

# KINDERWENS:

een  
kantelpunt  
voor individu  
en maatschappij



**Hilmar Bijma**

In haar oratie *Kinderwens: een kantelpunt voor individu en maatschappij* laat Hilmar Bijma zien dat kinderwens een cruciaal moment vormt in de levensloop. Onbedoelde zwangerschap komt regelmatig voor en kan samenhangen met kwetsbare omstandigheden. Tegelijk beïnvloeden omstandigheden al vóór en tijdens de zwangerschap de ontwikkeling en gezondheid van het kind, soms tot ver in de volwassenheid. Bewuste keuzes rondom kinderwens dragen daarom bij aan levensloopgezondheid: gezondheid en veerkracht gedurende de levensloop. Een onbedoelde zwangerschap kan ook ingrijpende gevolgen hebben voor (aanstaande) ouders. Bewuste keuzes rondom kinderwens en ouderschap helpen hun levensloop vorm te geven. Omdat deze keuzes ook een volgende generatie raken, heeft regie op kinderwens ook een breder maatschappelijk belang. Bijma benadert kinderwens als een ervaring van lichaam, relaties en tijd. In kwetsbare situaties – bijvoorbeeld door stress, armoede, huiselijk geweld, psychische klachten of verslaving – kan deze ervaring onder druk komen te staan en worden weloverwogen reproductieve keuzes bemoeilijkt.

Kinderwensverkenning biedt ruimte om te verkennen wat een kinderwens betekent. In de relatie met een zorgverlener die werkt vanuit presentie kunnen coregulatie, mentalisatie en praktische of financiële ondersteuning de invloed van kwetsbare omstandigheden op reproductieve besluitvorming verkleinen.

Zo kan kinderwens een kantelpunt worden in de levensloop: een moment waarop de invloed van kwetsbare omstandigheden op levensloopgezondheid wordt verkleind en transgeneratiele herhaling kan worden doorbroken. Hilmar Bijma is bijzonder hoogleraar kinderwensverkenning aan de Universiteit voor Humanistiek en werkt daarnaast als gynaecoloog.



Universiteit voor Humanistiek



**KINDERWENS:**  
**een kantelpunt  
voor individu en  
maatschappij**

*Hilmar Bijma*

Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van Bijzonder Hoogleraar Kinderwensverkenning aan de Universiteit voor Humanistiek op 13 maart 2026.



Kinderwens: een kantelpunt voor individu en maatschappij

*Prof. dr. H.H. Bijma*

ISBN 978 908 360 40 60

NUR 715

Uitgave van de Universiteit voor Humanistiek

Uitgeverij Netty van Haarlem te Utrecht (2026)

Deze oratie is online te vinden via de website van de  
Universiteit voor Humanistiek: [www.uvh.nl](http://www.uvh.nl).

## Inhoudsopgave

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| Kinderwens als kantelpunt .....                                    | 7  |
| Sara en Daan .....                                                 | 7  |
| Vóórkomen van onbedoelde zwangerschap .....                        | 8  |
| Onbedoelde zwangerschap in kwetsbare omstandigheden .....          | 8  |
| Fundamenten van levensloopgezondheid .....                         | 10 |
| Stress-systeem: <i>wired for life</i> .....                        | 12 |
| Hersenen: <i>made to connect</i> .....                             | 13 |
| Levensloop: het belang van timing .....                            | 13 |
| Levensloop, gezondheid en veerkracht .....                         | 14 |
| Van accumulatie naar reproductieve agency .....                    | 15 |
| De belichaamde dimensie .....                                      | 17 |
| De relationele dimensie .....                                      | 19 |
| De temporele dimensie .....                                        | 21 |
| Kwetsbare omstandigheden en ervaringsruimte .....                  | 22 |
| Reproductieve besluitvorming als proces met ervaringsruimtes ..... | 23 |
| Bewustzijnsruimte .....                                            | 24 |
| Beslisruimte .....                                                 | 24 |
| Handelingsruimte .....                                             | 24 |
| Evaluatie- en integratieruimte .....                               | 25 |
| De relatie staat centraal .....                                    | 25 |
| Zorgsystemen en ervaringsruimte .....                              | 26 |
| Embodied Relational Life course Care .....                         | 27 |
| Onderzoeksagenda .....                                             | 28 |
| Dankwoord .....                                                    | 32 |
| Referenties .....                                                  | 34 |

“We make decisions based on feelings that we experience in our bodies.”

Antonio Damasio (neuroscientist), *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain* (1994)

“Your children are not your children. They are the sons and daughters of Life's longing for itself.”

Khalil Gibran (writer), *The Prophet* (1923)

## Kinderwens als kantelpunt

### Sara en Daan

Graag stel ik u voor aan Sara en Daan. Sara is twintig jaar en 24 weken zwanger van haar eerste kind. Ze heeft overgewicht. Ze rookt een half pakje per dag en als ze zich slecht voelt soms een joint. Soms heeft zij last van astma. Sara heeft terugkerende episodes van depressiviteit en angst. Sara woont in een studentenhuus en volgt een opleiding tot maatschappelijk werker. De studie gaat moeizaam. In sombere periodes verliest zij haar dagstructuur, slaapt zij slecht en kost het moeite om afspraken na te komen. Dan lukt het haar nauwelijks om de dagelijkse dingen te doen. Sara heeft een relatie met Daan, 23 jaar. Hij werkt in een restaurant. Hij rookt een pakje per dag. Soms rookt hij een joint en in het weekend drinkt hij behoorlijk. Toen zij samen op straat een jong gezin zagen, zei Daan dat hij “ooit wel” vader wilde worden. Vlak voordat zij voor het eerst seks hadden, vroeg hij aan Sara of zij “iets gebruikte om niet zwanger te worden”. Concrete gesprekken over anticonceptie of kindereens waren er verder niet. Sara gebruikte de anticonceptiepil. In depressieve periodes vergat zij deze soms. Toen Sara in een sombere periode wat was aangekomen, dacht zij dat dit door teveel snoepen kwam. Pas bij 23 weken ontdekte zij dat zij zwanger was. Toen de verloskundige haar vroeg hoe het voor haar was, keek Sara weg en haalde zij haar schouders op. “Het is gewoon gebeurd.” Wanneer zij over de zwangerschap spreekt oogt zij mat. Bij de echo reageert zij nauwelijks op de beelden van haar kind. Daan was er niet bij.

Hier lag, vóór de zwangerschap, een kruispunt in de levensloop: de kans op een zwangerschap te accepteren of een zwangerschap proberen te voorkomen of uit te stellen. Een keuze die maar ten dele bewust was en het paar voor een groot deel overkwam. Sara werd behandeld in de GGZ vanwege psychische klachten. Zij bezocht de huisarts vanwege vermoeidheid. Zij zag een gynaecoloog voor een uitstrijkje. Daan bezocht de huisarts vanwege fors drinken. Maar kindereensverkenning vond niet plaats, seksualiteit en anticonceptie

werden niet besproken. Daarmee ontbrak het moment waarop bewust kon worden gekozen om de omstandigheden voor de vroege ontwikkeling van hun kind te optimaliseren. Met de zwangerschap verschuift nu ook de koers van de levensloop van Sara en Daan.

## **Vóórkomen van onbedoelde zwangerschap**

Wat Sara en Daan meemaken, staat niet op zichzelf. Een aanzienlijk deel van de zwangerschappen ontstaat namelijk onbedoeld. In de Generation R-studie, een grote populatiestudie in Rotterdam, bleek dat ongeveer 29% van de zwangerschappen onbedoeld was<sup>1</sup>. Wereldwijd wordt zelfs geschat dat ongeveer 48% van alle zwangerschappen onbedoeld ontstaat<sup>2</sup>. Met andere woorden: ergens tussen een derde en de helft van de zwangerschappen ontstaat zonder dat deze bedoeld waren. Ook wanneer we abortuscijfers vergelijken met geboortecijfers zien we dit terug. In Nederland staan tegenover 100 levendgeborenen ongeveer 22 abortussen<sup>3,4</sup>. Wanneer we vervolgens uitzoomen naar bevolkingsniveau wordt het beeld nog duidelijker. In Nederland gebruikt ongeveer één op de acht vrouwen bij geslachtsgemeenschap geen anticonceptie<sup>5</sup>. Bovendien heeft ongeveer één op de vijf seksueel actieve vrouwen in haar levensloop een onbedoelde zwangerschap meegemaakt<sup>6</sup>. In de Monitor Seksuele Gezondheid 2023 rapporteerden 11 per 1000 mannen en 10 per 1000 vrouwen dat zij in het afgelopen jaar te maken hadden gehad met een onbedoelde zwangerschap<sup>5</sup>. Dat komt neer op ongeveer 36.000 vrouwen en ruim 40.000 mannen per jaar. Daarnaast gaf 3 per 1000 mannen en 4 per 1000 vrouwen aan dat de zwangerschap ongewenst was<sup>4</sup>. Dat betekent dat in een jaar ongeveer 36.000 vrouwen en ruim 40.000 mannen een onbedoelde zwangerschap meemaken en ongeveer 14.000 vrouwen en 11.000 mannen een ongewenste zwangerschap.

