

MINISTERIE
VAN VOLKSGEZONDHEID
EN LEEFMILIEU



BESTUURSAFDELING
VERZORGINGSINSTELLINGEN

1010 BRUSSEL, de 11/4/1991
Rijksadministratief centrum
Vesaliusgebouw
Tel. 02/210.45.11

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUIS-
VOORZIENINGEN

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

O/ref.: N.R.Z.V./D/36-5

ADVIES M.B.T. DE PEDIATRIE.

=====

INLEIDING

Ingaande op het verzoek van de Heer Minister van Sociale Zaken, zoals geformuleerd in zijn schrijven dd. 28 maart 1990, heeft de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen per 14 maart 1991 onderstaand advies uitgebracht m.b.t. de organisatie en de werking van de pediatriedienst in het kader van een algemeen ziekenhuis.

Met het oog op de adviesvorming heeft de Raad zich per 18 oktober 1990 voorafgaandelijk uitgesproken omtrent de principes die aan de basis moeten liggen voor een gecoördineerd en structureel beleid inzake de hospitalisatie van kinderen.

Tot een beter begrip van de voorstellen vervat in het onderhavige advies, is de Raad van oordeel dat de "Beschouwingen m.b.t. de hospitalisatie van kinderen" als een addendum moeten worden aangezien.

I. ALGEMENE BEPALINGEN

Art.1 : Onderstaande bepalingen betreffen uitsluitend de hospitalisatie van kinderen van 0 tot 15 jaar. De diensten moeten binnen een termijn van 5 jaar aan de normen voldoen.

Art.2 : Met uitzondering van de kinderen waarvan de pathologie zware specifieke therapeutische maatregelen vergt (bijvoorbeeld intensieve zorg, steriele eenheid, eenheid voor brandwonden,...) moet elk ziek kind in een aangepaste kamer worden opgenomen zodat het mogelijk wordt adequaat toezicht uit te oefenen en eventueel in te staan voor de opvang en het verblijf van de ouders en waar een multidisciplinair team het kind op een aan zijn leeftijd aangepaste manier kan behandelen en verzorgen.

Art.3 : E-bedden zijn uitsluitend voorbehouden voor de opname van zieke kinderen, ongeacht of hun probleem ressorteert onder de interne of de heelkundige pathologie. In de ziekenhuizen met een E-dienst moeten alle opgenomen kinderen in E-bedden verblijven, tenzij er specifieke therapeutische maatregelen nodig zijn.

Art.4 : Ieder ziekenhuis of ziekenhuisgroepering die kinderen opneemt moet over minstens één specialist in de pediatrie beschikken. Een pediater moet permanent oproepbaar zijn, inzonderheid voor de spoedopname van kinderen.

Art.5 § 1.: De E-bedden zijn gegroepeerd in een afzonderlijke eenheid van minstens 15 bedden, aangepast aan de opvang, de verzorging en het toezicht op de zieke kinderen, alsook aan het eventuele verblijf van de ouders.

§ 2.: Binnen elke eenheid moeten de kinderen zoveel mogelijk volgens leeftijd worden gegroepeerd.

Art.6 : De E-diensten moeten aan de volgende kwantitatieve en kwalitatieve activiteitscriteria beantwoorden :

a) Onverminderd de bepalingen van het K.B. van 30 januari 1989, moet de gemiddelde bezettingsgraad minstens 70% bedragen, waarbij geen rekening wordt gehouden met de weekends en de feestdagen.

b) De medische registratie moet er worden toegepast.

II. BIJZONDERE NORMEN.

1. ARCHITECTONISCHE NORMEN.

Art.7 : De pediatriedienst moet een afzonderlijke architectonische eenheid vormen. In een voldoende aantal kamers moet een rechtstreeks toezicht mogelijk zijn (wanden en deuren). In dit opzicht moeten alle veiligheidsmaatregelen worden genomen. De kamers moeten met zuurstof- en afzuigapparatuur zijn uitgerust.

Art.8 : Een voldoende aantal éénpersoonskamers moeten zó ingericht zijn dat één van de ouders er kan verblijven. Er moet in een opvanglokaal worden voorzien voor de ouders die de hospitalisatiekamer tijdelijk moeten verlaten.

Art.9 : Er moet in minstens één éénpersoonskamer worden voorzien voor de afzondering van besmette patiënten. Die kamers moeten met een sas zijn uitgerust.

