

**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 Reproductieve Geneeskunde**

**Activiteiten**

- optimalisering van de gegevensregistratie
- duidelijke doelstelling om het aantal meerling zwangerschappen te verminderen
- variabiliteit van de doeltreffendheid van de medisch begeleide voortplantingstechnieken
- verwikkelingen van de techniek
- economische aspecten

**SWOT van het College voor Reproductieve Geneeskunde**

<b>Strengths</b>	<b>Weaknesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- goed gestructureerde organisatie van de activiteit (zorgprogramma's)</li><li>- ontwikkelde registratiecultuur</li><li>- adequaat leiderschap en adequate groepswerking</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- kostprijs van ingesteld kwaliteitsbeleid</li></ul>
<b>Opportunities</b>	<b>Threats</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- uitbouw van strategieën om meerling zwangerschappen te voorkomen en om de resultaten en de technieken te optimaliseren</li><li>- aanpak van de problematiek van de neveneffecten voor de patiënten (bv. OHSS)</li><li>- aanpak van het probleem van de aangeboren afwijkingen voor het nageslacht</li><li>- convergentie van de belangen volksgezondheid – werkveld</li><li>- welomschreven kwaliteitsdoelstelling</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- onzekerheid wat betreft de financiering van de ingestelde registratie</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 voor de reproductieve geneeskunde

### 1. Inleiding

De WGO beschouwt een koppel als onvruchtbaar indien er na 2 jaar seksuele betrekkingen zonder anticonceptie of medische ingreep geen zwangerschap is vastgesteld. In de praktijk hebben gynaecologen in de geïndustrialiseerde landen die termijn teruggebracht tot 1 jaar of zelfs 6 maanden. In die landen blijkt de prevalentie van onvruchtbaarheid de laatste jaren stabiel te zijn gebleven, ook al doen elk jaar meer koppels een beroep op technieken van medisch begeleide voortplanting. De prognoses, gebaseerd op een Amerikaanse studie (Stephen EH. Projections of impaired fecundity among women in the United States: 1995-2025. *Fertil Steril* 1998; 70:807-830), luiden dat het aantal onvruchtbare vrouwen licht zal stijgen, vooral wegens betrekkelijk late zwangerschappen bij werkende vrouwen. Andere vaststellingen, zoals de verminderde productie van spermatozoïden in de loop van de laatste jaren, hebben de wetenschappelijke wereld ertoe aangezet de impact van het milieu en werkomstandigheden op de mannelijke vruchtbaarheid te erkennen (rol van pesticiden, tabak, bijvoorbeeld). Ook genetische aspecten van de mannelijke vruchtbaarheid zijn in kaart gebracht. Tegelijkertijd werd de etiologische rol van inflammatoire aandoeningen van de geslachtsorganen (in het bijzonder Chlamydia-infecties bij vrouwen) duidelijk aangeduid als factor van tubaire steriliteit. Op dat vlak zouden preventieve maatregelen een gunstig effect kunnen hebben op de prevalentie van tubaire steriliteit.

Er bestaat sinds 1999 in België een programmatie die de kwaliteit van de opvang en de behandelingen in dit specialisme tracht te optimaliseren, de kosten van de gebruikte technieken te beheersen, een rechtvaardige toegang tot dit soort behandeling te garanderen in het kader van een gelijkmatige sociale dekking van de medische verzorging en ten slotte te garanderen dat de behandelde personen het centrum vrij kunnen kiezen.

De erkenningscriteria voor de centra die medisch begeleide voortplanting aanbieden zijn gepubliceerd in de vorm van zorgprogramma's 'reproductieve geneeskunde' A en B (K.B. van 15 februari 1999, verschenen in het Belgisch Staatsblad op 25/03/1999).

18 programma's van het type B (alle handelingen van medische voortplanting worden verricht met inbegrip van IVF-laboratoria) en 15 programma's van het type A zijn op dit moment erkend.