## **Onbedoelde zwangerschap in kwetsbare omstandigheden**

Die cijfers zijn bovendien niet gelijk verdeeld. In kwetsbare omstandigheden liggende percentages aanzienlijk hoger. Bij vrouwen met een licht verstandelijke

of cognitieve beperking wordt ongeveer 52% van de zwangerschappen als onbedoeld gerapporteerd<sup>7</sup>. Bij vrouwen met psychiatrische aandoeningen wordt in een systematische review ongeveer 65% van de zwangerschappen als onbedoeld beschreven<sup>8</sup>. Bij vrouwen met middelengebruik wordt in cohorten onder vrouwen met opioïdgebruik 86% onbedoelde zwangerschap gerapporteerd<sup>9</sup>. Bij vrouwen die dakloosheid of ernstige wooninstabiliteit ervaren worden percentages tot ongeveer 74% beschreven<sup>10</sup>. Helaas zijn voor mannen deze cijfers vrijwel niet bekend. Hoewel onderzoek in deze groepen complex is en de cijfers deels op kleinere studies gebaseerd zijn, laten ze zien dat onbedoelde zwangerschap zowel in de algemene populatie als in situaties van kwetsbaarheid veel voorkomt.

Het Generation R-cohort laat zien hoezeer een onbedoelde zwangerschap samenhangt met sociaaleconomische en psychische omstandigheden. Veel associaties zijn uitgesproken. Mannen jonger dan twintig jaar hebben een dertien keer hogere kans op een onbedoelde zwangerschap. Vrouwen jonger dan twintig jaar hebben een negen keer hogere kans, alleenstaande vrouwen een acht keer hogere kans en vrouwen met een laag inkomen een zes keer hogere kans. Er is ook een verhoogde kans bij depressie of angst in de voorgeschiedenis. Wat hier zichtbaar wordt, is dat het fenomeen onbedoelde zwangerschap vorm krijgt tegen de achtergrond van meerdere samenhangende ongunstige omstandigheden<sup>1</sup>. Aanvullende clusteranalyse laat zien dat de verhoogde kans op een onbedoelde zwangerschap samenhangt met accumulatie van ongunstige omstandigheden. Deze kwamen voor in verschillende clusters. Eén cluster kenmerkte zich door cumulatieve sociaaleconomische kwetsbaarheid in combinatie met psychische klachten en middelengebruik. Een ander cluster werd gekenmerkt door een relatief hogere sociaaleconomische positie, maar in combinatie met depressieve symptomen of relationele spanningen. Deze patronen werden zowel bij vrouwen als bij mannen gezien. De grote hoeveelheid factoren die samenhangen met onbedoelde zwangerschap en de brede spreiding aan patronen laat zien dat signalering en ondersteuning rondom kinderverwens zich enerzijds moet richten op een groep met ernstige kwetsbare omstandigheden, bijvoorbeeld harddrugverslaving of dakloosheid, maar anderzijds ook oog moet hebben voor een bredere groep mensen met accumulatie van risicofactoren.

En precies daar ligt het kantelpunt. De gezondheid van het toekomstige kind begint al vóór de zwangerschap. Al vóór de bevruchting hebben omstandigheden invloed op de latere levensloop van het kind. Kinderwensverkenning, het proces waarin met vrouwen en mannen stilgestaan wordt bij kinderwens, seksualiteit en anticonceptie, is hierbij cruciaal. Hier, bij bewuste keuzes rond kinderwens, beginnen de kansen voor de levensloopgezondheid van een mogelijk toekomstig kind, voor de keuzevrijheid van de aanstaande ouders en voor kansen voor de maatschappij. Kinderwens en bewuste keuzes daarin zijn daarmee een kantelpunt voor het kind, voor de ouders en voor de maatschappij. Om te begrijpen waarom dat zo is, moeten we kijken naar de periode waarin de fundamenteën van levensloopgezondheid worden gelegd.

## Fundamenteën van levensloopgezondheid

De ontwikkeling van een mens begint eerder dan vaak wordt gedacht. Eerst rijpen eikel en zaadcel. Ook in deze fase kunnen omstandigheden invloed hebben. Factoren zoals stress, voeding en andere omgevingsinvloeden hangen samen met veranderingen in geslachtscellen die bepalen welke delen van het DNA — de handleiding voor de opbouw van het lichaam — worden afgelezen en gebruikt bij de ontwikkeling van het lichaam. Deze veranderingen hangen op hun beurt samen met de ontwikkeling van een toekomstig kind<sup>11,12</sup>. Zo laten studies bijvoorbeeld zien dat stress bij mannen samenhangt met veranderingen in microRNA in zaadcellen — kleine moleculen die mede bepalen hoe genetische informatie wordt gebruikt — die weer samenhangen met veranderingen in het stress-systeem van hun kinderen<sup>13</sup>. Vanuit evolutionair perspectief is dit goed te begrijpen. Wanneer ouders leven in een omgeving met veel dreiging of stress, kan het adaptief zijn dat hun kind een gevoeliger stress-systeem ontwikkelt en gevaar sneller signaleert en daarop reageert. In dit voorbeeld zien we dat wanneer zaadcellen worden gevormd onder omstandigheden van verhoogde stress, dit samenhangt met een grotere gevoeligheid van het stress-systeem bij het kind. Met andere woorden: omstandigheden waarin mensen leven kunnen al vóór de bevruchting invloed hebben op de manier waarop het lichaam van een kind zich ontwikkelt.

Vervolgens vindt de bevruchting plaats. Op dat moment komt het genetisch materiaal van man en vrouw samen. Rond de bevruchting worden belangrijke regulatiemechanismen ingesteld die bepalen hoe dit genetisch materiaal wordt gebruikt bij de opbouw van het lichaam. Factoren zoals roken, stress, alcoholgebruik en voeding hangen samen met veranderingen in deze processen<sup>14, 15</sup>. In de eerste weken na de bevruchting delen cellen zich in hoog tempo en worden de eerste organen aangelegd. Aan het einde van de embryonale periode, ongeveer acht weken na de bevruchting, zijn de meeste organen al in aanleg aanwezig<sup>16</sup>. Dat gebeurt voor een aanzienlijk deel in een periode waarin veel mensen nog niet weten dat er een zwangerschap is ontstaan. Daarna groeien de organen verder en rijpen zij uit. Tijdens de verdere zwangerschap ontwikkelen vooral de hersenen en het stress-systeem zich nog in grote mate.<sup>17, 18</sup> Juist deze systemen bepalen later in belangrijke mate hoe een mens met zijn omgeving omgaat — hoe iemand reageert op spanning, emoties reguleert en kan leren en vooruitdenken.

Analyses van studies naar Adverse Childhood Experiences (ACE) laten zien dat een hoge cumulatie van stressvolle ervaringen in de kindertijd de levensloop zodanig kan beïnvloeden dat het risico op vroegtijdige sterfte sterk toeneemt — in sommige analyses overeenkomend met een verkorting van de levensverwachting tot wel twintig jaar<sup>19</sup>. Zoals kinderpsychiater Bruce Perry heeft laten zien, worden vroege ervaringen ingebed in de ontwikkeling van het brein en het stress-systeem van het lichaam<sup>20</sup>.

Met andere woorden: ervaringen uit het verleden worden letterlijk onderdeel van het lichaam. En dat lichaam nemen mensen mee wanneer zij hun leven vormgeven — ook in beslissingen rondom kinderwens. Biologie is daarmee geen lot, maar een belichaamd vertrekpunt van waaruit ervaringen en relaties zich vormen — en waarbinnen ook agency kan ontstaan.

Kinderwens is een belangrijk moment in de levensloop. Het is een moment waarop belichaamde geschiedenis, relaties en huidige omstandigheden samenkomen — en het moment waarop toekomstige levenslopen richting krijgen.

Daarmee raakt kinderwens ook aan een fundamentele vraag van agency: in hoeverre hebben mensen ruimte om hun levensloop richting te geven?

Die ruimte ontstaat niet in een vacuüm. Zij wordt mede gevormd door de belichaamde geschiedenis die mensen met zich meedragen en door de omstandigheden waarin zij leven.