Art.10 : Elke verzorgingseenheid moet beschikken over:

1. Een lokaal voor het verzorgend personeel: dit lokaal moet onder andere de volgende functies vervullen :

1.1. Beperkte opslagfunctie :

- De geneesmiddelen moeten in een permanent bewaakte geneesmiddelenkast worden bewaard.
- De dossiers van de in de eenheid verblijvende patiënten moeten zo worden bewaard dat het beroepsgeheim is gegarandeerd.

1.2. Functie van secretariaat en permanentie van de zorgverstrekking :

- Er moet in een oproepsysteem worden voorzien, tenzij er een centraal systeem aanwezig is.
- Er moet in de nodige uitrusting worden voorzien om de efficiënte werking van het secretariaat van de pediatriedienst te garanderen.

2. Een onderzoeks- en behandelingszaal :

Dit lokaal zal door de arts desgewenst worden gebruikt om de in de zaal verblijvende patiënten te onderzoeken en bepaalde behandelingen en ingrepen op hen uit te voeren, alsook door de verpleegkundigen om bepaalde verzorgingstechnieken toe te passen.

3. Een lokaal voor de artsen.

4. Een dienstlokaal voor proper linnen en materiaal.

Dit lokaal wordt onder meer gebruikt voor de opslag van verzorgingsmaterieel en proper linnen, alsook voor de voorbereiding van de verzorgingswagentjes en de verzorgingstechnieken.

5. Een dienstlokaal voor vuil linnen en materiaal.

Dit lokaal wordt onder meer gebruikt voor de tijdelijke opslag van vuil linnen en materieel, alsook van urinestalen en afvalstoffen. Dit lokaal moet een pannenediger bevatten.

6. Bergruimte :

In de zaal moet voldoende bergruimte aanwezig zijn, hetzij in een afzonderlijk lokaal, hetzij op verschillende plaatsen met eventueel een andere bestemming. Voor het onderhoudsmaterieel moet in een afzonderlijke bergplaats worden voorzien.

7. Een verdeelkeuken :

Bij gecentraliseerde voedselverdeling mag dit lokaal worden vervangen door een ruimte die voldoende mogelijkheden biedt voor collaties tussen de maaltijden, voor het opbergen en eventueel afwassen van de vaat en voor het plaatsen van een koelkast.

8. Een verblijflokaal :

Dit lokaal is bestemd voor niet bedlegerige patiënten van een of meerdere verpleegzalen en kan onder meer als ontspanningsruimte en speelzaal dienen.

9. Indien nodig zal in een klaslokaal worden voorzien voor schoolplichtige kinderen; het mag gemeenschappelijk zijn voor verschillende eenheden.

10. Een badkamer :

Elke verpleegeenheid dient over een badkamer met bad en douche te beschikken.

11. Een vestiaire :

De hoofdvestiaire mag zich niet in de verpleegzaal bevinden. Er moet evenwel in een bepaalde ruimte worden voorzien waar het personeel zijn persoonlijke zaken (handtas, enz.) kan opbergen.

12. Er moeten afzonderlijke toiletten zijn voor patiënten, personeel en bezoekers.

2. FUNCTIONELE NORMEN.

Art. 11 : De dienst moet in de instelling een beroep kunnen doen op medische en medisch-technische diensten teneinde een multidisciplinaire aanpak mogelijk te maken alsook op de volgende hulpdiensten en -functies :

1. De voeding en de dieetkeuken
2. De sociale dienst
3. De apotheek
4. De bloedbank
5. De melkkeuken

3. ORGANISATORISCHE NORMEN.

Onverminderd de algemene organisatorische normen, geldend voor ieder acuut ziekenhuis :

Art. 12 :

1. Medische staf

1.1. De leiding van de dienst wordt waargenomen door een arts die voltijds aan het ziekenhuis of aan de ziekenhuisgroepering is verbonden en erkend is als specialist in de pediatrie; hij besteedt minstens 8/10 van zijn tijd aan gehospitaliseerde patiënten en aan raadplegingen in het ziekenhuis.

1.2. Boven de 15 bedden en per bijkomende schijf van 15 bedden moet minstens een tweede arts specialist in pediatrie, voltijds equivalent, aan het diensthoofd worden toegevoegd.

Art. 13 : De diverse beroepsbeoefenaars dienen een multidisciplinaire evaluatie te organiseren teneinde een optimaal niveau te garanderen inzake kwaliteit, aangepastheid, veiligheid en hygiëne van de pediatrische zorgverstrekking.

