

Verslag werkzaamheden van college Pediatrie werkjaar 2010

- i. Het college pediatrie heeft in antwoord op de vraag van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een document opgesteld met *projecten voor een verdere verbetering van de pediatrische zorg van zieke kinderen in België*. (zie bijlage)
Hierin worden 11 topics behandeld met een situatie van de huidige toestand en voorstellen voor verbetering, met name:
 - Paramedische ondersteuning van de afdeling Kinder- en Jeugdgeneeskunde
 - Psychopedagogische ondersteuning op de afdeling Kinder- en Jeugdgeneeskunde
 - Onderbrengen van alle zorg voor kinderen op één campus
 - Administratieve ondersteuning van de afdeling Kinder- en Jeugdgeneeskunde
 - Opvang van kinderen op spoedgevallen
 - Tijdsinvestering van de kinderarts in het ziekenhuis
 - Evaluatie van de implementatie van het zorgprogramma pediatrie
 - Bijzondere beroepsbekwaamheden in de pediatrie
 - Medische daghospitalisatie pediatrie
 - Relatie kinderartsen/huisartsen met betrekking tot de gezondheidszorg voor kinderen
 - Intensieve pediatrische zorg

- ii. Het college pediatrie heeft de *bijzondere beroepsbekwaamheden in de pediatrie* verder uitgewerkt en gecoördineerd.

In de voorbije 10-15 jaar werd er door verschillende pediatrische subdisciplines tevergeefs geprobeerd om hun subdiscipline in België te laten erkennen. Enkel kinderneurologie (1985) en neonatologie (MB 03/05/99 – BS 08/07/99) hebben een erkenning verkregen. In mei 2007 werd er een Ministerieel Besluit uitgevaardigd waarin de bijzondere criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten met een bijzondere beroepskwaamheid in de pediatrische hematologie en oncologie werden vastgelegd (MB 14/05/07 - BS 06/06/07). De uitvoering van dit MB is momenteel nog steeds niet in orde

Binnen de Hoge Raad voor Volksgezondheid is er momenteel een tendens om bijkomende subdisciplines, waaronder pediatrische, onder één of andere vorm te laten erkennen, vermoedelijk onder de vorm van een “bijzondere beroepsbekwaamheid”. De voorzitters van de Nederlandstalige en Franstalige erkenningcommissies kindergeneeskunde, Prof. Vandenplas en Prof. Senterre, werden hieromtrent in mei 2008 om advies gevraagd. Op 17 april 2008 heeft de Hoge Raad voor Volksgezondheid geadviseerd om de toekenning van de bijzondere beroepstitel in de pediatrische hematologie en oncologie te verlenen door de erkenningcommissie voor kindergeneeskunde, bijgestaan door experts in de pediatrische hematologie en oncologie. Dit standpunt wordt bijgetreden door de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde en de Nederlandstalige en Franstalige erkenningcommissie kindergeneeskunde. In de zitting van 2 december 2008 heeft de Hoge Raad voor Volksgezondheid een gelijkaardig advies uitgebracht in verband met de erkenning van de pediatrische endocrinologie-diabetologie. Het uitwerken van pediatrische

subdisciplines was ook één van de taken van het pre-college en later het college pediatrie.

Een algemeen document met het beschrijven van de problematiek en de voorwaarden om te voldoen aan een bijzondere beroepsbekwaamheid, werd door het college pediatrie goedgekeurd (zie bijlage). Volgende bekommernissen staan hierin centraal:

1. De basis van de opleiding tot kinderarts met een bijzondere bekwaamheid is een goede algemene opleiding in de kindergeneeskunde. Dit moet een waarborg bieden dat kinderartsen met een bijzondere bekwaamheid een holistische kijk op het kind blijven behouden en ingeschakeld kunnen worden in wachten “algemene kindergeneeskunde” in regionale en universitaire kinderafdelingen en in de opvang van de pasgeborenen in regionale kinderafelingen met N* . Maximaal één jaar van de subspecialistische opleiding kan gevolgd worden tijdens de laatste twee jaar van de opleiding tot algemeen kinderarts.
2. De bijzondere bekwaamheid in een subdiscipline moet verleend worden na een geloofwaardige, kwaliteitsvolle opleiding. De Europese richtlijnen voor het verkrijgen van de erkenning van het subspecialisme zijn de leidraad voor deze opleiding.
3. Een transparante wetenschappelijke vereniging moet de spreekbuis zijn van alle kinderartsen met een bijzondere bekwaamheid in dit subspecialisme.
4. Die transparante vereniging zal retro-actief een erkenning moeten voorstellen voor kinderartsen die momenteel op basis van opleiding, klinische competentie, wetenschappelijke activiteit, leeropdracht, bijscholing, publicaties, lidmaatschap wetenschappelijke verenigingen, ... blijf geven van voldoende activiteit en competentie in het subdiscipline.

