

**FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu**

**ACTIVITEITENRAPPORT VAN DE COLLEGES VAN GENEESHEREN**

**2002-2003**



## **Inleiding**

De Colleges van geneesheren werden in 1999 bij Koninklijk Besluit opgericht, als een van de toepassingsmodaliteiten van art. 15 van de wet op de ziekenhuizen, betreffende de kwaliteit van de zorg.

Dit rapport heeft tot doel verslag uit te brengen over hun activiteiten tijdens de periode 2002-2003. De coördinatie van de redactie gebeurde door de Dienst Algemene ziekenhuizen en kwaliteit van de zorg binnen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Dit document is als volgt samengesteld:

- Hoofdstuk 1: stelt de gemeenschappelijke algemene aspecten van de activiteiten van de Colleges van geneesheren voor, een synthese van hun voornaamste activiteiten tijdens de beschouwde periode, en een SWOT-analyse voor elk College;
- Hoofdstuk 2: beschrijft de uitdagingen waarmee de verschillende ziekenhuisactiviteiten waarvoor de Colleges bevoegd zijn, geconfronteerd zijn, met een SWOT-analyse voor elke activiteitensector;
- Hoofdstuk 3: uittreksels uit de activiteitenrapporten van de Colleges;
- Hoofdstuk 4: financiële balans;
- Hoofdstuk 5: wettelijk kader.

Laten wij als algemene inleiding tot de problematiek van de Colleges van geneesheren herinneren aan de SWOT-tabel (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) die terzake werd opgemaakt naar aanleiding van het symposium “Kwaliteit van de zorg” van de ISQUA (Parijs, november 2002) :

**SWOT kwaliteit**

<b>Strengths</b>	<b>Opportunities</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- kwaliteitscultuur in opmars               <ul style="list-style-type: none"> <li>- responsabilisering</li> <li>- inter- en multidisciplinariteit</li> </ul> </li> <li>- toenemende productie               <ul style="list-style-type: none"> <li>- eigen databanken</li> <li>- benchmark, win win</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verbetering van de kwaliteit               <ul style="list-style-type: none"> <li>- EBM, accreditering</li> <li>- internationale vergelijkingen</li> </ul> </li> <li>- nieuwe technologieën               <ul style="list-style-type: none"> <li>- zorgtrajecten</li> </ul> </li> </ul>
<b>Weaknesses</b>	<b>Threats</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- investering tijd, kosten</li> <li>- blijvend isolement               <ul style="list-style-type: none"> <li>- kritische massa niet bereikt</li> <li>- weinig betrokkenheid van de beheerders</li> </ul> </li> <li>- zichtbaarheid van de activiteit en de resultaten ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- continuïteit : moeheid</li> <li>- budgettaire beperkingen</li> <li>- « geheime » agenda ?               <ul style="list-style-type: none"> <li>- van de beroepsbeoefenaars</li> <li>- van de beleidsmakers</li> <li>- van andere partners</li> </ul> </li> </ul>

**Colleges van geneesheren: vooruitzichten en  
uitdagingen 2003-2004**

## Colleges van geneesheren : vooruitzichten en uitdagingen 2003-2004

De Colleges van geneesheren werden in 1999 in 9 domeinen van de ziekenhuisactiviteit opgericht met als doel de kwaliteit te bevorderen in hun respectieve specialismen (cf. KB van 15/2/99):

- het in consensus opstellen van kwaliteitsindicatoren en toetsingscriteria inzake goede medische praktijkvoering;
- het uitwerken van een geïnformatiseerd registratiemodel en een typerapport;
- het eventueel afleggen van visitaties en het uitvoeren van controles van de geregistreerde gegevens;
- het opstellen van een nationaal jaarrapport ter attentie van de overkoepelende werkgroep van de overlegstructuur;
- het terugkoppelen van de gegevens naar de betrokken ziekenhuizen en geneesheren.

