KdG Research
Karel de Grote Hogeschool

kdg.be

Sociaal werk en gezinsplanning

Een verkennend onderzoek naar de ervaringen, drempels en verwachtingen van kwetsbare cliënten in Vlaanderen

Vicky Lyssens-Danneboom
Onderzoekscentrum Sociale Inclusie
Karel de Grote Hogeschool
2024-2025

Colofon

Titel

Sociaal werk en gezinsplanning

Ondertitel

Een verkennend onderzoek naar de ervaringen, drempels en verwachtingen van kwetsbare cliënten in Vlaanderen

Auteur

Vicky Lyssens-Danneboom

Onderzoekscentrum

Onderzoekscentrum Sociale Inclusie

Uitgever

Karel de Grote Hogeschool, Antwerpen

Jaar van uitgave

2025

ISBN

978-94-9157-117-6

Samenvatting

Gezinsplanning gaat over meer dan het al dan niet krijgen van kinderen. Kinderwens, anticonceptie en reproductieve keuzes krijgen vorm binnen persoonlijke, relationele en maatschappelijke omstandigheden. Voor mensen in een maatschappelijk kwetsbare positie kunnen financiële onzekerheid, gezondheidsproblemen, instabiele relaties en een beperkte toegang tot informatie of ondersteuning hun keuzemogelijkheden op het vlak van gezinsplanning beperken.

Dit verkennende kwalitatieve onderzoek gaat na hoe maatschappelijk kwetsbare cliënten in Vlaanderen gezinsplanning ervaren, welke drempels zij ondervinden en welke rol zij hierin zien weggelegd voor sociaal werkers. Tussen februari en mei 2025 werden semigestructureerde interviews afgenomen bij twaalf respondenten (elf vrouwen en één man), tussen 18 en 72 jaar. De interviews werden thematisch geanalyseerd.

De resultaten tonen dat gezinsplanning niet altijd een bewust of lineair proces is. Reproductieve wensen en beslissingen veranderen onder invloed van levensomstandigheden en onverwachte gebeurtenissen. Sommige respondenten koppelen hun kinderwens aan financiële stabiliteit en geschikte huisvesting, terwijl anderen aangeven dat dagelijkse problemen weinig ruimte laten om over de toekomst na te denken. Tegelijkertijd blijkt dat respondenten ook binnen beperkende omstandigheden betekenisvolle reproductieve keuzes maken.

Het bespreken van gezinsplanning binnen de hulpverlening blijkt niet vanzelfsprekend. Schaamte, angst voor veroordeling en bezorgdheid over mogelijke gevolgen van het delen van persoonlijke informatie kunnen gesprekken bemoeilijken. Respondenten associëren medische professionals vooral met medische informatie en zorg, terwijl sociaal werkers mogelijk ondersteuning kunnen bieden bij sociale, relationele en praktische vragen.

De bereidheid om hierover met sociaal werkers te spreken, hangt samen met vertrouwen, een niet-oordelende houding en respect voor persoonlijke grenzen. Sommige respondenten beschouwen gezinsplanning echter als een privéaangelegenheid en wensen geen professionele betrokkenheid.

Het onderzoek wijst op een mogelijke aanvullende rol voor sociaal werkers, waarbij de autonomie van cliënten centraal staat. Dit pleit voor een relationele, contextgevoelige en niet-directieve benadering, met respect voor het recht van cliënten om zelf te bepalen of en wanneer zij gezinsplanning willen bespreken.

Trefwoorden: gezinsplanning, sociaal werk, maatschappelijke kwetsbaarheid, reproductieve rechtvaardigheid, reproductieve autonomie, kwalitatief onderzoek.

Summary

Family planning involves more than deciding whether or when to have children. Reproductive intentions, contraceptive choices and decisions about parenthood are shaped by personal, relational and social circumstances. For people experiencing social vulnerability, financial insecurity, health concerns, unstable relationships and limited access to information or support may restrict their reproductive choices.

This exploratory qualitative study examines how socially vulnerable clients in Flanders experience family planning, the barriers they encounter and the role they attribute to social workers. Between February and May 2025, semi-structured interviews were conducted with twelve participants (eleven women and one man), aged between 18 and 72. The interviews were analysed thematically.

The findings show that family planning does not always follow a deliberate or linear process. Reproductive intentions and decisions evolve in response to changing circumstances and unexpected events. Some participants associated parenthood with financial stability and adequate housing, while others described how everyday challenges left little room for future planning. Nevertheless, meaningful reproductive decisions remained possible within constrained circumstances.

Discussing family planning within professional support relationships was not always straightforward. Shame, fear of judgement and concerns about the consequences of disclosing personal information could discourage such conversations. Participants primarily associated medical professionals with clinical information and care, while social workers could potentially support the social, relational and practical dimensions of family planning.

Willingness to discuss reproductive matters with social workers depended on trust, a non-judgemental attitude and respect for personal boundaries. Some participants, however, considered family planning a private matter and did not wish to involve professionals.

The study highlights a potential complementary role for social workers, centred on supporting clients' reproductive autonomy rather than directing their choices. This requires a relational, context-sensitive and non-directive approach that respects clients' right to decide whether and when to discuss family planning.

Keywords: family planning; social work; social vulnerability; reproductive justice; reproductive autonomy; qualitative research.

Inhoud

1 Inleiding 7

2 Gezinsplanning en reproductieve rechtvaardigheid 8

3 Ongelijkheden in toegang tot reproductieve gezondheidszorg in België (Vlaanderen) ... 10

4 De mogelijke rol van sociaal werk bij gezinsplanning 11

5 Methodologie 12

5.1 Onderzoeksopzet 12

5.2 Respondenten en rekrutering 13

5.3 Dataverzameling 13

5.4 Data-analyse 14

5.5 Ethische overwegingen 15

6 Bevindingen 15

6.1 Ervaring van gezinsplanning: van actief sturen tot situatief beslissen en aanvaarden 15

6.2 Beslissen binnen onzekere omstandigheden 18

6.3 Bespreekbaarheid van gezinsplanning 19

6.4 Drempels en terughoudendheid om gezinsplanning te bespreken 21

6.5 Voorwaarden voor een ondersteunend gesprek over gezinsplanning 23

7 Discussie 26

7.1 Reproductieve rechtvaardigheid als interpretatiekader 26

7.2 De mogelijke rol van sociaal werk bij gezinsplanning 28

8 Conclusie 30

8.1 Beperkingen van het onderzoek 32

9 Aanbevelingen 32

9.1 Voor sociaal werkers 33

9.2 Voor organisaties en opleidingen 33

9.3 Voor beleid 34

9.4 Voor verder onderzoek 34

10 Literatuurlijst 35

1 Inleiding

Gezinsplanning stelt individuen en koppels in staat om weloverwogen beslissingen te nemen over het al dan niet krijgen van kinderen, het tijdstip waarop en het aantal kinderen dat zij wensen. Het draagt bij aan de gezondheid en het welzijn van individuen en gezinnen en wordt internationaal beschouwd als een belangrijke voorwaarde voor gendergelijkheid (Starbird et al., 2016; Prata et al., 2017; World Health Organisation, 2023). Hoewel toegang tot kwalitatieve gezinsplanning erkend is als een fundamenteel mensenrecht (United Nations Population Fund, 2018), zijn de mogelijkheden om dit recht te realiseren wereldwijd ongelijk verdeeld. Voor verschillende bevolkingsgroepen vormen structurele barrières een beperking in de toegang tot reproductieve informatie, zorg en middelen (Pérez-Sánchez et al., 2024; Solomon, 2025). Ook in Vlaanderen, waar reproductieve gezondheidszorg relatief goed uitgebouwd is binnen de eerste- en tweedelijnszorg, ervaren maatschappelijk kwetsbare groepen drempels bij de toegang tot bestaande voorzieningen (Cès & Baeten, 2020). De beschikbaarheid van reproductieve gezondheidszorg garandeert bijgevolg niet dat deze voor iedereen in gelijke mate toegankelijk is.

Tegelijkertijd worden reproductieve keuzes niet uitsluitend bepaald door medische factoren. Ook sociale, financiële, relationele en maatschappelijke omstandigheden spelen een belangrijke rol bij beslissingen over kinderwens, zwangerschap en ouderschap. Gezinsplanning is dan ook niet alleen een medisch, maar ook een sociaal vraagstuk. Dit roept de vraag op welke aanvullende rol het sociaal werk hierin kan spelen. Door hun nabijheid tot cliënten en hun aandacht voor de bredere levenscontext kunnen sociaal werkers mogelijk bijdragen aan het bespreekbaar maken van reproductieve kwesties en het bieden van ondersteuning die aansluit bij de leefomstandigheden en behoeften van maatschappelijk kwetsbare groepen.

In Vlaanderen bestaan reeds verschillende vormen van psychosociale ondersteuning rond reproductieve kwesties. Zo biedt Fara gespecialiseerde begeleiding bij zwangerschapskeuzes en ondersteuning aan professionals. Ook binnen gezinsbegeleiding, laagdrempelige gezinsondersteuning en perinatale hulpverlening kunnen vragen over kinderwens, zwangerschap en ouderschap aan bod komen. Toch lijkt gezinsplanning binnen het reguliere sociaal werk relatief weinig expliciete aandacht te krijgen en is er beperkt zicht op de manier waarop sociaal werkers deze thematiek in hun dagelijkse praktijk opnemen.

Internationale literatuur laat zien dat sociaal werk en aanverwante vormen van hulpverlening op uiteenlopende manieren betrokken kunnen zijn bij reproductieve gezondheid en gezinsplanning. Voorbeelden hiervan zijn outreachprogramma's en jongerenklinieken in Noord-Europa (Christiansen et al., 2013) en interventies rond tienerzwangerschappen in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten (Kirby,

2007). Ook dichter bij huis biedt het Nederlandse programma *Nu Niet Zwanger* een relevant voorbeeld. Binnen dit programma werken professionals uit het sociale en medische domein samen om kinderwens en anticonceptie bespreekbaar te maken binnen bestaande hulpverleningsrelaties (Jeeninga & Cloin, 2021). Deze initiatieven illustreren hoe reproductieve gezondheid en gezinsplanning ook buiten de strikt medische zorg aandacht kunnen krijgen en hoe professionals uit verschillende domeinen hierin kunnen samenwerken.

Dat sociaal werk een mogelijke rol kan opnemen binnen dit domein, betekent echter niet vanzelfsprekend dat cliënten dergelijke betrokkenheid als passend of wenselijk ervaren. Gesprekken over kinderwens, anticonceptie en ouderschap raken immers aan persoonlijke en gevoelige aspecten van het leven. Hoewel sociaal werkers door hun betrokkenheid bij verschillende levensdomeinen zicht kunnen hebben op omstandigheden die reproductieve keuzes beïnvloeden, is het belangrijk om ook rekening te houden met de grenzen die cliënten zelf aan dergelijke ondersteuning stellen. In Vlaanderen is nog weinig onderzoek verricht naar hoe maatschappelijk kwetsbare cliënten de mogelijke betrokkenheid van sociaal werk bij reproductieve gezondheid en gezinsplanning ervaren en welke verwachtingen zij hierover hebben. Hun perspectief is nochtans essentieel om beter te begrijpen onder welke voorwaarden sociaal werk op een betekenisvolle en respectvolle manier ondersteuning kan bieden.

Dit onderzoeksrapport verkent daarom hoe maatschappelijk kwetsbare cliënten in Vlaanderen gezinsplanning beleven, welke drempels zij daarbij ervaren en welke verwachtingen zij hebben ten aanzien van een mogelijke rol van sociaal werkers. Daarmee wil het onderzoek bijdragen aan een beter begrip van de mogelijkheden en grenzen van sociaal werk bij de ondersteuning van reproductieve keuzes, met bijzondere aandacht voor de autonomie, leefomstandigheden en rechten van cliënten.