Dat geldt ook voor Sara en Daan. Ook zij dragen een belichaamde geschiedenis met zich mee. Sara groeide op in een gezin waarin dreiging door huiselijk geweld aanwezig was. Voor haar was dreiging normaal. Haar moeder maande haar stil te zijn. Sara verlangt naar een gezin. Naar veiligheid. Wanneer Daan hoort dat Sara zwanger is, schrikt hij. Hij kijkt haar aan en roept: “Je gebruikte toch iets?”

Wat we hier zien bij Sara en Daan, is dat kinderwens een kantelpunt is: een moment waarop opgebouwde sociale en biologische condities samenkomen en van waaruit toekomstige trajecten zich onvouwen — in versterkte kwetsbaarheid of juist in vergrote veerkracht.

## **Stress-systeem: *wired for life***

Het belang van de vroege ontwikkeling wordt verhelderd aan de hand van het stress-systeem en de hersenen. Beide systemen bepalen hoe een mens met zijn omgeving omgaat — hoe hij dreiging waarneemt, spanning reguleert, leert, reflecteert en vooruitkijkt. Het stress-systeem helpt ons te overleven. Bij dreiging zorgt het voor alertheid, energie en snelle reactie. Het is belangrijk dat het stress-systeem actief genoeg is, maar niet overactief<sup>21</sup>. De gevoeligheid van het stress-systeem wordt in belangrijke mate al tijdens de zwangerschap en in de eerste maanden na de geboorte gevormd. Herhaalde blootstelling aan ernstige stress of verhoogde stresshormonen — ook wanneer het maternale stresshormonen betreft die via de placenta het kind bereiken — is geassocieerd met blijvende veranderingen in stressreactiviteit bij het kind<sup>22</sup>. Prospectieve cohortstudies laten zien dat prenatale maternale angst samenhangt met verschillen in stresshormoon tot in de kindertijd en adolescentie<sup>23</sup>.

Chronische ontregeling van stressregulatie leidt tot herhaalde belasting van het lichaam door activatie van het stress-systeem. Dit hangt samen met verhoogde risico's op hart- en vaatziekten, stofwisselingsproblemen en stemmingsproblematiek later in het leven<sup>24,26,28</sup>.

## **Hersenen: *made to connect***

Parallel aan het stress-systeem ontwikkelen de hersenen zich in uitzonderlijk hoog tempo<sup>24</sup>. Eerst wordt de basis aangelegd, waarop vervolgens de hersenschors voor hogere cognitieve functies wordt gevormd. In de eerste levensjaren worden naar schatting tot ongeveer één miljoen nieuwe verbindingen per seconde gevormd<sup>25</sup>. De hersenen ontwikkelen zich use-dependent: netwerken worden versterkt of gesnoeid afhankelijk van herhaalde activatie<sup>25</sup>. Vroege interacties — sensitief en responsief ouderschap — zijn cruciaal voor een goede ontwikkeling van het stress-systeem en hersennetwerken. Wanneer vroege stressregulatie verstoord is, krijgt het brein relatief meer nadruk op snelle reactie en minder ruimte voor reflectie. Dat heeft gevolgen voor emotieregulatie, leervermogen en besluitvorming. Het bijzondere is dat zwangerschap ook een periode van hernieuwde plasticiteit is bij aanstaande ouders. De hersenen vormen nieuwe verbindingen die samenhangen met zorggedrag, sensitiviteit en afstemming. Dit illustreert hoe een lichaam belichaamde geschiedenis is. Onze hersenen en anatomie weerspiegelen de vroege relaties die wij hebben gehad.

## **Levensloop: het belang van timing**

Wat de biologie laat zien over vroege programmering en regulatie, loopt parallel aan wat binnen de sociologie van de levensloop is beschreven<sup>25,27</sup>. Toen de socioloog Glen Elder de levens volgde van kinderen die opgroeiden tijdens de Grote Depressie in de Verenigde Staten, ontdekte hij dat dezelfde economische crisis verschillend uitwerkte afhankelijk van leeftijd, timing en gezinscontext<sup>25</sup>. Ontwikkeling ontvouwt zich in de tijd. Timing doet ertoe. Elder beschreef ontwikkeling niet als een reeks losse gebeurtenissen, maar

als een traject dat zich ontvouwt in tijd en context. Individuen bewegen zich door de levensloop via trajecten, transities en kruispunten. Eerdere ervaringen vormen de condities waaronder latere overgangen plaatsvinden<sup>21,27,28</sup>.

Een kernprincipe in zijn werk is cumulatie. Voordelen en nadelen stapelen zich op. Vroege ongelijkheid kan zich verdiepen doordat zij de toegang tot hulpbronnen, regulatiecapaciteit en toekomstperspectief beïnvloedt. Wanneer we dit verbinden met de neurobiologische literatuur, wordt zichtbaar dat cumulatie niet alleen sociaal plaatsvindt, maar ook biologisch wordt ingebed<sup>25</sup>. Chronische stress kan leiden tot allostatische belasting: de fysiologische slijtage die ontstaat wanneer het lichaam voortdurend moet aanpassen aan belasting. Sociale kwetsbaarheid en biologische regulatie beïnvloeden elkaar wederzijds. Kinderwens en zwangerschap kunnen binnen dit kader worden begrepen als levenslooptransities. Zij zijn geen geïsoleerde gebeurtenissen, maar momenten waarop bestaande trajecten worden voortgezet, versterkt of — soms — afgebogen<sup>26</sup>. Wanneer zwangerschap plaatsvindt in een context van reeds opgebouwde kwetsbaarheid, kan dit een punt van verdere cumulatie van kwetsbaarheid worden. Wanneer omstandigheden worden geoptimaliseerd, kan een zwangerschap ook een punt van heroriëntatie zijn. Daarmee wordt duidelijk waarom kinderwens een kantelpunt is: een moment waarop sociale omstandigheden, biologische programmering en toekomstig traject elkaar raken.

## **Levensloop, gezondheid en veerkracht**

Op deze manier vindt een proces plaats dat eigenlijk nog vóór preventie ligt. In de periode rond conceptie en vroege ontwikkeling wordt het lichaam niet alleen gevormd, maar ook afgestemd. Er is meer ruimte om een veerkrachtiger lichaam op te bouwen, waarbij de balans tussen belasting en draagkracht gedurende de levensloop meer in het voordeel van veerkracht kan uitvallen. Het gaat hier niet om gezondheid op een moment, maar om levensloopgezondheid. Levensloopgezondheid is niet de afwezigheid van ziekte, maar het vermogen van het organisme om zich gedurende het leven aan te passen aan interne en externe stressoren zonder structureel ontregeld te

raken<sup>27</sup>. Veerkracht is het vermogen om, ondanks alles wat zich in een leven aan spanning en belasting kan opstapelen, stabiel en adaptief te blijven functioneren.

Levensloopgezondheid ontstaat niet vanzelf, maar wordt opgebouwd in ontwikkelingsfasen waarin regulatiesystemen worden afgestemd. In vroege perioden van verhoogde plasticiteit worden de fundamenteën gelegd voor hoe iemand later reageert op stress, ziekte, relationele spanning en maatschappelijke druk<sup>28</sup>. Waar de curatieve geneeskunde zich richt op behandeling van ziekte en preventie zich richt op het voorkomen van ziekte, gaat het hier om iets dat daaraan voorafgaat: het versterken van regulatie en het verstevigen van fundamenteën. Het optimaliseren van omstandigheden vóór en tijdens de vroege zwangerschap draagt bij aan de opbouw van biologische en psychosociale veerkracht die gedurende de hele levensloop van betekenis kan zijn. Kinderwens wordt daarmee een kantelpunt. Niet alleen in de levensloop van de aanstaande ouders, maar ook in die van het toekomstige kind. Het is een moment waarop omstandigheden zich kunnen vertalen in duurzame patronen van kwetsbaarheid of veerkracht.

## **Van accumulatie naar reproductieve agency**

Wanneer we stressaccumulatie en levensloopcumulatie samen beschouwen, wordt zichtbaar dat reproductieve besluitvorming niet plaatsvindt in een vacuüm. Zij vindt plaats in een organisme dat geschiedenis draagt — sociaal én biologisch. Binnen de life-course-benadering worden levenslopen gevormd door trajecten, transitieën en cumulatie van voor- en nadelen<sup>27</sup>. Binnen de stressliteratuur zien we hoe herhaalde belasting kan leiden tot allostatische belasting en veranderde regulatiecapaciteit<sup>28,29,30</sup>. Wanneer deze perspectieven samenkomen, wordt duidelijk dat de ruimte waarbinnen beslissingen worden genomen mede wordt gevormd door opgebouwde regulatie en opgebouwde belasting.