Art. 14 : Verzorgend en verplegend personeel

Per erkend bed moet in minstens 0,7 lid van het verzorgend en verplegend personeel worden voorzien, waarvan minstens 3/4 gegradueerde of gebrevetteerde verplegers en de meerderheid pediatrische verplegers moeten zijn. De verpleger-hoofd van de eenheid is niet in dit aantal begrepen.

III. BIJZONDER GEVAL : KINDEREN OPGENOMEN IN EEN DIENST HEELKUNDE VAN EEN ZIEKENHUIS ZONDER E-DIENST

Art. 15 : Enkel en alleen voor de gevallen van kinder heelkunde mogen kinderen in C-bedden opgenomen worden in ziekenhuizen zonder E-dienst, mits aan de volgende minimumbepalingen wordt voldaan :

1) Er is een arts specialist in de pediatrie aan het ziekenhuis of de ziekenhuisgroepering verbonden en het advies van een arts specialist in de pediatrie kan te allen tijde worden ingewonnen. Het is wenselijk dat die

pediater zijn functie uitoefent in het raam van een functionele binding met een erkende E-dienst.

2) De kamers voor de opname van kinderen zijn uitgerust met bedden en ander materieel alsook met de nodige voorzieningen aangepast aan de leeftijd van de patiënten en , indien nodig, aan het verblijf van de ouders; er moet een visueel toezicht op de patiënten mogelijk zijn.

3) Indien in de kamers aangepast voor het verblijf van kinderen geen kinderen zijn opgenomen, kunnen er volwassen patiënten in worden ondergebracht, maar een kind en een volwassene mogen er in geen geval samen verblijven.

Art. 16 : Per bed en per schijf van 35 opgenomen kinderen per jaar, zal de verpleegkundige omkadering op 0,7 voltijds equivalent worden gebracht.

Art. 17 : Indien de dienst heelkunde per jaar een aantal kinderen opneemt dat overeenstemt met de normatieve bezetting van 15 bedden, moeten 15 C-bedden worden omgeschakeld naar een E-eenheid van 15 bedden die beantwoordt aan de op dit soort eenheid toepasselijke normen. De aldus gereconverteerde bedden blijven onder programmatorisch oogpunt echter onder "C" ressorteren.

ADDENDUM

BESCHOUWINGEN VAN DE NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN M.B.T. DE HOSPITALISATIE VAN KINDEREN.

I. INLEIDING.

Op 28 maart 1990 verzocht dhr. Ph. BUSQUIN, Minister van Sociale Zaken, de Raad om een advies inzake de organisatie en de werking van de dienst voor pediatrie. De vraag was of het aangewezen is :

- de normen voor de E-diensten te actualiseren ; zelfs de benaming ervan "dienst voor kinderziekten" lijkt niet langer toepasselijk.
- een pediatriefunctie te definiëren voor de ziekenhuizen die geen E-dienst hebben en waarvan sommige over een dienst chirurgie en/of een materniteit met n-afdeling beschikken.

Het Bureau heeft deze vraag voor verder gevolg aan de afdeling "Programmatie en Erkenning" overgezonden.

Tijdens de plenaire vergadering van laatstgenoemde afdeling dd. 14 juni 1990 werd een werkgroep "leden van de raad - experts" opgericht teneinde de gestelde problematiek te onderzoeken en de plenaire vergadering een verslag hierover voor te leggen. Professor F. BONNET van de Université de Liège, lid van de Raad, werd met het voorzitterschap belast.

Op 12 juli 1990 kwamen de betrokken leden van de afdeling van de Raad voor een eerste bespreking zonder de experts bijeen ten einde een lijst op te stellen van de aan de experts voor te leggen aandachtspunten en problemen; de bedoeling was de vragen van de minister zo nauwkeurig mogelijk te definiëren. Deze niet-exhaustieve lijst werd de experts voor de gemeenschappelijke vergadering toegestuurd ; De aandachtspunten en problemen zijn de volgende :

- voldoen de huidige erkenningsnormen van de dienst E aan de huidige inzichten inzake pediatrisch beleid.
Welke zijn de evt. naar voren gebrachte wensen ?
- het huidig programmatiecriterium gaat uit van de werkhypothese dat alle kinderen (< 15 j.) bij hospitalisatie in een E-dienst worden opgenomen.
Kan deze hypothese nog worden gehandhaafd ?
- moet bij de wacht- en poortdienst van een algemeen ziekenhuis de functie van een pediater (ter plaatse) worden opgenomen ?
- kan aan een centralisatie van E-diensten, in regionaal verband, worden gedacht.