2 Gezinsplanning en reproductieve rechtvaardigheid

Gezinsplanning (of *family planning*) heeft betrekking op de keuzes die individuen en koppels maken over het al dan niet krijgen van kinderen, het moment waarop zij kinderen wensen en het gewenste aantal kinderen. Het omvat niet alleen geboorteregeling, maar ook het verkennen van een kinderwens, het uitstellen van een zwangerschap, het bepalen van de tijd tussen opeenvolgende zwangerschappen (*spacing*) en het zoeken naar ondersteuning bij vruchtbaarheidsproblemen (Boslaugh, 2025; Malisse, 2024). In beleid en gezondheidszorg krijgt het begrip gezinsplanning vaak een instrumentele invulling, verwijzend naar voorzieningen inzake seksuele voorlichting, anticonceptie, fertiliteitszorg en veilige abortus (WHO, 2023). Het belang van gezinsplanning is groot: het vermindert de risico's op maternale en neonatale complicaties bij kort opeenvolgende zwangerschappen (Cleland et al., 2014) en draagt

bij aan betere onderwijs- en arbeidskansen en aan de economische zelfstandigheid van vrouwen (Grant, 2016; Sensoa International, z.d.).

Nauw verbonden met gezinsplanning is het begrip reproductieve autonomie, dat verwijst naar de mogelijkheid van individuen om zelfstandig beslissingen te nemen over hun reproductieve leven. De mate waarin mensen deze autonomie kunnen uitoefenen, hangt onder meer samen met de beschikbaarheid en toegankelijkheid van informatie, ondersteuning en gezondheidszorg. De aanwezigheid van dergelijke voorzieningen garandeert echter niet dat iedereen er daadwerkelijk gebruik van kan maken of dat de geboden ondersteuning aansluit bij de eigen waarden, behoeften en levensomstandigheden.

Dit onderscheid tussen formele mogelijkheden en reële toegankelijkheid vormt een belangrijk uitgangspunt van de reproductieve rechtvaardigheidsbenadering (*reproductive justice*). Dit theoretische en activistische kader werd in de jaren 1990 ontwikkeld door vrouwen van kleur in de Verenigde Staten, als reactie op de beperkingen van het dominante discours over reproductieve rechten (SisterSong, 2021). Waar dit discours voornamelijk de nadruk legt op individuele keuzevrijheid en juridische rechten, richt reproductieve rechtvaardigheid de aandacht op de sociale, economische en politieke omstandigheden die de uitoefening van die rechten beïnvloeden (Smith, 2017; Price, 2020; Ross & Solinger, 2017). Het kader vertrekt vanuit drie fundamentele rechten: het recht om kinderen te krijgen, het recht om geen kinderen te krijgen en het recht om kinderen op te voeden in een veilige en gezonde omgeving (Ross & Solinger, 2017). Structurele ongelijkheden, zoals armoede, racisme, migratiestatus en genderongelijkheid, kunnen de mogelijkheden om deze rechten daadwerkelijk uit te oefenen beperken.

Reproductieve rechtvaardigheid richt zich dus breder op de sociale, economische en politieke voorwaarden die noodzakelijk zijn om die autonomie daadwerkelijk te kunnen uitoefenen. Dit perspectief is relevant voor het voorliggende onderzoek, omdat maatschappelijk kwetsbare cliënten ook bij formele keuzevrijheid belemmeringen kunnen ervaren bij het realiseren van hun reproductieve wensen.

De drie fundamentele rechten van reproductieve rechtvaardigheid bieden een interpretatief kader om de ervaringen van respondenten te analyseren, met aandacht voor de samenhang tussen persoonlijke wensen, relationele verhoudingen en maatschappelijke omstandigheden. Daarbij wordt onderzocht hoe respondenten hun reproductieve handelingsruimte ervaren en welke verwachtingen en behoeften zij hebben ten aanzien van mogelijke ondersteuning door sociaal werkers.

3 Ongelijkheden in toegang tot reproductieve gezondheidszorg in België (Vlaanderen)

België is een vooruitstrevend land inzake reproductieve rechten en gezondheidszorg (OHCHR, 2011; Temmerman et al., 2014), en beschikt over een relatief uitgebreid aanbod aan reproductieve gezondheidszorg. Anticonceptie is breed beschikbaar en wordt (deels) terugbetaald via de ziekteverzekering, zwangerschapsafbreking is wettelijk geregeld en vruchtbaarheidsbehandelingen, waaronder IVF, komen onder voorwaarden in aanmerking voor financiële ondersteuning. Daarnaast spelen organisaties zoals Sensoa en de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB's) een rol in seksuele opvoeding en preventie. Ondanks deze voorzieningen kunnen verschillende drempels de toegang tot reproductieve gezondheidszorg bemoeilijken.

Op individueel en relationeel niveau kunnen beperkte kennis over reproductieve gezondheid, lage gezondheidsvaardigheden en taalbarrières de toegang tot informatie en ondersteuning beïnvloeden (Habib, 2022; Ketting et al., 2018). Ook schaamte, taboes en verwachtingen rond seksualiteit, genderrollen en ouderschap kunnen een rol spelen bij het bespreken en vormgeven van reproductieve wensen (Shumet et al., 2024; Ketting et al., 2018). Deze factoren staan niet los van de bredere sociale context en kunnen ook de communicatie tussen cliënten en hulpverleners beïnvloeden.

Daarnaast kunnen financiële en organisatorische drempels de toegankelijkheid van zorg beperken. Kosten die niet of slechts gedeeltelijk worden terugbetaald, vervoersproblemen, wachttijden en een beperkte beschikbaarheid van zorgverleners kunnen het gebruik van voorzieningen bemoeilijken. Ook een gebrek aan vertrouwen in zorginstellingen en ervaringen met discriminatie of stigmatisering kunnen de bereidheid om hulp te zoeken beïnvloeden (Gozzi et al., 2024; Zemlak et al., 2020; Roets et al., 2013; Dehlendorf et al., 2010).

Naast deze toegankelijkheidsproblemen verdienen ook institutionele machtsverhoudingen aandacht. De wijze waarop reproductieve gezondheidszorg en gezinsplanning worden georganiseerd en aangeboden, kan de zelfbeschikking van cliënten ondersteunen, maar ook beperken wanneer bepaalde groepen worden uitgesloten, hun wensen onvoldoende worden erkend of reproductieve keuzes onder druk komen te staan. Vanuit het perspectief van reproductieve rechtvaardigheid is daarom niet alleen de toegang tot voorzieningen van belang, maar ook de mate waarin mensen hun keuzes vrij van dwang en ongewenste beïnvloeding kunnen maken (Ginsburg & Rapp, 1995).

4 De mogelijke rol van sociaal werk bij gezinsplanning

De besproken drempels in de toegang tot reproductieve gezondheidszorg roepen de vraag op welke aanvullende rol sociaal werk kan vervullen bij gezinsplanning. Vanuit hun aandacht voor de bredere levensomstandigheden van cliënten kunnen sociaal werkers ondersteuning bieden door informatie toegankelijk te maken, praktische en psychosociale begeleiding te bieden en waar nodig door te verwijzen naar gespecialiseerde voorzieningen (Alzate, 2009; Hollenberger & Madden, 2021; Rutgers, 2023). Vanuit het perspectief van reproductieve empowerment staat daarbij de zelfbeschikking van cliënten centraal: ondersteuning moet hun mogelijkheden versterken om zelf richting te geven aan reproductieve beslissingen (Edmeades et al., 2018; Karp et al., 2020).

In hoeverre cliënten een dergelijke betrokkenheid van sociaal werkers wenselijk vinden, is echter nog weinig onderzocht. In Vlaanderen is hierover beperkte systematische kennis beschikbaar. Ook internationaal richt onderzoek naar cliëntperspectieven zich voornamelijk op contacten met medische zorgverleners binnen anticonceptie- en abortuszorg (Manzer et al., 2024).

Een recente review over de gepercipieerde rol van sociaal werkers in abortuszorg wijst op het belang van praktische en emotionele ondersteuning, een niet-veroordelende houding en begeleiding die rekening houdt met de rechten en persoonlijke omstandigheden van cliënten (Sharma et al., 2025). Nabijheid en toegankelijkheid worden daarbij als mogelijke sterktes van sociaal werk beschreven (Pires et al., 2022; Kelder et al., 2022). Tegelijk blijkt dat een vertrouwensrelatie niet noodzakelijk betekent dat sociaal werkers ook als deskundige gesprekspartners over gezinsplanning worden beschouwd. Vooral jongeren kunnen sociaal werkers als vertrouwenspersoon zien, zonder hen vanzelfsprekend als geschikt te zien voor specifieke vragen over anticonceptie of medische mogelijkheden (Fox et al., 2018).

Ook onderzoek naar het Nederlandse programma *Nu Niet Zwanger* biedt inzicht in de aanvaardbaarheid van gesprekken over kinderwens en anticonceptie binnen bestaande hulpverleningsrelaties. Cliënten waarderen dergelijke gesprekken wanneer ze ruimte bieden om bewust stil te staan bij hun reproductieve wensen, al blijft het onderwerp voor sommigen gevoelig of moeilijk bespreekbaar (Jeeninga & Cloin, 2021). Onderzoek naar anticonceptiezorg benadrukt daarnaast het belang van begrijpelijke informatie, gedeelde besluitvorming, vertrouwelijkheid en continuïteit. Vooral jongeren hechten er belang aan dat hun vragen ernstig worden genomen en hun keuzes worden gerespecteerd (Johnson et al., 2015).

De verwachtingen en ondersteuningsbehoeften van cliënten kunnen bovendien verschillen naargelang leeftijd, gender, etnische achtergrond en sociaaleconomische positie (Wu et al., 2019; Loder & Solomon, 2022). Een intersectioneel perspectief maakt het mogelijk om aandacht te besteden aan de wisselwerking tussen deze factoren en aan de uiteenlopende behoeften van cliënten, zonder hen als een homogene groep te benaderen (Fox et al., 2018).

De bestaande literatuur biedt daarmee aanknopingspunten voor een mogelijke ondersteunende rol van sociaal werk bij gezinsplanning, maar biedt nog onvoldoende inzicht in hoe cliënten zelf tegenover die betrokkenheid staan. Het voorliggende onderzoek richt zich daarom op hun ervaringen met gezinsplanning en op hun verwachtingen, ondersteuningsbehoeften en grenzen ten aanzien van de mogelijke rol van sociaal werkers.

5 Methodologie

5.1 Onderzoeksopzet

Dit onderzoek hanteert een kwalitatief-exploratieve onderzoeksopzet en richt zich op de vraag hoe maatschappelijk kwetsbare cliënten in Vlaanderen gezinsplanning beleven en welke rol zij hierbij zien weggelegd voor het sociaal werk. Een kwalitatieve benadering is aangewezen omdat het onderzoek inzicht wil verwerven in persoonlijke ervaringen, betekenissen en verwachtingen die moeilijk te vatten zijn via gestandaardiseerde meetinstrumenten.

Het onderzoek vertrekt vanuit het perspectief van cliënten zelf. Hun ervaringen staan centraal om beter te begrijpen hoe persoonlijke omstandigheden, sociale relaties en structurele factoren de mogelijkheden tot gezinsplanning beïnvloeden. Daarbij wordt bijzondere aandacht besteed aan de bespreekbaarheid van gezinsplanning binnen de hulpverlening en aan de voorwaarden waaronder sociaal werkers hierin een ondersteunende rol kunnen opnemen.

Gezien het verkennende karakter van dit onderzoek werd niet gestreefd naar statistische representativiteit of theoretische saturatie, maar naar het in kaart brengen van uiteenlopende ervaringen en perspectieven op gezinsplanning bij maatschappelijk kwetsbare cliënten. De bevindingen bieden daarmee contextgebonden inzichten in de betekenis die de geïnterviewde respondenten aan gezinsplanning geven, zonder dat deze zonder meer kunnen worden veralgemeend naar de bredere populatie in Vlaanderen.

5.2 Respondenten en rekrutering

Aan het onderzoek namen twaalf personen deel, onder wie elf vrouwen en één man, met een leeftijd tussen 18 en 72 jaar. Vier respondenten behoorden tot een jongerencohort van minder dan 26 jaar; acht respondenten maakten deel uit van een oudere leeftijdsgroep. Twee vrouwelijke respondenten hadden een migratieachtergrond.