Hier raakt dit betoog aan het begrip *agency*. Ik volg het concept van *agency* zoals geformuleerd door Bandura, die *agency* beschrijft als het vermogen om

intentioneel te handelen, doelen te formuleren, vooruit te denken, zichzelf te reguleren en invloed uit te oefenen op de eigen levensloop<sup>32</sup>. Deze vermogens veronderstellen cognitieve capaciteiten die mede afhankelijk zijn van goed functionerende stress- en regulatiesystemen. Wanneer cumulatieve stress de regulatiecapaciteit vernauwt, kan ook de ervaringsruimte waarbinnen agency wordt uitgeoefend kleiner worden — en daarmee de feitelijke handelingsruimte<sup>26</sup>.

Reproductieve agency — het vermogen om rondom kinderwens en zwangerschap intentioneel te handelen, doelen te formuleren, vooruit te denken, zichzelf te reguleren en invloed uit te oefenen op de eigen levensloop— is daarmee dynamisch en contextueel. Zij hangt samen met belichaamde geschiedenis, relationele context, ervaren temporaliteit, levensloopcontext en structurele condities. Hierbij is het evenwicht van enerzijds in de loop van het leven opgebouwde regulatie en anderszijds opgebouwde belasting van belang. Kinderwens verschijnt in dit perspectief als een transitie waarin de mate van agency afhankelijk is van deze condities. Deze condities kunnen agency zowel verkleinen als vergroten. Omdat reproductieve agency zich ontvouwt binnen de levensloop en in een context van cumulatieve regulatie en belasting, werkt zij bovendien door in de transgenerationale lijn<sup>30</sup>. De mogelijkheid tot agency wordt mede gevormd door de omstandigheden waarin iemand zelf is opgegroeid. Vergroting van agency rondom kinderwens heeft daarmee niet alleen betekenis voor de huidige generatie, maar potentieel ook voor de volgende.

In het voorgaande heb ik betoogd dat kinderwensverkenning plaatsvindt op een kruispunt in de levensloop, waar belichaamde geschiedenis, relationele context en structurele omstandigheden samenkomen. Daarbij keek ik vanuit macroniveau naar dat kruispunt. Epidemiologische cijfers laten zien dat onbedoelde zwangerschap frequent voorkomt, juist ook in kwetsbare omstandigheden. Die constatering verlegt de aandacht naar wat er op dat kruispunt gebeurt in het concrete leven van mensen. Daarom onderzoek ik kinderwens nu op het niveau van de geleefde ervaring, aan de hand van filosofische en empirische literatuur, evenals illustrerende data uit een kwalitatieve studie naar de ervaringen van vrouwen met een onbedoelde zwangerschap.

## Kinderwens als menselijke ervaring

In lijn met een fenomenologische benadering vat ik kinderwens op als een menselijke ervaring. Binnen de fenomenologische traditie wordt ervaring begrepen als een fenomeen dat belichaamd, temporeel en intersubjectief gesitueerd is<sup>33,34</sup>. Ervaring ontvouwt zich in een geleefd lichaam, binnen een doorleefde tijd en in verbondenheid met anderen. Ook zwangerschap is binnen deze traditie beschreven als een existentiële overgang die zich langs deze drie dimensies voltrekt: lichamelijk, temporeel en relationeel<sup>35</sup>. In het verlengde daarvan kan kinderwens worden begrepen als een mogelijkheid die verschijnt binnen een ervaringsruimte die door lichaam, relaties en tijd wordt gestructureerd. Keuzes rondom kinderwens veronderstellen dat zwangerschap als mogelijkheid überhaupt in het bewustzijn kan verschijnen; wanneer die mogelijkheid buiten beeld blijft, kan zij ook niet worden gewogen.

Vanuit dit perspectief werk ik kinderwens hieronder uit langs deze drie dimensies: belichaming, relationaliteit en temporaliteit. In een volgende stap zal ik laten zien hoe beperkingen in één of meer van deze dimensies de ruimte voor agency rondom kinderwens kunnen verkleinen.

### De belichaamde dimensie

Kinderwens speelt zich niet uitsluitend af in gedachten, voorkeuren of plannen. Zij voltrekt zich in en via het lichaam. In fenomenologische termen is het lichaam geen object dat wij hebben, maar een lichaam dat wij zijn: het geleefde lichaam vormt het perspectief van waaruit mogelijkheden verschijnen<sup>33,34</sup>. Ook zwangerschap wordt in deze traditie begrepen als een lichamelijk ingrijpende ervaring waarin de verhouding tot het eigen lichaam fundamenteel verandert<sup>35</sup>.

Wanneer vrouwen spreken over een onbedoelde zwangerschap, wordt zichtbaar hoezeer de ervaring primair lichamelijk is. Een van de geïnterviewde vrouwen beschrijft haar beslissing om de zwangerschap niet af te

breken als volgt: “Ja het zat in m’n buik, hè. Toen ik haar zag kreeg ik gelijk een gevoel: dit is mijn baby. Ik was niet blij, maar ik kreeg wel gelijk een gevoel.” (Ongepubliceerde data, deelnemer 6)

Hier verschijnt zwangerschap niet eerst als abstracte keuze, maar als lichamelijke aanwezigheid. Het ‘in mijn buik’ markeert een directe, prereflectieve verhouding tot de mogelijkheid van moederschap. De ervaring gaat vooraf aan expliciete afweging. Dit sluit aan bij fenomenologische beschrijvingen van zwangerschap als een ervaring waarin het lichaam niet slechts drager is, maar locus van betekenisvorming<sup>35</sup>.

Belichaming betekent ook dat eerdere lichamelijke ervaringen doorwerken in hoe nieuwe mogelijkheden worden beleefd. Een andere deelnemer vertelt over een traumatische bevallingen medische ingreep na een tweelingzwangerschap: “Ik dacht dat ik niet meer zwanger zou kunnen worden... Ze moesten alles schoonmaken. Het is routine, zeggen ze, maar het is gewoon scary.” (Ongepubliceerde data, deelnemer 3)

Hier wordt zichtbaar hoe medische interventies, pijn en angst het lichaam kunnen veranderen van een vanzelfsprekende drager van leven in een kwetsbare en onvoorspelbare plek. Zwangerschap verschijnt dan niet als neutrale optie, maar als lichamen beladen toekomst. Ook in fenomenologische analyses wordt zwangerschap beschreven als een ervaring die de grenzen en mogelijkheden van het eigen lichaam herstructureert<sup>35,36</sup>.

Belichaming betreft echter niet alleen zwangerschap zelf. Ook anticonceptie, seksualiteit, vermoeidheid, psychische ontregeling en stress zijn lichamelijke ervaringen die de ervaringsruimte mede structureren. Wanneer het lichaam primair in een toestand van spanning of uitputting verkeert, kan de aandacht verschuiven naar directe regulatie van energie en veiligheid. De mogelijkheid van zwangerschap kan dan naar de achtergrond verdwijnen — niet als bewuste ontkenning, maar als iets dat eenvoudigweg niet op de voorgrond van ervaring verschijnt. Belichaamde ervaring is bovendien vaak pre-reflectief. Kinderwens kan zich aandienen als een lichamelijke resonantie voordat zij wordt verwoord of gepland. Omgekeerd kan het uitblijven van een expliciete

kinderwens samenhangen met hoe iemand het eigen lichaam beleeft — bijvoorbeeld als overbelast, kwetsbaar of moeilijk bewoonbaar. In dat geval verschijnt zwangerschap niet vanzelfsprekend als voorstelbare mogelijkheid binnen de ervaringshorizon.

## De relationele dimensie

Kinderwens voltrekt zich niet in isolatie. Zij krijgt vorm in relaties — in intimiteit, afhankelijkheid, loyaliteit, conflict en zorg. Binnen de fenomenologische traditie wordt ervaring begrepen als intersubjectief gesitueerd: mensen bestaan niet los van anderen, maar ervaren zichzelf steeds in relatie tot hen<sup>33,34</sup>. Ook zwangerschap is in deze literatuur beschreven als een ervaring die relationele verhoudingen herstructureert<sup>35,36</sup>.

In de kwalitatieve interviews wordt zichtbaar hoe sterk de relationele context mede bepaalt hoe zwangerschap verschijnt. Een van de vrouwen beschrijft haar relatie als volgt: “Dat kan je geen liefde noemen. En als ik m’n verhaal kwijt wilde dan moest ik m’n mond houden. Ik werd alleen maar naar beneden gedrukt. Al die jaren.” (Ongepubliceerde data, deelnemer 2)

Hier wordt zichtbaar dat zwangerschap niet los kan worden gezien van de kwaliteit van de relatie waarin zij plaatsvindt. In een context van ongelijkheid of emotionele onveiligheid krijgt de mogelijkheid van ouderschap een andere betekenis dan in een relationeel veilige omgeving. De ruimte om kinderwens te bespreken, te verkennen of te delen is afhankelijk van de aard van de relatie.