De opleiding in de diverse bijzondere bekwaamheden in de kindergeneeskunde werd ingevuld door de respectievelijke wetenschappelijke verenigingen en nadien getoetste aan de algemene principes en besproken binnen de werkgroep “bijzondere beroepsbekwaamheden” van het college pediatrie met vertegenwoordigers van deze bijzondere bekwaamheden. Tot slot werden ze goedgekeurd door het plenaire college pediatrie.

Volgende dossiers werden besproken en goedgekeurd (zie bijlage):

- o kindergastro-enterologie, hepatologie en nutritie
- o kinderlongziekten
- o kinderendocrinologie
- o kindercardiologie
- o kindernefrologie

Deze dossiers werden doorgestuurd naar de Hoge Raad voor advies.

- iii. Het college heeft de BePASSTA begeleid. De BePASSTA is de studie met als doel de behoeften inzake de behandeling van kinderen in daghospitalisatie, in “voorlopige” hospitalisatie en in spoedgevallendiensten bepalen.

INLEIDING

Motivatie van de studie

Het zorgprogramma voor kinderen (KB 13/07/06) moet op één site zowel klassieke hospitalisatie als daghospitalisatie (DH) en voorlopige hospitalisatie aanbieden (VH).

De opnames van kinderen in daghospitalisatie kan men definiëren als een medische handeling die facturatie van een miniforfait, van een forfait A, B of C of van een vergoeding voor gebruik van gipszaal (RIZIV facturatie) genereerd.

De kinderen in voorlopige hospitalisatie worden voor een noodzakelijk toezicht van meer dan 4u opgenomen in een aangepaste structuur maar waarvoor één van de hierboven vermelde forfaits niet van toepassing zijn.

De meeste daghospitalisaties zijn vooraf geprogrammeerd (vb. MR scan onder narcose of chemotherapie). De voorlopige hospitalisaties integendeel zijn het per definitie niet (vb. toezicht voor een koortsepisode waarvan de oorzaak niet duidelijk is, of toezicht tijdens een poging tot orale rehydratie bij gastro-enteritis).

Voor beide type hospitalisaties stellen wij een steeds groeiende vraag van de ouders. De totale kost ervan ligt alvast lager dan die van een klassieke hospitalisatie.

Omwille van een ontoereikende financiering (geen financiering via BMF, geen specifieke toezichtshonoraria, RIZIV forfaits die slechts zelden van toepassing zijn bij kinderen) zien we echter enerzijds een te trage substitutie, anderzijds een zware onderfinanciering van de kinderafdeling die deze hospitalisatie vormen (DH en VH) toepassen.

VOORSTELLING VAN DE STUDIE

1^{ste} vergadering van het begeleidingscomité

1. Het College voor Pediatrie stelt vier leden voor:
Dr. M. Alexander
Dr. A. Barillari
Dr. M. Azou
Prof. G. Verellen

2. Definitie van daghospitalisatie in pediatrie
 - chirurgisch
 - niet-chirurgisch
 - en van voorlopige hospitalisatie

Hierbij worden de normen van het zorgprogramma pediatrie nauwlettend gevolgd.

3. Samenstelling van het universitair onderzoeksteam
Prof. A. Dewever – S. Alexander
Mevr. N. Seuryneck – W. Zhang
Dr. L. Cohen
→Ecole de Santé Publique ULB