Het onderzoek richtte zich op personen in maatschappelijk kwetsbare situaties. Maatschappelijke kwetsbaarheid werd daarbij breed benaderd en kon samenhangen met onder meer armoede, psychische moeilijkheden, onzekere huisvesting en instabiele gezins- of relatiesituaties. Deze brede benadering sluit aan bij het uitgangspunt dat kwetsbaarheid niet uitsluitend als een individueel kenmerk moet worden begrepen, maar ook ontstaat in de wisselwerking tussen persoonlijke omstandigheden, sociale relaties en maatschappelijke structuren.

De deelnemers werden doelgericht gerekruteerd via Bindkracht, Project MIRIAM en het netwerk van de onderzoekers. Vertrouwde contactpersonen vervulden hierbij een bemiddelende rol en hielpen potentiële respondenten te bereiken voor gesprekken over een persoonlijk en gevoelig onderwerp. Deze werkwijze bood toegang tot personen met uiteenlopende ervaringen, maar impliceert tegelijk dat deelnemers in wisselende mate al verbonden waren met professionele of informele ondersteuningsnetwerken. Personen die geen contact hebben met dergelijke netwerken, kunnen daardoor ondervertegenwoordigd zijn.

De respondentengroep vertoonde variatie in leeftijd en levensomstandigheden, waardoor zowel recente ervaringen met gezinsplanning als terugblikken op eerdere reproductieve beslissingen aan bod konden komen. Door de beperkte steekproefomvang was het echter niet mogelijk om systematisch verschillen tussen leeftijdsgroepen, genders of vormen van maatschappelijke kwetsbaarheid te onderzoeken.

5.3 Dataverzameling

De gegevens werden verzameld via semigestructureerde interviews, afgenomen tussen februari en mei 2025. De gesprekken duurden gemiddeld ongeveer een uur en werden gevoerd door studenten in het kader van het opleidingsonderdeel *Projectmatig werken*. De studenten kregen vooraf instructies en training in het afnemen van interviews en werden gedurende het onderzoeksproces begeleid door een ervaren docent-onderzoeker.

Voor de interviews werd gebruikgemaakt van een interviewleidraad waarin verschillende thema's aan bod kwamen, waaronder ervaringen met gezinsplanning, toegang tot informatie en zorg, ervaren drempels en verwachtingen ten aanzien van professionals, in het bijzonder sociaal werkers. Ook werd gepeild naar de omstandigheden waarin deelnemers gezinsplanning al dan niet bespreekbaar vonden. De semigestructureerde aanpak maakte het mogelijk deze thema's systematisch te verkennen, terwijl open vragen voldoende ruimte boden voor persoonlijke ervaringen, eigen accenten en onderwerpen die deelnemers zelf belangrijk vonden. Deze flexibele gespreksvorm was bijzonder relevant gezien de persoonlijke en soms gevoelige aard van het onderzoeksonderwerp.

De locatie werd gekozen in functie van het comfort van de deelnemer: negen gesprekken vonden thuis plaats, twee in een voorziening voor sociale dienstverlening en één op een neutrale locatie. Met toestemming werden de interviews opgenomen, letterlijk uitgeschreven en geanonimiseerd.

5.4 Data-analyse

De interviews werden letterlijk getranscribeerd en thematisch geanalyseerd, geïnspireerd door de zes fasen van Braun en Clarke (2006). Deze analysemethode maakt het mogelijk om terugkerende en betekenisvolle patronen in kwalitatieve gegevens te identificeren en te interpreteren.

De eerste fase bestond uit het grondig doornemen van de interviewtranscripties om vertrouwd te raken met de ervaringen en perspectieven van de respondenten. Vervolgens werden betekenisvolle tekstfragmenten gecodeerd, met bijzondere aandacht voor reproductieve ervaringen, besluitvorming, contacten met professionals en de invloed van partners en informele steunfiguren. In een derde fase werden inhoudelijk verwante codes samengebracht in voorlopige thema's.

Daarna werden deze thema's kritisch bekeken en verfijnd door ze opnieuw te toetsen aan de afzonderlijke interviewfragmenten en het volledige onderzoeksmateriaal. Hierbij werd aandacht besteed aan zowel overeenkomsten als uiteenlopende of afwijkende ervaringen. In de vijfde fase werden de definitieve thema's inhoudelijk afgebakend en benoemd. Tot slot werden de bevindingen uitgewerkt en geïllustreerd met relevante interviewcitaten die de verschillende ervaringen en perspectieven inzichtelijk maken.

De analyse werd gestructureerd rond vijf samenhangende thema's: de beleving van gezinsplanning, besluitvorming in onzekere omstandigheden, de bespreekbaarheid van gezinsplanning, ervaren drempels en voorwaarden voor een ondersteunend gesprek.

Bij de interpretatie van de bevindingen werden reproductieve rechtvaardigheid, reproductieve autonomie en en begrensd handelingsvermogen (*constrained agency*)

gebruikt als theoretische invalshoeken. Deze perspectieven hielpen om de wisselwerking tussen individuele handelingsruimte en de sociale, relationele en structurele omstandigheden waarin reproductieve beslissingen tot stand komen, te duiden, zonder de ervaringen van respondenten vooraf in vaste theoretische categorieën onder te brengen.

De thematische analyse verliep in twee opeenvolgende fasen. De studenten voerden een eerste analyse van de interviewtranscripties uit, waarna een ervaren docent-onderzoeker het volledige onderzoeksmateriaal opnieuw grondig analyseerde en de thematische indeling verder uitwerkte en verfijnde. Deze werkwijze bood ruimte om de aanvankelijke interpretaties te verdiepen en de samenhang tussen de geïdentificeerde thema's kritisch te beoordelen.

5.5 Ethische overwegingen

Het onderzoek behandelt persoonlijke en gevoelige onderwerpen, waaronder kinderwens, anticonceptie, zwangerschap en ervaringen met hulpverlening. Gezien de aard van deze thema's en de mogelijk kwetsbare positie van de respondenten werd bijzondere aandacht besteed aan hun privacy, autonomie en emotioneel welzijn.

Deelname aan het onderzoek was vrijwillig. Voorafgaand aan de interviews werden de respondenten geïnformeerd over het doel en de inhoud van het onderzoek, het vrijwillige karakter van hun deelname en de verwerking van hun gegevens. Alle respondenten verleenden mondeling toestemming voor deelname. Er werd geen afzonderlijk schriftelijk toestemmingsformulier gebruikt. De gesprekken werden uitsluitend met toestemming opgenomen en vervolgens letterlijk getranscribeerd.

Bij de verwerking en rapportering van de onderzoeksgegevens werd bijzondere aandacht besteed aan de vertrouwelijkheid en bescherming van persoonlijke informatie. Rechtstreeks identificerende gegevens werden weggelaten en potentieel herkenbare achtergrondkenmerken waar nodig veralgemeend. Ook bij de selectie van interviewcitaten werd rekening gehouden met het risico op indirecte herkenbaarheid, zodat de ervaringen en perspectieven van respondenten konden worden weergegeven zonder hun identiteit prijs te geven.

6 Bevindingen

6.1 Ervaring van gezinsplanning: van actief sturen tot situatief beslissen en aanvaarden

Uit de interviews blijkt dat respondenten gezinsplanning op uiteenlopende manieren ervaren. Voor sommigen is het (al dan niet) krijgen van kinderen een bewuste toekomstkeuze, waarbij persoonlijke wensen worden afgewogen tegen de omstandigheden waarin zij zich bevinden. Anderen beschrijven gezinsvorming veeleer als een proces dat zich gaandeweg heeft ontwikkeld, soms onder invloed van gebeurtenissen die zij niet hadden voorzien. De mate waarin respondenten het gevoel hebben zelf richting te kunnen geven aan hun reproductieve leven, verschilt dan ook.

Bij respondenten die bewust nadenken over een toekomstige kinderwens, spelen voorwaarden zoals werkzekerheid, huisvesting en mentale draagkracht een belangrijke rol. Het verlangen naar kinderen is aanwezig, maar wordt gekoppeld aan het bereiken van een zekere stabiliteit. Een respondent verwoordt dit als volgt:

> *“Ik wil kinderen. Na mijn 25. Eerst wil ik stabiel zijn.”*

Deze uitspraak illustreert hoe een kinderwens kan samengaan met de bewuste keuze om het ouderschap uit te stellen. Gezinsplanning betekent hier niet alleen beslissen óf men kinderen wil, maar ook nadenken over het geschikte moment en de omstandigheden waarin men zich voldoende voorbereid voelt om een kind groot te brengen.

Naast praktische en materiële overwegingen spelen ook persoonlijke overtuigingen en twijfels over de eigen draagkracht een rol. Sommige respondenten betrekken hun ervaringen met kwetsbaarheid bij de afweging om al dan niet kinderen te krijgen. Zo vertelt een respondent:

> *“Ikzelf wilde geen kinderen. Omdat ik mijn kwetsbaarheid niet wil overdragen. En omdat ik ervan overtuigd was dat ik geen goede moeder zou kunnen zijn.”*

In dit verhaal krijgt de keuze om geen kinderen te wensen een persoonlijke betekenis, die samenhangt met bezorgdheden over het mogelijke ouderschap en de eigen mogelijkheden om die verantwoordelijkheid op te nemen. Gezinsplanning omvat hier dus ook het bewust afwegen van de gevolgen die het krijgen van kinderen voor zichzelf en voor een toekomstig kind zou kunnen hebben.

Voor andere respondenten verliep gezinsvorming minder volgens een vooraf uitgestippeld plan. Uit hun verhalen blijkt dat reproductieve intenties en het feitelijke verloop van hun leven niet altijd samenvielen. Onverwachte zwangerschappen speelden daarbij een belangrijke rol en gingen soms gepaard met een gevoel van beperkte controle over het moment waarop zij zwanger werden. Zo beschrijft een respondent hoe zij ondanks anticonceptiegebruik tweemaal zwanger werd:

> *“Ik heb niet overgegeven, geen diarree gehad, maar toch was ik zwanger. Met mijn tweede opnieuw.”*

Ook onzekerheid over de werking van anticonceptie en de informatie die daarover werd verstrekt, komt in de interviews naar voren. Een respondent brengt haar zwangerschap in verband met een mogelijke wisselwerking tussen voorgeschreven medicatie en anticonceptie, waarover zij naar eigen zeggen niet was geïnformeerd:

> *"De dokter die mijn pil heeft voorgeschreven, die heeft ook antidepressiva voorgeschreven. Blijkbaar fitten die niet. Die heeft mij dat nooit gezegd."*

Deze ervaringen tonen hoe respondenten, ondanks het gebruik van anticonceptie, geconfronteerd kunnen worden met een zwangerschap die zij niet hadden verwacht. Tegelijk maken ze duidelijk hoe belangrijk betrouwbare informatie en het vertrouwen in de werking van anticonceptie zijn voor het ervaren van controle over reproductieve keuzes.

Tussen bewust plannen en onverwachte gezinsvorming bestaat bovendien geen scherpe scheidingslijn. Een zwangerschap kan eerdere verwachtingen of toekomstplannen veranderen en tegelijk aanleiding geven tot nieuwe afwegingen. Daarbij kunnen onzekerheid en angst samengaan met een duidelijke keuze om de zwangerschap voort te zetten. Een respondent beschrijft deze combinatie van gevoelens als volgt:

> *"Je doet het helemaal alleen, dus je bent daar bang voor, maar ik heb nooit echt getwijfeld."*

De uitspraak laat zien dat onzekerheid over de omstandigheden waarin een kind zal worden grootgebracht niet noodzakelijk gepaard gaat met twijfel over het ouderschap zelf. Respondenten kunnen zich bewust zijn van de moeilijkheden die hen te wachten staan en toch overtuigd zijn van hun beslissing.