Om erkend te worden, moeten de zorgprogramma's 'reproductieve geneeskunde' A en B (M.B. 25/03/1999) een interne evaluatie doorvoeren en een externe evaluatie laten uitvoeren van de kwaliteit van hun medische activiteiten. De organisatie van de registratie van de gegevens die nodig zijn voor die evaluatie wordt in het K.B. aan het College toevertrouwd.

## **2. Uitdagingen op organisatorisch en medisch vlak**

- opvang op basis van de code voor goede klinische praktijkvoering en de deontologische code
- toegankelijkheid
- preventie van « Pelvic Inflammatory Diseases »
- zorgnetwerk reproductieve geneeskunde

Op het vlak van de medische organisatie van de discipline moeten de voorgestelde activiteiten zodanig worden gecontroleerd dat de patiënten worden opgevangen en voor hun onvruchtbaarheidsprobleem worden behandeld op een manier die rijmt met de vooruitgang van de wetenschap en de codes van goede klinische en deontologische praktijken ter zake.

Het betreft hier, zonder exhaustief te zijn, het volgende:

- het oppuntstellen van onvruchtbaarheidsproblemen, diagnose en indicaties van de verschillende behandelingen;
- de doeltreffendheid van de voorgestelde behandelingen, meetbaar in termen van het aantal succesvolle bevallingen in verhouding tot het aantal zwangerschapspogingen (ofwel in verhouding tot het aantal stimulatiecycli bij IVF);
- de betrouwbaarheid van de behandeling in termen van lichamelijke en psychologische nevenwerkingen op korte en lange termijn bij de patiënte (bvb. O.H.S., ontstaan van eierstokkanker) of bij het koppel;
- de gevolgen van de behandelingen op de gezondheid en het welzijn van het ongeborn kind (bv. op lichamenlijk vlak: beoordeling van eventuele risico's van aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte in geval van meerlingen, onvruchtbaarheid op lange termijn; op psychologisch en ontwikkelingsvlak, terugslag van meerlingzwangerschappen, maar ook bijzondere gevallen van homoseksuele ouderparen, verwantschapsproblematiek in geval van KID, draagmoederschap, post mortem inseminatie, enz.).

Er moet een rechtvaardige toegang tot dit soort behandeling worden gegarandeerd in het kader van een gelijkmatige sociale dekking zodat commerciële uitbuiting van deze technieken wordt vermeden.

Er zijn preventiecampagnes rond “Pelvic Inflammatory Diseases” nodig.

In de toekomst zou men kunnen overwegen een echt zorgnetwerk “Reproductieve Geneeskunde” op te zetten vanaf de bestaande programma's A en B en het uit te breiden tot gynaecologen-verloskundigen en zelfs huisartsen die activiteiten verrichten in het domein van de reproductieve geneeskunde. Dankzij een dergelijk netwerk zou homogeniteit en optimale kwaliteit van alle zorghandelingen in dat domein kunnen worden gewaarborgd.

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

- aanpassen van de wetgeving
- preventie van vrouwelijke onvruchtbaarheid
- preventie van mannelijke onvruchtbaarheid

Binnen de samenleving moet een debat op gang worden gebracht en de wetgeving stap voor stap worden aangepast vanuit het volgende gezichtspunt:

- borg staan voor het welzijn en de rechten van het kind dat is verwekt met behulp van de technieken van medisch begeleide voortplanting;
- commercialisering van het menselijk lichaam of van producten afkomstig van het menselijk lichaam (bv. ovocyten, spermatozoïden) voorkomen;
- het respect voor de menselijke waardigheid en de persoon van het embryo verdedigen (bv. wat er moet worden van de overtollige embryo's);
- de risico's waartoe het "wilde" gebruik van deze technieken kan leiden, voor de samenleving beperken (bv. eugenisme, therapeutisch klonen). Desondanks moeten binnen een beperkt kader onderzoeksmogelijkheden die een positieve impact op de samenleving kunnen hebben, open worden gehouden (bv. pre-implantatie diagnose in geval van erkende genetische ziekte in de familie, therapeutische mogelijkheden van stamcellen in geval van aplastische anemie, bij neurodegeneratieve aandoeningen ...).