De benoeming van de leden van de Colleges was in het algemeen gebaseerd op het advies van de wetenschappelijke verenigingen en de beroepsverenigingen van de betrokken disciplines. Dit legitimeerde de Colleges in principe zowel op wetenschappelijk als op corporatistisch vlak en stelde ze beter in staat om een tussenschakel te zijn tussen de overheid en het werkveld. Sommige Colleges van geneesheren werden aangevuld met werkgroepen, die meer specifiek gericht zijn op paramedische activiteiten: dat is het geval voor de Franstalige en Nederlandstalige verpleegkundigen in de nefrologie, en voor de fysici in de radiotherapie.

In verschillende van de betrokken domeinen was de oprichting van het College van geneesheren reeds voorafgegaan door een activiteit van gegevensinzameling en een aanzet tot evaluatie van de activiteit van de sector. Dit gebeurde vanuit een commissie of een *peer review*-groep, ontstaan uit een wetenschappelijke vereniging of beroepsvereniging. Reeds bij hun installatie werd de Colleges op soepele wijze een methodologische oriëntering voorgesteld. Deze is gebaseerd op de kwaliteitscyclus « Plan-Do-Check-Act », gekoppeld aan een systematische gegevensinzameling om alle fases van de kwaliteitscyclus te doorlopen.

Die fases werden grosso modo volgens een zelfde stramien door alle Colleges doorlopen, overeenkomstig de hen toevertrouwde opdrachten, met meer of minder accent op deze of gene opdracht naargelang van de gevoeligheden en de omstandigheden:

- vaststellen van een werkwijze (met goedkeuring van een huishoudelijk reglement);
- bepalen van een strategie en keuze van een of meer werkthema's;
- bepalen van kwaliteitsindicatoren gebaseerd op de middelen, de processen of de resultaten van de activiteit in de ziekenhuizen;
- verstrekken van feedback, eventueel met aanbevelingen of guidelines voor het werkveld;

- bevorderen van continue kwaliteitsverbetering, beheer van de veranderingen die optreden in de opvang van patiënten;
- mededelen van conclusies aan de Multipartite-structuur met het oog op de verbetering van het gezondheidsbeleid.

Doorheen deze fases en gelet op de hen toevertrouwde opdrachten vervullen de Colleges van geneesheren in het gezondheidssysteem een tweeledige rol: enerzijds het expliciteren van de kwaliteit zowel ten aanzien van de beroepsbeoefenaars als de andere betrokken gesprekspartners (publiek, overheid, economische partners); anderzijds de bilaterale uitwisseling van informatie over de praktijken tussen de overheid en de ziekenhuizen, wat de verzuchtingen en de prioriteiten van beiden betreft. Verzuchtingen en prioriteiten die deel uitmaken van de uitdagingen waarmee elk College geconfronteerd wordt, en dit inzake statuut, wetenschappelijke eisen die moeten worden verdedigd, de op het spel zijnde corporatistische belangen die moeten worden getoetst aan het algemeen belang, dat op zijn beurt rekening houdt met bezorgdheden inzake ethiek en volksgezondheid, en de economische implicaties ervan. De Colleges moeten een visie en een knowhow ontwikkelen om de volgende drie functies te vervullen: ten eerste die van morele autoriteit aangezien ze worden geacht een door hun *peers* erkend reflectieforum te zijn; ten tweede die van opiniemaker aangezien ze uitstekend geplaatst zijn om informatie te verspreiden in de sector die hen aanbelangt; en tenslotte die van tussenschakel voor de doorstroming van informatie, onder meer tussen de overheden van volksgezondheid en het doelpubliek en dit dankzij hun institutionele positie. Om deze drieledige functie te bevestigen, moeten de Colleges de nodige legitimiteit en erkenning genieten ten aanzien van de verschillende instanties van wie ze partner zijn. Ze moeten er ook naar streven hun zichtbaarheid ten aanzien van de beroepsbeoefenaars, zeker binnen hun eigen discipline, te verbeteren, en ten aanzien van andere disciplines die betrokken zijn bij de behandelde thema's en probleemstellingen.

U vindt voorbeelden van de activiteit van de Colleges op het volgende adres:  
[www.health.fgov.be/vesalius/quality/startf.htm](http://www.health.fgov.be/vesalius/quality/startf.htm), rubriek « feedback (Federale initiatieven « kwaliteit » in de Belgische ziekenhuizen) ».