Prof. L. Annemans
Dhr. N. Verhaeghe

→Universiteit Gent

4. Opdrachten van de studie

- Eerste opdracht
 - a. definitie van opname in daghospitalisatie (chirurgisch en niet-chirurgisch)
 - b. vergelijking van hetgeen reeds op dit gebied bestaat zowel nationaal als internationaal
 - c. selectie van een staal van 12 ziekenhuizen verdeeld over alle landsgedeelten met evenwicht tussen universitaire en niet-universitaire instellingen
- Tweede opdracht
 - a. analyse van de bestaande spoedfuncties met hun specifieke dynamiek en modaliteiten via:
 - focusgroepen kinderartsen en ouders
 - interview met hoofdgeneesheer, medisch diensthoofd en verpleegkundig diensthoofd
 - beschrijving van de bestaande opnameprocedure
- Derde opdracht
 - a. Voordelen en beperkingen evalueren van de opnames van kinderen in daghospitalisatie en in voorlopige hospitalisatie
 - b. Bepalen en onderstrepen van de verwachtingen van de ouders
- Vierde opdracht

Bepalen van de werkingsdefinities van de daghospitalisatie (chirurgisch en niet-chirurgisch) en van de voorlopige hospitalisatie plus een duidelijk voorstel van een billijke vergoeding van de medische actes

Oppuntstelling van de studie

- opstellen van registratiemodules
- pretesting van deze reguliere modules in twee ziekenhuizen (gekozen buiten de 12 geselecteerde ziekenhuizen)
- voorstellen van de studie aan de geselecteerde ziekenhuizen
- registratiemomenten: bij voorkeur 2x 2 weken (zomer / winter)
- opvolgen in detail van het beloop van de patiënten (in tijd en verplaatsing)

Werkzaamheden tot op heden (maart 2011)

- De studiegroep heeft samen met het begeleidingscomité vergaderd op:
 - 27/01/2010
 - 31/03/2010
 - 31/05/2010
 - 21/06/2010
 - 20/07/2010
 - 10/12/2010
 - 11/02/2011

Mede door de beperkte beschikbaarheid van Prof. Annemans werd Prof. L. Cannoodt (ziekenhuiswetenschappen KUL) toegevoegd aan het onderzoeksteam (en dit vanaf maart 2010).

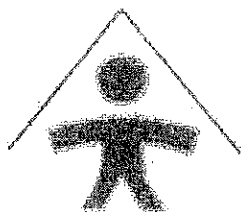
- Noemenswaardige evoluties tijdens de opeenvolgende vergaderingen
 - Selectie van de 2 preselectie-ziekenhuizen
UZBrussel en HUDERF worden voorgesteld en goedgekeurd
 - Selectie van deelnemende ziekenhuizen
12 ziekenhuizen worden voorgesteld en goedgekeurd.
6 in Vlaanderen, 4 in Wallonië en 2 in Brussel
 - Opvraging bij het RIZIV van de beschikbare geregistreerde gegevens
 - Werkbezoek in bestaande diensten in buitenland
 - Northwich Park Hospital in Verenigd Koninkrijk
 - Jeanne de Flandres (Rijsel) in Frankrijk
 - Opzoeken van gegevens in de Internationale literatuur
 - Na onderzoek van de pretestgegevens verzameld in UZ Brussel en in Huderf worden enkele praktische aanpassingen aan het registratieprotocol voorgesteld en goedgekeurd
 - Bij navraag bij Prof. H. Nys (KUL) blijkt een voorafgaand advies van een ethisch comité niet onontbeerlijk te zijn
 - Lancering van de enquête (studie) bij de geselecteerde ziekenhuizen op 10/09/2010.
 - Op 10/10/2010 wordt een eerste bilan van de eerste enquête periode voorgesteld. Hieruit blijkt een zeer grote variabiliteit in de gecollecteerde gegevens zowel in daghospitalisatie als in voorlopige hospitalisatie. De werkload gegevens zijn nog vrij onvolledig.
 - Rekening houdend met het groot aantal beschikbare en bruikbare gegevens (> 4000) en de spreiding in tijd (tussen september en november) wordt beslist een tweede registratiefase begin 2011 te schrappen.
 - Op vraag van Mevr. Van Der Brempt (FOD) wordt als tegenprestatie aan de deelnemende ziekenhuizen gevraagd facturatiegegevens betreffende de betrokken partijen over te maken voor analyse.

- Op 11 februari wordt een eerste summier analyse van gecollecteerde gegevens op spoeddiensten medegedeeld (presentatie L. Cohen en Mevr. S. Laokri (daghospitalisatie en voorlopige hospitalisatie).

Brussel, 2011-03-28

Philippe Alliet, Dino Barillari en Chris Van Geet namens het college Pediatrie

BIJLAGE



Académie belge de Pédiatrie a.d.f. Belgische Academie voor Kindergeneeskunde t.v.