Er moet een preventiebeleid inzake onvruchtbaarheid worden ingevoerd zodat de bevolking eveneens wordt voorgelicht over de risico's van late zwangerschappen. De verlaging van de leeftijd waarop de eerste zwangerschap plaatsvindt, is een belangrijke factor. Maatregelen om de vrouw tijdens de zwangerschap en na de bevalling te beschermen tegen een eventueel ongunstige weerslag van die gebeurtenissen op haar carrière (compensatiemaatregelen voor de werkgever, bijvoorbeeld, verplichte vervanging in geval van zwangerschapsverlof). Ook zouden de educatieve taken en de plichten t.o.v. het kind moeten kunnen worden verdeeld tussen de partners (cf. ouderschapsverlof, verlof indien het kind ziek is, hoederecht in geval van scheiding, enz.).

Om mannelijke onvruchtbaarheid te voorkomen, moeten maatregelen worden genomen inzake milieu (roken, blootstelling aan pesticiden bijvoorbeeld) en werkomgeving.

#### 4. SWOT-analyse

<b>Strengths</b>	<b>Weaknesses</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- goed gestructureerde activiteit (zorgprogramma)</li><li>- goede resultaten van de in België gebruikte technieken</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- meerlingzwangerschappen</li><li>- financiële toegankelijkheid van de technieken</li></ul>
<b>Opportunities</b>	<b>Threats</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- ontwikkeling van strategieën om meerlingzwangerschappen te voorkomen</li><li>- optimalisering van de technieken en de resultaten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- explosie van de kostprijs voor de gemeenschap</li><li>- besluiteloosheid m.b.t. het beleid inzake overtollige embryo's</li><li>- iatrogene risico's (O.H.S., eierstokkanker)</li><li>- familiale stress ten gevolge van de behandeling</li><li>- aanpak van het probleem van aangeboren afwijkingen voor het nageslacht</li><li>- rol van de traditionele familie</li><li>- recht van het kind om zijn herkomst te kennen</li></ul>



## **Bijlage: gegevens**

Ongeveer 100.000 geboorten per jaar in België

### Gegevens Belrap 2000-2001

- 10.000 geregistreerde cycli van in vitro fertilisatie
- indicaties van de behandeling: tubaire steriliteit (9 %), endometriose (3 %), andere vrouwelijke indicaties (11 %), mannelijke steriliteit (39 %), gecombineerde steriliteit (29 %), onbekende redenen (9 %)
- 10 % van de cycli mislukken of worden stopgezet (geen embryotransfer)
- gebruikte techniek: 1/3 klassieke IVF, 2/3 ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection)
- evolutieve zwangerschappen: 18,8 % per cyclus of 22,2 % per embryotransfer
- jaarlijks 2.141 geboorten (2 % van het totaal aantal geboorten)
- verwickelingen: in totaal 2,6 % waaronder O.H.S. (Ovary Hyperstimulation Syndrome) (1,4 %), infectie (0,1 %), vasculair accident (0,06 %), andere (1 %)
- zwangerschappen:
  - 76 % éénlingzwangerschappen of 1.302 pasgeborenen (gemiddelde duur van de zwangerschap 38,4 weken, gemiddeld gewicht bij geboorte 3.187 g)
  - 23 % tweelingzwangerschappen of 800 pasgeborenen (gemiddelde duur van de zwangerschap 35,5 weken, gemiddeld gewicht bij geboorte 2.400g)
  - 1 % drielingzwangerschappen of 39 pasgeborenen (gemiddelde duur van de zwangerschap 32 weken, gemiddeld gewicht bij geboorte 1.600g)
- bevalling: 38 % via keizersnede
- vroegtijdige bevalling: 8,8 %
- kinderen met aangeboren afwijking(en): 3,8 %