**SWOT Colleges van geneesheren**

<b>Strengths</b>	<b>Weaknesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- noodzaak de kwaliteit in een gestructureerd kader te expliciteren</li><li>- steun van de overheid</li><li>- autonomie inzake informatiebeheer</li><li>- specifiek kenniscentrum voor de discipline</li><li>- morele autoriteit</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- veelvuldigheid van de beslissingsniveaus</li><li>- moeilijkheden om het wettelijk kader te bepalen</li><li>- onvoldoende besef van de opportuniteit en het nut</li><li>- moeilijkheden om de activiteit te financieren</li><li>- wisselende motivatie</li></ul>
<b>Opportunities</b>	<b>Threats</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- potentiële legitimiteit</li><li>- opiniemaker</li><li>- tussenschakel</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- concurrentie van andere instanties</li><li>- burn-out</li><li>- financiering</li><li>- meningsverschil overheid - College</li><li>- risico dat de overheid afhaakt als de resultaten niet relevant zijn</li></ul>

**Resultaten van de activiteiten van de Colleges van geneesheren en gekozen thema's**  
**(synopsis)**

**College voor intensieve neonatologie**

**Activiteiten**

- aanmaken van een databank (via een gemeenschappelijke registratiesoftware)
- opmaken van profielen en feedback naar de centra in uitvoering
- evaluatie van de opvang van extreem prematuren in België

**SWOT van het College voor intensieve neonatologie**

<b>Strengths</b>	<b>Weaknesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- groep van neonatologen die gemotiveerd zijn</li><li>- om de kwaliteit van de zorg in hun dienst te optimaliseren</li><li>- om de overlevingskwaliteit van de pasgeborenen die uit hun dienst ontslagen worden, te verbeteren</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- moeilijkheden inzake identificatie van de leden ten opzichte van het College</li><li>- onvoldoende omschreven opdracht van het College</li><li>- trage voortgang in de verwezenlijkingen van het College</li></ul>
<b>Opportunities</b>	<b>Threats</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- uitwerken van aanbevelingen tot goede gemeenschappelijke klinische praktijkvoering en multicentrische evaluatie van de opgemaakte protocollen</li><li>- impact op de kwaliteit</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- positionering ten opzichte van de uitbreiding van het College tot een College moeder - pasgeborene</li><li>- onzekere financiering</li><li>- afhaken van de leden</li></ul>



## Conclusie

Zoals we kunnen zien, vorderen de Colleges in een verschillend tempo; de lessen die uit de analyses van de verzamelde gegevens kunnen worden getrokken, variëren. Zo heeft het College Radiotherapie heel wat werk verricht, maar de verkregen informatie levert beschrijvende aanwijzingen op in plaats van boordtabellen voor follow-up en kwaliteitsverbetering. Het College Reproductieve Geneeskunde daarentegen richt zich op een gevoelig thema om er een kwaliteitsvolle indicator en doelstelling van te maken. Uitgaand van een register dat thans *online* beschikbaar is, definieert het College Centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie indicatoren die deel kunnen uitmaken van een boordtabel. Het College heeft evenwel nog geen methode ontwikkeld om de centra, waarvan de resultaten afwijken van het gemiddelde, aan te spreken. In het algemeen is de invloed van de Colleges op de kwaliteit van de praktijken nog beperkt, maar het gaat nog om een recent experiment en voor veel beroepsbeoefenaars komt het erop aan al doende te leren.

Bovendien moet hieraan worden toegevoegd dat de Colleges, boven op de klassieke groeipijnen, vooral in de loop van 2003 administratieve moeilijkheden hebben gekend i.v.m. de hervorming van de Multipartite-structuur, de traagheid waarmee de vernieuwing van de Colleges officieel werd bekrachtigd en de modaliteiten van hun financiering, waarvoor nog een bevredigende structurele oplossing moet worden gevonden.