Ook de betekenis die respondenten achteraf aan een onverwachte zwangerschap geven, verdient aandacht. Een zwangerschap die niet bewust werd gepland, hoeft immers niet als ongewenst te worden ervaren. Sommige respondenten beschrijven hun gezinsvorming als iets wat hun is overkomen, maar verbinden daar tegelijkertijd uitgesproken positieve gevoelens aan. Zoals een respondent vertelt:

> *"Ik heb nooit gedacht van: oh ja, ik wil nog een kindje… Ze zijn mij overkomen. Maar pas op, het is de beste ramp die mij is overkomen ook."*

Deze uitspraak illustreert hoe een onverwachte gebeurtenis achteraf een positieve en betekenisvolle plaats kan krijgen in iemands levensverhaal. Het ontbreken van een voorafgaand plan zegt daardoor niet noodzakelijk iets over de wenselijkheid van het ouderschap of de waarde die respondenten eraan toekennen.

De bevindingen laten zien dat gezinsplanning voor respondenten geen eenduidig of noodzakelijk lineair proces is. Bewuste toekomstplanning, persoonlijke twijfels,

onverwachte zwangerschappen en aanvaarding kunnen elkaar afwisselen of gelijktijdig aanwezig zijn. Daarbij is het belangrijk onderscheid te maken tussen de oorspronkelijke reproductieve intenties, de omstandigheden waarin een zwangerschap tot stand komt en de betekenis die respondenten daar later aan geven. Gezinsplanning krijgt zo vorm in de wisselwerking tussen persoonlijke keuzes, ervaren handelingsruimte en gebeurtenissen die niet altijd volledig te voorzien of te sturen zijn.

6.2 Beslissen binnen onzekere omstandigheden

De ervaringen van respondenten laten zien dat de ruimte om bewust met gezinsplanning bezig te zijn, sterk kan samenhangen met hun levensomstandigheden. Wanneer het dagelijks leven wordt gekenmerkt door aanhoudende onzekerheid en instabiliteit, kan de aandacht vooral uitgaan naar het omgaan met onmiddellijke problemen. Toekomstgerichte vragen, waaronder het al dan niet krijgen van kinderen, komen dan minder op de voorgrond. Een respondent beschrijft hoe de voortdurende noodzaak om te overleven weinig ruimte liet om stil te staan bij gezinsplanning:

> *“Er was geen planning. Dat was er niet. Eigenlijk is dat iets dat nooit echt aan bod is gekomen. Ik heb nooit anders geweten dan dat ik moest overleven. Ik was continu aan het overleven, dus ik was daar ook gewoon niet mee bezig.”*

Deze uitspraak maakt duidelijk dat het ontbreken van bewuste gezinsplanning niet noodzakelijk voortkomt uit een gebrek aan interesse of verantwoordelijkheidsgevoel. Voor deze respondent was het nadenken over reproductieve wensen nauwelijks aan de orde, omdat andere zorgen het dagelijks leven beheersten. De mogelijkheid om vooruit te kijken en keuzes af te wegen, stond daarmee onder druk.

Tegelijk betekenen moeilijke levensomstandigheden niet dat respondenten geen eigen beslissingen kunnen nemen. Ook binnen een beperkte handelingsruimte kunnen momenten ontstaan waarop zij bewust richting geven aan hun reproductieve leven. Een respondent beschrijft hoe de beslissing om een zwangerschap af te breken voor haar een belangrijk moment van zelfbeschikking betekende:

> *“Als ik dan denk aan toen ik abortus heb gedaan... Ja, dat is wel plannen van: nee, kijk. Dit wil ik niet meer. Daar heb ik voor de eerste keer zelf in kunnen kiezen: zetten we dat door of niet? Dat is toen een keuze geweest in een situatie waar ik in zat, en waar ik het beste vanuit de opties heb genomen. Ik denk dat ik daar het dichtste bij gezinsplanning ben gekomen dan ik ooit eerder was geweest.”*

Opvallend is dat de respondent gezinsplanning hier niet verbindt aan het vooraf plannen van een zwangerschap, maar aan de mogelijkheid om zelf een beslissing te nemen binnen de omstandigheden waarin zij zich bevond. Hoewel zij haar keuzemogelijkheden als beperkt beschrijft, ervaart zij deze beslissing als een betekenisvol moment waarop zij zelf richting kon geven aan haar reproductieve leven.

Deze ervaringen illustreren het spanningsveld tussen persoonlijke handelingsruimte en de beperkingen die voortvloeien uit de levensomstandigheden van respondenten. Het concept begrensd handelingsvermogen (*constrained agency*) biedt hiervoor een relevant interpretatief perspectief: mensen kunnen eigen keuzes maken, terwijl de mogelijkheden waarbinnen zij handelen mede worden gevormd door sociale, relationele en structurele omstandigheden (Kabeer, 1999). Gezinsplanning verschijnt vanuit dit perspectief niet uitsluitend als een proces van vooruitdenken en plannen, maar ook als het maken van betekenisvolle keuzes binnen de mogelijkheden die zich op een bepaald moment voordoen.

6.3 Bespreekbaarheid van gezinsplanning

Uit de interviews blijkt dat de bereidheid om gezinsplanning met hulpverleners te bespreken samenhangt met de aard van de vragen, de bestaande vertrouwensrelatie en de persoonlijke behoefte aan ondersteuning. Respondenten maken daarbij onderscheid tussen medische informatie en de bredere sociale en praktische aspecten van gezinsplanning. Voor vragen over anticonceptie en lichamelijke gezondheid geven sommigen de voorkeur aan een huisarts of gynaecoloog, die zij als deskundige en betrouwbare informatiebronnen beschouwen. Een respondent verwoordt dit als volgt:

> *“Internet, ik weet het niet of dat zo goed is. Anticonceptie en zo zou ik eerder bij een dokter. Voor de zekerheid gynaecoloog. Ja, omdat dat meer medisch gericht is.”*

Deze uitspraak illustreert dat respondenten niet noodzakelijk verwachten dat sociaal werkers medische vragen beantwoorden. Hun mogelijke meerwaarde wordt eerder gezocht in ondersteuning bij de omstandigheden en afwegingen die met gezinsplanning gepaard gaan. Verschillende respondenten zien ruimte voor gesprekken over de haalbaarheid van een kinderwens, beschikbare steunbronnen en de praktische gevolgen van het ouderschap. Ook het omgaan met verwachtingen vanuit de sociale omgeving kan daarbij een gespreksonderwerp zijn.

Zo beschrijft een respondent hoe haar beslissing om geen kinderen te krijgen reacties opriep die zij als ongewoon of vanzelfsprekend normerend ervoer:

> *“Omdat je daar wel mee zit, hè. Allee, ik heb gemerkt, toen ik zo rond de dertig was, en je beslist van: ik wil geen kinderen. Dat is raar. De meeste vrouwen rond de dertig zijn daar enorm mee bezig. En als je dan zelf beslist van: ik wil geen kinderen, zo, allee, dat is heel vreemd, die reacties zijn soms wel… Ja, sommige mensen hebben zoiets van, als vrouw krijg je toch kinderen? Dat is precies zo heel normaal, maar…”*

Haar ervaring laat zien dat reproductieve keuzes niet uitsluitend persoonlijke aangelegenheden zijn, maar ook worden beïnvloed door verwachtingen over

vrouwelijkheid en moederschap. Dergelijke ervaringen kunnen aanleiding geven tot een behoefte aan erkenning of een gesprek waarin ruimte bestaat voor keuzes die afwijken van maatschappelijke verwachtingen. Dat betekent evenwel niet dat iedere respondent hiervoor professionele ondersteuning wenst.

Naast verwachtingen over mogelijke ondersteuning komen ook concrete ervaringen met sociaal werkers aan bod. Enkele respondenten vertellen over gesprekken na ingrijpende gebeurtenissen, zoals een miskraam of psychische moeilijkheden binnen het gezin. Zij beschrijven hoe deze contacten ruimte boden om hun ervaringen te delen en mogelijke vervolgstappen te bespreken. Hoewel dergelijke gesprekken niet noodzakelijk expliciet over gezinsplanning gingen, tonen ze dat reproductieve en gezinsgerelateerde ervaringen binnen een bredere hulpverleningsrelatie aan bod kunnen komen.

De mate waarin respondenten behoefte hebben aan gesprekken over gezinsplanning verschilt. Sommigen vinden het waardevol wanneer hulpverleners hiervoor bewust ruimte creëren. Een alleenstaande moeder beschrijft bijvoorbeeld hoe gesprekken met hulpverleners of andere moeders in een veilige omgeving kunnen helpen om stil te staan bij de eigen kinderwens en toekomstverwachtingen. Vragen als ‘Wat wil ik echt?’ en ‘Hoe zie ik mijn toekomst?’ kunnen volgens haar aanleiding geven tot reflectie en het uitwisselen van ervaringen. De meerwaarde van dergelijke gesprekken ligt voor haar niet zozeer in het aanreiken van antwoorden, maar in het krijgen van ruimte om eigen wensen en mogelijkheden te verkennen.

Andere respondenten ervaren minder behoefte aan professionele begeleiding, bijvoorbeeld omdat zij voldoende steun vinden bij hun partner, familie of medische zorgverleners. Toch betekent dit niet noodzakelijk dat zij gezinsplanning als een ongeschikt onderwerp voor sociaal werk beschouwen. Ook respondenten die zelf geen bijkomende ondersteuning wensen, erkennen dat het waardevol kan zijn wanneer hulpverleners op een laagdrempelige manier aangeven dat het onderwerp bespreekbaar is. Een respondent licht dit toe:

> *“Ik denk dat het wel goed is om het aan te durven stippen of te vragen van: goh, is dit iets wat jou bezighoudt? Wat jouw omgeving bezighoudt? Zodat diegene beseft van: ik kan erover praten. Dus er hoort wel aandacht voor te zijn.”*

Deze uitspraak wijst op een onderscheid tussen het aanbieden van gespreksruimte en het daadwerkelijk aangaan van een gesprek. Door het onderwerp voorzichtig ter sprake te brengen, kan een sociaal werker duidelijk maken dat vragen over gezinsplanning welkom zijn, zonder ervan uit te gaan dat de cliënt hierover wil spreken.

Voor verschillende respondenten is het dan ook belangrijk dat de beslissing om het gesprek verder te zetten bij de cliënt blijft liggen. De gevoeligheid van het onderwerp

vraagt volgens hen om aandacht voor persoonlijke grenzen, de bestaande vertrouwensrelatie en het moment waarop gezinsplanning ter sprake komt. Een respondent benadrukt:

> *“Niet iedereen wil daarover praten. Het kan als mensen er zelf om vragen, maar het moet afhangen van persoon en situatie. Uiteindelijk moet je dat in de eerste plaats bij de cliënt laten liggen.”*

De bevindingen maken duidelijk dat bespreekbaarheid niet gelijkstaat aan een algemene behoefte aan begeleiding. Respondenten verschillen in de onderwerpen die zij met sociaal werkers willen bespreken en in de mate waarin zij daarvoor professionele ondersteuning nodig achten. Een mogelijke rol voor sociaal werk ligt daarom niet noodzakelijk in het systematisch bespreken van reproductieve keuzes, maar in het creëren van een veilige en toegankelijke mogelijkheid tot gesprek, waarbij de cliënt bepaalt of, wanneer en in welke mate hij of zij daarop ingaat.

6.4 Drempels en terughoudendheid om gezinsplanning te bespreken

Uit de interviews blijkt dat gezinsplanning niet voor alle respondenten een vanzelfsprekend gespreksonderwerp is binnen de sociale hulpverlening. De redenen hiervoor zijn uiteenlopend en houden verband met persoonlijke ervaringen, levensomstandigheden, bezorgdheden over mogelijke gevolgen en opvattingen over de plaats van gezinsplanning binnen de privésfeer.

Een eerste belemmering hangt samen met de onzekerheid die het dagelijks leven van sommige respondenten kenmerkt. Wanneer onmiddellijke zorgen en problemen veel aandacht vragen, kan er weinig ruimte overblijven om stil te staan bij toekomstgerichte vragen over kinderwens en ouderschap. Een respondent beschrijft hoe moeilijk het is om vooruit te kijken wanneer het dagelijks leven door onzekerheid wordt beheerst:

> *“Als alles goed gaat, dan is er plaats voor andere ideeën. Dan is er plaats om iets te plannen. De meeste mensen zijn bang voor morgen. Allee, binnen de situatie waar ik in zat dan. Die plannen niet voor volgende week, laat staan voor hun hele leven.”*

Deze ervaring sluit aan bij de eerder beschreven invloed van onzekere levensomstandigheden op reproductieve besluitvorming. Ze suggereert bovendien dat gezinsplanning in dergelijke situaties minder snel als een onderwerp naar voor komt waarvoor men ondersteuning zoekt.