Av. de la Couronne, 20, 1050 Bruxelles – Kroonlaan, 20, 1050 Brussel – Tel: 02-649.21.47

Président – Voorzitter :
Dr Philippe ALLIET

Vice-Président –
Ondervoorzitter :
Pr Gaston VERELLEN

Secrétaire – Secretaris :
Dr Michel PLETINCX

Trésorier –
Penningmeester :
Pr Yvan VANDENPLAS

Membres – Leden :
Dr Marc ALEXANDER
Dr Myriam AZOU
Dr Pierre BAUCHE
Dr Dino BARILLARI
Pr Georges CASIMIR
Pr Dirk MATTHYS
Pr Jean-Paul MISSON
Pr Jose RAMET
Dr Annemie ROODHOOF
Pr Christel VAN GEET
Dr Pierre VINCKE

Experts – Experten:
Pr Sammy CADRANEL
Pr Paul CASAER
Dr Yves LOUIS

Hasselt, 11 oktober

PROJECTEN VOOR EEN VERDERE VERBETERING VAN DE PEDIATRISCHE ZORG VAN ZIEKE KINDEREN IN BELGIE

1. Paramedische ondersteuning van de afdeling kinder- en jeugdgeneeskunde

Kinderen hebben recht op een kindaanangepaste behandeling. Dit betekent dat zowel de verpleegkundigen als de andere paramedici (diëtisten, logopedisten, sociale werker, ...) die op de afdeling Kinder- en Jeugdgeneeskunde werken hiervoor een speciale opleiding en competentie nodig hebben. Door een financiering per zorgprogramma te voorzien, kunnen deze voorzieningen ook aan alle patiënten aangeboden worden. Het zijn vaak de gezinnen met de minste middelen die nood hebben aan een dergelijke ondersteuning. Een dergelijke omkadering werd al gesuggereerd in de studie Cannoodt-Casaer.

Op N* diensten wordt de verpleegkundige omkadering voorzien volgens het aantal geboortes (inborns). Er wordt evenwel geen rekening gehouden met het aantal moeders die prenataal naar MIC worden doorverwezen en waarvan de prematuren/dysmaturen postnataal terug naar de N* afdeling vervoerd

worden. Volgens een rondvraag zou het aandeel van deze laatste groep pasgeborenen in het aantal "ligdagen" op N* ongeveer 15-20% bedragen. Hiervoor is er momenteel geen verpleegkundige omkadering voorzien. Een dergelijke omkadering werd al aanbevolen door het "College voor moeder en kind" in 2007, maar werd nog steeds niet uitgevoerd.

Voorstel:

- Berekenen van huidige paramedische bestaffing en de momenteel hiervoor voorziene financiering door de overheid
- Berekenen nood en grootte van evt extra paramedische ondersteuning (verpleegkundigen, diëtisten, logopedisten, sociale werker, ...)

- Berekenen en voorzien noodzakelijke financiering voor adequate paramedische ondersteuning
- Berekening van het aantal intra-uterien verwezen patiënten die postnataal naar N* terugverwezen worden en het aantal “ligdagen” die deze patiënten genereren en financiering voor de nodige paramedische/medische omkadering

2. Psychopedagogische ondersteuning op de afdelingen Kinder- en Jeugdgeneeskunde

Uit studies blijkt dat 15-20 % van de kinderen opgenomen op de kinderafdelingen belangrijke emotionele of psychologische problemen hebben. Vroegtijdig detecteren van deze problemen en ze adequaat behandelen of deskundig doorverwijzen is belangrijk. Ouders willen heel vaak in eerste instantie een organische pathologie uitsluiten en komen daarvoor bij de kinderarts aankloppen. Indien er (zo nodig) tezelfdertijd een tweesporenbeleid kan gevoerd worden, verhoogt dit de kans op compliantie. Door deze aanpak wordt het kind ook in zijn totaliteit erkend. De uitbouw en financiering van goed uitgebouwde psychopedagogische teams met kinderpsychologen, orthopedagogen en een liaison kinderpsychiater binnen kinderafdelingen kan leiden tot vroegtijdige detectie en behandeling van psychisch en sociaal disfunctioneren van kinderen. Dit team kent ook de sociale kaart en de verschillende hulpverleningen in de regio om het kind nadien deskundig door te verwijzen.

