het eerste kind wou dragen en kon Christine zich vinden in deze beslissing.

“Ja, ik heb het gevoel dat in mijn vriendengroep er veel kinderen zijn, mijn zus is zwanger en in mijn omgeving zijn er meer kinderen dan in jouw omgeving...” (Leila)

“...Ja, in mijn omgeving is dat niet het geval...” (Christine)

“...Ik had meer behoefte om nu zwanger te worden en uiteindelijk was jij blij dat ik eerst

begon...” (Leila)

“...Nee, nee, ik ga akkoord, jij hebt dat beslist, maar ik ga akkoord (Leila lacht)....”

(Christine)

Daarnaast onderscheiden we de laatste twee koppels waarbij beide partners zwanger willen worden, maar waarbij de ene partner het de andere partner meer gunt.

“Dan was de keuze op Miriam gevallen omdat haar moederschapswens al langer aanwezig was dan mijn wens en omdat ik het haar ook het meest gun. Ik wil haar eerst mama laten zijn, de zwangerschap laten ervaren. In tweede instantie wil ik dat dan zelf ook. Maar ik gun mijn partner dit eerst.” (Patricia)

De meeste koppels opteren voor een omkering van de rollen bij de tweede zwangerschap (sociale moeder wordt dan biologische moeder). Echter, niet alle vrouwen hebben zelf een zwangerschapswens. De keuze gaat uit naar de partner die nog niet zwanger is geweest, zij mag beslissing of ze er klaar voor is bij het tweede kind of niet, pas daarna gaat de keuze naar de partner die het eerste kind reeds heeft gebaard. Hier zien we opnieuw dat deze beslissing op een harmonieuze manier wordt genomen.

Redenen voor keuze biologische moeder. De koppels beschrijven verschillende redenen die meespelen in de keuze voor biologische moeder. Het moedergevoel is de overweging die bij de meeste koppels (7) meespeelde in hun beslissing. Voor deze koppels is het hebben van een moedergevoel een belangrijke reden om als eerste moeder te worden van hun kind. Zo wist Clara al van jongs af aan dat ze kinderen wou. Toen ze bewust werd van haar seksuele geaardheid veranderde dit verlangen niet voor haar. Het was voor Clara dan ook duidelijk dat zij ging zwanger worden in haar relatie.

“Ik heb altijd het idee gehad van: “Ik wil kindjes hebben”. Al heel vroeg. En toen ik wist dat ik lesbisch was, dan wou ik nog altijd kindjes. Je gaat een relatie aan met een andere vrouw en dat was voor mij vanzelfsprekend: “Ik ga zwanger worden”. (Clara)

Hierbij aansluitend is het vooral de ervaring van het zwanger zijn op zich dat deze vrouwen aantrekt om de biologische moeder te worden.

“Ik wil weten hoe het voelt om zwanger te zijn, om een kindje in uw buik te hebben, om te bevallen, die dingen.” (Emily)

Naast deze overweging zijn er nog een aantal andere overwegingen die een rol spelen in de keuze voor biologische moeder. Twee koppels halen werkgerelateerde redenen aan die hebben

meegespeeld in hun keuze. Zo vertelt Mathilda dat ze als zelfstandige moet blijven werken tot de geboorte en dat haar partner Lola in zwangerschapsverlof kan van zodra ze zwanger is.

“Praktisch is dit het gemakkelijkst, want zij kan vanaf ze zwanger is stoppen op haar werk.” (Mathilda)

“Als het kindje geboren wordt dan kan je een paar weken vrijaf nemen. Maar dan ben ik nog zes maanden thuis daarna. Het was praktischer om af te wachten hoe dat gaat zijn. En dan kan ik nog ouderschapsverlof nemen, voor als het tweede kindje daar dan komt. (...) Dus het is eigenlijk echt praktisch.” (Lola)

Een andere belangrijke reden die bij drie koppels werd aangehaald is een medische reden. Sommige vrouwen hebben medische aandoeningen die het zwangerschapsproces zouden bemoeilijken of die de gezondheid van het kind in gevaar kunnen brengen. Zo vertelt Tamara dat ze CVS, slaapapneu en glutenintolerantie heeft. Ze vreest dat het fysieke dragen van het kind moeilijker zal zijn voor haar dan voor haar gezonde partner. Daarbovenop wil ze niets doorgeven aan haar kind. Hoewel de kans op een gezond biologisch kind bestaat, schat ze de kans op een ongezond kind groter in. Voor haar was de keuze gemakkelijk; haar partner zal het kind dragen.

“Omdat ik niet sterk genoeg ben, fysiek, om een zwangerschap te doorstaan. Plus, ik wil mijn slechte genen niet doorgeven (lacht). Dus hebben wij eigenlijk het geluk dat we lesbisch zijn en dat Ruth zwanger kan worden. Want zij heeft heel goede genen (lacht).” (Tamara)

Een laatste reden is de omgeving van de partners. In de omgeving van Leila zijn er reeds veel kinderen aanwezig terwijl er in de omgeving van de Christine weinig tot geen kinderen aanwezig zijn. Voor Christine en Leila was dit een reden om Leila als biologische moeder te kiezen.

Keuze anonieme donor om derde in ouderschap uit te sluiten

Drie koppels hebben overwogen om met een gekende donor te werken en van hen zijn twee koppels effectief naar een gekende donor op zoek gegaan. Beide koppels gingen op zoek naar een donor in hun vriendenkring, maar de partner van de vriend gaf geen toestemming om zijn spermacellen te doneren. Hierop zijn Grace en Evie overgegaan naar anoniem donorschap. Voor Christine en Leila was de zekerheid van genetisch materiaal de belangrijkste reden om voor een gekende donor te kiezen. Uiteindelijk had het koppel één donor gevonden die zijn sperma wou doneren, maar die bleek een hele geschiedenis van familiale psychiatrische problemen te hebben. Hierop zijn Christine en Leila overgegaan op anoniem donorschap. Ze leggen de verantwoordelijkheid voor donorselectie nu in de handen van het ziekenhuis. Beide koppels

willen niet dat de gekende donor interfereert in het leven van hun kind. Voor hen is de spermadonor iemand die je nodig hebt om kinderen te maken, maar geen vader.

“Ik zie ons als de ouderfiguren. En die man, zie ik daar absoluut geen rol in spelen, behalve dat hij zeer vriendelijk bedankt is om zijn cellen af te geven.” (Leila en Christine)

Eén koppel heeft eerst de optie voor een gekende donor overwogen, maar zijn nooit op zoek zijn gegaan naar een gekende donor. Ze hebben de optie voor een gekende donor uitgesloten omdat de vader dan eventueel aanspraak zou kunnen maken op het kind.

“Mocht er iemand zijn in mijn vriendenkring die dat zou willen doen. Dan zou ik voor die optie gegaan zijn, maar als je dan begint na te denken van “Stel dat hij een relatie heeft en er gebeurt ooit iets en hij kan zelf geen kinderen meer krijgen”. Uiteindelijk is dat zijn kind en zou hij daar aanspraak op kunnen maken. Dat is te moeilijk en te gevaarlijk.” (Lola)

Lola en Matilda vinden het jammer voor het kind dat ze niets kunnen zeggen over de donor omdat ze er gewoon niets over weten. Ze hebben de angst dat het kind op latere leeftijd kwaad zal zijn op hen omdat ze voor een anonieme donor hebben gekozen en het kind dus niets weet over zijn of haar biologische vader.

Het merendeel van de koppels (7) kozen bewust voor een anonieme donor omdat ze niet willen dat er een derde figuur interfereert in het leven van het kind. Deze koppels willen geen verantwoording afleggen aan de donor. Ze zijn er van overtuigd dat een vaderfiguur voor problemen zal zorgen. Een anonieme donor geeft deze koppels het gevoel dat hun kind echt van hun is.

“Een gekende donor was uitgesloten omdat we niet zouden willen als er een kindje is, dat er plots een derde figuur afkomt die dan ook bepaalde (...) zaken gaat opeisen. We wilden een anonieme donor. Het is ons kind en hij heeft er niets mee te maken.” (Ada)

Naast deze hoofdreden zijn er nog een aantal bijkomende redenen waarom wensouders voor een anonieme donor kiezen. Ten eerste wordt er door één koppel voor een anonieme donor gekozen omdat het kind dan niet wordt geconfronteerd met deze vaderfiguur en dus ook niet met de verwerping van die vader.

“Dat is inderdaad wel vervelend, want dat kind ziet dan, “Die, die meneer heeft nog andere kinderen die die wel aanvaardt en waarom ik dan niet?”.” (Kelly)

Een tweede reden wordt aangehaald door twee koppels, zij kiezen voor een anonieme donor omdat beide partijen dan wettelijk beschermd zijn, met andere woorden; de donor kan geen

vaderschap opeisen en zij kunnen de donor niet lastigvallen. Een derde reden voor anoniem donorschap haalt het koppel Molly en Abigail aan. Zij zouden niet willen dat er contact wordt opgenomen met de donor, omdat zij dan het gevoel zouden hebben dat ze het kind voor een stukje zouden kwijt geraken als dit zou gebeuren.

“Ik wil niet dat er contact wordt opgenomen want dan zit de kans er in dat je je kind deels kwijt geraakt. Die gedachte maakt me bang. Verzoek tot informatie over bepaald dingen mag, maar verzoek tot contact, neen.” (Molly)

De vierde reden voor anoniem donorschap wordt aangehaald door twee koppels. Deze koppels vinden het verwarrend voor het kind als een derde figuur in het gezinsleven wordt geïntroduceerd en inspraak heeft in het gezin. Volgens hen is het minder verwarrend voor het kind als het niet weet wie de biologische vader is.

“Ik denk dat je het te verwarrend maakt voor dat kindje. Stel nu, dat kindje is vijf jaar en het heeft altijd twee mama’s gehad en het is duidelijk “Ik heb geen papa”. En plots “Dat is de meneer waarvan jij, dat is uw papa”.” (Emily)

Een voorlaatste reden waarom het koppel Emily en Ruby voor een anonieme donor kozen is omdat ze niet geconfronteerd willen worden met wie de vader is. Ze zijn ervan overtuigd dat ze het moeilijker zullen hebben als ze weten wie de vader is. De vergelijking met de vader wordt volgens hen niet gemaakt zolang ze niet weten hoe de donor eruitziet, *“ze heeft dat van haar papa”* kan nu niet worden gezegd, er wordt dan gezegd *“ze heeft dat van ons”*. De laatste reden voor anoniem donorschap is omdat het koppel later niet hoeft te liegen tegen het kind als het vragen heeft over zijn biologische vader, want ze weten niets over de donor en kunnen het kind dus niets zeggen over zijn of haar biologische vader.

We maken een kanttekening bij de vrij ‘evidente’ beslissing voor deze koppels om met een anonieme donor te werken. Eén koppel vindt het moeilijk om geen kennis te hebben van de medische voorgeschiedenis van de donor. Ondanks deze bemerking vindt het koppel dat hun beslissing *“niet opweegt tegenover de risico’s die je neet als je de derde partij wél kent”*.

De benaming van de anonieme donor werd aangehaald door twee koppels. Leila vertelt dat de woorden ‘vader’ of ‘papa’ worden niet zullen worden gebruikt om de anonieme donor te benoemen in hun gezin. Lola en Matilda willen de term spermadonor niet gebruiken in hun gezin, zij willen de donor benoemen als ‘papa’. Ze zien de donor als papa van het kind, maar vinden dat hij geen vaderrol opneemt in hun gezin. Hoewel deze koppels initieel kozen voor een gekende donor wordt hij niet erkend als vader en mag hij geen actieve rol in het leven van het kind innemen.

Hoe omgaan met de verschillen wat betreft de genetische band met het kind?.

Dit thema handelt over het verschil tussen de biologische en de sociale moeder met betrekking tot de genetische band met het kind. Ten eerste wordt het ontbreken van de genetisch band tussen de sociale moeder en het kind gecompenseerd door de betrokkenheid van de sociale moeder tijdens de behandeling en de zwangerschap. Ten tweede hebben de wensouders een bepaald perspectief op de relevantie van de genetische band met het kind. De keuze van de kenmerken van de donor, de verwachtingen met betrekking tot de ervaring van de genetische band en de rol van opvoeding worden hier besproken. Verder halen we een opvallende bevinding aan, namelijk dat de meeste koppels het ontbreken van de genetische link met de sociale moeder vaak onbelangrijk vinden terwijl de genetische link tussen meerdere kinderen van het koppel juist wel belangrijk wordt gevonden. Wensouders kiezen bewust voor dezelfde donor om de genetische link tussen hun kinderen te behouden. Ten derde bekijken we ook hoe de wensouders nu al nadenken over hun benaming als ouders. We zien dat slechts een aantal koppels hier al een consensus over hebben bereikt. Er wordt afgesloten met een kijk op hoe de wensouders hun rol willen invullen als ouders. Deze invulling is vaak een zoektocht en brengt nog veel vraagtekens met zich mee voor een aantal koppels. Hier gaan we dieper op in binnen het subthema 'Invulling van hun rol als ouders is een zoektocht'.

Betrokkenheid van de sociale moeder. Betrokkenheid is een thema dat bij zo goed als alle koppels (9) terugkomt in de interviews. Het proces van bevruchting tot zwangerschap is een proces waarin de sociale moeder weinig betrokken kan worden. Tijdens de behandeling staat voornamelijk de biologische moeder centraal. We zien dat de sociale moeder hier op een actieve manier probeert betrokken te worden. Uit de interviews kunnen we afleiden dat deze betrokkenheid belangrijk is voor de sociale moeder om niet het gevoel te krijgen erbuiten te staan. Deze betrokkenheid kan op verschillende manieren worden ingevuld. Hieronder worden de belangrijkste vormen opgesomd. Ten eerste is het voor vijf sociale moeders belangrijk om betrokken te worden bij de inseminatie. Deze sociale moeders geven aan dat ze op die manier betrokken worden bij een proces waar ze anders helemaal buiten zouden staan. Ze mogen zelf de inseminaties doen bij hun partner, Patricia vindt dit een hele intieme aangelegenheid, de ervaring dat zij de spermacellen inbrengt zorgt voor een groter gevoel van betrokkenheid.

“Ik denk dat ik het zelf belangrijker vind dan mijn partner. Zij wordt sowieso de mama, zij heeft sowieso een band met het kind. Terwijl er voor mij een grote afstand tussen mezelf en het kind zit wanneer zij nog niet bevallen is en het kind er nog niet is. Daarom vind ik het tof, dat heeft niet veel te betekenen op zich, maar toch is dat één of andere vorm van betrokkenheid in het proces.” (Evie)

“Het feit dat ik de inseminatie mag doen, de dokter is er wel bij, maar ik mag het doen. Ik beleef het op een andere manier dan als de dokter het zou doen. Er is een veel grotere betrokkenheid. Als Miriam zwanger zou geraken dan weet ik “Oké, ik zit er ook voor iets tussen”. Het is altijd een heel speciaal moment. Ik kan dat niet beschrijven.” (Patricia)

Op Frances haar werk krijgen de afspraken in het ziekenhuis voorrang, op de dag van de inseminatie worden alle vergaderingen afgezegd. Als het voorvalt dat Frances niet aanwezig kan zijn dan belt ze Ada op van zodra ze de mogelijkheid ertoe heeft. Dit is voor haar zo belangrijk omdat ze anders het gevoel heeft dat ze erbuiten staat. Ten tweede is het voor Patricia ook belangrijk om bij elke afspraak met de gynaecoloog aanwezig te zijn. Ze vertelt dat ze niet snapt dat er vrouwen alleen zitten te wachten in de wachtzaal, ze zou zichzelf nooit vergeven als ze Miriam alleen naar een afspraak zou laten gaan. Ten derde is het voor twee koppels belangrijk om te communiceren over emotionele en lichamelijke gevoelens en gewaarwordingen van de biologische moeder. Patricia benadrukt dat ze op deze manier probeert betrokken te zijn bij het proces dat haar partner doormaakt. Ook voor Kelly en Marilyn is het belangrijk om de emotionele en fysieke belevingen te delen. Door te communiceren hoopt Marilyn dat ze van in het begin geïntegreerd wordt in de band tussen Kelly en hun kind. Dit koppel vergelijkt de positie van Marilyn met de positie van de papa.