Daarnaast kunnen schaamte en persoonlijke gevoeligheden het bespreken van reproductieve ervaringen bemoeilijken. Vooral wanneer een zwangerschap niet overeenstemt met persoonlijke of maatschappelijke verwachtingen, kan het moeilijk zijn om hierover openlijk te spreken. Een respondent vertelt hoe zij haar zwangerschap op jonge leeftijd beleefde:

> *“Ik was amper 17 toen ik zwanger werd. Ik schaamde mij heel hard dat ik zwanger was. Ik had het daar echt heel moeilijk mee. Om zelfs gewoon maar te zeggen dat ik zwanger was… Toen, op dat ogenblik, was dat niet zo simpel om daarover te denken, laat staan met iemand over te praten.”*

De uitspraak illustreert hoe gevoelens van schaamte een belemmering kunnen vormen om persoonlijke ervaringen onder woorden te brengen. De bereidheid om dergelijke onderwerpen met een hulpverlener te bespreken, kan dan ook samenhangen met de mate waarin iemand zich veilig en begrepen voelt.

Een andere drempel betreft de vrees voor mogelijke gevolgen van openheid tegenover hulpverleners. Sommige respondenten zijn terughoudend om persoonlijke of gezinsgerelateerde moeilijkheden te delen, omdat zij onzeker zijn over de manier waarop deze informatie zal worden geïnterpreteerd. Een respondent verwoordt die bezorgdheid als volgt:

> *“Wat als ik dat hier zeg, hoe gaan ze daarop reageren, wat gaan de gevolgen zijn? (…) misschien gaan ze dan mijn kind uit het huis plaatsen of dit of dat. En dat is totaal niet wat ik wil als ik hulp ga vragen.”*

Deze uitspraak toont hoe de vrees voor ongewenste tussenkomsten in het gezinsleven de bereidheid om hulp te zoeken of gevoelige onderwerpen aan te kaarten kan beïnvloeden. Het gaat daarbij om een gevreesd gevolg, niet noodzakelijk om een daadwerkelijk ervaren ingrijpen. Niettemin kan deze bezorgdheid de openheid binnen een hulpverleningsrelatie beperken.

Naast dergelijke belemmeringen komt ook een meer principiële terughoudendheid tegenover professionele betrokkenheid naar voren. Sommige respondenten beschouwen gezinsplanning in de eerste plaats als een persoonlijke aangelegenheid die binnen de partnerrelatie wordt besproken. Een respondent stelt:

> *“Maar bij mij, als je gaat praten met sociaal werkers, waarom is het nodig? Je hebt jouw man, jullie spreken met elkaar.”*

Voor deze respondent lijkt de partnerrelatie de aangewezen context om reproductieve keuzes te bespreken. De uitspraak wijst daarmee niet noodzakelijk op een ervaren drempel, maar eerder op het ontbreken van een behoefte aan professionele ondersteuning op dit vlak.

De bevindingen maken duidelijk dat terughoudendheid om gezinsplanning te bespreken verschillende achtergronden kan hebben. Terwijl onzekerheid, schaamte en bezorgdheid over mogelijke gevolgen de openheid kunnen beperken, kan het niet willen aangaan van een gesprek ook voortkomen uit een bewuste persoonlijke voorkeur. Voor sociaal werk betekent dit dat het creëren van gespreksmogelijkheden gepaard moet gaan met respect voor de autonomie en grenzen van cliënten. Niet

iedere cliënt ervaart dezelfde behoefte aan ondersteuning, en de keuze om gezinsplanning al dan niet te bespreken moet bij de cliënt blijven.

6.5 Voorwaarden voor een ondersteunend gesprek over gezinsplanning

Uit de interviews komen verschillende voorwaarden naar voor waaronder respondenten gesprekken over gezinsplanning als veilig en ondersteunend (zouden kunnen) ervaren. Deze voorwaarden nemen de eerder beschreven drempels niet noodzakelijk weg, maar kunnen bijdragen aan een omgeving waarin cliënten zich voldoende op hun gemak voelen om persoonlijke vragen en ervaringen te delen. Daarbij staat voorop dat cliënten zelf kunnen bepalen of, wanneer en in welke mate zij over gezinsplanning willen spreken.

Een eerste belangrijke voorwaarde is de aanwezigheid van een vertrouwensrelatie. Verschillende respondenten geven aan dat zij persoonlijke onderwerpen gemakkelijker zouden bespreken met een sociaal werker die hen en hun levenssituatie al kent. Vertrouwen wordt daarbij niet als vanzelfsprekend beschouwd, maar als iets dat geleidelijk ontstaat door eerdere contacten en positieve ervaringen met ondersteuning. Een respondent benadrukt:

> *“Zij kent ons, ik ken haar, we hebben iets opgebouwd op al die tijd dat ze hier ter ondersteuning is geweest. Je hebt echt een basis nodig aan vertrouwen: kent die persoon dat gezin of dat koppel voldoende om dat soort gesprekken aan te gaan?”*

Deze uitspraak laat zien dat de bestaande hulpverleningsrelatie mee bepaalt of een gesprek over gezinsplanning als passend wordt ervaren. De respondent benadrukt niet alleen het belang van vertrouwen, maar ook dat een sociaal werker voldoende vertrouwd moet zijn met de persoonlijke en gezinscontext voordat gevoelige onderwerpen ter sprake worden gebracht.

Nauw verbonden met vertrouwen is het belang van een respectvolle en niet-oordelende houding. Respondenten willen hun ervaringen, twijfels en keuzes kunnen delen zonder het gevoel te krijgen dat hun leefomstandigheden of mogelijkheden als ouder worden beoordeeld. Een respondent beschrijft hoe de houding van een gezinscoach bijdroeg aan een positieve ervaring met hulpverlening:

> *“Die gezinscoach is binnengekomen, heeft zich neergezet en is wat vragen beginnen te stellen van, oké, wie zijn jullie? Waar zitten jullie mee? Wat kan ik doen? (…) Dat was heel fijn. Die gaf mij niet de indruk dat die aan het rondkijken was van, oei, dat is toch niet oké of dit of dat.”*

Hoewel deze ervaring niet noodzakelijk betrekking heeft op een gesprek over gezinsplanning, illustreert ze welke houding de respondent als ondersteunend ervaart. Door belangstelling te tonen voor de situatie en behoeften van het gezin, zonder onmiddellijk te oordelen, kan een hulpverlener bijdragen aan een gevoel van veiligheid.

Ook het moment waarop gezinsplanning ter sprake wordt gebracht, blijkt van belang. Respondenten verwachten dat sociaal werkers rekening houden met de aanleiding van het contact en de vragen die voor cliënten op dat moment prioritair zijn. Wanneer iemand hulp zoekt voor een dringend financieel of praktisch probleem, kan het onverwacht aansnijden van gezinsplanning als ongepast worden ervaren. Een respondent verwoordt dit als volgt:

> *“Als iemand bij jou komt vragen, ik wil een uitkering, dan ga je niet zeggen van: goh, hoe staat het met je familieplanning? (…). Dus je moet wel een beetje oppassen.”*

Deze uitspraak benadrukt dat het bespreekbaar maken van gezinsplanning afstemming vraagt op de concrete hulpvraag en de situatie van de cliënt. Niet alleen de inhoud van het gesprek, maar ook de timing en de manier waarop het onderwerp wordt geïntroduceerd, bepalen of professionele betrokkenheid als ondersteunend wordt ervaren.

Daarnaast hechten respondenten belang aan een open benadering waarin ruimte bestaat voor uiteenlopende opvattingen over kinderwens, anticonceptie en ouderschap. Sociaal werkers kunnen volgens hen het gesprek mogelijk maken door brede vragen te stellen, zonder vooraf bepaalde verwachtingen of gewenste antwoorden op te leggen. Een respondent geeft aan:

> *“Heel open brede vragen stellen en dan het aan de cliënt-patiënt laten om daar iets over te zeggen. (…) Trek het uit de taboesfeer om erover te praten. Zonder te veroordelen.”*

De respondent ziet dus ruimte voor een actieve rol van de hulpverlener bij het bespreekbaar maken van gezinsplanning, zolang de cliënt zelf kan bepalen wat hij of zij daarover wil delen. Een open en niet-oordelende gesprekstijl kan op die manier bijdragen aan het verminderen van de gevoeligheid rond het onderwerp, zonder dat cliënten zich verplicht voelen om hun reproductieve keuzes te verantwoorden.

Een terugkerend aandachtspunt is bovendien het respecteren van de autonomie van cliënten. Respondenten benadrukken dat professionele ondersteuning niet mag betekenen dat beslissingen over hun gezinsleven uit handen worden genomen. Zij verwachten veeleer dat sociaal werkers met hen meedenken en samen naar mogelijkheden zoeken. Een respondent verwoordt dit als volgt:

> *“Laat dat bij mensen zelf. Het is niet omdat ik hulp kom vragen dat daarom alles uit mijn handen moet genomen worden. Dat ik niets meer kan. Laat ons gewoon samen zoeken.”*

Een andere respondent benadrukt eveneens dat beslissingen over gezinsvorming bij de betrokkenen zelf moeten blijven:

> *“Ik vind niet dat iemand anders kan gaan bepalen wat jij doet met je gezin of hoeveel kinderen je mag hebben.”*

Beide uitspraken maken duidelijk dat respondenten een onderscheid maken tussen ondersteuning bij het verkennen van mogelijkheden en inmenging in persoonlijke beslissingen. Zij verwachten dat sociaal werkers hun eigen afwegingen en keuzes respecteren, ook wanneer die afwijken van de opvattingen of verwachtingen van de hulpverlener. Ondersteuning wordt in die zin vooral als waardevol beschouwd wanneer zij de eigen handelingsruimte van cliënten behoudt of versterkt.

Tot slot wijzen respondenten op het belang van de toegankelijkheid van de hulpverlener en de omstandigheden waarin gesprekken plaatsvinden. Voor sommigen kan herkenning in de persoonlijke ervaringen van een sociaal werker bijdragen aan een gevoel van begrip en verbondenheid. Zo vertelt een respondent over een hulpverlener met wie zij zich gemakkelijker kon identificeren:

> *“Ik voelde me meer op mijn gemak en begrepen bij haar. Ze was ook een alleenstaande moeder.”*

Deze ervaring suggereert dat herkenbare levenservaringen het vertrouwen in een hulpverlener kunnen versterken, zonder dat dergelijke overeenkomsten voor iedere cliënt noodzakelijk zijn.

Ook de gespreksomgeving kan volgens respondenten een verschil maken. Niet iedereen voelt zich even comfortabel bij een formeel gesprek tegenover een hulpverlener. Een respondent beschrijft hoe een informelere setting meer ruimte kan bieden om persoonlijke onderwerpen te bespreken:

> *“Ga eens naar buiten een wandeling maken. Dat geeft soms mensen meer vertrouwen of ruimte om hun ding te zeggen. Je hoeft niet in de ogen te kijken of dit of dat.”*

Deze uitspraak illustreert dat een ondersteunend gesprek niet noodzakelijk binnen een formele gespreksruimte hoeft plaats te vinden. Een vertrouwde of informele omgeving kan voor sommige cliënten de drempel verlagen om persoonlijke ervaringen te delen.

De bevindingen tonen dat een ondersteunend gesprek over gezinsplanning niet afhankelijk is van één afzonderlijke voorwaarde. Vertrouwen, een respectvolle en niet-oordelende houding, passende timing, een open gespreksstijl en aandacht voor de persoonlijke voorkeuren van cliënten hangen nauw met elkaar samen. Centraal staat het onderscheid tussen het aanbieden van ondersteuning en het sturen van reproductieve keuzes. Respondenten verwachten dat sociaal werkers ruimte kunnen creëren om over gezinsplanning te spreken, maar daarbij de regie over het gesprek en de uiteindelijke beslissingen bij de cliënt laten.