Niettegenstaande de grote verscheidenheid kunnen er toch enkele conclusies worden getrokken:

- een reeds bestaande traditie van gegevensregistratie is een troef (cf. Centra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie);
- disciplines met een klein aantal actoren die zich over een welomschreven problematiek buigen maken sneller vorderingen (cf. reproductieve geneeskunde, intensieve neonatologie... *a contrario* : cardiale pathologie, NMR);
- het is noodzakelijk dat het College voldoende legitimiteit heeft binnen het beroep;
- er is methodologische begeleiding nodig voor de vervulling van de opdracht van de Colleges. De actoren op het terrein zijn geneigd om epidemiologische databanken aan te maken die weliswaar interessant zijn op wetenschappelijk vlak, maar moeilijk te analyseren en te gebruiken zijn als indicatoren in het kader van kwaliteitsgarantie; er is begeleiding nodig om ze ertoe aan te zetten databanken aan te maken die minder exhaustief en operationeler zijn vanuit het perspectief kwaliteit;
- zonder specifiek hiervoor aangesteld personeel kan er geen verzameling van betrouwbare gegevens gebeuren: permanentie is onontbeerlijk;
- in het verlengde van het voorgaande moeten de Colleges kunnen rekenen op continuïteit m.b.t. de financiering van de activiteiten die uit hun opdracht voortvloeien;
- een daadwerkelijke erkenning van de Colleges als gesprekspartner door de overheid is onontbeerlijk om de motivatie van hun leden aan te wakkeren en in stand te houden.

In de toekomst zouden minstens twee activiteitsdomeinen moeten worden ontwikkeld die totnogtoe slechts weinig bestudeerd zijn.

Enerzijds moeten er vorderingen worden gemaakt op het niveau van het onderzoek en de definitie van aanbevelingen m.b.t. goede praktijkvoering (*guidelines*), ofwel op basis van de literatuur ofwel vanuit ervaring op het terrein. Vervolgens moeten die aanbevelingen worden verspreid, indicatoren moeten worden uitgewerkt om de acceptatie en de naleving van de *guidelines* na te gaan, ook moeten er verklaringen worden gezocht voor eventueel vastgestelde tekortkomingen. Voor die activiteit in het bijzonder zou er een samenwerkingsverband met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg moeten worden opgezet.

Anderzijds zou de activiteit moeten evolueren naar het uitwerken van een methodologie die systematisch dichter staat bij het “kwaliteitscyclus”-model PDCA, vooral voor wat de vierde fase (Act) betreft, namelijk de invoering van correctiemechanismen die nodig blijken uit de metingen (Check). Dit impliceert dat er indicatoren moeten worden ingevoerd voor constante follow-up die samen een “boordtabel” vormen. Om dat te bereiken, is het belangrijk de juiste werkthema’s te kiezen. De thema’s moeten betrekking hebben op erkende, pertinente en gevoelige problemen. Het gaat in casu niet om een eis tot theoretische orthodoxie, maar om een terugkerende vaststelling: een “kwaliteitsgerichte” werking is geen keukenrecept, maar een ingesteldheid.

Er lopen verschillende projecten die zich in een min of meer gevorderd stadium bevinden: de herstructurering van het College Cardiale Pathologie, de oprichting van een College Intensieve Kraamzorg dat gekoppeld is aan het College Neonatalogie, de stichting van een College Oncologie, de opname van het College Nucleaire Magnetische Resonantie in een groter College Medische Beeldvorming, de oprichting van een College van Hoofdgeneesheren.

Die perspectieven tonen duidelijk de interesse voor het model alsook de tendens naar meer multidisciplinariteit. Die tendens steunt op de overtuiging dat om de kwaliteit structureel te bevorderen, het belangrijk is de contacten te verruimen en de communicatie te verbeteren, met name tussen actoren die met dezelfde problemen worden geconfronteerd, maar waarbij de eigenheid van elk van die problemen een verschillende benaderingswijze vergt. De tendens is tevens een van de uitingen van een basisaxioma: de Colleges zijn er om de kwaliteit van de zorg te evalueren en te bevorderen binnen hun specifieke werkterreinen. Ze leggen zich toe op de procedures en de resultaten, maar houden zich in geen enkel opzicht bezig met de beoordeling van de individuele deskundigheid van de beroepsbeoefenaars die binnen die structuren werkzaam zijn.