“Ik denk dat dat bij mannen en vrouwen net hetzelfde is: een man kan niet in het lichaam van een vrouw kruipen om te begrijpen “Wat voel je allemaal?”. Ik denk dat je veel moet communiceren. Ik stel de domste vragen over wat ze voelt. “Wat vond je daarvan op dat moment? (...).” (Marilyn)

Ten vierde zorgt ook het samen stappen ondernemen binnen het proces voor een grotere betrokkenheid.

“Dit is iets dat wij samen gedaan hebben, dat is een beleving die wij, we hebben samen die beslissing gemaakt, wij hebben samen die lijst ingevuld, wij zijn samen naar het ziekenhuis in Gent gegaan, elke keer.” (Kelly)

Ten vijfde vinden twee sociale moeders het belangrijk om betrokken te zijn bij de bevalling. Ruby vindt dit belangrijk omdat zij geen genetische band heeft met het kind. Ze ziet dit moment als een mogelijkheid om de band met het kind al op te bouwen. Ruby beleeft de bevalling als een intiem moment tussen haar, haar partner en haar kind. Voor haar is dit moment belangrijk om haar betrokkenheid te vergroten. Frances vertelt dat ze angst had niet genoeg betrokken te worden bij de geboorte.

“Ik zag dat letterlijk voor mij, ik ga de frigo moeten aanvullens en die praktische dingen doen. Ik vreesde “Ik ga er niet genoeg met betrokken zijn”. Als ik eraan dacht dat jouw familie er gaat op vliegen, vreesde ik “Ik ga hier een buitenstaander zijn”.” (Frances)

Frances had angst dat ze aan de zijlijn zou blijven staan. Die angst werd later weggenomen door er met haar partner over te praten.

Perspectief op de genetische band het met kind.

Betekenis keuze in kenmerken van de donor. We zien dat een aantal koppels (5) er bewust voor kiezen om de kenmerken van de donor af te stemmen op beide partners of op één van beide partners, in de meeste gevallen is dit de sociale moeder. Emily en Ruby hebben er voor gekozen om de kenmerken af te stemmen op Ruby, de sociale moeder. Voor Emily is het vooral belangrijk dat de omgeving niet kan zien wie de biologische moeder is van het kind. Ze zou graag hebben dat haar omgeving twijfelt van wie het kind biologisch is.

“Dat zou ik graag hebben, dat de mensen moeten kijken van “Wie zou er dat kindje nu gedragen hebben?”. Ik hoop door een donor te nemen die op Ruby lijkt, dat effect te bekomen.” (Emily)

Kelly en Marilyn geven aan dat ze het belangrijk vinden om kenmerken te kiezen die in lijn liggen met de fysieke kenmerken van zowel de sociale als de biologische moeder.

Daarnaast zien we dat bij sommige koppels de ene partner het belangrijk vindt om de kenmerken af te stemmen op de partner, maar de andere partner juist niet. De partner die het belangrijk vindt kan zowel de sociale moeder als de biologische moeder zijn, dit verschilt tussen de koppels. We zien dat bij sommige koppels de biologische moeder de wens heeft dat het kind kenmerken deelt met de sociale moeder. De sociale moeder op haar beurt vindt het niet nodig dat het kind kenmerken met haar gemeenschappelijk heeft, zij vindt dat deze kenmerken geen noodzakelijke factor zijn om het gevoel te hebben dat het kind ook van haar is. Deze tweestrijdigheid zien we bij Frances en Ada. Voor Ada was het belangrijk dat de kenmerken werden gekozen in teken van de sociale moeder, Frances, zij geeft aan dat ze dit wil uit bezorgdheid voor Frances, ze wil dat hun kind uiterlijk ook op Frances lijkt.

“Ik denk dat het een soort bezorgdheid is. Ik ga nooit moeten twijfelen, het gaat onwaarschijnlijk trekjes hebben van mij aangezien ik het in mij heb gehad, het kind heeft mijn genen. Om het te doe lijken alsof het ook op jou trekt.” (Ada)

Bij andere koppels zien we de tegenovergestelde beweging. Bij Abigail en Molly is het de sociale moeder die een overeenkomst in kenmerken belangrijk vindt en de biologische moeder die deze overeenkomst minder belangrijk vindt.

Ten laatste merken we op dat er ook koppels zijn waarbij de keuze inzake de fysieke kenmerken van de donor geen rol speelt. Evie en Grace vinden de invulling van de kenmerken niet zo belangrijk. Evie is tevreden dat de fysieke kenmerken worden afgestemd op één van beide partner, maar geeft duidelijk aan dat ze het niet erg zou vinden mocht het kind uiteindelijk net op hen lijken. Het koppel vindt het niet belangrijk dat het kind fysieke gelijkenissen vertoont met hen. Om hun mening kracht bij te stellen vroegen ze aan het begin van hun behandeling of er ook geen zwarte donoren waren.

“ik vroeg in dat gesprek of ze bijvoorbeeld geen zwarte donoren hebben. Maar dat doen ze niet, maar op zich zou dat voor mij niet uitmaken.” (Grace)

Als we Grace hierover verder bevragen vertelt ze ons dat de keuze van donor haar niet zoveel uitmaakt, voor haar mag het evengoed een zwarte donor zijn, zolang ze dit maar op voorhand weet. Het valt op dat sommige koppels meer of andere kenmerken wilden kiezen. Twee koppels hadden verwacht meer of andere kenmerken te kunnen selecteren bij de donor. Zo vinden Miriam en Patricia het jammer dat ze geen zicht hebben op karaktereigenschappen van de donor omwille van de anonimiteit. Miriam hoopt dat het *“een lieve mens was”*, maar heeft het moeilijk dat ze nooit zal weten hoe die donor precies is. Het tweede koppel had verwacht dat de keuze uitgebreider ging zijn, zij waren ontgoocheld dat ze slechts een beperkt aantal kenmerken konden kiezen. Zo had Lola graag gehad dat ze ook de mogelijkheid hadden om voor krullend haar te kiezen, omdat Matilda ook krullen heeft. Dit kon niet aan de hand van de lijst die ze kregen. Wat het koppel ook belangrijk vindt of toch graag zou weten van de donor is zijn karakter en zijn intelligentie, meer dan fysieke kenmerken speelt dit een belangrijke rol in hun keuze. Ook zij vinden het jammer dat ze dit nooit kunnen achterhalen omwille van de anonimiteit. Lola maakt hierop de opmerking dat ze ondanks deze nadelen toch liever een anonieme donor verkiest omdat *“je dan die rompslomp van ‘Wat als die plotseling hier staat en zegt het is ook mijn kindje’ niet hebt”*.

Andere koppels zoals Evie en Grace vinden het niet nodig meer of andere kenmerken van de donor te kiezen. Zij halen aan dat ze blij is dat fysieke kenmerken worden afgestemd op één van beide partners, maar vertelt er direct ook bij dat er niet meer keuze moest zijn dan aangeboden door het ziekenhuis. Zo zijn ze bijvoorbeeld niet geïnteresseerd in de studies van de donor. Ondanks het koppel het wel aangenaam vindt dat er keuzemogelijkheden zijn maken de kenmerken voor hun niet zoveel uit.

Ervaringen en verwachtingen rond de genetische link bij de wensouders. De ervaringen en verwachtingen rond de genetische band worden door de koppels op verschillende niveaus besproken. Acht koppels halen de juridische implicaties van het ontbreken van deze genetische link aan. Zo vinden Abigail en Molly het jammer dat Abigail een adoptiecursus moet volgen om het kind te kunnen adopteren terwijl het ook haar kind is. Ze begrijpt dat dit noodzakelijk is om juridisch aanspraak te kunnen maken op het kind, maar ze vindt het jammer dat het kind niet erkend wordt als haar kind van zodra het geboren is.

“Ik vind het jammer dat het kind mijn naam niet kan hebben. Ik moet eerst adopteren, terwijl het eigenlijk ons kind al is. Ik moet lessen volgen en ik moet betalen om mijn eigen kind te adopteren, dat vind ik erg. We moeten ook betalen voor de onderzoeken in Gent, voor de donorcellen. Ik versta het wel, stel dat we later ooit uit elkaar gaan of mijn partner komt te overlijden, dan is het mijn kind niet. Dan kan ik mijn kind verliezen, omdat ik het niet geadopteerd heb. Ik vind het jammer, dat er daar nog een hele papierwinkel bij komt kijken.” (Abigail)

Ook voor Evie, sociale moeder, is de adoptieprocedure het meest frustrerende. Evie wil ook rechten over het kind van zodra het geboren is. Grace, haar partner, geeft volgend voorbeeld: *“Stel dat er iets gebeurt met mij. Dan is dat een wees zagezegd. Terwijl dat het kind helemaal geen wees is. Die heeft nog een moeder.”* Het stoort Tamara, nog een sociale moeder, dat ze wettelijk niet met het kind te maken heeft tot de adoptieprocedure is doorlopen. Ze vindt het frustrerend dat ze niet wordt erkend als moeder, terwijl ze al jaren samen is met haar partner en samen besloten hebben om een kind op te voeden. Tamara vergelijkt haar positie met die van de vader, maar deze vergelijking stopt volgens haar wanneer het kind geboren wordt. Want zij mag het kind niet gaan aangeven aan de officiële instanties en vaders mogen dat wel. Dit is iets waarover ze nu veel nadenkt, maar ze is ervan overtuigd dat ze hier niet mee zal bezig zijn van zodra het kind geboren is.

Naast de juridische implicaties halen de geïnterviewde koppels ook emotionele implicaties aan. Deze emotionele implicaties omvatten verwachtingen met betrekking tot (het ontbreken van) de genetische band met het kind. Hierin wordt duidelijk het onderscheid gemaakt tussen de biologische en de sociale moeder. Zo verwachten twee koppels dat de band tussen de sociale moeder en het kind moeilijker tot stand zal komen omdat ze juist die genetische link ontbreken. Grace vertelt dat ze denkt dat Evie het moeilijker zal hebben om een band te creëren met het kind. Evie denkt dat het voor haar in het begin moeilijker zal zijn omdat ze nog geen band heeft met het kind. Volgens Evie zal deze band er wel komen eens ze het kind kan vasthouden en verzorgen.

“Ik denk dat het in het begin moeilijk kan zijn omdat je beseft: ik heb geen band met dat kind. Ik ben hierover beginnen nadenken toen een collega van mij, ook een lesbisch koppel, haar partner bevallen was. Mijn collega had eerlijk toegegeven dat ze het kind in het begin niet graag zag, ze voelde geen band met het kind. Ze zei dat het gevoel van verbondenheid wel snel komt. Maar je weet dat het kind van een anonieme donor en jouw partner is. Het is jouw partner wel, maar de link met jezelf is er niet.” (Evie)

Ook Emily, die de biologische moeder wordt van het kind, ziet hun kind als het kind van hen beiden, maar verwacht dat dit gevoel anders zal zijn voor Ruby, de sociale moeder. Ruby vertelt dat ze het moeilijk had om te aanvaarden dat er geen genetische band zal zijn tussen haar en het kind. Ze stelde zichzelf voor twee keuzes; ofwel moest ze zelf zwanger worden van een kind ofwel moest ze zich hierbij neerleggen. Ruby koos ervoor om zich neer te leggen. Ze hoopt dat het kind een aantal karaktertrekken overneemt van haar om zo ook het gevoel te krijgen dat het kind ook eigenschappen van haar deelt ondanks het kind genetisch niets met haar deelt. Emily verwacht dat Ruby het kind even graag gaat zien als zij als het geboren is, onafhankelijk van de genetische band.

Niet alle koppels vinden het noodzakelijk dat er een genetische band tussen zichzelf en het kind bestaat. Bij twee koppels verschillen de partners van mening. We zien bij het eerste koppel dat de biologische moeder het belangrijk vindt dat er een genetische band tussen haar en het kind bestaat en dat de sociale moeder dit niet belangrijk evalueert. Clara staat erop dat er een genetische band bestaat tussen haar en het kind. Dit is voor haar ook een belangrijke reden waarom ze als eerste zwanger wil worden. Clara kan niet benoemen waarom ze dit wil, ze denkt dat het schrik is, ze wil liever dat zij een genetische band heeft met het kind en kenmerken van zichzelf in het kind herkent. Bo vindt een genetische band tussen haar en haar kind minder belangrijk, ze geeft aan dat ze er nog niet echt had over nagedacht voor het interview. Het ontbreken van de genetische band schrikt Bo niet af. Zij verwacht dat het haar kind zal zijn vanaf het geboren is. Bij het tweede koppel zien we de rollen omgedraaid. Hier is het de sociale moeder die een genetische band tussen haar en het kind belangrijk vindt en de biologische moeder die deze genetische band minder belangrijk acht. Marilyn, de sociale moeder, vindt het jammer dat hun kind maar voor de helft genetische gerelateerd zal zijn aan het koppel. Ze geeft aan dat ze geen andere keuze hebben omdat ze beiden vrouwen zijn. Marilyn heeft de overtuiging dat een genetische band zorgt voor een hechtere band tussen twee personen. Ze is van mening dat een genetische band tussen broers en zussen iets moois is, iets wat de natuur hen gegeven heeft. Kelly gaat hiermee niet akkoord, volgens haar is het gevoel van verbondenheid gelinkt aan ‘de persoon kennen’ en niet aan een bloedband. Voor haar wordt een band gecreëerd door de

situatie, door factoren die meespelen in de opvoeding.

Ten laatste onderscheiden we ook vier koppels die er van overtuigd zijn dat een genetische band tussen zichzelf en het kind niet of minder belangrijk is. We bekijken hun definitie van een genetische link met het kind om te zien dat dit voor deze koppels niet de belangrijkste factor is. De beleving van een zwangerschap, de opvoeding en ouderschap zijn voor hen belangrijkere factoren die meespelen. Een genetische band voor Tamara betekent niet veel meer dan oppervlakkige overeenkomsten tussen haar partner en het kind. Voor haar is het beleven van het zwangerschapsproces de reden om voor een zwangerschap te kiezen.