7 Discussie

Dit onderzoek verkende hoe maatschappelijk kwetsbare cliënten gezinsplanning ervaren en welke verwachtingen, wensen en grenzen zij hebben ten aanzien van de mogelijke betrokkenheid van sociaal werkers. De bevindingen tonen dat gezinsplanning niet uitsluitend wordt ervaren als een bewuste keuze over het al dan niet krijgen van kinderen. Voor respondenten krijgt gezinsplanning vorm in een samenspel van persoonlijke wensen, onverwachte gebeurtenissen, levensomstandigheden en de mogelijkheden die zij ervaren om zelf beslissingen te nemen.

Daarnaast blijkt dat respondenten uiteenlopende verwachtingen hebben van professionele ondersteuning. Terwijl sommigen ruimte zien voor gesprekken over kinderwens, ouderschap en de omstandigheden waarin reproductieve keuzes worden gemaakt, ervaren anderen weinig behoefte om deze onderwerpen met een sociaal werker te bespreken. De mogelijke rol van sociaal werk kan daarom niet los worden gezien van de autonomie, voorkeuren en persoonlijke grenzen van cliënten.

In dit hoofdstuk worden de bevindingen geïnterpreteerd vanuit het perspectief van reproductieve rechtvaardigheid en begrensd handelingsvermogen. Vervolgens wordt besproken wat deze inzichten betekenen voor de mogelijke rol van sociaal werkers bij gezinsplanning. Tot slot wordt gereflecteerd op de methodologische keuzes en beperkingen van het onderzoek.

7.1 Reproductieve rechtvaardigheid als interpretatiekader

De bevindingen kunnen worden begrepen vanuit het perspectief van reproductieve rechtvaardigheid, waarin drie onderling verbonden rechten centraal staan: het recht om kinderen te krijgen, het recht om geen kinderen te krijgen en het recht om kinderen in veilige en gezonde omstandigheden op te voeden (Ross & Solinger, 2017). Dit perspectief benadrukt dat reproductieve autonomie niet uitsluitend afhankelijk is van

individuele beslissingsvrijheid, maar ook van de sociale, economische en maatschappelijke omstandigheden waarin keuzes worden gemaakt.

Het recht om kinderen te krijgen komt naar voor in de manier waarop respondenten hun kinderwens verbinden aan voorwaarden zoals financiële stabiliteit, huisvesting en mentale draagkracht. Sommige respondenten stellen het ouderschap bewust uit totdat zij zich voldoende voorbereid voelen. Vanuit reproductieve rechtvaardigheid kan dit worden geïnterpreteerd als een aanwijzing dat de mogelijkheid om een kinderwens te realiseren niet alleen samenhangt met persoonlijke voorkeuren, maar ook met de omstandigheden waarin iemand zich bevindt. Een kinderwens hebben en zich in staat voelen om die wens te realiseren, vallen immers niet noodzakelijk samen.

De interviews laten bovendien zien dat reproductieve besluitvorming niet altijd verloopt volgens een vooraf uitgestippeld plan. Respondenten beschrijven onverwachte zwangerschappen en situaties waarin de dagelijkse noodzaak om met onzekerheid om te gaan weinig ruimte liet voor toekomstgerichte gezinsplanning. Dit sluit aan bij het concept begrensd handelingsvermogen: mensen maken eigen keuzes, maar doen dat binnen mogelijkheden die mede worden gevormd door omstandigheden waarop zij niet altijd invloed hebben. Het ontbreken van een voorafgaand plan hoeft vanuit dit perspectief niet te worden begrepen als een gebrek aan verantwoordelijkheidsgevoel, maar kan samenhangen met de beperkte ruimte om vooruit te kijken en alternatieven af te wegen.

Tegelijkertijd maken de bevindingen duidelijk dat beperkte handelingsruimte niet gelijkstaat aan het ontbreken van autonomie. Een respondent beschreef haar beslissing om een zwangerschap af te breken als een van de eerste momenten waarop zij bewust richting kon geven aan haar reproductieve leven. Deze ervaring raakt aan het recht om geen kinderen te krijgen en illustreert hoe een concrete reproductieve beslissing als betekenisvol kan worden ervaren, ook wanneer de omstandigheden waarin zij wordt genomen moeilijk zijn. Het individuele verhaal laat echter niet toe om algemene conclusies te trekken over de toegankelijkheid van abortuszorg of over reproductieve dwang.

Ook de ervaringen met anticonceptie zijn relevant voor dit tweede recht. Sommige respondenten beschrijven zwangerschappen die volgens hun eigen ervaring ontstonden ondanks anticonceptiegebruik, of uiten onzekerheid over de informatie die zij over medicatie ontvingen. Deze verhalen tonen vooral hoe belangrijk betrouwbare informatie en passende medische ondersteuning kunnen zijn voor het ervaren van controle over reproductieve keuzes.

Het derde recht, namelijk kinderen kunnen opvoeden in veilige en gezonde omstandigheden, sluit aan bij de betekenis die respondenten toekennen aan bestaanszekerheid en ondersteuning binnen het gezinsleven. Financiële moeilijkheden, relationele onzekerheid en zorgen over de eigen draagkracht kunnen niet alleen de beslissing om kinderen te krijgen beïnvloeden, maar ook de omstandigheden waarin ouderschap wordt beleefd. Vanuit reproductieve rechtvaardigheid wordt daardoor zichtbaar dat ondersteuning bij gezinsplanning niet uitsluitend betrekking heeft op het voorkomen of plannen van zwangerschappen, maar ook op de bredere voorwaarden waaronder mensen hun gezinsleven kunnen vormgeven.

In dit verband is ook de vrees voor mogelijke gevolgen van openheid tegenover hulpverleners betekenisvol. Een respondent uitte bezorgdheid dat het bespreken van gezinsproblemen zou kunnen leiden tot ongewenste tussenkomsten, zoals een uithuisplaatsing. Hoewel deze uitspraak geen bewijs vormt van daadwerkelijk ingrijpen, laat zij zien dat de ervaren veiligheid binnen een hulpverleningsrelatie invloed kan hebben op de bereidheid om ondersteuning te zoeken. De mogelijkheid om hulp te vragen zonder zich onmiddellijk beoordeeld of bedreigd te voelen, is daarmee eveneens relevant voor de omstandigheden waarin cliënten hun gezinsleven vormgeven.

De drie rechten van reproductieve rechtvaardigheid blijken in de ervaringen van respondenten nauw met elkaar verbonden. De omstandigheden die de realisatie van een kinderwens beïnvloeden, kunnen ook doorwerken in het ouderschap. Tegelijkertijd hangen reproductieve keuzes samen met de beschikbare informatie, persoonlijke relaties en de mate waarin cliënten zich vrij voelen om ondersteuning te zoeken.

Het perspectief van reproductieve rechtvaardigheid maakt zo duidelijk dat reproductieve autonomie meer omvat dan het formele recht om zelf te beslissen. Ook de daadwerkelijke mogelijkheden om keuzes te overwegen, te realiseren en ondersteuning te zoeken, verdienen aandacht. Voor de interpretatie van de bevindingen is daarbij van belang dat respondenten niet uitsluitend worden beschouwd vanuit de beperkingen die zij ervaren, maar ook vanuit de manieren waarop zij binnen hun omstandigheden zelf betekenis geven aan gezinsplanning en reproductieve beslissingen nemen.

7.2 De mogelijke rol van sociaal werk bij gezinsplanning

De bevindingen wijzen op een mogelijke aanvullende rol voor sociaal werkers bij gezinsplanning, maar laten tegelijk zien dat deze rol niet voor iedere cliënt dezelfde betekenis heeft. Respondenten maken onderscheid tussen medische vragen, waarvoor zij doorgaans een huisarts of gynaecoloog als aangewezen aanspreekpunt

beschouwen, en de sociale, praktische en emotionele aspecten van gezinsplanning. Juist op dat laatste terrein zien sommige respondenten mogelijkheden voor ondersteuning door sociaal werkers.

Deze verwachtingen sluiten aan bij de bredere opdracht van sociaal werk om aandacht te hebben voor de wisselwerking tussen persoonlijke problemen en maatschappelijke omstandigheden. Gezinsplanning raakt immers niet alleen aan anticonceptie of zwangerschap, maar ook aan vragen over huisvesting, financiële zekerheid, relaties, draagkracht en beschikbare steun. Sociaal werkers kunnen vanuit hun kennis van de leefwereld van cliënten mogelijk bijdragen aan het verkennen van deze omstandigheden en, waar nodig, ondersteuning of doorverwijzing aanbieden.

De resultaten suggereren echter niet dat sociaal werkers gezinsplanning standaard of uitgebreid met iedere cliënt zouden moeten bespreken. De behoefte aan ondersteuning verschilt sterk. Sommige respondenten waarderen de mogelijkheid om stil te staan bij hun kinderwens en toekomstverwachtingen, terwijl anderen voldoende steun ervaren binnen hun partnerrelatie, familie of medische begeleiding. Het aanbieden van een gesprek moet daarom worden onderscheiden van het veronderstellen dat iedere cliënt daaraan behoefte heeft.

Een belangrijke bevinding is dat respondenten vooral belang hechten aan de manier waarop gezinsplanning bespreekbaar wordt gemaakt. Vertrouwen, een niet-oordelende houding en afstemming op de actuele hulpvraag worden herhaaldelijk genoemd als voorwaarden voor een ondersteunend gesprek. Dit wijst erop dat de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie minstens zo belangrijk kan zijn als de inhoudelijke kennis van de sociaal werker.

Daarbij vraagt het onderwerp om aandacht voor timing. Wanneer cliënten ondersteuning zoeken voor dringende financiële of praktische problemen, kan een onverwachte vraag over hun kinderwens als ongepast of belastend worden ervaren. Tegelijk kan het waardevol zijn wanneer sociaal werkers op een passend moment aangeven dat vragen over gezinsplanning bespreekbaar zijn. De bevindingen wijzen daarmee op het belang van een uitnodigende, maar niet-opdringerige benadering.

Deze spanning tussen het bespreekbaar maken van gezinsplanning en het respecteren van persoonlijke grenzen is bijzonder relevant vanuit reproductieve autonomie. Respondenten benadrukken dat zij zelf willen blijven bepalen welke onderwerpen zij bespreken en welke beslissingen zij nemen. Professionele ondersteuning wordt vooral als wenselijk voorgesteld wanneer sociaal werkers meedenken, mogelijkheden helpen verkennen en de eigen keuzes van cliënten respecteren.

Dit sluit aan bij een krachtgerichte benadering, waarin niet de hulpverlener maar de cliënt richting geeft aan het ondersteuningsproces. Tegelijk vraagt een dergelijke benadering om alertheid voor mogelijke machtsverschillen binnen hulpverleningsrelaties. Wanneer cliënten afhankelijk zijn van ondersteuning, kunnen vragen over kinderwens of ouderschap anders worden ervaren dan wanneer zij deze onderwerpen uit eigen beweging ter sprake brengen. De vrees voor beoordeling of ongewenste tussenkomsten die in sommige interviews naar voor komt, onderstreept het belang van deze gevoeligheid.

Vanuit reproductieve rechtvaardigheid betekent dit dat sociaal werkers niet alleen aandacht moeten hebben voor individuele keuzes, maar ook voor de omstandigheden die deze keuzes beïnvloeden. Een gesprek over gezinsplanning kan bijvoorbeeld ruimte bieden om financiële zorgen, relationele ondersteuning of praktische belemmeringen te bespreken. Tegelijk is het belangrijk dat dergelijke omstandigheden niet worden gebruikt om reproductieve keuzes van cliënten te beoordelen of in een bepaalde richting te sturen.

De bevindingen ondersteunen daarom vooral een mogelijke rol voor sociaal werk als toegankelijk aanspreekpunt voor de niet-medische aspecten van gezinsplanning. Die rol kan bestaan uit het bieden van gespreksruimte, het ondersteunen van reflectie, het verkennen van praktische mogelijkheden en het doorverwijzen naar passende medische of andere gespecialiseerde ondersteuning. De interviews laten evenwel niet toe om uitspraken te doen over de effectiviteit van dergelijke ondersteuning. Zij bieden in de eerste plaats inzicht in wat respondenten wenselijk, ondersteunend of juist ongepast vinden.