Op 26/04/08 heeft de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde over deze problematiek een studiedag georganiseerd samen met de kinderpsychiaters. Deze problematiek werd reeds verschillende malen op het kabinet volksgezondheid aangehaald. Op 24/03/09 werd een delegatie van de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde ontvangen door de “ad hoc werkgroep kinder- en jeugdpsychiatrie” die werd opgericht binnen de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.

Aandacht voor de psychosociale aspecten werden in het verleden bepleit door de studie Cannoodt-Casaer en ingeschreven in het zorgprogramma pediatrie. Alleen volstaat de huidige financiering niet om voldoende gekwalificeerd personeel aan te trekken.

Voorstel:

- Aanpassen financiering aan werkelijke taakomschrijving psychopedagogisch team
- Verder omschrijven van de noden aan psychosociale ondersteuning van de pediatrie diensten om na te gaan of de huidige in het zorgprogramma beschreven omkadering volstaat
- Uitwerken samenwerking tussen zorgprogramma's pediatrie met kinderpsychiatrie

3. Onderbrengen van alle zorg voor kinderen op één campus

De taken van de kinderarts in het ziekenhuis zijn in de loop van de voorbije tien jaar sterk uitgebreid. De klinische ziekenhuisactiviteiten omvatten het antenataal overleg met de verloskundige, de opvang van de pasgeborene bij de bevalling en de opvolging op de materniteit en in de neonatale zorgeneenheid. Tevens dient de kinderarts in te staan voor

de ambulante zorg (consultaties), de daghospitalisatie en de “echte” (dag + nacht) hospitalisatie van kinderen van 0 tot 16 jaar. Tenslotte staat hij in voor de opvang van kinderen op de spoedgevallenafdeling. Daarnaast is er een toenemende evolutie en nood aan bijzondere bekwaamheden (cfr infra). De complexiteit en omvang van de taken maken een disponibiteit van de kinderarts overdag in het ziekenhuis wenselijk en een oproepbaarheid 's nachts en in het weekend noodzakelijk.

Het kind heeft recht op een kindaangepaste opvang, zowel op vlak van infrastructuur als op vlak van medische en paramedische zorgen.

Om de middelen (zowel human resources als infrastructuur en financiële middelen) zo goed mogelijk te gebruiken is hergroepering van de ziekenhuiszorg voor kinderen noodzakelijk. Bij fusies moet alle zorg voor kinderen (inclusief materniteit en daghospitaal) op één campus plaatsvinden.

Voorstel:

- Incentives voor hergroepering ziekenhuiszorg voor kinderen
- Incentives voor verstrekken alle zorg voor kinderen (inclusief materniteit, spoedgevallen en daghospitaal) op één campus bij fusies.

4. Administratieve ondersteuning van de afdeling Kinder- en Jeugdgeneeskunde

Een recente enquête heeft aangetoond dat een kinderarts gemiddeld 8-12 uur per week besteedt aan administratie en management. Verpleegkundigen besteden eveneens een belangrijk deel van hun tijd aan administratie. Een administratieve ondersteuning van de afdeling kan de algemene taak verlichten en aldus tijd vrijmaken voor extra klinisch/verpleegkundig werk.

Voorstel:

- Voorzien administratieve ondersteuning van zorgprogramma pediatrie

5. Opvang van kinderen op spoedgevallen

Twintig tot vijftwintig procent van de patiënten die zich op spoedgevallen aanbieden zijn kinderen. Kinderen hebben specifieke problemen en vereisen een eigen aanpak. Symptomen kunnen zeer subtiel zijn, zeker bij jonge kinderen. Naast opleiding speelt ervaring in de omgang met zieke kinderen en de interpretatie van de symptomen een belangrijke rol. Een grotere ervaring heeft een kostenbesparend effect op de verrichte onderzoeken. Spoedartsen worden tijdens hun opleiding vooral opgeleid in het behandelen van levensbedreigende aandoeningen bij kinderen.