“De reden waarom we voor een ‘eigen kind’ kiezen, is gewoon omdat je het beleeft. Omdat je vanuit niets een leven creëert, een leven maakt en aan dat kind een leven geeft zodat het alles kan beleven. Dat je vanuit niets leven geeft aan dat kind en ik denk dat dit de reden is waarom we echt voor zwangerschap hebben gekozen.” (Tamara)

Ada, de biologische moeder van het tweede koppel, vindt dat de genetische band een dubbele betekenis heeft. Langs de ene kant ben je genetisch verbonden met elkaar, de genetische band is een zekerheid die je hebt en die er altijd zal zijn. Langs de andere kant haalt Ada de genetische band onderuit. Zo geeft ze het voorbeeld van haar neefje waar ze samen met Frances een week heeft moeten op babysitten. Na die week was het voor hen hartverscheurend om hun neefje terug naar huis te laten gaan omdat ze zich al zo gehecht hadden aan het kind. Dit was voor het koppel het bewijs dat ze zich konden hechten aan een kind zonder er een genetische band bestond tussen hen. Frances, de sociale moeder, vertelt dat ze elke dag deel zal uitmaken van het gezin en dat de band tussen haar en het kind hierdoor ook sterk zal zijn. Patricia die deel uitmaakt van het derde koppel vindt het niet erg dat het kind geen genetische band met haar zal hebben. Ze geeft aan dat het niet belangrijk is voor haar of het kind nu al dan niet kenmerken van haar heeft. Zij vindt het vooral belangrijk dat ze samen met haar partner zorg dragen voor het kind. Miriam gaat akkoord met Patricia. Voor het koppel is het belangrijker dat ze het kind samen waarden en normen meegeven in hun opvoeding. Patricia beseft dat ze kenmerken van de donor zal zien in het kind, maar voor haar is het belangrijk dat ze kenmerken van Miriam herkent in het kind. Miriam vult hierbij aan dat het kind na verloop van tijd ook kenmerken van Patricia zal vertonen omdat het wordt opgevoed in hun gezin en op die manier wordt beïnvloed door Patricia. Het vierde koppel, Christine en Leila, vindt een genetische band met het kind niet noodzakelijk om het kind als hun eigen kind te zien. Voor hen beiden is die band niet nodig. Voor Christine heeft een genetische band weinig emotionele waarde. Ze geeft volgend voorbeeld om haar mening te staven;

“Veel genetische ouders doen het niet zo goed met hun kinderen en hebben geen goede band. Dan heb je de stiefouders, die vaak belangrijke rollen hebben in het leven van het kind en die helemaal geen genetische rollen hebben”. (Christine)

Voor haar maakt het niet uit welke soort ouderschap je opneemt, of je nu een holibi-ouder, hetero-ouder, pleegouder of adoptie-ouder bent, voor haar zijn dit allemaal gelijkwaardige ouderschappen. Het koppel is van mening dat ze geen genetische band nodig hebben om zich ouder te voelen van hun kind.

Naast de juridische – en emotionele implicaties halen twee koppels ook nog contextuele implicaties aan. Zij maken zich zorgen dat het kind niet erkend zal worden in de familie van de sociale moeder juist omdat het geen genetische link heeft met die familie. Deze vrees hebben ze soms ook met betrekking tot zichzelf. Lola en Matilda willen elk een kind, dit betekent dat ze elk één kind hebben met een genetische band en één kind zonder genetische band. Ze vragen zich af of ze een voorkeur zouden hebben voor het kind dat genetisch verbonden is met hen. Ze verwachten dit niet en ‘in theorie’ is dit niet de bedoeling volgens het koppel. Lola is ervan overtuigd dat ze beide kinderen even graag gaan zien of het nu al dan niet uit hun buik komt. Hier haalt ze ook het voorbeeld van adoptie aan, *“mensen die adopteren die zien dat kindje ook heel graag en dat is van geen één van de twee”*. Waar het koppel wel angst voor heeft is de omgeving. Ze vrezen dat de schoonfamilie het kind niet zal zien als hun kleinkind of het toch moeilijker zal hebben om het kind te erkennen als deel van de familie. Het tweede koppel deelt de angst dat de familie van Ada, de biologische moeder, het kind heel snel zal herkennen, maar dat de familie van Frances, de sociale moeder, het moeilijker zal hebben om het kind als hun kleinkind te zien. Daarom hebben ze besloten dat het kind de familienaam krijgt van Frances, om ook aan haar familie duidelijk te laten voelen dat het ook een deel van haar familie is.

Opvoeding wordt als belangrijker gezien dan de genetische verbondenheid met het toekomstig kind. Binnen de interviews zijn er verschillende visies op het aandeel omgeving versus genetica. Vier koppels hebben de overtuiging dat de omgeving het grootste aandeel heeft in het bepalend karakter van het kind. Grace en Evie redeneren: *“als je twee dezelfde kinderen in twee verschillende gezinnen plaatst, dan gaan beide kinderen helemaal anders uitdraaien. Dat is puur opvoeding.”* Volgens Grace zal hun kind bepaalde kenmerken overerven van de donor, maar hoe deze kenmerken evolueren is afhankelijk van de opvoeding die het kind krijgt. In een ander koppel stelt Ruby, de sociale moeder, dat karaktertrekken niet altijd erfelijk zijn.

“Ik denk dat de karaktertrekken van een kind niet altijd erfelijk zijn. Ik denk dat de omgeving waarin je opgevoed bent meer invloed uitoefent. Je zou twee volledig dezelfde

kinderen, neem nu mij en je plaatst mij in twee verschillende gezinnen. Ik zou in het ene gezin andere karaktereigenschappen hebben dan in het andere gezin.” (Ruby)

Ook hier wordt het voorbeeld aangehaald van de twee genetisch identieke kinderen.

Vier andere koppels schrijven een groter aandeel toe aan de genetica van het kind. Clara en Bo hebben de overtuiging dat er genetisch bepaalde zaken kunnen meegegeven worden aan het kind, maar als deze niet worden gestimuleerd in de opvoeding of omgeving, deze zaken niet tot uiting zullen komen. Ook Abigail en Molly verwachten dat er genetisch kenmerken van het kind kunnen bepaald worden, maar in hoeverre deze kenmerken naar boven komen is afhankelijk van de opvoeding. Ze hebben het gevoel dat ze veel kunnen inbrengen in het karakter van het kind en dat er nog veel wordt gevormd tijdens de opvoeding. Binnen het derde koppel is Matilda er ook van overtuigd dat het kind nog niet volledig ‘bepaald’ is als het op de wereld komt en dat er door opvoeding nog veel aan het kind kan bijgebracht worden. Lola erkent dat sommige dingen kunnen beïnvloed worden door de opvoeding, maar zij veronderstelt dat het temperament van het kind niet meer kan veranderen. Het laatste koppel kent meer invloed toe aan de genen van de donor.

“Hoe we het ook draaien of keren, er zit genetisch materiaal in. Ik krijg geen kind mét die persoon, ik krijg een kind door het krijgen van zijn cellen, maar ik krijg met die cellen ook karaktereigenschappen door.” (Kelly)

Ondanks het kind deze genen en dus karaktereigenschappen zal krijgen van de donor, ziet het koppel deze eigenschappen als kneedbaar en dus beïnvloedbaar door de omgeving.

Genetische link met sociale moeder vs genetische link tussen kinderen. Zoals er in het subthema ‘ervaringen en verwachtingen rond de genetische link bij de wensouders’ werd beschreven schatten zes koppels de genetische link tussen de sociale moeder en hun kind als onbelangrijk in. Echter, wanneer het gaat over de genetische link tussen broers en/of zussen dan zien we dat zeven koppels die wel als belangrijk waarderen.

“Het is dubbel wat we zeggen (...).” (Frances)

“(…) Dat biologische speelt aan de ene kant mee, terwijl het in tegenstrijdig is als je dan zou zeggen dat de sociale moeder niets biologisch heeft, maar toch volledig ouder is.” (Ada)

Dit suggereert dat er meer waarde wordt gehecht aan genetische verbondenheid wanneer het op hun kinderen aankomt. Gelijkenissen die tussen sociale moeder en het kind er niet zullen zijn

zoeken deze koppels juist bewust tussen broers en/of zussen. Ouders hopen dat op die manier de kinderen zich meer verbonden voelen. De meeste koppels zijn zich bewust van deze tegenstrijdigheid, maar denken er niet anders over. Drie van de zeven koppels willen bij een tweede zwangerschap dezelfde donor opdat hun kinderen een eigenschap hebben die ze beide delen met elkaar, maar niet met hun ouders. Volgens deze koppels zullen hun kinderen het leuk vinden om verwant te zijn met elkaar. Twee koppels geloven dat de genetische band tussen hun kinderen hen zal helpen op moeilijke momenten, de kinderen zijn zeker van hun bloedband en kunnen dan steun vinden bij elkaar. Zo is het voor Marilyn, de sociale moeder, belangrijk dat de kinderen iets gemeenschappelijk hebben als het koppel in de toekomst zou beslissen uit elkaar te gaan. Kelly, de biologische moeder, gaat hiermee niet akkoord, zij heeft de overtuiging dat het feit dat ze samen worden opgevoed er ook voor zal zorgen dat er een band is tussen de kinderen. Leila en Christine denken dat de bloedband hun kinderen kan helpen mochten ze het ooit moeilijk hebben met het feit dat ze geen papa hebben.

“We willen alle kinderen van dezelfde donor. Ik zou willen dat de kindjes allemaal halfbroertjes of halfzusjes zijn. Ik denk dat dat voor die kinderen leuk is. Als ze het dan ooit moeilijk hebben met het feit van “We hebben geen papa”, hebben ze toch zoiets van “Wij zijn wel verwant”. Ik denk dat het raar is als ze allemaal verschillende donorpapa’s hebben.” (Leila)

Een ander koppel, Frances en Ada, willen genetisch verwante kinderen omdat hun gezinssituatie al anders zal zijn met twee moeders. Ze willen de rest voor hun kinderen zo normaal mogelijk houden, dit betekent dan een bloedband tussen de kinderen. Frances haalt nog een extra reden aan voor een bloedband tussen hun kinderen, voor haar betekent de genetische overeenkomst tussen hun kinderen een groter familiegevoel tussen de kinderen.

Ruby en Emily hebben een medische reden achter hun keuze voor genetisch verwante kinderen. Mocht er ooit iets gebeuren met de kinderen en ze hebben bijvoorbeeld een nier nodig, kan een genetisch verwante broer of zus het zieke kind meer helpen dan een niet verwante broer of zus.

Clara en Bo vormen een uitzondering op deze koppels. Zij hebben nu zes pogingen achter de rug en hebben ervoor geopteerd om een andere donor te gebruiken voor de komende drie pogingen. Als deze bevruchting succesvol is, zouden ze voor dezelfde donor kiezen bij een tweede bevruchting. Het koppel kan niet echt aangeven waarom, ze denken omdat het nu gelukt is met die ene willen ze hem opnieuw als donor. Ze kiezen voor dezelfde donor in functie van slaagkansen, maar niet omdat hun kinderen dan gemeenschappelijke kenmerken of verbonden zullen zijn aan een bloedband.

Nadenken over de benaming van de ouders. Van de tien geïnterviewde koppels zijn er slechts twee koppels die nu al een duidelijk zicht hebben op de namen die de kinderen hen zullen geven. Twee andere koppels zijn er nog niet aan uit welke benaming ze verkiezen. Bij de overige koppels kwam dit onderwerp niet ter sprake tijdens het interview, waardoor dit niet ingeschat kan worden.

Miriam en Patricia zijn spelenderwijs tot volgende benaming gekomen: ‘mammie’ voor de sociale moeder en ‘mama’ voor de biologische moeder. Voor het koppel is het belangrijk dat het voor het kind duidelijk is welke benaming moet gebruikt worden. Ze geven aan dat het voor hen ook belangrijk is dat de omgeving duidelijk weet wie welke naam heeft. Ook Kelly en Marilyn zijn er nu over uit wat het beste zal zijn voor hun kind. Aangezien Marilyn van Franse oorsprong is zal zij ‘Maman’ genoemd worden en zal Kelly ‘mama’ genoemd worden.

We zien dat twee andere koppels ook al nadenken over hun mogelijke benaming als ouders, maar dat ze hier nog geen besluit over hebben gevormd. Frances en Ada hebben al gebrainstormd over mogelijke benamingen. Ze hebben al besloten dat mama één en mama twee of mama Frances en mama Ada slechte benamingen zijn, maar de goede hebben ze tot nu toe nog niet gevonden. Een ander koppel dat zich hierover het hoofd breekt is Evie en Grace. Dit koppel heeft besloten om af te wachten hoe ze worden genoemd door hun kind en of ze zich in die benaming kunnen vinden.

Invulling van hun rol als ouders is een zoektocht. De manier waarop lesbische ouders hun rol invullen kunnen we benoemen als een zoektocht, een tocht die voor de grote meerderheid nog lang niet ten einde is. De rol van de sociale moeder is voor de meeste interpretatie vatbaar, deze rol wordt snel vergeleken met de vaderrol. We zien dat drie koppels zich afzetten tegen deze rol, andere koppels identificeren zich dan weer met deze rol.

Frances is iemand die zich afzet tegen de vaderrol. Zij is de sociale moeder en heeft angst om in een vaderrol geduwd te worden van zodra het kind geboren wordt.

“Ik zie in het moederhuis het cliché beeld: jij die daar ligt met het kleintje, ik die de drank mag uitschenken. Nu, het gaat zo zijn. Maar in het begin had ik daar moeite mee omdat ik vindt dat je automatisch in de vaderrol wordt geduwd.” (Frances)

Frances heeft angst dat haar omgeving verwacht dat zijn de ‘vaderrol’ opneemt omdat zij de sociale moeder is. Het koppel ziet zichzelf zo niet in hun relatie. Frances ergert zich dan ook als mensen uitspraken doen zoals *“We hadden wel gedacht dat jij die vaderrol ging opnemen”*. Ook Patricia neemt afstand van de vaderrol. Volgens haar is de vaderfiguur minder intens aanwezig dan de moederfiguur. Ze heeft de overtuiging dat de vrouw het ouderschap anders beleeft dan de

man. Hierdoor denkt ze dat in een lesbische relatie de betrokkenheid even groot zal zijn omdat ze beiden vrouwen zijn. Patricia gelooft dat ze betrokken en intens aanwezig zal zijn in het leven van haar kind waardoor ze geen vaderrol opneemt, maar een moederrol net als haar partner. De derde persoon die zich niet wil identificeren met de vaderrol is Marilyn. De stereotiepe rollen van vader die met de kinderen speelt en moeder die de kinderen verzorgt zijn voor haar niet van toepassing, dit zal voor Marilyn zowel in haar rol als in de rol van haar partner zitten. Marilyn wil vanaf het begin geïntegreerd zijn in de band tussen haar partner en het kind, ze hoopt een rol te krijgen die ze kan vervullen in het gezin. Deze rol komt volgens haar vanzelf, ze beseft dat deze er vandaag nog niet is, maar ze is ervan overtuigd dat die er gaat zijn van zodra het kind er is. Ze ziet deze rol niet als vader, maar ook niet als moeder, voor haar is het een nieuwe rol die zij moet definiëren. Die rol is niet dezelfde als deze van haar partner, in haar rol wil ze de inhoud van haar als persoon reflecteren en ze verwacht dat haar partner in haar rol ook haar inhoud zal reflecteren. Kelly, de biologische moeder, moet toegeven dat ze over de rolinvulling niet zoveel nadenkt als Marilyn, maar dat voor haar Marilyn gewoon bij het plaatje van haar gezin staat.

Tamara is de enige persoon van alle geïnterviewden die zich identificeert met de vaderrol. Ze vergelijkt haar rol op dit moment als een soort 'toeschouwer'. Zij denkt dat haar beleving een andere beleving is dan haar partner. Volgens Tamara wordt ze 'papa'. Ze vindt dit het juiste woord om haar rol te benoemen, want zij is diegene die niet zwanger wordt en in een heterorelatie is dit de man. Ze vindt het verkeerd dat dit woord steeds met een man wordt geassocieerd.

"Ik denk dat je hiervoor een soort papabeleving kunt aanhalen. Jij gaat vanaf nu een band hebben met het kind. Ik weet niet hoe dat dat voelt, want ik ben nog nooit moeder geweest. Ze zeggen dat een moeder en een kind een instant connectie is en dat papa's soms moeten wennen van "Dat boeleke hier, dat is nu van mij". Ik weet niet hoe dat ik dat ga beleven. (...) Ik ben een emotioneel persoon, dus ik denk dat ik snel een connectie zal hebben." (Tamara)

De invulling van haar rol als ouder ziet Tamara als een rol waarbij zowel zij als haar partner elk hun taken zullen hebben en dat sommige taken papa-achtig zullen zijn en andere dan weer mama-achtig. Ze gelooft dat haar rol een mengeling zal zijn van deze taken en dat zij en haar partner deze taken in hun rollen zullen opnemen. Volgens haar kan je geen label plakken op haar rol, voor haar zal het iets zijn dat zich zal uitwijzen in de toekomst.