De centrale implicatie is dan ook dat de betrokkenheid van sociaal werkers bij gezinsplanning niet vanzelfsprekend mag worden ingevuld vanuit professionele doelstellingen alleen. Een ondersteunende rol vraagt om voortdurende afstemming op de wensen, behoeften en grenzen van cliënten. Daarbij moet ook de keuze om gezinsplanning niet met een sociaal werker te bespreken worden gerespecteerd.

8 Conclusie

Dit onderzoek verkende hoe maatschappelijk kwetsbare cliënten in Vlaanderen gezinsplanning ervaren en welke verwachtingen, wensen en grenzen zij hebben ten aanzien van de mogelijke betrokkenheid van sociaal werkers. Op basis van twaalf kwalitatieve interviews komen drie centrale inzichten naar voor.

Ten eerste blijkt dat gezinsplanning voor respondenten niet noodzakelijk een bewust of vooraf uitgestippeld proces is. Sommigen verbinden hun kinderwens aan voorwaarden zoals financiële stabiliteit, geschikte huisvesting en mentale draagkracht. Anderen

beschrijven hoe onverwachte zwangerschappen en onzekere levensomstandigheden hun mogelijkheden om vooruit te plannen beïnvloeden. Tegelijk maken respondenten ook binnen moeilijke omstandigheden betekenisvolle keuzes. Gezinsplanning omvat daardoor niet alleen het bewust vormgeven van een kinderwens, maar ook het omgaan met onverwachte gebeurtenissen en het nemen van beslissingen binnen de mogelijkheden die zich voordoen.

Ten tweede zien respondenten een mogelijke, maar niet vanzelfsprekende rol voor sociaal werkers. Voor medische vragen over anticonceptie en reproductieve gezondheid geven zij doorgaans de voorkeur aan een huisarts of gynaecoloog. Sommige respondenten zien voor sociaal werkers vooral een aanvullende rol bij de sociale, relationele en praktische aspecten van gezinsplanning. De behoefte aan dergelijke ondersteuning verschilt echter. Terwijl sommigen het waardevol vinden om over hun kinderwens en toekomstverwachtingen te kunnen spreken, beschouwen anderen gezinsplanning als een persoonlijke aangelegenheid waarvoor zij geen professionele begeleiding wensen.

Ten derde hangt de bereidheid om gezinsplanning te bespreken nauw samen met de ervaren veiligheid binnen de hulpverleningsrelatie. Respondenten benadrukken het belang van vertrouwen, een respectvolle en niet-oordelende houding en aandacht voor de timing van het gesprek. Ook de vrees voor mogelijke gevolgen van openheid kan een drempel vormen. Daarbij gaat het om bezorgdheden die respondenten uitspreken, niet noodzakelijk om daadwerkelijk ervaren tussenkomsten. Het is daarom belangrijk dat cliënten duidelijkheid krijgen over vertrouwelijkheid en de grenzen daarvan, en zelf kunnen bepalen welke onderwerpen zij willen bespreken.

Vanuit het perspectief van reproductieve rechtvaardigheid maken deze bevindingen duidelijk dat reproductieve keuzes niet los kunnen worden gezien van de omstandigheden waarin mensen leven. Persoonlijke wensen en beslissingen worden mede beïnvloed door bestaanszekerheid, huisvesting, gezondheid, sociale relaties en toegang tot ondersteuning. De mogelijke bijdrage van sociaal werk ligt daarom niet in het sturen van reproductieve keuzes, maar in het bieden van passende ondersteuning bij de omstandigheden en vragen die cliënten zelf belangrijk vinden.

De centrale conclusie is dat sociaal werkers een betekenisvolle aanvullende rol kunnen vervullen bij gezinsplanning, op voorwaarde dat hun betrokkenheid aansluit bij de wensen, behoeften en grenzen van cliënten. Het bespreekbaar maken van gezinsplanning mag daarbij nooit vanzelfsprekend worden gelijkgesteld aan de noodzaak om erover te spreken. Ook de keuze om geen professionele ondersteuning te wensen, maakt deel uit van de reproductieve autonomie van cliënten.

8.1 Beperkingen van het onderzoek

Bij de interpretatie van de bevindingen moet rekening worden gehouden met het kleinschalige en exploratieve karakter van dit onderzoek. De respondentengroep bestond uit elf vrouwen en één man, waardoor voornamelijk vrouwelijke perspectieven aan bod kwamen. Hoewel de respondenten verschilden in leeftijd en levenssituatie, laat de beperkte steekproef geen veralgemening naar alle maatschappelijk kwetsbare cliënten in Vlaanderen toe.

Daarnaast kan de rekrutering via Bindkracht, Project MIRIAM en het netwerk van de onderzoekers de resultaten hebben beïnvloed. Personen die minder verbonden zijn met hulpverleningsnetwerken, zijn mogelijk onvoldoende vertegenwoordigd. Dit is vooral relevant voor de bevindingen over vertrouwen in hulpverleners en de bespreekbaarheid van gezinsplanning.

Ook de dataverzameling en analyse kennen beperkingen. De interviews werden afgenomen door studenten onder begeleiding van een ervaren docent-onderzoeker, waardoor verschillen in interviewervaring de diepgang van de gesprekken kunnen hebben beïnvloed. Bovendien kan de gevoeligheid van het onderwerp ertoe hebben geleid dat respondenten bepaalde ervaringen niet volledig deelden. Na een eerste analyse door studenten werden de transcripties opnieuw geanalyseerd door de docent-onderzoeker. De uiteindelijke thematische interpretatie blijft daardoor mede afhankelijk van de analytische keuzes van de onderzoeker.

Tot slot richtte het onderzoek zich uitsluitend op het perspectief van cliënten. Hun uitspraken over sociaal werk omvatten zowel concrete ervaringen als verwachtingen over mogelijke ondersteuning. Omdat sociaal werkers zelf niet werden bevraagd, kan niet worden vastgesteld hoe deze verwachtingen zich verhouden tot de mogelijkheden en verantwoordelijkheden van professionals.

Ondanks deze beperkingen biedt het onderzoek inzicht in uiteenlopende ervaringen en verwachtingen rond gezinsplanning en reikt het relevante aandachtspunten aan voor cliëntgerichte ondersteuning.

9 Aanbevelingen

De bevindingen bieden verschillende aanknopingspunten voor de sociaalwerkpraktijk, organisaties, opleidingen en beleid. Gezien het exploratieve karakter van het onderzoek moeten deze aanbevelingen worden beschouwd als aandachtspunten die voortvloeien uit de ervaringen en verwachtingen van respondenten, niet als interventies waarvan de effectiviteit is aangetoond.

9.1 Voor sociaal werkers

De bevindingen wijzen erop dat sociaal werkers een aanvullende rol kunnen opnemen bij gezinsplanning, op voorwaarde dat zij aansluiten bij de behoeften en wensen van cliënten. Het kan waardevol zijn om op een passend moment aan te geven dat vragen over kinderwens, anticonceptie, zwangerschap of ouderschap bespreekbaar zijn. Daarbij is het belangrijk rekening te houden met de actuele hulpvraag en de persoonlijke situatie van de cliënt. Niet iedereen heeft immers behoefte aan een gesprek over gezinsplanning, en ook de keuze om hierover niet te spreken, verdient respect.

Wanneer gezinsplanning ter sprake komt, is een open en niet-oordelende houding van belang. Respondenten benadrukken dat zij hun ervaringen en twijfels willen kunnen delen zonder het gevoel te krijgen dat hun keuzes worden beoordeeld. Sociaal werkers kunnen ruimte bieden voor dergelijke gesprekken door open vragen te stellen en cliënten zelf richting te laten geven aan het gesprek. Daarbij is het belangrijk geen verwachtingen op te leggen over kinderwens, ouderschap of anticonceptie.

Daarnaast vraagt ondersteuning bij gezinsplanning om aandacht voor de bredere levensomstandigheden van cliënten. Financiële onzekerheid, huisvesting, gezondheid en relaties kunnen een rol spelen bij reproductieve keuzes. Sociaal werkers kunnen deze omstandigheden mee verkennen en, wanneer cliënten dat wensen, praktische ondersteuning bieden of doorverwijzen naar passende diensten. Voor medische vragen blijven artsen en andere bevoegde zorgverleners de aangewezen aanspreekpunten.

Tot slot tonen de interviews dat sommige respondenten bezorgd zijn over de mogelijke gevolgen van openheid tegenover hulpverleners. Duidelijke communicatie over vertrouwelijkheid en de grenzen daarvan kan helpen om onzekerheid hierover te verminderen. Het is daarom belangrijk dat cliënten weten hoe met persoonlijke informatie wordt omgegaan en in welke omstandigheden informatie kan of moet worden gedeeld.

9.2 Voor organisaties en opleidingen

Ook voor organisaties en opleidingen bieden de bevindingen enkele aandachtspunten.

Hoewel gezinsplanning vaak vanuit een medisch perspectief wordt benaderd, tonen de interviews dat vragen over kinderwens, zwangerschap en ouderschap nauw verbonden kunnen zijn met sociale en maatschappelijke omstandigheden. Het is daarom relevant dat toekomstige sociale professionals tijdens hun opleiding kennismaken met gezinsplanning als een thema dat ook binnen hun werkveld aan bod kan komen.

Ook binnen organisaties kan ruimte worden gemaakt voor kennisdeling en professionele reflectie over gezinsplanning. Toegankelijke informatie over

reproductieve gezondheid, beschikbare ondersteuning en doorverwijsmogelijkheden kan sociaal werkers helpen wanneer cliënten hierover vragen stellen. Daarnaast is het zinvol om aandacht te besteden aan de afstemming met medische zorgverleners. Zo kunnen sociaal werkers cliënten ondersteunen bij sociale en praktische vragen en hen, wanneer zij dat wensen, doorverwijzen voor medische informatie of gespecialiseerde zorg.

9.3 Voor beleid

De bevindingen laten zien dat gezinsplanning niet losstaat van de bredere levensomstandigheden van cliënten. Financiële onzekerheid, huisvestingsproblemen en beperkte toegang tot ondersteuning kunnen invloed hebben op de ruimte die mensen ervaren om over hun kinderwens na te denken en reproductieve keuzes te maken. Beleid rond reproductieve gezondheid kan daarom niet uitsluitend gericht zijn op medische zorg en informatie, maar vraagt ook aandacht voor bestaanszekerheid en sociale ongelijkheid.

Daarnaast is het belangrijk dat aandacht voor gezinsplanning binnen de hulpverlening niet leidt tot druk om bepaalde keuzes te maken. De ervaringen van respondenten onderstrepen het belang van een duidelijke grens tussen ondersteuning en inmenging. Ook in hulpverleningscontexten waarin professionals betrokken zijn bij de opvolging of bescherming van gezinnen, moet er aandacht blijven voor de autonomie en persoonlijke keuzes van cliënten.

9.4 Voor verder onderzoek

Vervolgonderzoek kan de ervaringen en verwachtingen van cliënten rond gezinsplanning verder verdiepen. Daarbij is het relevant om een grotere en meer diverse groep respondenten te betrekken, met bijzondere aandacht voor mannen en maatschappelijk kwetsbare personen die weinig of geen contact hebben met hulpverleningsnetwerken. Ook kan verder worden onderzocht hoe cliënten gesprekken over gezinsplanning in verschillende hulpverleningscontexten ervaren en waar voor hen de grens ligt tussen ondersteuning en ongewenste inmenging.

Daarnaast is bijkomend onderzoek naar het perspectief van sociale professionals wenselijk. Voor zover bekend is het Vlaamse onderzoek hierover beperkt. Het onderzoek van Malisse (2024), uitgevoerd in samenwerking met Fara, richtte zich op de Leuvense context. Verder onderzoek in andere regio's en hulpverleningscontexten kan meer inzicht bieden in hoe sociaal werkers hun mogelijke rol bij gezinsplanning zien, welke ervaringen zij hiermee hebben en welke ondersteuning zij daarbij nodig achten.