De fundamentele uitdaging voor het expliciteren, evalueren en bevorderen van de kwaliteit van de zorg is dat de gezondheidszorgbeoefenaars hun specifieke rol en verantwoordelijkheid op zich nemen en een correct gebruik maken van de beschikbare middelen: efficiënt, relevant en in verhouding tot de noden.

Ze hebben als taak de variaties in praktijkvoering te bekijken, zowel wat het proces als wat de resultaten betreft, de oorzaken ervan beoordelen en verklaren en die variaties beperken met het oog op een optimaal gebruik van de middelen waar mogelijk door lessen te trekken uit de beste resultaten (i.p.v. te focussen op de minder goede).

De bestaande en toekomstige Colleges kunnen hierbij een beslissende rol spelen, gezien de uitdagingen die de gezondheidseconomie te wachten staan, onder meer de onvermijdelijke wijzigingen die zullen moeten worden doorgevoerd m.b.t. de financieringsregeling voor de ziekenhuisactiviteit.

## **Uitdagingen in de verschillende disciplines**

## Uitdagingen in de neonatale geneeskunde

### 1. Inleiding

In de landen met een grote medisch-technische ontwikkeling worden zwangerschap, bevalling en geboorte vandaag de dag nauwgezet opgevolgd, en heeft medische behandeling ertoe geleid dat mogelijke risico's, voor moeder en kind, in vergelijking met vroeger aanzienlijk werden verminderd. Niettegenstaande alle voorzorgsmaatregelen sterven er in België 3 à 4 kinderen op 1000 voor ze 1 maand oud zijn (neonataal sterftcijfer: 3,56/1.000); het perinataal sterftcijfer (28 weken zwangerschap tot de eerste zeven levensdagen) bedraagt 6,88/1.000 (bron SPMA gegevens van 1997). Van de 100.000 geboortes per jaar, vertoont jaarlijks 6% van de pasgeborenen (of 6.000 patiënten) een aandoening van de vitale functies waarvoor opname in één van de 19 diensten intensieve neonatologie noodzakelijk is (Neonatal Intensive Care of NIC). Een van de opdrachten van de NIC-diensten bestaat erin 24 u op 24 een heel gamma van zeer gespecialiseerde en hoog technische zorg te bieden aan pasgeborenen die in hun bestaan of in hun onmiddellijke overlevingskansen worden bedreigd. Het gaat hier bijvoorbeeld om pasgeborenen met ernstige circulatie-, ademhalings-, of stofwisselingsstoornissen, aangeboren, mogelijk letale, afwijkingen of nog prematuren met een extreme immaturiteit van alle systemen.

Hoewel de technologische vooruitgang die sinds de jaren '70 in de diensten neonatologie werd geboekt, sterk bijgedragen heeft tot de grotere overlevingskansen van de pasgeborenen, blijven de neonatologen vragen hebben bij de omstandigheden waarin ze werken en de resultaten van hun werk, en dit zowel wat het aantal overlevenden betreft, als de omstandigheden van dit overleven voor het kind en de familie.

Er bestaat bovendien een wetgeving (K.B. van 20 augustus 1996) die voor de NIC-dienst en de N\* en P-functies structurele, organisatorische en functionele erkenningsnormen vaststelt.

### 2. Uitdagingen op organisatorisch en medisch vlak

- multidisciplinariteit: variatie afhankelijk van de betrokken periode (prenatale periode, neonatale periode, kindertijd)
- vroegtijdige opsporing van risicozwangerschappen
- de dienst intensieve neonatologie integreren tussen de dienst verloskunde (hoogrisico zwangerschappen) en de dienst pediatrie
- accommodatie die de ontwikkeling van de affectieve band tussen moeder en kind bevordert (rooming-in vereist architectonische en organisatorische aanpassingen)
- een goede overgang van het ziekenhuis naar de thuisomgeving waarborgen
- follow-up op lange termijn: evaluatie van de behandelingen

De uitdagingen in de neonatologie overschrijden ruimschoots het vooraf bepaalde kader van dit specialisme:

**Prenatale periode:** die aspecten betreffen de follow-up van de zwangerschap, het identificeren van maternale en/of foetale hoogrisicozwangerschappen, het doorverwijzen van risicozwangeren naar structuren die gespecialiseerd zijn in antenatale diagnostiek en de behandeling van maternale of neonatale complicaties. Zelfs indien in voormelde domeinen voorstellen voor een goede klinische praktijk (EB guidelines) uitgebreid in de literatuur worden besproken, worden ze niet altijd opgevolgd, maar volledig aan het oordeel van de behandelende arts overgelaten, waardoor ze van geval tot geval verschillen. Een gecoördineerde aanpak veronderstelt de organisatie van perinatale zorgnetwerken, waarbij vorm dient gegeven aan de samenwerking tussen specialisten van elkaar aanvullende disciplines (verloskundigen, echografisten, specialisten in foetale geneeskunde, genetici, neonatologen, pediatrische chirurgen of hartchirurgen, enz) en waarin alle aspecten van een hoe dan ook multidisciplinaire perinatale opvang moeten worden geïntegreerd. Een verantwoorde intra-uteriene transfer (transfer van de moeder voor de geboorte naar een aan het NIC-centrum verbonden kraamkliniek) getuigt van een anticiperend beleid en waarborgt een adequate opvang van de pasgeborene.

**Neonatale periode:** de integratie van de NIC-dienst in een dienst pediatrie waarborgt een multidisciplinaire aanpak. Vanwege de medische expertise is het concentreren van de zware neonatale pathologie in de “centres of excellence”, die over de nodige infrastructuur en specifiek geschoold personeel beschikken een kwaliteitsgarantie. In België is er in sommige NIC-centra zeer waarschijnlijk onvoldoende activiteit op het vlak van de intensieve neonatologie, zoals de activiteitsstatistieken aantonen (opname van pasgeborenen van minder dan 1.500 gram, aantal kunstmatig beademde patiënten, aantal patiënten dat door andere ziekenhuizen is doorverwezen). Het is zeer belangrijk dat tijdens die kritieke periode de moeder-kind band zich kan ontwikkelen. Bepaalde architectonische (rooming-in) en organisatorische aanpassingen om de toegang van de familie te vergemakkelijken, zouden hiertoe kunnen bijdragen. De overgang van de pasgeborene van het ziekenhuis naar de thuisomgeving is ook een kritieke fase waarvoor psychosociale begeleiding nodig kan blijken.

**Implicaties op lange termijn:** een verplichte multidisciplinaire follow-up op lange termijn voor risicopasgeborenen die uit de NIC-centra worden ontslagen, met een feedback naar de perinatale diensten toe, zou toelaten het probleem in zijn totaliteit in te schatten en de juiste conclusies te trekken. De gebreken of gevolgen die het kind, de adolescent of de volwassene vertonen, uiten zich slechts op basis van anomalieën die tijdens de ontwikkeling optreden of gezondheidsproblemen die zich tijdens het leven voordoen.

### **3. Uitdagingen op ethisch vlak en op het vlak van de volksgezondheid**

- opsporen doelgroepen
- toegankelijkheid familie
- evaluatie op lange termijn
- definitie levensvatbaarheid
- hoog aantal NIC
- NIC/N\*

De medische uitdagingen in de opeenvolgende fases van de behandeling van risicomoeders en –kinderen zijn nauw verbonden met de uitdagingen op het vlak van de volksgezondheid.

De geboorte van een kind is een buitengewone gebeurtenis in onze samenleving. De organisatie van de gezondheidszorg van een bevolking laat zich onder andere meten door de kindersterfte. Lage cijfers vormen de doelstelling voor elke moderne samenleving. Preventie en opsporing van risicozwangerschappen zijn een prioriteit. Risicozwangerschappen komen het meest voor in bepaalde doelgroepen (gemarginaliseerde bevolking, drugsverslaafden, meerlingzwangerschappen) waarvan sommige moeilijk te benaderen zijn. Moeten er strategieën ontwikkeld worden die op die risicogroepen zijn gericht?