Samenvattend kunnen we stellen dat het opvalt hoe uniek en verschillend de ervaringen en perspectieven van al deze koppels zijn. De resultaten wijzen erop dat lesbische koppels een weloverwogen beslissing nemen bij de keuze voor biologische moeder, er worden een aantal

factoren afgewogen voor deze beslissing wordt genomen. We zien dat deze keuze op een harmonieuze manier verloopt. Daarnaast zien we dat alle koppels voor een anonieme donor kiezen omwille van verschillende redenen. De belangrijkste reden is dat de donor zich niet kan bemoeien met de opvoeding en het leven van hun kind. Als we de koppels bevragen naar de betekenis van de genetische link krijgen we verschillende antwoorden. Ten eerste speelt de keuze in kenmerken van de donor een rol. Voor sommige koppels is het belangrijk dat er fysieke overeenkomsten zijn tussen de sociale moeder en de donor opdat de sociale moeder en het kind ook fysieke overeenkomsten kunnen delen. Voor andere koppels is dit niet belangrijk. Ten tweede hechten bepaalde koppels veel belang aan de genetische link tussen hen en hun kind, andere koppels hechten hier dan minder belang aan. Deze koppels hechten dan weer meer belang aan de rol van de omgeving en de opvoeding in het karakter van het kind. Ten derde merken we op dat ondanks de genetische link niet bij alle koppels belangrijk wordt geacht, toch bijna alle koppels de genetische link tussen meerdere kinderen wel belangrijk vinden. De benaming van zichzelf als ouders en hun invulling als rol van ouders is voor velen nog een zoektocht die het einde nog niet heeft bereikt. De minderheid heeft al een idee over hun benaming en hun rol als toekomstig ouder. Hun rol kan worden opgedeeld in een stereotiepe moeder – of vaderrol of een onconventionele hybride vorm van beiden.

Discussie

Binnen deze paragraaf wordt er een link gelegd tussen de onderzoeksvragen, de onderzoeksresultaten en de wetenschappelijke literatuur. Verder wordt er ingegaan op de beperkingen van het onderzoek en wordt er stilgestaan bij de kwaliteiten dit onderzoek biedt. We sluiten af met voorstellen voor verder onderzoek. Ten laatste wordt er een conclusie geformuleerd.

Samenhang tussen onderzoeksvragen, onderzoeksresultaten en de literatuur

We probeerden een antwoord te zoeken op de onderzoeksvraag 'op welke manier lesbische wensouders het samen ouder zijn invullen ondanks de onmogelijkheid om samen genetisch ouder te zijn?'. De eerste twee thema's die werden geformuleerd leunden niet onmiddellijk aan bij deze onderzoeksvraag, maar hielpen ons de onderzoeksvraag te kaderen. Het belang van deze thema's mag niet onderschat worden. Wie biologische moeder en wie sociale moeder werd, had een belangrijk gevolg op de ouderbeleving van het koppel. Daarnaast speelde de plaats van de donor ook een belangrijke rol op de visie van het koppel op hun ouderschap. Het laatste thema beantwoordde onze onderzoeksvraag wel. Dit thema gunde ons een blik op de complexiteit in de zoektocht naar ouderschap bij lesbische koppels.

Keuze biologische moeder. We stelden de onderzoeksvraag "Welke afwegingen worden gemaakt om tot een keuze in biologische moeder te komen?". We gingen eerst op zoek naar wetenschappelijke literatuur omtrent deze vraag. Binnen de literatuur werd het thema rond keuze biologische moeder nog maar weinig onderzocht. De literatuur stelt dat er een aantal factoren worden afgewogen vooraleer deze beslissing wordt gemaakt. De factoren die hierin meespelen zijn: leeftijd, de mogelijkheid tot het meest verlot met het minst loonverlies, de beste verzekering, flexibel uurrooster op het werk, vrouwen die hun lesbische geaardheid kenbaar hebben gemaakt aan hun familie en partner met de meeste kans op succesvol zwangerschap, (Chabot & Ames, 2004). In het nog niet gepubliceerde onderzoek van Somers, Provoorst, Van Parys, et al. (2013) werden bijkomende factoren geformuleerd: verlangen om een kind te hebben of te bevallen van een kind en angst voor zwangerschap of bevalling. Alle voorgaande factoren werden teruggevonden in het onderzoek van mijn masterproef. Twee koppels haalden werkgerelateerde factoren aan die hebben meegespeeld in hun keuze voor biologische moeder. De factor welke partner het best de zwangerschap tot zijn einde zou kunnen dragen werd aangehaald bij drie koppels. Sommige vrouwen hadden medische aandoeningen die het zwangerschapsproces zouden bemoeilijken of die de gezondheid van het kind in gevaar kunnen brengen. De factor leeftijd, waarbij de verwachting heerst dat de oudste vrouw eerst biologische

moeder wordt, werd wel aangehaald in de onderzoeksresultaten, maar was geen doorslaggevende factor voor drie koppels. De factor moedergevoel werd door zeven koppels aangehaald. Deze vrouwen haalden hun moedergevoel en hun verlangen naar een kind aan als reden om eerst biologische moeder te worden. Hierbij aansluitend is het vooral de ervaring van het zwanger zijn op zich dat deze vrouwen aantrekt om de biologische moeder te worden. Op deze onderzoeksvraag werden er geen verrassende resultaten gevonden in vergelijking met de bestaande literatuur. De factoren waarop deze beslissing werd gemaakt zijn reeds onderzocht en werden bevestigd in dit onderzoek.

De manier waarop deze beslissing wordt genomen is maar weinig onderzocht. Het verloop van dit beslissingsproces gaat volgens sommige koppels automatisch, voor andere koppels gaat er een heel denkproces aan vooraf, alle voor en nadelen worden één voor één overlopen. Andere koppels beslissen niet automatisch, maar gaan ook niet alle voor- en nadelen overlopen (Somers, Provoorst, Van Parys, et al., 2013). Deze variëteit in het beslissingsproces vonden we ook terug in onze data. Sommige koppels maakten automatisch de beslissing wie biologische moeder ging worden. Andere koppels gingen in overleg om te bepalen wie biologische moeder kan worden. Bij twee koppels werd er geen overleg gepleegd, maar besloot de ene partner om biologische moeder te worden en moest de andere partner volgen in deze beslissing. Daarnaast zijn er nog twee koppels die beiden graag zwanger wilden worden, maar waarvan de ene partner besloot dat haar partner de biologische moeder zal worden. Dit onderzoek toont aan dat bij alle koppels deze beslissing op een harmonieuze manier werd genomen. Hoewel het verloop van het beslissingsproces varieert, uitte geen enkele partner had het gevoel niet gehoord te zijn.

De plaats van de donor. In dit thema probeerden we een antwoord te zoeken op de volgende onderzoeksvraag: “Welke motivatie zit achter de keuze voor een anonieme donor?”. Uit de literatuur maakten we op dat door te kiezen voor een anonieme donor de wensouders elke potentiële relatie met een derde partij willen elimineren (Wojnar & Katzenmeyer, 2013). Koppels die werken met een anonieme donor willen dat enkel zij het hoederecht hebben over hun kind en willen niet dat de donor zich kan bemoeien met de opvoeding van hun kind. Gebruik van een gekende donor lijkt deze koppels een gecompliceerd en onaantrekkelijk vooruitzicht (Wojnar & Katzenmeyer, 2013). Deze bevindingen kwamen ook terug in onze onderzoeksresultaten. Zeven koppel kozen bewust voor een anonieme donor omdat ze niet wouden dat er een derde figuur zich ging bemoeien met het kind. Deze koppels hadden angst dat de donor zich rechten zou toe-eigenen en zich zou bemoeien met de opvoeding van het kind. Naast deze redenen waren er nog verschillende bijkomende redenen die verschilden per koppel. Een koppel maakte zich zorgen dat het kind zich verworpen zou voelen mochten ze gebruik maken van een gekende donor.

Anonieme donatie betekent dat het kind niet geconfronteerd zal worden met deze vaderfiguur en dus ook niet met de verwerping van die vader. Deze reden werd niet teruggevonden in de literatuur. We merken op dat deze specifieke reden voor dit koppel een voldoende reden was om voor anoniem donorschap te kiezen. Voor een koppel was het belangrijk dat beide partijen wettelijk beschermd werden, met andere woorden; de donor kan geen vaderschap opeisen en zij kunnen de donor niet lastigvallen. Dit motief vonden we ook terug in de literatuur. In het onderzoek van Borghs (2011) kwam naar voor dat koppels voor een anonieme donor kozen omdat de spermadonor geen aanspraak op het kind zou kunnen maken en dus geen tweede juridische ouder van het kind zou worden. Een ander koppel vreesde dat de donor vadergevoelens zou kunnen ontwikkelen voor het kind, ze vonden een gekende donor te verwarrend voor het kind. Een laatste reden die werd aangehaald door een koppel is omdat het koppel later niet hoeft te liegen tegen het kind als het vragen heeft over zijn biologische vader, want ze weten niets over de donor en kunnen het kind dus niets zeggen over zijn of haar biologische vader.

In ander onderzoek werd gevonden dat lesbische koppels die wel een gekende donor gebruikten dit deden om één van de volgende drie redenen. Een eerste reden is de overtuiging van lesbische koppels dat een gekende donor beter is voor het psychologisch welzijn van het kind. Als het kind dit wenst kan hij/zij de biologische vader leren kennen. Een andere reden is de controle die deze koppels kunnen uitoefenen over het bevruchtingsproces. De laatste reden is het verlangen om de vader actief te betrekken in het leven van hun kind (Touroni & Coyle, 2002). Dit kan op een praktische manier, door de ouders te helpen met de opvoeding van het kind of financiële hulp (Larsson & Dykes, 2007). Drie koppels overwogen een gekende donor en twee van hen zijn ook naar een gekende donor op zoek gegaan. Voor één van deze twee koppels was de zekerheid van genetisch materiaal belangrijk. Deze reden is conform de literatuur, dit koppel was op zoek naar een gezonde donor met goede genen die het kan doorgeven aan hun kind en probeerden op deze manier controle uit te oefenen over het bevruchtingsproces. Het andere koppel had angst dat het kind op latere leeftijd kwaad zou zijn op hen als ze voor een anonieme donor zouden kiezen. Het kind zou later niets weten over zijn of haar biologische vader. Deze reden is niet conform de literatuur, angst voor de latere reactie van het kind kwam niet naar voor uit eerdere onderzoeken. Beide koppels zijn overgeschakeld op anonieme donorschap nadat ze geen geschikte donor in hun omgeving vonden. Het laatste koppel dat ook een gekende donor had overwogen, maar nooit op zoek was gegaan naar een donor deed dit omdat de vader dan eventueel aanspraak zou kunnen maken op het kind. Volgens hen is het te moeilijk en te verwarrend voor het kind om een gekende donor in hun gezin te betrekken. Deze resultaten zijn niet conform de bevindingen van Touroni en Coyle (2002) en Larsson en Dykes (2007). Beide

onderzoeken halen aan dat een gekende donor wordt gebruikt om de vader te betrekken in het leven van het kind. De koppels uit het onderzoek waren juist niet naar op zoek naar een gekende donor. Deze koppels wilden geen actieve rol voor de gekende donor in het leven van het kind. Ondanks er initieel voor een gekende donor werd gekozen, kreeg deze man geen plaats binnen het gezin. Hoewel hij gekend zou zijn, werd hij niet erkend als vader en mocht hij geen actieve rol in het leven van het kind innemen.

Hoe omgaan met de verschillen wat betreft de genetische band met het kind. Onder dit thema vallen een aantal onderzoeksvragen die dit thema uit elkaar haalt. Deze onderzoeksvragen delen dit thema op in een aantal subthema's.

De eerste onderzoeksvraag die werd gesteld luidde als volgt: Welke rol speelt de betrokkenheid van de sociale moeder?". In de literatuurstudie wordt er gesuggereerd dat sociale moeders een aantal opofferingen doen opdat ze voldoende tijd in de opbouw van een relatie met hun kind kunnen steken. Op die manier kan de sociale moeder een relatie uitbouwen met haar kind, opkomen voor haar identiteit als moeder en wordt deze identiteit ook bevestigd (Goldberg & Perry-Jenkins, 2007). Er is weinig onderzoek naar de betrokkenheid van de sociale moeder voor de geboorte van het kind. In deze masterproef ging ik daarom op zoek naar de manieren waarop sociale moeders tijdens de preconceptie betrokkenheid tonen naar hun partners en het toekomstig kind. Als we onze onderzoeksresultaten bekijken zien we dat negen sociale moeders op een actieve manier proberen betrokken te worden tijdens het behandelingsproces. Deze betrokkenheid uitte zich op de volgende verschillende manieren: inseminatie doen, aanwezig zijn bij afspraken, samen stappen ondernemen, aanwezig zijn bij de bevalling en communicatie met partner over haar emotionele en lichamelijke gevoelens tijdens het inseminatieproces en zwangerschap. We kunnen de hypothese voorop stellen dat de trend die in de literatuur werd opgemerkt na de geboorte van het kind, zoals Goldberg & Perry-Jenkins (2007) illustreerde in zijn onderzoek, eigenlijk al aan de gang is nog voor de geboorte van het kind. Sociale moeders maken ook tijd vrij om betrokken te worden tijdens de behandelingen om op die manier op te komen voor haar identiteit als moeder.

De tweede onderzoeksvraag die bij dit thema werd gesteld luidde als volgt: "Hoe wordt er gekeken naar de genetische band met het kind?". De betekenis van de keuze in kenmerken van de donor krijgt hier een plaats. Suter, Daas & Bergen (2008) vonden dat door kenmerken van de donor te selecteren die overeenkwamen met kenmerken van de sociale moeders, deze moeders opkwamen voor hun positie als volwaardige ouder in het gezin. We zien dat de literatuur werd bevestigd in de onderzoeksresultaten. Vijf koppels kozen er bewust voor om de kenmerken van de donor af te stemmen op beide partners of op één van beide partner, in de meeste gevallen

was dit de sociale moeder. Deze koppels hoopten overeenkomsten tussen de sociale moeder en het kind te zien. Dit zou hun positie als volwaardige ouder kunnen versterken. Daarentegen zien we dat er twee koppels waren die onderling verschilden in de waarde die ze hechten aan overeenkomsten in uiterlijke kenmerken, de ene partner vond dit belangrijk, terwijl de andere partner hier weinig waarde aan hechte. Nog eens drie koppels vonden het juist niet belangrijk dat er uiterlijke overeenkomsten zijn tussen hun beiden en het kind. Deze bevindingen zijn niet in lijn met de bevindingen uit de literatuur. Voor deze koppels droegen fysieke gelijkenissen niet bij aan de verwachte ervaring als volwaardige ouders; zij voelden zich even volwaardig als ouder ook al had het kind geen fysieke kenmerken met hen gemeenschappelijk.

Naast de betekenis van de keuze in kenmerken van de donor zijn de ‘verwachtingen van de eenzijdige genetische band’ ook een belangrijk subthema dat in de analyse werd geïdentificeerd. Uit de literatuur kunnen we vaststellen dat sommige sociale moeders niet het gevoel hebben dat de genetische verwantschap tussen hun kind en de biologische moeder bepalend is voor de rollen die ze als ouders opnemen. Andere sociale moeders hebben wel het gevoel dat de genetische link een rol speelt, deze vrouwen uitten gevoelens van exclusie. Sommige vrouwen ervoeren ook gevoelens van hulpeloosheid omdat ze hun kind niet konden voeden. Deze vrouwen hoopten dat naarmate hun kind ouder zal worden, het beide ouders even graag zal zien (Goldberg en Perry-Jenkins, 2007). Allereerst merken we op dat de literatuur omtrent dit onderwerp zich heeft gefocust op de ervaring van de genetische band na de geboorte van het kind. Het onderzoek in deze masterproef focuste zich op de verwachting van de genetische band tussen het koppel en hun kind nog voor de geboorte van het kind. De resultaten bevestigden de literatuur. Drie sociale moeders van de geïnterviewde koppels vonden dat de genetische link een rol speelde en vermoeden dat het voor hen initieel moeilijker zal zijn om een band te creëren met het kind. Twee koppels hadden een verschillende mening wat betreft de genetische link. Bij het ene koppel vond de sociale moeder de genetische link belangrijk en de biologische moeder vond deze link niet belangrijk. Bij het andere koppel is het juist de biologische moeder die de genetische band belangrijk vond. Ze vermoedde dat dit te maken had met schrik. De sociale moeder vond een genetische link niet belangrijk. Vier andere sociale moeder vonden de genetische link tussen hun partner en het kind onbelangrijk. Deze koppels vonden opvoeding en ouderschap belangrijker dan een genetische band. Volgens hen hadden de opvoeding en de omgeving van het kind een grotere invloed op het kind dan de genen die het heeft meegekregen van de donor.