Een andere deelnemer vertelt: “Hij wilde het weghalen maar later was hij er wel blij mee. Via de telefoon zei hij: kan je het niet weghalen? En ik zei: nee, dat kan niet meer.” (Ongepubliceerde data, deelnemer 6)

Hier wordt zichtbaar hoe zwangerschap niet alleen een individuele ervaring is, maar een relationele gebeurtenis waarin meerdere perspectieven samenkomen — soms harmonieus, soms conflicterend. De betekenis van de zwangerschap ontwikkelt zich binnen die wisselwerking. Relationaliteit betreft

echter meer dan de partnerrelatie. Ook ouders, familieleden en sociale netwerken vormen de context waarin kinderwens verschijnt. Één van de vrouwen beschrijft de reactie van haar moeder:

“Mijn moeder was eerst heel boos... ze zei, hoe ga je dat doen dan? Maar toen ze zag dat ik het echt niet ging weghalen, ging ze me helpen.” (Ongepubliceerde data, deelnemer 3)

Hier krijgt zwangerschap betekenis binnen een netwerk van steun en oordeel, nabijheid en afstand. Relaties kunnen de ervaringsruimte verruimen of vernauwen; zij kunnen stabiliseren of onder druk zetten. Kinderwens kan daarom worden begrepen als relationeel gesitueerde mogelijkheid: een mogelijkheid die niet alleen betrekking heeft op het eigen lichaam en de eigen toekomst, maar ook op de positie van anderen in dat toekomstige verhaal. Relationaliteit vormt daarmee een wezenlijke dimensie van hoe kinderwens verschijnt.

Zoals eerder gezegd kan agency gezien worden als het menselijk vermogen tot intentioneel en toekomstgericht handelen<sup>32</sup>. Dit vermogen omvat het formuleren van doelen, het vooruitdenken over mogelijke gevolgen, het reguleren van het eigen gedrag en het vermogen tot zelfreflectie. Mensen beschikken daarmee over het vermogen om keuzes te maken en hun handelen af te stemmen op verwachte consequenties.

Toegepast op kinderwens betekent dit dat iemand zwangerschap als mogelijke toekomstige gebeurtenis moet kunnen overwegen, de implicaties daarvan moet kunnen doordenken en het eigen handelen — bijvoorbeeld rondom seksualiteit of anticonceptie — daarop moet kunnen afstemmen. Kinderwensverkenning richt zich erop mensen te ondersteunen in dit proces.

De eerder beschreven dimensies van belichaming, temporaliteit en relationaliteit vormen de ervaringscondities waarbinnen deze vermogens zich kunnen ontwikkelen en tot uitdrukking kunnen komen. Wanneer het lichaam moeilijk bewoonbaar wordt ervaren, de toekomsthorizon verkort raakt of relationele veiligheid ontbreekt, kan ook het vermogen tot intentioneel en

toekomstgericht handelen onder druk komen te staan. Agency rondom kinderwens is daarmee ingebed in de belichaamde, relationele en temporele structuur van het geleefde leven.

## De temporele dimensie

Kinderwens voltrekt zich binnen een doorleefde tijd. Zij raakt aan herinnering, verwachting en de manier waarop iemand zich tot de eigen levensloop verhoudt. Binnen de fenomenologische traditie wordt ervaring begrepen als temporeel gestructureerd: het heden wordt gedragen door wat is geweest en opent zich naar wat kan komen<sup>33</sup>. Mogelijkheden verschijnen tegen de achtergrond van een ervaringshorizon die zich in de tijd verplaatst. Zwangerschap maakt deze tijdelijkheid concreet. Zij ontwikkelt zich niet in één moment, maar in een proces waarin betekenis kan verschuiven. In deze beschrijving verandert niet alleen de medische situatie, maar ook de ervaringsruimte. Dezelfde zwangerschap wordt vóór en ná een bepaald moment anders beleefd. Tijd fungeert hier niet als neutrale kalender, maar als betekenisvolle grens. Mogelijkheden die eerder openstonden, krijgen een andere morele en existentiële lading naarmate de zwangerschap vordert. Temporaliteit betreft ook de wijze waarop iemand zich tot de toekomst verhoudt. Zwangerschap brengt een niet-beleefde tijd ter sprake: een toekomst waarin een kind een plaats krijgt in het eigen leven. Die toekomst kan helder voor ogen staan, maar kan ook diffuus, overweldigend of moeilijk voorstelbaar zijn. De reikwijdte van de ervaringshorizon verschilt per situatie en per persoon. Kinderwens kan daarom worden begrepen als een temporele oriëntatie: een verhouding tot een mogelijke toekomst waarin ouderschap deel uitmaakt van de eigen biografie. Die oriëntatie kan verschuiven in de tijd en kan onder invloed van omstandigheden worden verruimd of vernauwd. Temporaliteit vormt daarmee een wezenlijke dimensie van hoe kinderwens verschijnt.

## Kwetsbare omstandigheden en ervaringsruimte

Belichaming, relationaliteit en temporaliteit zijn analytisch te onderscheiden, maar in ervaring onlosmakelijk verweven. In hun onderlinge samenhang structureren zij de ervaringsruimte waarbinnen kinderwens kan verschijnen, besproken kan worden en richting kan krijgen.

Kwetsbare omstandigheden die met actuele of voorgaande stress gepaard gaan, beïnvloeden niet slechts afzonderlijke factoren, maar werken in op deze gehele ervaringsstructuur. Een voorgeschiedenis van chronische stress, verwaarlozing of cumulatieve ingrijpende gebeurtenissen kan tegelijkertijd de ervaring van het eigen lichaam, de verhouding tot de toekomst en de kwaliteit van relationele afstemming onder druk zetten. Vanuit de stressliteratuur weten we dat langdurige belasting kan leiden tot allostatische belasting: een toestand waarin regulatiesystemen voortdurend aangesproken worden en herstelvermogen afneemt<sup>28</sup>.

Deze belasting heeft niet alleen fysiologische, maar ook ervaringsmatige implicaties. Trauma-onderzoek laat zien dat aanhoudende stress samen kan gaan met gevoelens van vervreemding van het lichaam of moeite om het lichaam als veilige en betrouwbare plek te ervaren. In kwalitatieve studies wordt dit beschreven als een verschuiving van belichaamde vanzelfsprekendheid naar een gevoel van ontkoppeling of 'disembodiment'<sup>37,38</sup>. Recent mixed-methods onderzoek bevestigt dat traumatische ervaringen samenhangen met een verstoorde ervaring van lichamelijk eigenaarschap en integratie<sup>38</sup>.

Wanneer het lichaam niet langer wordt ervaren als een stabiele basis, verschuift ook de ervaringshorizon. Temporaliteit kan verkorten: toekomst-gerichte oriëntatie maakt plaats voor focus op onmiddellijke regulatie of overleving. Relationele veiligheid kan afnemen wanneer eerdere ervaringen van onveiligheid doorwerken in huidige relaties.

In zo'n context verschijnt zwangerschap niet vanzelfsprekend als expliciet te overwegen mogelijkheid binnen een open toekomsthorizon. Zij kan eerder worden beleefd als gebeurtenis die zich aandient binnen reeds gevormde ervaringscondities. Kinderwens is dan niet primair een rationele afweging tussen opties, maar een mogelijkheid die al dan niet zichtbaar wordt binnen een bepaalde ervaringsruimte.

Reproductieve agency is daarmee geen louter individuele eigenschap, maar een relationeel en belichaamd vermogen dat zich ontwikkelt binnen specifieke levensloopcondities. Versterking van agency rondom kinderwens vraagt daarom niet alleen om informatie of keuze-opties, maar om aandacht voor de onderliggende ervaringsstructuur waarin kinderwens verschijnt.

## **Reproductieve besluitvorming als proces met ervaringsruimtes**

Wanneer kinderwens wordt opgevat als een geleefde ervaring binnen belichaamde, relationele en temporele dimensies, opent zich een nieuw perspectief op beslissingen. Besluitvorming zelf kan dan worden begrepen als een proces dat zich ontvouwt in ervaringsruimtes: plekken waarin mogelijkheden zichtbaar, weegbaar, uitvoerbaar en integreerbaar worden. Het Rubicon-model helpt te onderscheiden wanneer een mogelijke stap in een intentie verandert en richting krijgt, zonder dat dit als een lineair of puur cognitief stappenplan wordt opgevat<sup>39</sup>.