De wijze waarop kinderen met niet-chirurgische problemen op de diverse spoedgevallendiensten opgevangen worden is verschillend. In sommige gevallen worden de kinderen in eerste instantie door de spoedarts gezien en wordt de kinderarts zo nodig in advies geroepen (zoals voor andere specialismen). In sommige gevallen wordt het kind in eerste instantie door de spoedarts gezien maar wordt de kinderarts telkenmale in advies geroepen en staat deze laatste in voor de totale opvang van de patiënt tot en met het ontslag. In vele gevallen wordt het kind niet door de spoedarts gezien en wordt de

kinderarts telkenmale als eerste arts geroepen en is hij verantwoordelijk voor het ganse verblijf van kinderen op spoed gaande van de opname tot het ontslag.

Voorstel:

- Inventarisatie van de manier waarop kinderen op de spoedgevallendiensten worden gezien
- Inventarisatie van de toepassing van het KB zorgprogramma pediatrie ivm de opvang van kinderen op spoedgevallen
- Registratie van de tijd die de kinderarts doorbrengt op spoedgevallen en per patiënt
- Registratie van de reden waarom ouders naar spoedgevallen komen
- Dialoog met de spoedartsen ivm de organisatie van de opvang van kinderen op spoedgevallen
- Een specifiek hoger beschikbaarheidshonorarium voor de kinderarts zou overwogen kunnen worden indien uit de enquête een grotere werkload blijkt ivm de andere specialisten. Ofwel een herwaardering

van de medische activiteit op de spoedgevallendienst of de creatie van een specifiek honorarium voor “voorlopige hospitalisatie”.

6. Tijdsinvestering van de kinderarts in het ziekenhuis

De klinische ziekenhuisactiviteiten van de kinderartsen zijn veel diverser dan die van andere ziekenhuisspecialisten. Ze omvatten het antenatale overleg met de verloskundige, de opvang van de pasgeborene bij de bevalling en de opvolging op de materniteit en in de neonatale zorgeenheid/NICU. Tevens dient de kinderarts in te staan voor de ambulante zorg (consultaties), de daghospitalisatie en de “echte” (dag + nacht)hospitalisatie van kinderen van 0 tot 16 jaar. Tenslotte staat hij in voor de opvang van kinderen op de spoedgevallenafdeling. De moeilijk voorspelbare activiteiten op het verloskwartier en op de spoedgevallenafdeling sturen het voorziene werkschema geregeld in de war. Buiten deze gevarieerde klinische verantwoordelijk moet de kinderarts nog tijd besteden aan steeds toenemende administratieve taken en aan permanente wetenschappelijke bijscholing.

Uit recent onderzoek (2007) is gebleken dat de kinderarts in België gemiddeld 56u51 minuten werkt (weekend en wacht niet inbegrepen). Deze cijfers komen overeen met gegevens die in de periode 2003-2004 in Vlaanderen werden verkregen. Hiervan wordt 22u20 minuten besteedt aan ambulante zorg en 14u46 minuten aan daghospitalisatie/hospitalisatie/materniteit/N*of NICU/spoedgevallenzorg. Per week wordt er 12u46 minuten besteed aan niet curatieve activiteiten. Alhoewel er een verschil is tussen regionale en universitaire ziekenhuizen (in de regionale ziekenhuizen meer ambulante activiteit, nl 24u53 minuten vs 13u47 minuten en minder niet-curatieve activiteit, nl 10u17 minuten vs 20u59 minuten) is de totale werkduur per week hetzelfde. De werkload in regionale centra is evenwel zwaarder door de hogere wachtfrequentie.

De aanwezigheid van een kinderarts overdag in het ziekenhuis werd reeds aanbevolen in de studie Cannoodt-Casaer.

Voorstel:

- Invoeren permanentiehonorarium per zorgprogramma pediatrie voor de aanwezigheid van de kinderarts overdag in het ziekenhuis. Dit permanentiehonorarium werd reeds goedgekeurd, maar werd nog steeds niet geïmplementeerd.

7. Evaluatie van de implementatie van het zorgprogramma pediatrie

Sinds het verschijnen van het KB over het zorgprogramma pediatrie werden heel wat kwalitatieve maatregelen op de kinderafdelingen genomen. Velen zijn gebaseerd op het EACH-charter. Een inventarisatie hiervan dringt zich op. Op die manier kan nagegaan worden aan welke aspecten er verdere aandacht besteed moet worden. Bij de normen die eventueel nog niet behaald zijn, kan nagevraagd worden wat de reden hiervan is.