10 Literatuurlijst

Alzate, M.M. (2009). *The role of sexual and reproductive rights in social work practice*. Affilia, 24, 108–119. https://doi.org/10.1177/0886109909331695

Boslaugh, E. S. (2025). *Family planning*. Salem Press Encyclopedia. Research Starters. Geraadpleegd op 18 februari 2025, via https://www.ebsco.com/research-starters/social-sciences-and-humanities/family-planning

Braun, V., & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Christiansen, C. S., Gibbs, S., & Chandra-Mouli, V. (2013). *Preventing early pregnancy and pregnancy-related mortality and morbidity in adolescents in developing countries: The place of interventions in the prepregnancy period*. Journal of Pregnancy, 257546, 5pgs https://doi.org/10.1155/2013/257546

Cleland, J., Harbison, S., & Shah, I.H. (2014). *Unmet need for contraception: issues and challenges.* Studies in Family Planning, 45(2):105–122. https://www.jstor.org/stable/24642137

Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the intersection of race and sex*. University of Chicago Legal Forum, 1989(1), 139–167. https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8

Cès, S. & Baeten, R. (2020). *Inequalities in access to healthcare in Belgium*. Brussels: European Social Observatory, 184 p.

Decat, P., De Meyer, S., Jaruseviciene, L., Orozco, M., Ibarra, M., Segura, Z., Medina, J., Vega, B., Michielsen, K., Temmerman, M., & Degomme, O. (2015). *Sexual onset and contraceptive use among adolescents from poor neighbourhoods in Managua, Nicaragua*. European journal of contraception and reproductive health care, 20(2), 88–100. https://doi.org/10.3109/13625187.2014.955846

Dehlendorf, C., Rodriguez, M.I., Levy, K., Borrero,S. & Steinauer, J. (2010). *Disparities in family planning*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 202(3), 214-220, https://doi.org/10.1016/j.ajog.2009.08.022

Edmeades, J., Mejia, C., Parsons, J. & Sebany, M. (2018*). A Conceptual Framework for Reproductive Empowerment: Empowering Individuals and Couples to Improve their Health* (Background Paper). Washington D.C., International Center for Research on Women. A Conceptual Framework for Reproductive Empowerment: Empowering Individuals and Couples to Improve their Health (Brief)

Fox, E., Reyna, A., Malcolm, N.M., Rosmarin, R.B., Zapata, L.B., Frederiksen, B.N., Moskosky, S.B., & Dehlendorf, C. (2018). *Client Preferences for Contraceptive*

Counseling: A Systematic Review. Am J Prev Med. 55(5):691-702. doi:10.1016/j.amepre.2018.06.006

Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., Devos, C., Scohy, A., Vlayen, A., Yaras, H., Janssens, C., & Meeus, P. (2024). *Performance of the Belgian health system: Report 2024* (KCE Reports 376C). Belgian Health Care Knowledge Centre. https://doi.org/10.57598/R376C

Ginsburg, F., & Rapp, R. (Eds.). (1995). *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction.* Berkeley: University of California Press. 450p.

Gomez, A.M. & Wapman, M. (2017). *Under (implicit) pressure: young Black and Latina women's perceptions of contraceptive care*, Contraception, 96-4, 221-226, https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.07.007

Gozzi, P., Persson, M., Nielsen, A., Kilander, H., Kågesten, A.E., Iwarsson, K.E., Ljungcrantz, D., Bredell, M., & Larsson, E.C.. (2024). *Contraceptive access and use among women with migratory experience living in high-income countries: a scoping review*. BMC Public Health. 24(1):2569. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19778-y

Grant, C. G. (2016). *Benefits of Investing in Family Planning. In Institute of development Studies*. Institute of development Studies. Geraadpleegd op 11 februari 2025, van https://opendocs.ids.ac.uk/articles/report/Benefits_of_Investing_in_Family_Planning/26473771?file=48247897

Habib, M. (2022). *Barriers to Family Planning: Challenges in Access Around the World.* Population institute. PI-3056-International-Barriers-Brief-v6.pdf

Hollenberger, J., & Madden, E. E. (2021). Integration of family planning information in social work education. Journal of Baccalaureate Social Work, 26(1), 79–90. https://doi.org/10.18084/1084-7219.26.1.79

Jeeninga, W., & Cloin, J.C.M. (2021). *Nu niet zwanger in Midden-Brabant: Bereik en ervaringen van hulpverleners en cliënten*. Tranzo, Tilburg University.

Johnson, K.M., Dodge, L.E., Hacker, M.R., & Ricciotti, H.A. (2015). *Perspectives on family planning services among adolescents at a Boston community health center*. J Pediatr Adolesc Gynecol, 28(2):84-90. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2014.05.010

Kabeer, N. (1999). Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment. *Development and Change*, 30(3), 435–464. https://doi.org/10.1111/1467-7660.00125

Karp, C., Wood, S.N., Galadanci, H., Sebina Kibira, S.P., Makumbi, F., Omoluabi, E., Shiferaw, S., Seme, A., Tsui, A., & Moreau, C. (2020). *'I am the master key that opens and locks': Presentation and application of a conceptual framework for women's and girls' empowerment in reproductive health*. Soc Sci Med. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113086

Kelder, I., Sneijdera, P., Klarenbeek, A. & Laan, E. (2022). *Communication practices in conversations about sexual health in medical healthcare settings: A systematic review*. Patient education and counselling. 105, 858-868. https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.049

Ketting, E., Brockschmidt, L., Renner, I., Luyckfasseel, L. & Ivanova, O. (2018). *Sexuality education in Europe and Central Asia: Recent developments and current status*. In Onofre-Rodríguez, D.J., Márquez-Vega, M.A., Benavides-Torres, R.A. & del Carmen Barbosa-Martínez, R. (Eds.), Sex Education: Global Perspectives, Effective Programs and Socio-Cultural Challenges (pp. 75-120). Nova Science Publishers.

Kirby, D. (2007*). Emerging answers 2007: Research findings on programs to reduce teen pregnancy and sexually transmitted diseases.* National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. Emerging Answers 2007: Research Findings on Programs to Reduce Teen Pregnancy and Sexually Transmitted Diseases. Full Report.

Liddell, J. L. (2019). *Reproductive justice and the social work profession: Common grounds and current trends.* Affilia, 34(1), 99-115. https://doi.org/10.1177/0886109918803646

Loder, C. & Solomon, L.M. (2022) *Improving contraceptive care for marginalized population.* Contemporary OB/GYN Journal, 67(9).

Loewenthal, L., & De Sutter, P. (2020). *Reproductive rights in Belgium: Legal frameworks and social realities*. Leuven: Acco.

Malisse, L. (2024). *Gezinsplanning bespreekbaar maken: Een kwalitatief onderzoek naar drempels en good practices bij eerstelijnswerkers en gespecialiseerde hulpverleners*. https://www.fara.be/downloads/onderzoeksrapport-gezinsplanning-bespreekbaar-maken/

Manzer, J.L., Carrillo-Perez, A., Tingey,L., Ouellette, L., Hogan, C., Atkins, N., Carmichael, K., Guerrero-Ramirez, G., Magee, M.M., Miller, M.A., Nwankwo, C., Reid, S., Strelevitz,T., Taylor, V., Waddell, W., Wong, M., Yuksel, B. & Blum, J. (2024). *Client Perspectives on Contraceptive Care: A Systematic Review*. American journal of Preventive Medicine. 67(65):S22−S31.

OHCHR (2011). *Information received from Belgium on the implementation of the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW). Office of the High Commissioner for Human Right*s. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/MortalityAndMorbidity/Belgium.pdf

Pires, P., Mupueleque, M., Macaringue, C., Zakus, D., Siemens, R., & Belo, C. (2022). Users' *perspectives on the quality of family planning services in Mozambique: A case study.* Pan African Medical Journal, 4 (42): 174. https://doi.org/10.11604/pamj.2022.42.174.26049

Prata, N., Fraser, A., Huchko, M.J., Gipson, J.D., Withers, M., Lewis, S., Ciaraldi, E.J., & Upadhyay, U.D. (2017). *Women's empowerment and family planning: A review of the literature.* Journal of Biosocial Science, 49(6):713-743. https:/doi.org/10.1017/S0021932016000663

Pérez-Sánchez, M., Immordino, P., Romano, G., Giordano, A., García-Gil, C., Morales, F. (2024). *Access of migrant women to sexual and reproductive health services: A systematic review*, Midwifery, 139. https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104167.

Price, K. (2020). *What is reproductive justice? How women of color activists are redefining the pro-choice paradigm*. Meridians, 19(S1), 340–362. https://doi.org/10.1215/15366936-8566034

Roets, G., Roose, R., & Bouverne-De Bie, M. (2013). *Researching child poverty: Towards a lifeworld orientation*. Childhood, 20(4), 535-549. https://doi.org/10.1177/0907568212475101

Ross, L. J., & Solinger, R. (2017). *Reproductive Justice: An Introduction.* University of California Press.

Rutgers (2023). *New perspectives on reproductive choice*. Geraadpleegd op 10 maart 2025, van https://www.rutgers.nl/onderzoeken/new-perspectives-een-uniek-onderzoek-naar-de-reproductieve-keuzes-van-vluchtelingen

Scohy, A., Bracho Montes de Oca, E., Claerman, R., De Pauw, R., Guariguata, L., Int Panis, L., Mogin, G., Nayani, S., Schmidt, M., Van den Borre, L., & Gorasso, V. (2024). Women's health report. Brussels, Belgium: Sciensano. Report number: D/2024.14.440/31. https://www.sciensano.be/en/biblio/womens health-report-belgium-2024

Sensoa International. (z.d.). *Gezinsplanning*. Geraadpleegd op 18 februari 2025, via Gezinsplanning - Sensoa International

Sharma, P., Halverson, J. L., Lee, Y., Sivakumaran, S., Bautista, C., Seiyad, H., Arhinson, A., Bagen, T., Ananthathurai, G., & Begun, S. (2025). *Understanding social work's role in abortion care: A comprehensive scoping review*. PLOS ONE, 24; 20(4), Article e0320260. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320260

Shumet, T., Geda, N. R., & Hassan, J. A. (2024). *Barriers to modern contraceptive utilization in Ethiopia*. Contraception and Reproductive Medicine, 9, Article 47. https://doi.org/10.1186/s40834-024-00311-w

SisterSong. (2021). *Reproductive Justice Framework*. Geraadpleegd op 10 maart 2025, van www.sistersong.net

Smith, B.D. (2017). *Reproductive Justice: A Policy Window for Social Work Advocacy*. Social work, 62 (3), 221-226. https://doi.org/10.1093/sw/swx015

Solomon, D. (2025). *Dismantle structural barriers to improve reproductive healthcare for racially minoritised women*. The BMJ 388:r277. https://doi.org/10.1136/bmj.r277

Starbird, E., Norton, M., & Marcus, R. (2016). *Investing in family planning: Key to achieving the Sustainable Development Goals.* Global Health: Science and Practice, 4(2), 191–210. https://doi.org 10.9745/GHSP-D-15-00374

Temmerman, M., Khosla, R. & Say, L. (2014). *Sexual and reproductive health and rights: a global development, health, and human rights priority*. The Lancet, Volume 384, Issue 9941, e30 - e31. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61190-9

United Nations Population Fund (2018). Family planning. Geraadpleegd van: https://www.unfpa.org/press/family-planning-human-right

World Health Organization. (2023, 5 september). *Family planning/contraception methods.* Geraadpleegd op 11 februari 2025, van https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

Wu, J., Yael Braunschweig, Y., Harris, L.H., Horner-Johnson, W., Ernst, S.D., & Stevens, B. (2019*). Looking back while moving forward: a justice-based, intersectional approach to research on contraception and disability*, Contraception, 99 (5), 267-271, https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.01.006

Zemlak, J.L, Bryant, A.P, & Jeffers, N.K. (2020). *Systematic Review of Contraceptive Use Among Sex Workers in North America*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 49(6):537-548. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.08.002