Reproductieve besluitvorming vindt plaats in een veld waarin deze vier ervaringsruimtes toegankelijk kunnen worden. Toegang tot deze ruimtes beïnvloedt de mate waarin reproductieve agency zich kan ontwikkelen. Agency ontstaat waar zwangerschap als mogelijkheid kan verschijnen, opties kunnen worden ervaren en gewogen, een gekozen richting uitgevoerd kan worden, een genomen besluit kan worden geïntegreerd<sup>39</sup>.

## Bewustzijnsruimte

De bewustzijnsruimte is de ruimte waarin zwangerschap als mogelijkheid kan verschijnen. Het lichaam moet als eigen en potentieel vruchtbaar worden ervaren. Wanneer het lichaam primair wordt beleefd als bron van stress of dreiging, is vruchtbaarheid minderikbaar. Temporaliteit vereist dat handelen in het heden verbonden wordt met mogelijke gevolgen in de toekomst. Relationale dimensie betekent dat seksuele en reproductieve mogelijkheden betekenis krijgen binnen veilige interacties. Vernauwing van één van deze dimensies beperkt de bewustzijnsruimte en maakt dat zwangerschap wordt ervaren als iets dat gebeurt, eerder dan als iets dat kan worden overwogen.

## Beslisruimte

De beslisruimte is de ruimte waarin opties naast elkaar kunnen worden gelegd en gewogen. Belichaamde regulatie maakt het mogelijk meerdere scenario's te overzien zonder onmiddellijke ontlading in actie of vermijding. Temporaliteit maakt dat men zich een toekomst kan voorstellen en scenario's kan vergelijken. Relatief betekent dat keuzes betekenis krijgen in interacties met betrokkenen, zoals de aanstaande vader of sociale netwerken. Wanneer deze dimensies beperkt toegankelijk zijn, verschuift besluitvorming naar impuls of overgave aan omstandigheden.

In dit kader verduidelijkt het Rubicon-model wanneer overweging overgaat in intentievorming: intentie ontstaat niet uitsluitend uit afweging, maar uit de mate waarin belichaamde, relationele en temporele dimensies voldoende ervaarbaar zijn<sup>39</sup>.

## Handelingsruimte

De handelingsruimte is de ruimte waarin een besluit in gedrag kan worden omgezet. Belichaamde capaciteit omvat planning, regulatie en herhaling, en

wordt beïnvloed door stress en levensloopaccumulatie<sup>39</sup>. Temporaliteit vraagt continuïteit in handelingen, zoals dagelijks pillen innemen of afspraken organiseren. Relationale en structurele condities, zoals financiële middelen of steun van een betrokken partner, beïnvloeden direct de uitvoerbaarheid van keuzes. Beperking van deze dimensies kan leiden tot een kloof tussen intentie en uitvoering.

## Evaluatie- en integratieruimte

De evaluatie- en integratieruimte is de ruimte waarin een genomen besluit wordt beoordeeld en een plaats krijgt in het verdere leven. Belichaamde stabiliteit maakt dat het lichaam het besluit kan dragen. Temporaliteit maakt dat een keuze wordt geïntegreerd in het levensverhaal. Relationale bedding zorgt dat een besluit erkend en gedeeld wordt. Wanneer een van deze dimensies beperkt toegankelijk is, blijft een besluit fragiel en kan integratie uitblijven.

## De relatie staat centraal

Het toegankelijk worden van deze vier ervaringsruimtes hangt niet alleen af van individuele vermogens of kennis, maar ook van de manier waarop mensen in ontmoeting ondersteund worden. Hier komt het begrip *presence* in beeld: de relationele, belichaamde en temporele aanwezigheid van een zorgverlener kan de ervaringsruimte verruimen en daarmee de mogelijkheden voor reproductieve agency versterken<sup>40,41</sup>. Het begrip *presence* wordt in verschillende tradities gebruikt. In de zorgethiek verwijst het naar nabijheid en aandacht in kwetsbare situaties. In de humanistische psychologie wordt *presence* verbonden met echtheid en afstemming in relaties<sup>38,39,40</sup>. Hier volgen we de conceptualisering van Geller en Greenberg, die *presence* beschrijven als de capaciteit van de hulpverlener om volledig aanwezig, afgestemd en betrokken te zijn in het contact met de cliënt in het huidige moment. *Presence* betekent dat de hulpverlener zowel innerlijk gegrond en bewust is van zichzelf als open en ontvankelijk voor de ervaring van de ander een gegronde, belichaamde en relationele vorm van aanwezigheid, inclusief de ervaring van tijdsstructuur<sup>40</sup>.

In reproductieve besluitvorming werkt presence als relationele regulatie-conditie: de relatie staat centraal. In een ontmoeting met een geground en afgestemd aanwezige zorgverlener kan ervaringsruimte worden vergroot. Door deze aanwezigheid kan het lichaam als bewoonbaar worden ervaren, tijd als samenhangend en overzichtelijk, en relationele veiligheid gevoeld worden. De relationele aanwezigheid vanuit presence vormt zo voorwaarde waaronder bewustzijns-, beslis-, handelings- en evaluatie-/integratieruimte zich kunnen openen en reproductive agency ervaren kan worden<sup>41</sup>.

Wanneer reproductieve besluitvorming zo wordt begrepen, verschuift de aandacht van uitkomst naar het proces: het gaat erom of het proces toegankelijk was, of er ruimte was om een mogelijkheid te herkennen, te wegen, uit te voeren en achteraf te integreren<sup>41</sup>.

## Zorgsystemen en ervaringsruimte

In dit hoofdstuk staat centraal hoe de inrichting van zorgsystemen de toegang tot ervaringsruimte kan beïnvloeden en daarmee de mogelijkheden voor reproductieve agency van cliënten kan vergroten of beperken.

Zorgsystemen zijn vaak gefragmenteerd op meerdere niveaus. Horizontaal zijn specialismen gescheiden, waardoor zorg niet rondom de cliënt wordt georganiseerd. Verticaal verloopt toegang via procedures en hiërarchieën tussen beleidsmakers, instellingen en cliënten. Temporeel is zorg lineair en strikt gepland, terwijl mensen in kwetsbare omstandigheden vaak een ander ritme ervaren<sup>33</sup>.

Deze gefragmenteerde structuur kan zich vertalen naar beperkingen in de lichaamde, relationele en temporele dimensies van ervaringsruimte. Mensen ervaren vaak cumulatieve stress en levensloopbelasting, wat hun regulatievermogen, aandacht voor tijdsstructuur en gevoel van relationele veiligheid beïnvloedt<sup>43,44</sup>. Tegelijk vereist toegang tot zorg planning, geheugen en zelfregulatie; executieve functies worden aangesproken. Continuïteit, erkenning en

relationele ondersteuning zijn in veel systemen beperkt aanwezig<sup>43,44</sup>.

Hierdoor ontstaat een impliciete voorwaarde: cliënten moeten vaak eerst “klaar zijn” om zorg effectief te kunnen ontvangen. Waar zorg zou moeten ondersteunen om toegang tot de ervaringsruimte te krijgen, wordt dit voorwaardelijk voor zorg. Dit maakt zichtbaar dat zorg in huidige systemen selectief toegankelijk is en dat mensen die onder druk staan of beperkte middelen hebben, minder kans hebben om reproductieve agency te ervaren.

De uitdaging voor zorgpraktijk en beleid ligt daarom in het erkennen van de ervaringsdimensies als belangrijke werkzame factoren. Belichaamde regulatie, relationele veiligheid en een levensloopperspectief vormen de voorwaarden waaronder cliënten mogelijkheden kunnen herkennen, overwegen, uitvoeren en integreren. Wanneer deze dimensies worden ondersteund, ontstaat ruimte voor reproductieve agency en kunnen cliënten actief deelnemen aan beslissingen rondom kinderwens. Het programma Nu Niet Zwanger, van GGD-GHOR Nederland, is een voorbeeld van een programma dat zich richt op kinderwensverkenning bij mensen in kwetsbare situaties, waarbij de relationele veiligheid, vormgegeven vanuit persoonlijk afgestemde zorg, presentie en motiverende gespreksvoering, centraal staat.

## ***Embodied Relational Life course Care***

Wanneer we reproductieve besluitvorming begrijpen als een proces binnen ervaringsruimtes, waarbij belichaamde geschiedenis, relationaliteit en temporaliteit de structuren zijn waarlangs de ruimte voor ervaring en daarmee de ruimte voor bewustzijn en besluitvorming kan worden vergroot, wat betekent dat voor de zorg. Wat is in die context goede zorg en wat is in die context passende zorg. Graag denk ik hier met u na over wat werkzame elementen van zorg zouden kunnen zijn die hierop afgestemd zijn. Als eerste conceptualisatie wil ik hier een aantal elementen benoemen.