- Rooming-in faciliteit
- Aanwezigheid ouder bij de inductie van een anesthesie
- Aanwezigheid speelruimte en educatieve ruimte
- Normering medisch personeel
- Normering paramedisch personeel
- Normering verpleegkundig personeel

Voorstel:

- Enquête die de implementatie van het KB zorgprogramma pediatrie in de praktijk nagaat
- Nagaan van factoren die eventueel een rol spelen bij het niet implementeren van bepaalde punten

8. Bijzondere beroepsbekwaamheden in de pediatrie

De erkenning van de diverse subdisciplines binnen de kindergeneeskunde is van groot belang. De subspecialistische aanpak van kinderen vereist immers een eigen competentie en specificiteit in vergelijking met de internistische subdisciplines. De erkenning is ook noodzakelijk om nieuwe technieken en medicaties toegankelijk te maken voor kinderen, die door deze pediatrie subdisciplines behandeld worden. Van alle technische akten die binnen de kindergeneeskunde in het verleden verricht werden, werd een lijst opgesteld, zodat deze ook in de toekomst door de kinderarts verricht zullen kunnen worden (connexiteit). Er dreigt evenwel een probleem te ontstaan bij nieuwe behandelingen of technieken. Er bestaat immers binnen de interne geneeskunde een tendens om nieuwe technieken en behandelingen enkel toe te laten binnen een welbepaald subspecialisme. Zo kunnen nieuwe gastro-enterologische technieken enkel door een gastro-enteroloog en niet door een algemene internist verricht worden of kunnen nieuwe anti-astmatische medicaties enkel door een pneumoloog en niet door een algemene internist voorgeschreven worden. Men zal niet geneigd zijn om deze toe te staan voor de algemene

kinderarts als deze door de algemene internist niet aangewend kan worden. Op die manier dreigt er een discriminatie te ontstaan waardoor het zieke kind een waardevol onderzoek of een waardevolle behandeling dreigt ontzegd te worden.

De Commissie van Pediatrische Subspecialismen wil net zoals de erkenningcommissies pediatrie en de Hoge Raad Geneeskunde deze subspecialismen erkennen als “bijzondere beroepsbekwaamheden”. Dit betekent dat de algemene opleiding kindergeneeskunde (minimum 4 jaar) de basis vormt, zodat het kind op een holistische manier bekeken wordt en dat deze kinderartsen met een bijzondere bekwaamheid ook kunnen functioneren binnen regionale ziekenhuizen of binnen de wacht algemene kindergeneeskunde in de universitaire ziekenhuizen.

Het recent opgerichte “college pediatrie” heeft een werkgroep over dit onderwerp opgericht in september 2009. De algemene tekst over de “bijzondere beroepsbekwaamheden” werd er goedgekeurd. De specifieke opleidingscriteria voor de individuele “bijzondere beroepsbekwaamheden” worden in overleg met het desbetreffend subspecialisme besproken. Na goedkeuring door het “college pediatrie” werden de teksten doorgestuurd naar de Nederlandstalige en Franstalige erkenningscommissie pediatrie, die na goedkeuring de teksten voor advies doorverwijzen naar de Hoge Raad.

Voorstel:

- Erkenning van pediatrische subspecialismen als bijzondere beroepsbekwaamheid, zodat deze kunnen blijven functioneren in wachten algemene kindergeneeskunde, zowel op regionaal als universitair niveau
- Behoeftebepaling van aantal pediatrische subspecialisten per subdiscipline

9. Medische daghospitalisatie pediatrie

Momenteel kan een kind enkel in (medische) daghospitalisatie opgenomen worden indien hieraan een (mini- of maxi)forfait aan verbonden is. Dit betekent in de praktijk dat kinderen een infuus moeten hebben opdat het ziekenhuis van een miniforfait zou kunnen “genieten”.

Om de evaluatie van een problematiek bij een kind doelmatig en efficiënt te laten verlopen (zowel voor patiënt als voor ouders die vaak werkverlet moeten aanvragen) is de bundeling van onderzoeken wenselijk. Dit kunnen zowel technische onderzoeken zijn als een evaluatiegesprek bij pediatrische diëtiste, psychologe of orthopedagoge, Ook voor dergelijke evaluaties moet er een forfait toegekend kunnen worden aan de ziekenhuizen. De begeleiding van dergelijke patiënten vergt immers zowel aangepaste infrastructuur als aangepast personeel. Voor de coördinatie dient eveneens een honorarium voor de kinderarts geregeld te worden.