Ondanks de zes koppels in het onderzoek het ontbreken van de genetische link met de sociale moeder als onbelangrijk bestempelden, vonden zeven koppels dat een genetische band tussen meerdere kinderen van het koppel wel belangrijk is. Deze koppels hopen dat de kinderen zich op die manier meer verbonden voelen met elkaar. Deze resultaten zijn ook terug te vinden in

het onderzoek van Somers, Provoorst, Van Parys, et al. (2013). Deze onderzoekers suggereerden dat de wens om volledig genetische kinderen te hebben ook meespeelde in de keuze van de biologische moeder. Dezelfde biologische moeder en donor werden gekozen om zwanger te worden van alle kinderen opdat de kinderen volledig genetische broer(s) en/of zus(sen) zouden zijn. Deze resultaten bevestigen het belang dat lesbische koppels hechten aan de genetische band tussen hun kinderen.

Ten laatste merkten we op dat twee koppels uit de onderzoeksgroep angst hadden dat de familie van de sociale moeder het kind niet ging opnemen in haar familie. Deze angst wordt ook in de literatuur teruggevonden. Kurdek (2005) toonde aan dat familie niet altijd steun biedt aan het lesbisch gezin. Ook Perlesz en McNair (2004) stelden dat familie en vrienden het kind kunnen verwerpen, dit gebeurt dan voornamelijk door grootouders. Dit creëert verdriet en ontgoocheling bij de lesbische ouders. De onderzoeksgroepen in de literatuur zijn lesbische gezinnen die reeds een kind hebben. De onderzoeksgroep in het onderzoek uitgevoerd in deze masterproef zijn lesbische koppels die nog geen kinderen hebben. Bij deze koppels spreken we dus over verwachtingen. In de literatuur spreken we van vaststellingen. We merken op dat de literatuur de verwachtingen bevestigt.

De benaming van de toekomstige ouders. Bij dit subthema werd de volgende onderzoeksvraag gesteld: “Hoe verloopt het denkproces omtrent hun benaming als ouders?”. In de literatuur wordt er gesuggereerd dat de meeste sociale moeders hun gedrag afstemmen op de categorieën die beschikbaar zijn in de maatschappij, namelijk moeder of vader (Wojnar & Katzenmeyer, 2013). Daarnaast is er ook nog een groep vrouwen die hun namen niet afstemmen op deze categorieën, maar hun eigen categorieën creëren. Deze vrouwen bedenken hun eigen namen zoals ‘lesbische papa’, ‘mama II’ of de Hebreeuwse naam voor moeder ‘Ima’, de laatste naam wordt gebruikt als één of beide partners van Joodse origine zijn. (Aizley, 2006).

De naamgeving kwam slechts bij vier koppels ter sprake. Bij zes van de tien koppels kwam dit onderwerp niet ter sprake, waardoor dit niet ingeschat kan worden. Twee van de vier koppels wisten al duidelijk welke benaming ze verkozen, de twee andere koppels dachten al na over een mogelijke benaming, maar hadden nog geen besluit genomen. Eén koppel koos voor de benaming ‘mammie’ voor de sociale moeder en ‘mama’ voor de biologische moeder. Voor het koppel was het belangrijk dat het voor het kind duidelijk is welke benaming moet gebruikt worden. Wojnar en Katzenmeyer (2013) bevestigen dit in hun onderzoek. Mammie en mama zijn twee afgeleiden van moeder. Het tweede koppel had de naam ‘Maman’ voor de sociale moeder en ‘mama’ voor de biologische moeder. De naam ‘Maman’ is cultureel bepaald omdat de ene partner een andere culturele achtergrond heeft. Deze benamingen zijn ook terug te vinden in de wetenschappelijke

literatuur, Aizley (2006). De naam 'Maman' is net zoals de naam 'Ima' cultureel bepaald. Eén van de koppels die al nadacht over een mogelijke benaming vond mama I en mama II geen goede benaming, maar hadden nog geen goed alternatief. Het andere koppel geraakt er niet aan uit en heeft besloten om hun benaming aan hun kind over te laten. Zij willen afwachten hoe hun kind hen zal benoemen. Het laatste koppel brengt iets nieuw aan in de literatuur. Zij beslissen om hun naamgeving te laten afhangen van hun kind. Dit is in tegenstelling tot de reeds bestaande literatuur, waar vrouwen hun benaming zelf gaan bepalen.

De rol van de toekomstige ouders. "Hoe willen ze hun toekomstige rol als ouder invullen?", deze onderzoeksvraag werd in het begin van de masterproef vooropgesteld. De rol van de sociale moeder is voor de meeste interpretatie vatbaar, deze rol wordt snel vergeleken met de vaderrol. We zien dat drie koppels zich afzetten tegen deze rol, één sociale moeder identificeerde zich dan weer met deze rol. De drie koppels die zich afzetten tegen de vaderrol doen dit omwille van verschillende redenen. Een eerste reden was de overtuiging dat de vaderfiguur minder intens aanwezig is dan de moederfiguur. Hierdoor is de verwachte betrokkenheid in een lesbische relatie even groot omdat beide ouders vrouwen zijn. Dit betekende dan ook dat de sociale moeder de vaderrol niet wil toegeschreven krijgen, want ze zag zich evenveel aanwezig in het ouderschap als haar partner. Ten tweede was er ook de angst dat de omgeving verwachtte dat de sociale moeder de 'vaderrol' opnam. Het koppel zag zichzelf zo niet in hun relatie en wou dan ook niet dat de sociale moeder die rol opnam. De laatste reden die werd aangehaald was het afzetten tegen de stereotiepe rollen van vader die met de kinderen speelt en moeder die de kinderen verzorgt. Deze rollen waren voor het koppel niet van toepassing. Dit betekent dat het koppel op zoek moest gaan naar nieuwe rollen.

Er is één sociale moeder in het onderzoek die zich identificeerde met de vaderrol. Volgens haar was de vaderrol een soort 'toeschouwer'-rol, hij maakt het zwangerschapsproces niet mee, hij ziet enkel alles gebeuren. Volgens deze sociale moeder werd ook zij 'papa', want zij was diegene die niet zwanger werd en in een heterorelatie was dit de man. Toch vond ze het verkeerd dat dit woord steeds met een man werd geassocieerd, ze was ervan overtuigd dat de vaderrol ook opgenomen kan worden door een vrouw.

De visie op rolinvulling voor de geboorte van het kind werd niet teruggevonden in de literatuur. We kunnen de resultaten wel vergelijken met de taakverdeling na de geboorte van het kind. In het onderzoek van Goldberg & Perry-Jenkins (2007) werden de strategieën bevraagd die lesbische koppels bedachten om tot deze evenredige verdeling van de ouderrol te bekomen. Bepaalde rollen of rituelen werden bedacht die de sociale moeder met haar kind uitvoerde, bijvoorbeeld het kind in bed steken of het kind wassen, Sociale moeders deden verder ook

inspanning om een zo gelijk mogelijke verdeling, van alles wat te maken heeft met ouderschap, te bekomen. Zo brachten sociale moeders het kind ook naar de onthaalmoeder, staan ze 's nachts ook op, verversen ze luiers, Ten laatste benadrukten de sociale moeders ook dat ze een aantal opofferingen hadden gemaakt opdat ze voldoende tijd hadden om een relatie te kunnen uitbouwen met hun kind. Deze literatuur kunnen we linken met het subthema 'betrokkenheid van de meemoeder'. Eerder werd aangehaald dat de sociale moeder betrokken wou worden gedurende het hele behandelingsproces om zo het gevoel te krijgen een volwaardige ouder te zijn. Hiervoor maken ze ook een aantal opofferingen zoals vergaderingen afzeggen, verlof nemen, We kunnen de hypothese stellen dat sociale moeders reeds voor de geboorte strategieën bedenken om een evenredige verdeling in de ouderrol te bekomen. Nochtans beschrijven de koppels in het onderzoek dat ze moeite hadden om hun rol te definiëren, ze wisten wat ze niet waren, maar konden met moeite beschrijven wat ze wel waren. Dit omdat er geen naam bestaat voor de rollen die ze invullen.

Beperkingen van het onderzoek

Ten eerste merkten we op dat het interview en de transcriptie door twee verschillende personen werden uitgevoerd. Alle interviews werden beluisterd en woord voor woord uitgeschreven. Deze beperking werd tegemoet gekomen doordat de interviewer alle transcripten nalas ter controle.

Ten tweede kunnen we de resultaten niet veralgemenen naar de algemene populatie. De tien deelnemers zijn niet representatief voor alle lesbische wensouders die via anonieme donorinseminatie zwanger proberen te worden. We bespreken deze beperking ook in onze methode. We vermelden dat het doel van dit onderzoek niet generaliseren is, maar juist nieuwe inzichten creëren.

Ten derde wordt binnen dit onderzoek ingegaan op het koppelperspectief. Het interview werd afgenomen met beide partners samen. De vraag wordt gesteld of beide partners sociaal wenselijke antwoorden gaven, hiermee wordt bedoeld dat beide partner antwoorden gaven die de andere partner zou willen horen van die partner. De vraag naar het belang van de genetische link wordt door veel koppels niet belangrijk gevonden. Vinden deze koppels dit effectief zo of geven ze enkel antwoorden om het gevoel van verbondenheid met de partner te behouden en hen niet te kwetsen?

Ten laatste maak ik een methodologische opmerking. Hoewel thematische analyse één van de meest toegepaste methoden is in kwalitatief onderzoek, blijft deze methode niet gespaard van kritiek: veel onderzoekers zouden melding maken van 'emerging themes' zonder op een gedetailleerde en transparante manier te beschrijven hoe deze thema's uit het

onderzoeksmateriaal 'opduiken' (Braun & Clarke, 2006). We probeerden deze kritiek te pareren door de richtlijnen van Braun en Clarke (2006) te volgen. Dankzij die richtlijnen kan men thematische analyse op een meer systematische en transparante wijze uitvoeren.

Kwaliteiten van het onderzoek

Dit onderzoek bevat ook een aantal kwaliteiten. De interviews werden afgenomen tijdens de preconceptie. Dit betekent dat de wensouders in behandeling waren op het moment van afname. Dit is vernieuwend voor het onderzoeksgebied. Er is reeds veel onderzoek uitgevoerd rond ouderschap bij lesbische koppels die reeds kinderen hebben. Onderzoek bij lesbische koppels die in vruchtbaarheidsbehandeling zijn en dus nog geen kinderen hebben is schaarser (Wojnar & Katzenmeyer, 2013). Deze masterproef komt hierin tegemoet. Bijkomend wordt het standpunt van de biologische moeder in veel onderzoeken benadrukt, maar het standpunt van de sociale moeder vaak verwaarloosd (Wojnar & Katzenmeyer, 2013). In dit onderzoek proberen we het standpunt van de sociale moeder te benadrukken zodat ook hierin wordt tegemoet gekomen. Ook dit is vernieuwend voor de reeds bestaande literatuur.

Aanbevelingen voor verder onderzoek

Co-ouderadoptie voor lesbische koppels is sinds april 2014 niet meer van toepassing. Het federaal parlement keurde in april 2014 het wetsvoorstel rond meemoederschap goed. Dit wetsvoorstel houdt in dat als een lesbisch koppel een kind krijgt, beide moeders automatisch juridisch ouder worden van het kind (Borghs, 2014). De juridische status is een sociale factor die een verschil kan opleggen (Nordqvist, 2012). Als de juridische status een verschil kan opleggen en de juridische status van de sociale moeder is onlangs veranderd, dan lijkt het mij interessant zijn om opnieuw onderzoek te doen naar de ouderbeleving. Kan hierin een verschil waargenomen worden?

Daarnaast vind ik het leerrijk om de vergelijking maken tussen de ouderrol die lesbische koppel opnemen ten opzichte van een kind met een anonieme donor en een kind met een gekende donor die actief aanwezig is in het leven van het kind. In plaats van twee ouders zijn er nu minimum drie ouders aanwezig in het leven van het kind. Het lijkt me interessant om dan te kijken naar de rol die de sociale moeder en de biologische moeder zichzelf toeschrijven en de rol die de donor krijgt.

In de literatuur botste ik op het thema 'jaloerie'. In het onderzoek van Pelka (2009) kwam dit thema ter sprake, sociale moeders ervaren namelijk jaloerie ten opzichte van hun partner als gevolg van het verlangen zelf zwanger te zijn van een kind en de perceptie van een ongelijke band ten opzichte van hun kind. Ik verwachtte deze term terug te horen in de interviews, maar deze

kwam niet ter sprake bij de geïnterviewde koppels. Een nieuw onderzoeksofzet kan een manier zijn om te achterhalen of er gevoeligheden, zoals jaloezie, zijn bij de koppels waar ze geen uiting aan kunnen of durven geven in elkaars bijzijn. Een optie is om beiden individueel te interviewen om op die manier de gevoeligheden te achterhalen. Ik ben vooral benieuwd naar dit onderwerp wanneer beide ouders een zwangerschapswens hebben, maar wanneer er maar één biologische moeder wordt gekozen.

Conclusie

Op welke manier vullen lesbische wensouders het samen ouder zijn in ondanks de onmogelijkheid om samen genetisch ouder te zijn? Deze open vraag stelden we, maar een sluitend antwoord kregen we niet. Hoewel een aantal tendensen konden beschrijven worden, valt het vooral op hoe uniek en verschillend de ervaringen en perspectieven van deze koppels waren.

Zo zagen we dat er een aantal factoren meespeelden in de keuze voor biologische moeder die verschillen per koppel. Wat me tijdens de analyse het meest opviel is dat deze keuze op een harmonieuze manier verliep. Als er werd gevraagd naar het belang van de eenzijdige genetische verwachten sommige sociale moeders een verschil in de relatie tussen het koppel en het kind, terwijl andere sociale moeders de genetische link niet de belangrijkste factor vonden. Factoren zoals opvoeding en de omgeving speelden voor hen een belangrijkere rol. Toch kan men zich afvragen waarom een genetisch link tussen de sociale moeder en het kind als niet belangrijk wordt gezien terwijl de genetische link tussen de kinderen wel als belangrijk wordt gezien. De meeste koppels zijn zich bewust van deze tegenstrijdigheid, maar denken er niet anders over. Ouders hopen dat op die manier de kinderen zich meer verbonden voelen met het gezin en met elkaar. Wat voor nog meer verbondenheid zal zorgen is de goedkeuring van het wetsvoorstel rond meemoederschap in april 2014. Deze wet werd goedgekeurd na de afname van de interviews. De frustratie van de geïnterviewde sociale moeders over de adoptieprocedure om juridisch moeder te worden is nu niet meer van tel. Dit betekent dat er een verwachte verandering kan komen in de ervaring van de sociale moeder, haar rol als ouder wordt door de maatschappij wettelijk erkend. We verwachten dat dit ook een invloed zal hebben op de gepercipieerde rol als sociale moeder. Daarnaast neem ik mee uit dit onderzoek dat de benaming van de lesbische ouders moeizaam tot stand kwam. Er bestaan geen namen voor de sociale moeder, zelf in het schrijven van deze masterproef speelde ik voortdurend met de woorden meemoeder, sociale moeder, niet-biologische moeder, Het is een uitdaging voor het lesbisch koppel om een naam te vinden waarin ze zichzelf als moeder kunnen terugvinden.