In lijn met de drie dimensies die de structuren vormen van de ervaringsruimte, zou deze zorg, die ik voor nu beschrijf aan de hand van de term Embodied Relational Life course Care (ERLC) drie elementen hebben.

Belichaamde dimensie — zorg die ondersteunt om het eigen lichaam te kunnen bewonen, zich als belichaamd te ervaren en het vermogen om het eigen lichaam als handelend, dragend en beschikbaar te ervaren

Relationele dimensie — zorg die het ervaren van veilige en afgestemde interacties met betrokkenen ondersteunt, inclusief met een zorgverlener

Temporele dimensie — zorg die het vermogen om heden en toekomst te verbinden, tijdsstructuur te ervaren en scenario's te overzien borgt, waarbij ook he bewustzijn van levensloop geïntgreerd wordt.

Centraal in ERLC staat presence. In navolging van Geller en Greenberg definiëren we presence als een gegronde, belichaamde en relationele vorm van aanwezigheid die het mogelijk maakt dat deze drie dimensies ervaren en verkend kunnen worden<sup>41</sup>. Presence is hiermee een professionele houding die de ervaringsruimte vergroot: het helpt mensen het lichaam als bewoonbaar te ervaren, tijd samenhangend te beleven en relationele veiligheid te voelen<sup>41</sup>.

Door aanwezigheid en afgestemde interactie kan de ervaringsruimte verruimd worden, waardoor de onderdelen van besluitvorming — bewustzijn, overweging, uitvoering en integratie — binnen bereik komen. Presence faciliteert daarmee niet alleen reflectie en intentioneel handelen, maar ondersteunt ook de bredere ontwikkeling van agency in levensloopperspectief.

## Onderzoeksagenda

Wanneer we zorg rondom kindwens begrijpen vanuit het perspectief van ervaringsruimte, belichaamde geschiedenis en levensloop, ontstaat ook een nieuwe vraag voor onderzoek. Niet alleen welke keuzes mensen maken rondom zwangerschap, maar onder welke condities kunnen mensen

daadwerkelijk ruimte ervaren om positie in te nemen ten aanzien van zwangerschap.

De leerstoel Kinderwensverkenning richt zich op het versterken van de wetenschappelijke basis van kinderwensverkenning bij mensen in kwetsbare omstandigheden en op het verbinden van inzichten uit onderzoek, praktijk en beleid.

De onderzoeksagenda van de leerstoel bestaat uit vier samenhangende lijnen:

### **1. Conceptualisering van kinderwensverkenning**

De eerste onderzoekslijn richt zich op het ontwikkelen van een begrippenkader en theoretisch fundament voor kinderwensverkenning.

Hoewel gesprekken over kinderwens steeds vaker onderdeel worden van zorg en sociaal werk, ontbreekt nog vaak een samenhangend conceptueel kader dat deze praktijk beschrijft. In deze onderzoekslijn worden inzichten uit levenslooponderzoek, ontwikkelingsbiologie, stressonderzoek en fenomenologische literatuur samengebracht.

Kinderwens wordt daarbij begrepen als een mogelijkheid die verschijnt binnen een ervaringsruimte die belichaamd, relationeel en temporeel gestructureerd is.

### **2. Onafhankelijke evaluatie van Nu Niet Zwanger**

Een tweede pijler van de leerstoel is de onafhankelijke evaluatie van het programma Nu Niet Zwanger.

Binnen de leerstoel wordt een mixed-methods evaluatie ontwikkeld waarin zowel effecten als werkzame mechanismen worden onderzocht. Daarbij wordt aandacht besteed aan variatie in implementatie, ervaringen van cliënten en professionals en de rol van relationele factoren in gesprekken over kinderwens.

Het doel is inzicht te verkrijgen in hoe kinderwensverkenning in verschillende contexten vorm krijgt en onder welke omstandigheden deze aanpak effect heeft.

### **3. Praktijkonderzoek naar ervaringen en besluitvorming**

De derde onderzoekslijn richt zich op ervaringen van cliënten en professionals in de praktijk van kinderwensverkenning.

Hier staat de vraag centraal hoe reproductieve besluitvorming zich daadwerkelijk voltrekt in het dagelijks leven van mensen in kwetsbare omstandigheden. Daarbij wordt gekeken naar de rol van levensloopgeschiedenis, stress, relationele context en structurele omstandigheden.

Door middel van kwalitatief onderzoek wordt onderzocht hoe kinderwens verschijnt binnen de ervaringsruimte van mensen en hoe gesprekken hierover in zorg- en hulpverleningscontexten vorm krijgen.

### **4. Verbinding tussen onderzoek, praktijk en beleid**

De vierde lijn van de onderzoeksagenda richt zich op het verbinden van wetenschappelijke inzichten met praktijk en beleid.

Onderzoeksresultaten worden vertaald naar kennisproducten voor professionals, beleidsmakers en opleidingsprogramma's. Daarnaast wordt een interdisciplinair netwerk opgebouwd waarin praktijkervaringen, beleidsvragen en wetenschappelijke inzichten met elkaar worden verbonden.

Op deze manier ontstaat een wisselwerking waarin inzichten uit de praktijk onderzoek voeden en onderzoek op zijn beurt richting geeft aan verdere ontwikkeling van kinderwensverkenning.

Als we dit nu samen nemen, dan laat mijn betoog zich in acht proposities samenvatten:

#### **Acht proposities**

1. Onbedoelde zwangerschap komt veel voor.
2. Kinderwens is een kruispunt in de levensloop waar lichaam, relaties en structurele omstandigheden samenkomen in de levensloop.

3. Kinderwens is een geleefde, belichaamde en relationele ervaring, ingebed in de levensloop.
4. Waar de ervaringsruimte van lichaam, relatie en toekomst wordt verruimd, groeit reproductieve agency.
5. Waar kwetsbare omstandigheden zich opstapelen, vernauwen agency en levensloopgezondheid.
6. Zorg rond reproductieve besluitvorming in kwetsbare omstandigheden vraagt om een relationele, belichaamde en levensloopgerichte benadering met oog voor structurele omstandigheden.
7. Zorg rond kinderwens in kwetsbare omstandigheden richt zich op het verruimen van ervaringsruimte.
8. Wie investeert in kinderwens, investeert in levensloopgezondheid — en in generaties.

Kinderwens is een kantelpunt in de levensloop waar belichaamde geschiedenis, relationele context en structurele omstandigheden samenkomen in de levensloop. De ruimte die mensen ervaren om zich tot deze mogelijkheid te verhouden beïnvloedt hun reproductieve agency en daarmee de kansen voor levensloopgezondheid van ouders en het kind dat daaruit geboren kan worden.

Door de relatie centraal te stellen in reproductieve besluitvorming vergroot de agency van mannen en vrouwen om tot keuzes te komen die bij hen passen. Daarmee is er niet alleen meer ruimte om hun eigen levensloop vorm te geven, maar ontstaat ook ruimte om de levensloop van het kind een optimale start en vorm te geven. Dan is de kinderwens daadwerkelijk een kantelpunt.

## Dankwoord

Allereerst gaat mijn dank uit naar het GGD-GHOR Nederland en Nu Niet Zwanger, die deze leerstoel Kinderwensverkenning hebben ingesteld. Ik ben dankbaar voor het in mij gestelde vertrouwen om deze bijzondere en belangrijke leerstoel invulling te geven.

Graag wil ik College van Bestuur van de Universiteit voor Humanistiek bedanken voor het mogelijk maken van de leerstoel en Carlo Leget en de collega's van de vakgroep zorgethiek en de andere vakgroepen van de Universiteit van Humanistiek voor het verwelkomen.

Ook wil ik prof.dr. E.A.P. Steegers van de afdeling Verloskunde en Gynaecologie van het Erasmus MC bedanken voor de samenwerking rondom het faciliteren van de leerstoel. Tevens grote dank aan de staf van de afdeling Verloskunde en Gynaecologie voor de steun en samenwerking.

Daarnaast mijn dank aan alle andere mensen met wie ik samenwerk en samengewerkt heb in de zorg, zorgverbetering of wetenschappelijk onderzoek, met speciale dank aan de PhD-studenten voor het vertrouwen en de samenwerking.

Beste mentoren en intervisiemaatjes: dank ook aan jullie. Steun, spiegelen en sparren zijn essentieel voor groei en ik heb het geluk gehad dat ik dat ruimhartig kon en kan doen met jullie.