Het FOD is momenteel een studie opgestart om dit probleem te inventariseren en voorstellen te doen voor een betere omkadering en financiering. Hierin zijn zowel het medisch als chirurgisch daghospitaal, de voorlopige hospitalisatie als de niet programeerbare urgenties in omvat.

Voorstel:

- Inventarisatie van huidig aantal (medische) daghospitalisaties (nu alleen mini- en maxiforfait)
- Omschrijving van wat in de toekomst onder daghospitalisatie kan omschreven worden
- Voorzien nodige financiering voor zowel coördinatie, aangepast personeel als infrastructuur

10. Relatie kinderartsen/huisartsen met betrekking tot de gezondheidszorg voor kinderen

In het kader van de studie Cannoodt-Casaer werd er een pilootstudie verricht die de samenwerking tussen huisartsen, kinderartsen en ziekenhuisafdelingen bevroeg. Deze studie ging door in de regio Oost-Brabant. Uit een studie van de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (2003-2004) blijkt evenwel dat de provincie Vlaams-Brabant een buitenbeentje is binnen de Vlaamse provincies: in deze provincie is 53 % van de kinderartsen verbonden aan een ziekenhuis terwijl 47 % enkel privaat werkt. In de overige Vlaamse provincies is 70-95 % van de kinderartsen < 65 jaar aan een ziekenhuis verbonden. Er zijn geen gegevens vanuit Franstalig België voorhanden.

Uit de studie Cannoodt-Casaer kwam naar voor dat het % kinderen in het patiënteel van de ondervraagde huisartsen zeer verschillend is (2-70 %, met evenwel 20 % non-responders waarbij als reden vaak werd opgenomen "geen kinderen in de praktijk").

Voorstellen tot optimalisering van de samenwerking waren:

- Bespoedigen doorgeven van voorlopige en definitieve ontslagbrief
- Elektronische ontslagbrieven
- Verbeteren verwijsbrieven van huisartsen + meegeven reeds verrichte onderzoeken of voorgeschiedenis uit Centraal Medisch Dossier
- Telefonische contacten
- Bevorderen persoonlijke contacten
- Afspraken ivm taakverdeling en follow-up

Voorstel:

- Nieuwe enquête bij kinderartsen/huisartsen in verschillende regio's in België
- Enquête bij ouders over beschikbaarheid huisarts/kinderarts en de positionering van huisarts/kinderarts
- Uitwerken lokale samenwerkingsovereenkomsten tussen zorgprogramma's pediatrie en huisartsenverenigingen voor optimaliseren transmurale zorg
- Meewerken zorgprogramma's pediatrie aan bijscholing huisartsen

11. Intensieve pediatrie zorg

In de studie Cannoodt-Casaer werd reeds de oprichting van een specifiek zorgprogramma Intensieve pediatrie zorgen voorgesteld.

Recent werd er door het kabinet een gemengde werkgroep van leden van het college pediatrie en het college intensieve zorgen opgericht met als opdracht voorstellen uit te werken voor de ontwikkeling en financiering van intensieve pediatrie en de samenwerking met de zorgprogramma's pediatrie.

Voorstel:

- Erkenning van centra voor intensieve pediatrie op basis van competentie rekening houdend met de toegankelijkheid van zorg.

Bibliografie

- College of physicians for "mother and newborn" and Belgian Society of Neonatology. NIC audit synoptic rapport 2000-2007. p 82. punt 3.
- Cannoodt L, Casaer P. Eindrapport KZ-project: "Kinderen in ziekenhuizen". Juni 2002
- Spruyt R, Indekeu A, Swysen K, Raes M. Geestelijke gezondheidswerkers op een kindergeneeskundige afdeling : geen overbodige luxe. Tijdschr Geneesk 2008; 64: 1-5.
- Vanderfaellie J, Alliet P, Raes M, et al. Emotionele problemen en gedragsproblemen van kinderen in een afdeling Kinder- en Jeugdgeneeskunde. Tijdschr Gezondheidswetenschappen 2006; 8: 464-471.
- Alliet Ph, Callewaert L, Kamoen K, Azou M, Verbeeck P. Demografie en werkomstandigheden van de kinderarts. Enquête van de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Tijdschr Belg Kinderarts 2008;
- Artoisenet C, Deliège D. Mobilité et activités des pédiatres hospitaliers en Belgique. Janvier 2009.