Op zoek gaan hoe lesbische wensouders het samen ouder zijn invullen gaat hand in hand met botsen op het verschil in genetisch verwantschap. Het verschil in genetische verwantschap zorgt voor complexe, unieke en verschillende ervaringen voor deze lesbische wensouders.

Literatuurlijst

- Afdeling reproductieve geneeskunde U.Z. Gent. (2008). Behandeling met donorsperma, IUI-D: intra-uteriene *inseminatie met donorsperma*. Gent: U.Z. Gent.
- Afdeling reproductieve geneeskunde U.Z. Gent. (2008). *Medisch begeleide voortplanting*. Gent: U.Z. Gent.
- Amato, P., & Jacob, M. C. (2004). Services to Lesbian Couples: The Lesbian Baby Boom parents. *Sexuality, Reproduction & Menopause*, 2(2), 83–88.
- Aizley, H. (2006). *Confessions of the other mother: Non-biological mothers tell all*. Boston: Beacon.
- Belgian Federal Government. (2013). Homohuwelijken. In statistieken en analyses. Retrieved from http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/huwelijken_echtscheidingen_samenwoning/huwelijken/homosexueel/.
- Bergen, K., Suter, E., & Daas, K. (2006). About as solid as a fish net: Symbolic construction of a legitimate parental identity for non-biological lesbian mother. *Journal of Family Communications*, 6(3), 201-220.
- Biblarz, T., Stacey, J. (2010). How does gender of parents matter?. *Journal of marriage and the family*, 72, 3-22. Doi: 10.1111/j.1741-3737.2009.00678.x
- Borghs, P. (2011). *Juridische gids over ouderschap voor holebi's en transgenders*. Gent: Cavaria (in opdracht van Gelijke Kansen in Vlaanderen).
- Borghs, J. (2014). *Meemoeders verlost van discriminatie!*. Retrieved from <http://www.cavaria.be/nieuws/meemoeders-verlost-van-discriminatie>.
- Borneskog, C., Skoog Svanberg, A., Lampic, C., Sydsjo G. (2012). Relationship quality in lesbian and heterosexual couples undergoing treatment with assisted reproduction. *Human Reproduction*, 27, 779–786. Doi: 10.1093/humrep/der472
- Bos, H. M. W., van Balen, F., & van den Boom, D. C. (2003). Planned lesbian families: Their desire and motivation to have children. *Human Reproduction*, 18(10), 2216-2224. Doi:10.1093/humrep/deg427
- Bos, H., van Balen, F., van den Boom, D. (2004). Experience of parenthood, couple relationship, social support, and child-rearing goals in planned lesbian mother families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 755–764. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00269.x
- Bos, H., van Balen, F., van den Boom, D. (2007). Child Adjustment and Parenting in Planned Lesbian-Parent Families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (1), 38-48. Doi: 10.1037/0002-9432.77.1.38

- Bos, H.; Gartrell, N.K.; Van Balen, F.; Peyser, H.; Sandfort, T.G.M. (2008). Children in Planned Lesbian Families: A Cross-Cultural Comparison Between the United States and the Netherlands. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78 (2), 211-219. Doi: 10.1037/a0012711
- Bos, H., & Sandfort, T.G.M. (2010). Children's Gender Identity in Lesbian and Heterosexual Two-Parent Families. *Sex Roles*, 62 (1-2), 114-126. Doi: 10.1007/s11199-009-9704-7.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. Doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Brewaeys, A., & van Hall, E.V. (1997). Lesbian motherhood: the impact on child development and family functioning. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, 18, 1-16.
Doi:10.3109/01674829709085563
- Brewaeys, A.M.A. (2001). Growing up in a lesbian family. *Archives of Sexual Behavior*, 30 (4), 447-450.
- Brewaeys, A., de Bruyn, J.K., Louwe, L.A., et al. (2005). Anonymous or identity-registered sperm donors? A study of Dutch recipients' choices. *Human Reproduction*, 20, 820-824.
Doi: 10.1093/humrep/deh708
- Brooks, D., & Goldberg, S. (2001). Gay and lesbian adoptive and foster placements: can they meet the needs of waiting children? *Social Work*, 46, 147-157. Doi: 10.1093/sw/46.2.147
- Bryld, M. (2001). The infertility clinic and the birth of the lesbian - The political debate on assisted reproduction in Denmark. *European Journal of Women Studies*, 8, 299-312.
Doi: 10.1177/135050680100800303
- Bubolz, M.M., & Sontag, M.S. (1993). Human ecology theory. In P.G. Boss, W.J. Doherty, R. LaRossa, W.R. Schumm, & S.K. Steinmetz (Eds.), *Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach* (p. 419-448). New York: Plenum.
- Burdette, Amy M., Christopher G. Ellison, and Terrence D. Hill. (2005). Conservative Protestantism and Tolerance Toward Homosexuals: An Examination of Potential Mechanisms. *Sociological Inquiry*, 75, 177-196. Doi: 10.1111/j.1475-682X.2005.00118.x
- Casper, Virginia, & Schultz, Steven B. (1999). *Gay parents/straight schools: Building communication and trust*. New York: Teacher's College Press.
- Cadge, Wendy, Laura R. Olson, and Christopher Wildeman. 2008. How Denominational Resources Influence Debate About Homosexuality in Mainline Protestant Congregations. *Sociology of Religion*, 69, 187-207. Doi: 10.1093/socrel/69.2.187
- Ceballo, R., Lansford, J.E., Abbey, A., & Stewart, A.J. (2004). Gaining a child: comparing the experiences of biological parents, adoptive parents and stepparents. *Family Relations*, 53, 38-48. Doi: 10.1111/j.1741-3729.2004.00007.x

- Chabot J.M., & Ames B.D. (2004). "It Wasn't 'Let's Get Pregnant and Go Do It':" Decision Making in Lesbian Couples Planning Motherhood via Donor Insemination. *Family Relations*, 53, 348-356. Doi: 10.1111/j.0197-6664.2004.00041.x
- Chapman, R., Wardrop, J., Zappia, T., Watkins, R., Shields, L. (2012). The experiences of Australian lesbian couples becoming parents: deciding, searching and birthing. *Journal Of Clinical Nursing*, 21, 1878-1885. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04007.x
- Chan, R. W., Brooks, R. C., Raboy, R., & Patterson, C. J. (1998). Division of labor among lesbian and heterosexual parents: Associations with children's adjustment. *Journal of Family Psychology*, 12, 402-419. Doi: 10.1037//0893-3200.12.3.402
- Clarke, V., Kitinger, C., Potter, J. (2004). 'Kids are just cruel anyway': Lesbian and gay parents' talk about homophobic bullying. *British Journal of Social Psychology*, 43, 531-550. Doi: 10.1348/0144666042565362
- Crowl, A. L., Ahn, S., & Baker, J. (2008). A meta-analysis of developmental outcomes for children of same-sex and heterosexual parents. *Journal of GLBT Family Studies*, 4, 385-407. Doi: 10.1080/15504280802177615
- Dalton, S.E.; Bielby, D.D. (2000). "That's our kind of constellation" - Lesbian mothers negotiate institutionalized understandings of gender within the family. *Gender & Society*, 14(1), 36-61. Doi: 10.1177/089124300014001004
- DeMino, K. A., Appleby, G. and Fisk, D. (2007). Lesbian Mothers With Planned Families: A Comparative Study of Internalized Homophobia and Social Support. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 165-173. Doi: 10.1037/0002-9432.77.1.165
- Djupe, P. A.; Olson, R.L.; and Gilbert, C.P.. (2006). Whether to Adopt Statements on Homosexuality in Two Denominations: A Research Note. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 45, 609-621. Doi: 10.1111/j.1468-5906.2006.00331.x
- Dunne, G. (2000). Opting into motherhood: Lesbians blurring the boundaries and transforming the meaning of parenthood and kinship. *Gender and Society*, 14, 11-35. Doi: 10.1177/089124300014001003
- Eggermont, M. (1999). Belevingsonderzoek en participerende observatie. In B. Levering & P. Smeyers (Eds.)(2007), *Opvoeding en onderwijs leren zien. Een inleiding in interpretatief onderzoek* (pp.173-191). Amsterdam: Boom.
- Ehrensaft D. (2008). Just Molly and me, and donor makes three: Lesbian motherhood in the age of assisted reproductive technology. *Journal of Lesbian Studies*, 12, 161-178. Doi: 10.1080/10894160802161331

- Ellingson, S.; Tebbe, S.; Van Haitsma, M; and Laumann, E.O. (2001). Religion and the Politics of Sexuality. *Journal of Contemporary Ethnography* 30, 3–55. Doi: 10.1177/089124101030001001
- Erich, S.; Kanenberg, H.; Case, K.; et al. (2009). An empirical analysis of factors affecting adolescent attachment in adoptive families with homosexual and straight parents. *Children and Youth Services Review*, 31 (3), 398-404. Doi: 10.1016/j.childyouth.2008.09.004
- European Commission. (2006). *Public opinion in the European Union. First results. Standard Eurobarometer* 66. Retrieved from http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_en.htm.
- Fasouliotis, SJ., Schenker, JG. (1999). Social aspects in assisted reproduction. *Human Reproduction Update*, 5, 26-39. Doi: 10.1093/humupd/5.1.26
- Finlay, Barbara, and Carol S Walther. (2003). The Relation of Religious Affiliation, Service Attendance, and Other Factors to Homophobic Attitudes Among University Students. *Review of Religious Research*, 44, 370–393. Doi: 10.2307/3512216
- Flaks, D.K.; Fisher, I.; Masterpasqua, F.; Joseph, G.; Carter, B.F.; Flash, E.; Gilbert, J.; et al. (1995). Lesbians Choosing Motherhood: A comparative Study of Lesbian and Heterosexual Parents and their Children. *Developmental psychology*, 31 (1), 105-114. Doi: 10.1037//0012-1649.31.1.105
- Frith, L., Sawyer, N., Kramer, W. (2012). Forming a family with sperm-donation: a survey of 244 non-biological parents. *Reproductive Biomedicine Online*, 24, 709-718. Doi: 10.1016/j.rbmo.2012.01.013
- Fulcher, M.; Chan, R.W.; Raboy, B.; Patterson, C.J. (2007). Contact with grandparents among children conceived via donor insemination by lesbian and heterosexual mothers. *Parenting Science and Practice*, 2 (1), 61-76. Doi: 10.1207/S15327922PAR0201_4
- Gabb, J. (2001). Quering the discourses of love: an analysis of contemporary patterns of love and the stratification of intimacy within lesbian families. *European Journal of women's studies*, 8, 313-328.
- Gabb, J. (2005). Lesbian m/otherhood: Strategies of familial-linguistic management in lesbian parent families. *Sociology-The Journal of the British Sociological Association*, 39(4), 585-603. Doi: 10.1177/0038038505056025
- Gartrell, N., Hamilton, J., Banks, A., Mosbacher, D., Reed, N., Sparks, C. H. and Bishop, H. (1996). The National Lesbian Family Study: Interviews With Prospective Mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 272–281. Doi: 10.1037/h0080178

- Gartrell, N., Hamilton, J., Banks, A., Mosbacher, D., Reed, N., Sparks, C. H. and Bishop, H. (1999). The National Lesbian Family Study: 2. Interviews with mothers of toddlers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69 (3), 362-369. Doi: 10.1037/h0080410
- Gil de Lamadrid, P. (1991). *Lesbians choosing motherhood: Legal implications of donor insemination and co-parenting*. San Francisco: National Center for Lesbian Rights.
- Goldberg, A.E., & Allen, K.R. (2007a). Imagining men: lesbian mothers? Perception of Male Involvement During the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 69(2), 352-365. Doi: 10.1111/j.1741-3737.2007.00370.x
- Goldberg, A.E., & Allen, K.R. (2007b). Imagining men: lesbian mothers? Perception of Male Involvement During the Transition to Parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 69(2), 352-365 Doi: 10.1111/j.1741-3737.2007.00370.x
- Goldberg, A.E., & Perry-Jenkins, M. (2007). The division of labor and perceptions of parental roles: Lesbian couples across the transition to parenthood. *Journal of social and personal relationships*, 24, 297-318. Doi: 10.1177/0265407507075415
- Goldberg, A., & Sayer, A. (2006). Lesbian couples' relationship quality across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and Family*, 68, 87-100.
- Goldberg, A., & Smith, J. (2008). The social context of lesbian mothers' anxiety during early parenthood. *Parenting: Science and Practice*, 8, 213-219.
- Golombok, S; Tasker, F. (1996). Do parents influence the sexual orientation of their children? Findings from a longitudinal study of lesbian families. *Developmental Psychology*, 32 (1), 3-11. Doi: 10.1037//0012-1649.32.1.3
- Golombok, S.; Tasker, F.; & Murray, C. (1997). Children raised in fatherless families from infancy: family relationships and the socioemotional development of children of lesbian and single heterosexual mothers. *Journa of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 38 (7), 783-791. Doi: 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01596.x
- Golombok, S., Perry, B., Burston, A., Murray, C., Mooney-Somers, J., Stevens, M., & Golding, J. (2003). Children with lesbian parents: A community study. *Developmental Psychology*, 39, 20-33. Doi: 10.1037/0012-1649.39.1.20
- Golombok, S., Rust, J., Zervoulis, K., Croudace, T., Golding, J., & Hines, M. (2008). Developmental trajectories of sex-typed behaviour in boys and girls: A longitudinal general population study of children aged 2.5-8 years. *Child Development*, 79, 1583-1593.
- Haimes, E., Weiner, K. (2000). 'Everybody's got a dad...'. Issues for lesbian families in the management of donor insemination. *Sociology of Health and Illness*, 22, 477-499. Doi:10.0000/1467-9566.00215

- Hanson, F.A. (2001). Donor insemination: Eugenic and feminist implications. *Medical Anthropology Quarterly*, 15, 287-311. Doi: 10.1525/maq.2001.15.3.287
- Hargreaves, K. (2006). Constructing families and kinship through donor insemination. *Sociology of Health and Illness*, 28, 261-283. Doi: 10.1111/j.1467-9566.2006.00492.x
- Hayman, B., Wilkes, L., Halcomb, E.J., & Jackson, D. (2013). Marginalised mothers: lesbian women negotiating heteronormative healthcare services. *Contemporary Nurse*, 44 (1), 120-127. Doi: 10.5172/conu.2013.44.1.120
- Heikkila, K., Lansimies, E., Hippelainen, M., et al. (2004). A survey of the attitudes of infertile and parous women towards the availability of assisted reproductive technology. *International Journal Of Obstetrics and Gynaecology*, 111, 1229-1235. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2004.00441.x
- Herek, G. M. (2002). Gender gaps in public opinion about lesbian and gay men. *Public Opinion Quarterly*, 66, 40-66.
- Herek, G. M. (2006). Legal recognition of same-sex relationships in the United States—A social science perspective. *The American Psychologist*, 61(6), 607-621.
- Hequembourg, A., & Farrell, M. (1999). Lesbian motherhood: Negotiating marginal-mainstream identities. *Gender & Society*, 13(4), 540-557. Doi: 10.1177/089124399013004007
- Hicks, S. (2000). 'Good lesbian, bad lesbian...': regulating heterosexuality in fostering and adoption assessments. *Child and Family Social Work*, 5, 157-168. Doi: 10.1046/j.1365-2206.2000.00153.x
- Hicks, S. (2005). Queer genealogies: tales of conformity and rebellion amongst lesbian and gay foster carers and adopters. *Qualitative Social Work*, 4, 293-308. Doi: 10.1177/1473325005055597
- Hicks, S., & McDermott, J. (1999). *Lesbian and gay fostering and adoption: extraordinary yet ordinary*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Hoffman, John P., and Alan S. Miller. (1998). Denominational Influences on Socially Divisive Issues: Polarization or Continuity? *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 528-546. Doi: 10.2307/1388059
- Hollekim, R., Slaatten, H., Anderssen, N. (2012). A Nationwide Study of Norwegian Beliefs About Same-sex Marriage and Lesbian and Gay Parenthood. *Sexuality Research And Social Policy*, 9, 15-30. Doi: 10.1007/s13178-011-0049-y
- Howitt, D. (2010a). Thematic Analysis. In G. Van Hove & L. Claes (Eds.) (2011), *Qualitative Research and Educational Sciences: a Reader about Useful Strategies and Tools* (pp. 179-202). Harlow: Pearson Education Limited.