De premature baby is ook een kwetsbaar wezen vanuit psychologisch standpunt. De scheiding moeder (familie) –kind moet zoveel mogelijk worden vermeden, en er dient definitief afgestapt te worden van de paternalistische en sterk reducerende houding om pasgeborenen in een « couveuse » te isoleren onder het almachtige toezicht van het medisch team, met een maximum aan obstakels tussen familie en kind. De architectonische en organisatorische structuur van de NIC-diensten moeten een onbeperkte toegang van de dienst voor de ouders mogelijk maken, en moet het intieme contact van de ouders met het kind bevorderen (Kangoeroe-methode, huid-huid-contact), alsook de deelname van de ouders aan de zorg (« rooming-in »). Broertjes en zusjes, alsook grootouders zouden meer toegang moeten krijgen.

Op basis van de eisen van de samenleving is het verblijf in de kraamkliniek aanzienlijk verkort en die trend zet zich nog steeds voort. Voor veel koppels ouders-kinderen is het noodzakelijk de continuïteit van de zorg tussen kraamkliniek en thuisomgeving te organiseren indien men het kind wil blijven beschermen. Er moeten daarvoor nog structuren worden opgericht. Het integreren van structuren voor preventieve geneeskunde in de kraamklinieken (Kind en Gezin, ONE) is een mogelijkheid.

Het is absoluut noodzakelijk een follow-up te organiseren, indien mogelijk gestandaardiseerd en in ieder geval verplicht, voor alle risicopatiënten die op een NIC (of N\*)-dienst opgenomen werden. De diensten neonatologie hebben dergelijke « controle » van hun activiteit nodig om hun werking te bevestigen of daarentegen bepaalde attitudes te

wijzigen. Het reanimeren van extreme prematuren van minder dan 26 weken is daarvan een voorbeeld. Er moet een ethisch debat dienaangaande worden aangegaan.

De definities moeten worden gestandaardiseerd teneinde de statistieken betreffende de kindersterfte te kunnen vergelijken : wat is de definitie van levensvatbaarheid, wanneer spreken we nog van een miskraam en vanaf wanneer spreken we van een doodgeborene?

De daling van het geboortecijfer en de daling van het aantal meerlingzwangerschappen ingevolge de invoering van het zorgprogramma reproductieve geneeskunde zullen leiden tot een kleiner aantal pasgeborenen met problemen. Blijft het huidige aantal NIC-centra bijgevolg gerechtvaardigd?

De NIC- en N\*-diensten moeten correct worden aangewend: de beslissing om pasgeborenen van de N\*-diensten naar de NIC-diensten over te brengen en vice versa, dient in het belang van het kind te gebeuren. De N\*-diensten hebben meer geschoold verpleegkundig personeel nodig om de baby's die niet langer in de NIC-diensten moeten verblijven, goede zorg te waarborgen.



#### 4. SWOT-analyse

<b>Strengths</b>	<b>Weaknesses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- valoriserend specialisme</li> <li>- kleine homogene groep pediaters met bijzondere expertise in de intensieve neonatologie</li> <li>- specialisten die gemotiveerd zijn om de behandeling van kinderen te optimaliseren met garanties op lange termijn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- werklust (continuïteit van de zorg)</li> <li>- onvoldoende samenwerking met verloskundigen</li> <li>- te veel NIC-centra</li> <li>- onderfinanciering van de N*-centra</li> <li>- stress</li> <li>- te weinig feedback over de follow-up</li> </ul>
<b>Opportunities</b>	<b>Threats</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ontwikkeling van een geïntegreerde perinatale aanpak</li> <li>- de organisatie van de NIC- en N*-centra optimaliseren</li> <li>- uitwerken van aanbevelingen voor een goede klinische praktijk en multicentrische evaluatie van de ingevoerde protocollen</li> <li>- technologie</li> <li>- kwaliteit van de zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- daling van het geboortecijfer</li> <li>- kosten van de zorg en van handicaps op lange termijn</li> <li>- teveel werk met gevaar voor demotivering van het medisch en paramedisch personeel</li> <li>- invloed van keuzes van de samenleving op de evolutie van de discipline (neo-eugenetica)</li> </ul>