Lieve vrienden en vriendinnen, dank voor alle wandeltochten, alle warmte, alle uitwisseling, een mens is een mens voor zover hij of zij in relatie kan bestaan en de relaties met jullie- in voor- en tegenspoed- zijn enorm belangrijk.

Dank ook aan Annemarie Verrijn Stuart voor de ondersteuning met raad en daad in de voorbereidingen van de plechtigheid, evenals aan Netty van Haarlem voor de mooie illustratie en de fijne samenwerking.

Ook dank aan alle andere mensen die ik in mijn leven ontmoet heb en die mij en mijn levensloop gevormd hebben. Ik ben dankbaar voor de vele ontmoetingen die me gevormd en verrijkt hebben. Hierbij gaat mijn speciale dank uit naar alle vrouwen, hun partners en kinderen in (zeer) kwetsbare situaties met wie ik een stukje mee mocht lopen op hun levensloop. Grote kwetsbaarheid gaat vaak gepaard met grote kracht en grote levenskracht. Ik ben dankbaar voor het vertrouwen, de oprechtheid en de inspiratie die deze contacten me gegeven hebben. Dank!

Tot slot, Roy, Martijn en Pascal, ons gezin is het meest kostbare en rijke van alles, dank voor wie jullie zijn, you make me who I am, I love you!

Ik heb gezegd.

## Referenties

1. Enthoven CA, El Marroun H, Koopman-Verhoeff ME, Jansen W, Lambregtse-van den Berg MP, Sondeijker F, et al. *Unplanned pregnancy in the Generation R study*. BMC Public Health. 2022;22:1957.
2. Bearak J, Popinchalk A, Alkema L, Sedgh G. *Global, regional, and sub-regional trends in unintended pregnancy and abortion*. Lancet Glob Health. 2020;8:e1152-61.
3. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Wafz-rapportage 2023: Registratie zwangerschapsafbrekingen Nederland. Den Haag: IGJ; 2023.
4. Perined. *Kerncijfers van de Nederlandse geboortezorg 2023*. Utrecht: Perined; 2023.
5. De Graaf H, et al. *Monitor Seksuele Gezondheid 2023*. Utrecht: Rutgers; 2023.
6. Picavet C. *Zwangerschap en anticonceptie in Nederland*. Tijdschr Seksuol. 2012;36(2):121-8.
7. Horner-Johnson W, Dissanayake M, Wu JP, Caughey AB, Darney BG. *Pregnancy intendedness by maternal disability status and type*. Perspect Sex Reprod Health. 2020;52:31-38.
8. Schonewille NN, Rijkers N, Berenschot A, Lijmer JG, van den Heuvel OA, Broekman BFP. *Psychiatric vulnerability and the risk for unintended pregnancies, a systematic review and meta-analysis*. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Feb 25;22(1):153.
9. Heil SH, Jones HE, Arria A, et al. *Unintended pregnancy in opioid-dependent women*. J Subst Abuse Treat. 2011;40:199-202.

10. Gelberg L, Lu MC, Leake BD, Andersen RM, Morgenstern H, Nyamathi AM. *Homeless women: who is really at risk for unintended pregnancy?* *Matern Child Health J.* 2008;12:52-60.
11. Lisper A, Kimmins S. *Emerging evidence that the mammalian sperm epigenome serves as a template for embryo development.* *Nat Commun.* 2023;14(1):2142.
12. Fleming TP, Watkins AJ, Velazquez MA, et al. *Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences.* *Lancet.* 2018;391(10132):1842-1852.
13. Rodgers AB, Morgan CP, Bronson SL, Revello S, Bale TL. *Paternal stress exposure alters sperm microRNA content and reprograms offspring HPA stress axis regulation.* *J Neurosci.* 2013;33(21):9003-12.
14. Walkup RB, Nangle MA, Bergmann PE, Lipinski RJ. *DNA methylation as a biomarker of prenatal exposures: current challenges and opportunities.* *Environ Epigenet.* 2026;12(1):dvag006.
15. Suter MA, Anders AM, Aagaard KM. *Maternal smoking as a model for environmental epigenetic changes affecting birthweight and fetal programming.* *Mol Hum Reprod.* 2013;19(1):1-6.
16. Sadler TW. *Langman's Medical Embryology.* 15th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.
17. Cook KM, De Asis-Cruz J, Kapse K, Christoffel K, McDermott C, Andescavage N, Limperopoulos C. *Prenatal experience of greater neighborhood disadvantage is associated with altered fetal volumetric brain growth in utero.* *Cereb Cortex.* 2026;36(3):bhag017.
18. Wood CE, Keller-Wood M. *The critical importance of the fetal hypothalamus-pituitary-adrenal axis.* *Front Res.* 2016;5:Front Rev-115.

19. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB, Giles WH. *Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality*. Am J Prev Med. 2009;37(5):389-96.
20. Perry BD, Szalavitz M. *The boy who was raised as a dog: what traumatized children can teach us about loss, love and healing*. New York: Basic Books; 2017.
21. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. *Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition*. Nat Rev Neurosci. 2009;10(6):434-445.
22. Glover V, O'Connor TG, O'Donnell K. *Prenatal stress and the programming of the HPA axis*. Neurosci Biobehav Rev. 2010;35(1):17-22.
23. Van den Bergh BR, Van Calster B, Smits T, Van Huffel S, Lagae L. *Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: a prospective study on the fetal origins of depressed mood*. Neuropsychopharmacology. 2008;33(3):536-45.
24. Shonkoff JP, Phillips DA, editors. *From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development*. Washington (DC): National Academy Press; 2000.
25. National Scientific Council on the Developing Child. *Children's emotional development is built into the architecture of their brains*. Working Paper No. 2. Cambridge (MA): Center on the Developing Child at Harvard University; 2012.
26. Gluckman PD, Hanson MA. *Living with the past: evolution, development, and patterns of disease*. Science. 2004;305(5691):1733-1736.
27. Elder GH Jr. *The life course as developmental theory*. Child Dev. 1998;69(1):1-12.
28. McEwen BS, Stellar E. *Stress and the individual: mechanisms leading to disease*. Arch Intern Med. 1993;153(18):2093-2101.

29. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. *Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention*. JAMA. 2009;301(21):2252-2259.
30. Gluckman PD, Hanson MA, Cooper C, Thornburg KL. *Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease*. N Engl J Med. 2008;359(1):61-73.
31. Danese A, McEwen BS. *Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease*. Physiol Behav. 2012;106(1):29-39.
32. Bandura A. *Social cognitive theory: an agentic perspective*. Annu Rev Psychol. 2001;52:1-26.
33. Merleau-Ponty M. *Phenomenology of perception*. Landes DA, translator. London: Routledge; 2012.
34. Schutz A. *The phenomenology of the social world*. Evanston (IL): Northwestern University Press; 1967.
35. Lundgren I, Wahlberg V. *The experience of pregnancy: a hermeneutical/phenomenological study*. J Perinat Educ. 1999;8(3):12-20.
36. Lundqvist A. *Pregnancy, parenthood and the transition to motherhood: women's experiences and expectations*. Umeå: Umeå University; 2008.
37. Fuchs T. *Corporealized and disembodied minds: a phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia*. Philos Psychiatry Psychol. 2005;12(2):95-107.
38. Josephson BL, Holmqvist Gattario K, Kling J, Piran N. "My body is not mine": A mixed methods study on trauma and the experience of embodiment. Body Image. 2025 Dec;55:101986. doi: 10.1016/j.bodyim.2025.101986. Epub 2025 Oct 22. PMID: 41129893.

39. Heckhausen J, Wrosch C, Schulz R. *A motivational theory of life-span development*. Psychol Rev. 2010;117(1):32-60.
40. Rogers CR. *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin; 1961.
41. Geller SM, Greenberg LS. *Therapeutic presence: a mindful approach to effective therapy*. Washington (DC): American Psychological Association; 2012.
42. Baart A. *Een theorie van de presentie*. 2<sup>e</sup> herziene druk. Den Haag: Boom Lemma; 2011.
43. Levesque JF, Harris MF, Russell G. *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. Int J Equity Health. 2013 Mar 11;12:18. doi: 10.1186/1475-2875-12-18.
44. Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S. *Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: Results of a cross-national population-based survey*. Am J Public Health. 2006;96:1300-1307.



## **Colofon**

Kinderwens: een kantelpunt voor individu en maatschappij

*Prof. dr. H.H. Bijma*

ISBN 978 908 360 40 60

NUR 715

Vormgeving & illustratie omslag

*Netty van Haarlem*

Lettertype

*Auto Pro & Quat*

Deze oratie is online te vinden via de website van de  
Universiteit voor Humanistiek: [www.uvh.nl](http://www.uvh.nl).