- Jacob, M.C., Klock, S.C., Maier, D. (1999). Lesbian couples as therapeutic donor insemination recipients: do they differ from other patients?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 20, 203-215. Doi: 10.3109/01674829909075597
- Jadva, V.; Freeman, T.; Kramer, W.; et al. (2010). Experiences of offspring searching for and contacting their donor siblings and donor. *Reproductive Biomedicine Online*, 20 (4), 523-532. Doi: 10.1016/j.rbmo.2010.01.001
- Johnson, S. M., & O'Connor, E. (2002). *The gay baby boom: The psychology of gay parenthood*. New York: New York University Press.
- Jones, C. (2005). Looking Like a Family: Negotiating Bio-Genetic Continuity in British Lesbian Families Using Licensed Donor Insemination. *Sexualities*, 8, 221-237. Doi: 10.1177/1363460705050856
- Katz Rothman, B. (2006). Adoption and the culture of genetic determinism. In *Adoptive families in a diverse society*, edited by K. Weegar. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Kleinert, E., Gansera, L., Stobel-Richter, Y. (2012). Homosexuality and Infertility. *Zeitschrift Fur Sexualforschung*, 25, 203-223.
- Kleinert, E., Riekena, B., Stobel-Richter, Y. (2012). Parenting Facts and Desires in Relation to Sexual Orientation and Gender Identity. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 62, 310-318.
- Klock, S.C.; Jacob, M.C., Maier, D. (1996). A comparison of single and married recipients of donor insemination. *Human reproduction*, 11 (11), 2554. Doi: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a019159
- Kurdek, L. A. (1993). The allocation of household labor in gay, lesbian, and heterosexual married couples. *Journal of Social Issues*, 49, 127-139. Doi: 10.1111/j.1540-4560.1993.tb01172.x
- Kurdek, L. A. (1995). Lesbian and gay couples. In A. R. D'Augelli & C. J. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay, and bisexual identities over the lifespan* (pp. 243-261). New York: Oxford University Press. Doi: 10.1093/acprof:oso/9780195082319.003.0010
- Kurdek, L. A. (2005). What Do We Know About Gay and Lesbian Couples? *Current Directions in Psychological Science*, 14, 251-254. Doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00375.x
- Lambert, S. (2005). Gay and Lesbian Families: What We Know and Where to Go From Here. *The Family Journal*, 13 (1), 43-51. Doi: 10.1177/1066480704270150
- Langdridge, D., Connolly, K., & Sheeran, P. (2000). Reasons for wanting a child: a network analytic study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 18, 321-338. Doi: 10.1080/713683044
- Landén, M., & Innala, S. (2002). The effect of a biological explanation on attitudes towards homosexual persons. A Swedish national sample study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(3), 181-186.

- Larsson, A.K., & Dykes, A.K. (2007). *Care during pregnancy and childbirth in Sweden: perspectives of lesbian women*. Faculty of Medicine, Department of Nursing, Lund University, Sweden.
Doi: 10.1016/j.midw.2007.10.004
- Larsson, A.K. (2008). *Care during pregnancy and childbirth in Sweden: perspectives of lesbian women*. Faculty of Medicine, Department of Nursing, Lund University, Sweden.
- Leckey, R. (2011). Law Reform, Lesbian Parenting, and the Reflective Claim. *Social and Legal Studies*, 20, 331-348. Doi: 10.1177/0964663911406000
- Lee E. (2007). Lesbian users of maternity services: challenges in midwifery care. In *Challenges for Midwives: Vol. 2* (Richens Y., ed.), Quarry Books, London, pp. 69–78.
- Lee, E., Taylor, J., Raitt, F. (2011). 'It's not me, it's them': How lesbian women make sense of negative experiences of maternity care: a hermeneutic study. *Journal of Advanced Nursing*, 67, 982-990. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05548.x
- Leiblum, S.R., Palmer, M.G., Spector, I.P. (1995). Non-traditional mothers – single heterosexual lesbian women and lesbian couples electing motherhood via donor insemination. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 16, 11-20. Doi: 10.3109/01674829509025652
- Lewis, Gregory B. (2003). Black-White Differences in Attitudes Toward Homosexuality and Gay Rights. *Public Opinion Quarterly*, 67, 59–78. Doi: 10.1086/346009
- Mallon, G. P. (2006). *Lesbian and gay foster and adoptive parents*. Washington: Child Welfare League of America.
- Marina, S.; Marina, D.; Marina, F.; et al. (2010). Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication. *Human Reproduction*, 25 (4), 938-941. Doi: 10.1093/humrep/deq008
- Maso, I. & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Mason, M. A., S. Harrison-Jay, G. M. Svare, and N. H. Wolfinger. (2002). Stepparents: De-facto parents or legal strangers? *Journal of Family Issues*, 23, 507-22.
Doi: 10.1177/0192513X02023004003
- McAdams, D.P. (2006). The problem of narrative coherence. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 109-125. Doi: 10.1080/10720530500508720
- McManus, A., Hunter, L., & Renn, H. (2006). Lesbian experiences and needs during childbirth: guidance for health care providers. *Journal of Obstetric, Gynaecologic, & Neonatal Nursing*, 35, 13-23. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00008.x
- McNair, R., Brown, R., Perlesz, A., Lindsay, J., de Vaus, D., Pitts, M. (2008). Lesbian parents negotiating the health care system in Australia. *Health care for women international*, 29, 91-114. Doi: 10.1080/07399330701827094
- Mercier, L.R. & Harold, R.D. (2003) 'At the Interface: Lesbian-parent Families and Their Children's Schools', *Children & Schools* 25: 35. Doi: 10.1093/cs/25.1.35

- Miall, C. E., & March, K. (2006). Adoption and public opinion: Implications for social policy and practice in adoption. In *Adoptive families in a diverse society*, edited by K. Wegar. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Millbank, J. (2003). A review of the research on lesbian and gay families. *Australian Journal of social issues*, 38, 541-600.
- Morningstar, B. (1999) Lesbian parents: Understanding development pathways. In Laird, J. (ed.) *Lesbians and Lesbian Families. Reflection on Theory and Practice*. Colombia University Press, New York, NY, 231-241.
- Murray, C.; Golombok, S. (2005). Going it alone: solo mothers and their infants conceived by donor insemination. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (2), 242-253. Doi: 10.1037/0002-9432.75.2.242
- Murphy, J. (2001). Should lesbians count as an infertile couples?. In M. Bernstein & R. Reimann (Red.), *Queer families, queer politics: challenging culture and the state* (pp.182-198). New York: Columbia University Press.
- Naziri, D., Feld-Elzon, E. (2012). Becoming a mother by “aid” within a lesbian couple: the issue of the third. *Psychoanalytic Quarterly*, 81, 683-711.
- Nordqvist, P. (2012). 'I don't want us to stand out more than we already do': Lesbian couples negotiating family connections in donor conception. *Sexualities*, 15, 644-661. Doi: 10.1177/1363460712446271
- Nordqvist, P. (2012). Origins and originators: lesbian couples negotiating parental identities and sperm donor conception. *Culture Health and Sexuality*, 14, 297-311. Doi: 10.1080/13691058.2011.639392
- Nordqvist, P. (2011). Choreographies of sperm donations: Dilemmas of intimacy in lesbian couple donor conception. *Social Science and Medicine*, 73, 1661-1668. Doi: 10.1016/j.socscimed.2011.09.033
- Nordqvist, P. (2010). Out of Sight, Out of Mind: Family Resemblances in Lesbian Donor Conception. *Sociology*, 44, 1128-1144. Doi: 10.1177/0038038510381616
- Olesker, E., & Walsh, L. (1984). Childbearing among lesbians: Are we meeting their needs? *Journal of Nurse-Midwifery*, 29(5), 322–329. Doi: 10.1016/0091-2182(84)90244-1
- Olson, Laura R., Wendy Cadge, and James T. Harrison. (2006). Religion and Public Opinion About Same-Sex Marriage. *Social Science Quarterly*, 87, 340–360. Doi: 10.1111/j.1540-6237.2006.00384.x
- Oswald, R.F. (2000). A member of the wedding? Heterosexism and family ritual. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17, 349-369. Doi: 10.1300/J155v07n02_08

- Oswald, R.F. (2002). Resilience within the family networks of lesbians and gay men: Intentionality and redefinition. *Journal of marriage and family*, 64, 374-383. Doi: 10.1111/j.1741-3737.2002.00374.x
- Pacilli, MG., Taurino, A., Jost, JT., van der Toorn, J. (2011). System Justification, Right-Wing Conservatism, and Internalized Homophobia: Gay and Lesbian Attitudes toward Same-Sex Parenting in Italy. *Sex Roles*, 65, 580-595. Doi: 10.1007/s11199-011-9969-5
- Padavic I., Butterfield J. (2011) Mothers, Fathers, and "Mathers": Negotiating a Lesbian Co-parental Identity. *Gender & Society*, 25, 176-196. Doi: 10.1177/0891243211399278
- Patterson, C.J. (1995). Families of the lesbian baby boom: Parent's division of labour and children's adjustment. *Dev. Psychol.*, 31, 115-123.
- Patterson, CJ; Hurt, S; Mason, CD. (1998). Families of the lesbian baby boom: Children's contact with grandparents and other adults. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 68 (3), 390-399. Doi: 10.1037/h0080348
- Patterson, C. J., Sutfin, E. L., & Fulcher, M. (2004). Division of labor among lesbian and heterosexual parenting couples: Correlates of specialized versus shared patterns. *Journal of Adult Development*, 11, 179–189. Doi: 10.1023/B:JADE.0000035626.90331.47
- Patterson, C. J. (2009). Children of lesbian and gay parents: Psychology, law, and policy. *American Psychologist*, 64, 727–736. Doi: 10.1037/0003-066X.64.8.727
- Pelka, S. (2009). Sharing Motherhood: Maternal Jealousy Among Lesbian Co-Mothers. *Journal of Homosexuality*, 56, 195-217. Doi: 10.1080/00918360802623164
- Peplau, L. A., & Spalding, L. R. (2000). The close relationships of lesbians, gay men and bisexuals. In C. Hendrick & S. S. Hendrick (Eds.), *Close relationships: A sourcebook* (pp. 111–123). Thousand Oaks, CA: Sage. Doi: 10.4135/9781452220437.n9
- Perlesz, A., & McNair, R. (2004). Lesbian Parenting: insiders' voices. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 25, 129–140.
- Perlesz, A., Brown, R., Lindsay, J., McNair, R., deVaus, D., & Pitts, M. (2006). Family in transitions: parents, children and grandparents in lesbian families give meaning to 'doing family'. *Journal of Family Therapy*, 28, 175-199.
- Perlesz, A., Brown, R., Lindsay, J., McNair, R., deVaus, D., & Pitts, M. (2006). Lesbian family disclosure: authenticity and safety within public and private domains. *Lesbian and Gay Psychological Review*, 7, 54-65.
- Perrin, E.C. (2002). Technical report: coparent or second-parent adoption by same-sex parents. *Pediatrics*, 109, 341-344. Doi: 10.1542/peds.109.2.341
- Platzer H. & James T. (2000) Lesbians' experiences of healthcare. Including commentary by C. Maggs. *NT Research* 5, 194–203.

- Polkinghorne, D. E. (2004). Narrative therapy and postmodernism. In L.E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 53-67). CA: Sage.
- Power, J., Periesz, A., Schofield, M., Pitts, M., Brown, R., McNair, R., Bickerdike, A. (2010). Understanding resilience in same-sex parented families: the work, love play study. *BMC Public Health*, 10, 115.
- Ragg, DM; Patrick, D; Ziefert, M. (2006). Slamming the closet door: Working with gay and lesbian youth in care. *Child Welfare*, 85 (2), 243-265.
- Ray, V.; Gregory, R. (2001). School experiences of the children of lesbian and gay parents. *Australian Institute of Family Studies*, 59, 28-34.
- Rawsthorne, M. (2009). Just like other families? Supporting lesbian-parented families. *Australian Social Work*, 62, 45-60.
- Renaud M. (2007). We are mothers too: childbearing experience of lesbian families. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 36, 190–199.
- Riggs, D. W. (2006). Developmentalism and the rhetoric of 'best interests of the child': challenging constructions of families and children in foster care. *Journal of GLBT Family Studies*, 2, 57–89.
- Riggs, D. W. (2007). Re-assessing the foster care system: examining the impact of heterosexism on lesbian and gay applicants. *Hypatia*, 22, 192–212.
- Riggs, D. W., & Augoustinos, M. (2009). Institutional stressors and individual strengths: policy and practice directions for working with Australian lesbian and gay foster carers. *Practice: Social Work in Action*, 21, 77–90. Doi: 10.1080/09503150902875919
- Riggs, D.W. (2011). Lesbian and Gay Foster Carers Negotiating the Child Protection System: Strengths and Challenges. *Sexuality research and social policy*, 8, 215-226. Doi: 10.1007/s13178-011-0059-9
- Riskind, R., & Patterson, C. (2010). Parenting intentions and desires among childless lesbian, gay and heterosexual adults. *Journal of Family Psychology*, 24(1), 78-81.
- Rivers, I., Poteat, V.P., & Noret, N. (2008). Victimization, social support, and psychosocial functioning among children of same-sex and opposite-sex couples in the United Kingdom. *Developmental Psychology*, 44 (1), 127-134. Doi: 10.1037/0012-1649.44.1.127
- Robinson B. (1997). Birds do it. Bees do it. So why not single women and lesbians?. *Bioethics*, 11, 217-227. Doi: 10.1111/1467-8519.00060
- Rodino, IS., Burton, PJ ., Sanders, K.A. (2011). Mating By Proxy: A Novel Perspective To Donor Conception. *Fertility and Sterility*, 4, 998-1001. Doi: 10.1016/j.fertnstert.2011.07.1090

- Röndahl G. (2005) *Heteronormativity in a Nursing Context. Attitudes toward Homosexuality and Experiences of Lesbians and Gay Men*. PhD Thesis. Department of Public health and Caring sciences/Caring Sciences, Uppsala University, Uppsala, Sweden.
- Röndahl G., Innala S. & Carlsson M. (2006) Verbal and nonverbal heterosexual assumptions in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56, 373–381.
- Röndahl G., Bruhner E. & Lindhe J. (2009) Heteronormative communication with lesbian families in antenatal care, childbirth and postnatal care. *Journal of Advanced Nursing* 65, 2337–2344.
- Ross, L. E., Steele, L. S., Epstein, R. (2006). Lesbian and bisexual women's recommendations for improving the provision of assisted reproductive technology services. *Fertility and Sterility*, 86, 735-738.
- Ryan, M., Berkowitz, D. (2009). Constructing gay and lesbian parent families “beyond the closet”. *Qualitative sociology*, 32, 153-172. Doi: 10.1007/s11133-009-9124-6
- Samani, R.O., et al. (2007). Access to fertility treatments for homosexual and unmarried persons, through Iranian law and Islamic perspective. *Iranian Journal of Fertility and Sterility*, 1, 127-130.
- Safron, L. (1994). *Challenging conceptions*. London: Cassell.
- Shapiro, D., Peterson, C., Stewart, A. (2009). Legal and social contexts and mental health among lesbian and heterosexual mothers. *Journal of family psychology*, 25, 255-262.
Doi: 10.1037/a0014973
- Short, L. (2007). Lesbian mothers living well in the context of heterosexism and discrimination: resources, strategies and legislative change. *Feminism and Psychology*, 17, 57-74.
Doi: 10.1177/0959353507072912
- Short, E., Riggs, D., Perlesz, A., Brown, R., Kane, G. (2007). Lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) parented families. *Melbourne: The Australian Psychological Society*.
- Silverman, D. (2001). Interpreting qualitative data. *Methods for analysing talk, text and interaction* (2nd edition). London/Thousand Oaks, California/New Delhi: Sage Publications.
- Smeyers, P. (2007). Over de noodzaak van interpretatief onderzoek voor de pedagogische wetenschappen. In B. Levering & P. Smeyers (Eds.), *Opvoeding en onderwijs leren zien. Een inleiding in interpretatief onderzoek* (pp.27-49). Amsterdam: Boom.
- Somers, S.; Provoost, V.; Van Parys, H.; et al. (2013). Proceedings from ESHRE (European Society of Reproduction and Embryology) '13: The process of deciding who will be the biological mother in lesbian couples. United Kingdom, London.
- Spidsberg B.D. (2007) Vulnerable and strong – lesbian women encountering maternity care. *Journal of Advanced Nursing* 60, 478–486. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04439.x

- Stonewall. (1998). Lesbian and gay parents. Retrieved 2 May 1998 from the World Wide Web:
[http://www.stonewall.org.uk/stonewall/cgi-bin/fact-sheets.cgi?lesgay parents](http://www.stonewall.org.uk/stonewall/cgi-bin/fact-sheets.cgi?lesgay%20parents).
- Sullivan, M. (1996). Rozzie and Harriet? Gender and family patterns of lesbian coparents. *Gender & Society, 10*, 747–767. Doi: 10.1177/089124396010006005
- Suter, E., Daas, K., & Bergen, K. (2008). Negotiating lesbian family via symbols and rituals. *Journal of Family Issues, 29*(26), 26-47. Doi: 10.1177/0192513X07305752
- Swedish Official Report. (2001). Betänkande från Kommitteen om barn i homosexuella familjer
 Proposals from the Committee on Children in Homosexual Families. Retrieved from
<http://www.sweden.gov.se/sb/d/135/a/608>.
- Tasker, F.; Golombok, S.; Murray, C. (1997). Children raised in fatherless families from infancy: family relationships and the socioemotional development of children of lesbian and single heterosexual mothers. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 38* (7), 783-791.
- Thorstensen K.A. (2000) Trusting women: essential to midwifery. *Journal of Midwifery and Women's Health 45*, 405–407. Doi: 10.1016/S1526-9523(00)00036-2
- Touroni, E., & Coyle, A. (2002). Decision making in planned lesbian parenting: an interpretative phenomenological analysis. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 12*, 194-209. Doi: 10.1002/casp.672
- Urlings, H.F.J.; Claessens, M.; Bernard, S. & Vos, A. (1993). De beleving van het ouder worden bij verstandelijke gehandicapten. *NTZ, 2*, 69-83.
- Van Dam, M.A. (2004). Mothers in two types of lesbian families: stigma experiences, supports and burdens. *Journal of family nursing, 10*, 450-484. Doi: 10.1177/1074840704270120
- Vanfraussen, K., Ponjaert-Kristoffersen, I., & Brewaeys, A. (2002). What does it mean for youngsters to grow up in a lesbian family created by means of donor insemination? *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 20*, 237–252. Doi:10.1080/0264683021000033165
- Van Geest, F. (2007). Changing Patterns of Denominational Political Activity in North America: The Case of Homosexuality. *Review of Religious Research, 49*, 199–221.
- Van Gelderen, L.; Bos, H.M.W.; Gartrell, N.; Hermanns, J.; & Perrin, E.C. (2012). Quality of life of adolescents raised from birth by lesbian mothers: the US National Longitudinal Family Study. *Journal of developmental and behavioral pediatrics, 33* (1), 17-23.
 Doi: 10.1097/DBP.0b013e31823b62af
- Vanheule (n.d.). Basisideeën kwalitatief onderzoek in de psychologie. Verkregen op 2 april, 2013, via Universiteit Gent, Faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen van
http://minerva.ugent.be/main/document/document.php?cidReq=PP000000000M12_ext&curdirpath=%2FPapers_extra_lesnamiddag_kwalitatief_onderzoek.

- Vecho, O., Gross, M., Poteat, V.P. (2011). Division of parental labor in french lesbian mother families created by anonymous donor insemination. *Psychologie Francaise*, 56, 1-18.
- Vlaams Centrum voor Adoptie. (n.d.). *Schema binnenlandse adoptie van een niet-gekend kind*. Retrieved from <http://www.kindengezin.be/adoptie/adopteren/binnenlandse-adoptie/>.
- Vrouwenkliniek, (n.d.). *Geschiedenis*. Opgeroepen op 18 maart 2013, van http://www.vrouwenkliniek.be/?page_id=417
- Wainright, J.I., & Patterson, C.J. (2006) Delinquency, victimization and substance use among adolescents with female same-sex parents. *Journal of family psychology*, 20(3), 526-530. Doi: 10.1037/0893-3200.20.3.526
- Wendland, C.L., Byrn, F. & Hill, C. (1996). Donor insemination – a comparison of lesbian couples, heterosexual couples and single women. *Fertility and Sterility*, 65,764-70.
- Werner, C., Westerstahl, A. (2008). Donor insemination and parenting: Concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 87, 697-701. Doi: 10.1080/00016340802011603
- Weston, K. (1991). *Families we Choose: Lesbians, Gays and Kinships*. Columbia University Press, New York, NY.
- Wilson, C.M. (2000). The Creation of Motherhood Exploring the Experiences of Lesbian Co-Mothers. *Journal of Feminist Family Therapy*, 12, 21-44. Doi: 10.1300/J086v12n01_03
- Wilton, Tamsin. (1996). Caring for the lesbian client: Homophobia and midwifery. *British Journal of Midwifery*, 4, 126–131.
- Wilton T. & Kaufmann T. (2001) Lesbian mothers' experiences of maternity care in the UK. *Midwifery*, 17, 203–211.
- Wojnar, D., Swanson, K. (2006). Why shouldn't lesbian women who miscarry receive special consideration? *Journal of GLBT Family Studies*, 2(1), 1-12. Doi: 10.1300/J461v02n01_01
- Wojnar, D. (2007). Miscarriage experiences of lesbian couples. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(5), 479-485. Doi: 10.1016/j.jmwh.2007.03.015
- Wojnar, D., Katzenmeyer, A. (2013). Experiences of preconception, pregnancy and new motherhood for lesbian nonbiological mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 43, 50-60. Doi: 10.1111/1552-6909.12270
- Yager, C., Brennan, D., Steele, L., et al. (2010). Challenges and Mental Health Experiences of Lesbian and Bisexual Women Who Are Trying to Conceive. *Health and Social Work*, 35, 191-200. Doi: 10.1093/hsw/35.3.191
- Zwieten, M.C.B. van & Willems, D.L. (2004) Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*, 47 (13), 631-663. Doi: 10.1007/BF03083653

Bijlagen

Bijlage 1. Interview Topic List

Bijlage 2: schaal oefening 2

Bijlage 3: Verzonden verhaal

Interview topic list “Pre-treatment” deelstudie Lesbische wensouders met donormateriaal (H)

Onderstaande interview guide is opgesteld voor lesbische koppels die gebruik maakten van spermadonatie en die nog steeds in behandeling zijn.

De volgorde van de voorbereide vragen is afhankelijk van de inbreng van de participanten. Zij sturen immers zelf mee het interview.

Legende voor het aanduiden van specifieke morele thema's:

A = anonimiteit

D = disclosure

I = informatie (nood aan, wens tot informatie over kind/donor)

G = genetisch/niet-genetisch (belang van, visie op)

Gd = gender-based verschillen

K = kinship, verbondenheid

M = motivatie

N = normen (maatschappelijk, persoonlijk)

O = ouderschap (concept)

Rd = rol van donor – gezin/kind

Rds = rol van donorsiblings – gezin/kind

Ro = rol van ouder tov kind (of donor)

Sd = selectie van donor

So = selectie van de ontvanger(s)

Vd = rechten en verantwoordelijkheden van donor

Vo = rechten en verantwoordelijkheden van de ouder(s)

Vz = verantwoordelijkheden van het ziekenhuis

W = welzijn kind

Symbool  : Deze vragen worden eerst aan het koppel gesteld, om een gelijkwaardige interesse in beide verhalen te installeren en beiden uit te nodigen tot praten. Nadien worden de verschillen binnen het koppel verkend (hoe is dat voor u mevrouw/meneer?). Tot slot worden deze verschillen betrokken op elkaar.

Symbool * staat voor het gebruik van de benaming die de participant gebruikt (heeft). Indien het concept 'donor' nog moet geïntroduceerd worden: neutrale bewoording gebruiken. Zeer open houden!

Verloop/ Techniek	Vragen/Thema's				
Inleiding	Jullie werden uitgenodigd voor een interview omdat jullie in behandeling zijn bij het UZ van Gent. Er is nog niet zoveel onderzoek gedaan naar de beleving van mensen die met vruchtbaarheidsbehandelingen bezig zijn. Daarom hebben wij jullie uitgenodigd. Wij zouden tijdens dit gesprek o.a. graag vragen hoe dit voor jullie is. [Informed consent overlopen.] [Wijzen op mogelijkheden: pauzeren kan, vragen overslaan kan.] [Er zijn geen juiste of foute antwoorden.]				
Open vragen	Ontstaan en bespreking van de kinderwens Hoe is jullie kinderwens begonnen? 				
Ruimte voor beleving 	Beleving van de behandeling Hoe beleven jullie dit proces?  Hoe beleven jullie dit als koppel?	Beslissingen Wie van jullie zal het kind dragen? Wat betekent dat voor jullie? Hebben jullie ook andere opties in overweging genomen? (adoptie?) Jullie werken met een anonieme donor. Hoe is dat voor jullie? Hebben jullie ooit overwogen om met een bekende donor, te werken? 	Omgeving Hebben jullie aan iemand in jullie omgeving verteld dat jullie hier in behandeling zijn of niet echt?  Wat maakt dat jullie het wel of niet verteld hebben? Wat zijn de reacties? 	Toekomstperspectieven Het toekomstig gezin, hoe zien jullie dat? Denken jullie bijvoorbeeld aan meerdere kinderen, of hebben jullie bepaalde ideeën rond wie het kindje zal dragen, of hebben jullie al ideeën rond de donor,... ?	Onthulling Zouden jullie later met jullie kind spreken over hoe het er gekomen is (of ...)? Hoe zien jullie dat? 
	[Als er in deze fase van het interview onderwerpen aan bod komen die niet op voorhand vast lagen, maar door de participant aangehaald worden, wordt er verder op ingegaan.]				
	[Samenvatten en feedback vragen.]				

Verder exploreren (ruimte voor moreel redeneren)	Ouderschap Inleiding: ouderschap is iets waar weinig definities over te vinden zijn, vandaar dat we dit aan jullie vragen -> Als we het nu zouden hebben over ouderschap in het algemeen, wat is dat precies, een ouder? Wat betekent ouderschap? ○   	Selectie/visie op overerfbaarheid Hebben jullie zelf bepaalde voorkeuren opgegeven voor de selectie van de donor? Op basis waarvan? Jullie hebben al gezegd, X* zal het kind dragen. Dus één van jullie zal een genetische link hebben met het kindje, de ander niet. Hoe zien jullie dat?ⁱ Wat houdt dat precies in voor jullie, die genetische link?	Informatie/anonimiteit De volgende vragen zijn hypothetisch en het is oké als jullie daar nog niet concreet over nagedacht hebben. <i>Stel</i> dat jullie kind* (later) informatie wil over de donor*, hoe zouden jullie daar tegenover staan? Zo ja, welke informatie zou jullie kind* moeten kunnen krijgen volgens jullie?       <i>Stel</i> dat de donor* op een gegeven moment zou kunnen aangeven (wat nu niet mogelijk is) dat hij graag contact wil opnemen met jullie. Hoe zouden jullie daar tegenover staan?	Donor: rol en betekenis Hoe zien jullie de donor? (beeld en betekenis) Schaaloefening: schaal 2. Welke rechten of verantwoordelijkheden vind je dat de donor heeft naar het kind? En waarom precies? Wat vinden jullie van het feit dat donoren een financiële vergoeding krijgen?  Wat vind je belangrijk bij het selecteren van de donor door het ziekenhuis? <i>Stel</i> dat het mogelijk zou zijn om meer kenmerken van de donor te kiezen, zou je dat willen doen? Welke kenmerken zou je belangrijk vinden?      Om wat dieper in te gaan op jullie persoonlijke opvattingen hebben we een verzonden verhaal bij (Bijlage 2) waar we graag een paar vragen over zouden stellen. Het is de bedoeling dat jullie daarbij jullie eigen opvattingen volgen, niet hoe jullie denken dat het wettelijk geregeld zou kunnen worden. Ik lees het verhaal voor, maar jullie kunnen ondertussen meelezen op dit blad. Bijkomende vraag (terug naar de casus): stel dat A zou overlijden, hoe zouden jullie het dan aanpakken?
Slot				

Bijlage 2: schaal oefening 2

Maar het tijdsperspectief nog aan te passen.

1) Wat zullen jullie precies krijgen van de donor*, denk je?

Enkele cellen

Een kind
met karakter-
trekken en
eigenschap-pen

Bijlage 3: Verzonnen verhaal

De participanten krijgen onderstaande casus voorgelegd aan de hand waarvan we zullen peilen naar hun ideeën over ouderschap en het belang van genetische banden. Deze casus wordt voor verschillende groepen participanten gebruikt. In de beschrijving van de personages wordt het geslacht bewust niet vermeld. Wanneer de participanten zich hier vragen bij stellen, wordt de vraag naar hen teruggekoppeld of wordt hen gevraagd in welke mate dit hun antwoord verandert.

Nadat de casus door de interviewer voorgelezen werd (de participanten kunnen de casus ondertussen meelezen op hun blad), mogen de participanten voor elk personage in de casus een regeling voorstellen. Ze krijgen kaartjes met daarop “volledig ouderschap”, “co-ouderschap”, “geen ouderschap, maar sporadisch contact” en “geen ouderschap en geen contact”. Elk kaartje wordt in drievoud voorzien. Op een A4-blad is een rooster gemaakt met voor alle

drie de partijen (A, B en C) een vak en ruimte om een kaartje bij het personage te plaatsen. De interviewer vraagt hen om luidop te spreken en vraagt door over de achterliggende opvattingen bij de voorgestelde regelingen (rekening houdend met de draagkracht van de participanten).

Baby Jef werd eind 2011 geboren nadat A en B een IVF-behandeling hadden ondergaan in een Amerikaanse kliniek. A en B waren in de wolken maar de relatie tussen die twee liep een jaar later spaak. Ze gingen in vriendschap uiteen en er werd een regeling van co-ouderschap getroffen. Baby Jef ging een week bij A en een week bij B. In 2012 blijkt dat er een vergissing is geweest in het laboratorium van de Amerikaanse kliniek. A blijkt wel genetische ouder, B niet. In het labo hadden ze in plaats van het materiaal van B, het materiaal van een andere persoon (C) gebruikt die in hetzelfde ziekenhuis een IVF-behandeling heeft ondergaan. Alle drie de partijen werden door het ziekenhuis op de hoogte gebracht en maken nu aanspraak op het kind.

G O R d R o V d V o W