Voor- en nadelen van een dgl. oplossing.

- in hoeverre kan daghospitalisatie van zieke kinderen worden betrokken bij het opnamebeleid van een algemeen ziekenhuis dat over geen geëigende pediatrieafdeling beschikt ? Welke zijn desgevallend architectonische voorwaarden en personeelsvereisten qua bevoegde medewerkers ?
- welke is de gewenste omkadering inzake verpleegkundigen in een pediatrie-afdeling van een algemeen ziekenhuis ? Moet onderwijs in alle E-diensten worden verstrekt aan de gehospitaliseerde kinderen ?
- dringt er zich een geografische verdeling van de pediatrie-diensten op (zoals hoger geciteerd : bv. op regionaal niveau) en quid qua bereikbaarheid en toegankelijkheid ?
- kan men van een gewijzigd gedragspatroon bij de ouders gewagen qua vraag naar hospitalisatie van hun zieke kinderen ?
- als er zich een evolutie aftekent in de behandelingsmethodes, kan men komen (weliswaar in grote trekken) tot een eenheid van inzicht qua opnameindicaties.
- kunnen urgenties in de pediatrie in de regel worden opgevangen door kinderartsen in hun privé-praktijk ?
- wordt er momenteel, gezien de druk om hoog te scoren qua gemiddelde bezettingsgraad, niet onnodig overgegaan tot hospitalisatie ?
- zijn ziekenhuizen niet bedreigd in hun voortbestaan als de pediatrie-afdeling zou worden gesloten ?
- kan men naar analogie van het prematurenbeleid (N-n), ook denken aan de totstandkoming van diensten E en e ?
- bent U het ermee eens dat de vijf volgende parameters kenmerkend zijn voor het te voeren pediatriesch beleid (in ziekenhuisverband) :
 - de gehanteerde leeftijdsgrenzen
 - de intensiteit van de nodige zorgen
 - de besmettelijkheid van bepaalde kinderziekten
 - de vraag van de ouders om bij het kind te verblijven in geval van hospitalisatie en hun wens om de verblijfsduur minimaal te houden
 - het opnamebeleid is sterk seizoensgebonden.

II. GEMEENSCHAPPELIJKE VERGADERINGEN VAN DE AFDELING VAN DE RAAD - EXPERTS.

A. De gemengde studiegroep is tweemaal bijeengekomen, namelijk op 12 juli 1990 en 6 september 1990. De experts waren allen pediater en vertegenwoordigden de diverse regio's van het land. Er werden dadelijk diverse algemene beschouwingen naar voor gebracht :

a. op basis van de huidige infantiele pathologie, is de ziekenhuisopname van kinderen in de vier volgende gevallen gerechtvaardigd :

- 1) ernstige acute aandoeningen waarvoor dikwijls intensieve zorg vereist is.
- 2) ernstige chronische aandoeningen.
- 3) gewone pediatrische pathologieën.

4) zieke kinderen uit weinig bevoorrechte socio-economische klassen ; dergelijke gevallen komen het meest voor in de stad maar worden ook in landelijke milieus aangetroffen.

b. Teneinde misverstanden, zoals die tijdens de besprekingen dikwijls opdoken, te vermijden moet een onderscheid worden gemaakt tussen :

1) pediatrische ziekenhuisentiteiten van het type kinderziekenhuis waarvan BELGIE er enkele telt : die instellingen, met doorgaans goed bezette E- en C-bedden ondervinden de volgende moeilijkheden :

- wanneer ze geïsoleerd zijn beantwoorden ze niet aan de definitie van "ziekenhuis" aangezien ze enkel E- en C-bedden tellen ;

- de normen voor de verpleegkundige bestaffing van de C-bedden die voor de kinderheelkunde zijn voorbehouden, zijn ontoereikend.

Los van deze specifieke problemen, lijken de vragen van de minister niet op dit soort instellingen betrekking te hebben.

2) De "grote pediatriediensten" van de algemene ziekenhuizen waar een multidisciplinaire aanpak gewaarborgd is en waarvan het enige probleem hun eventuele onderbezetting is; hiervoor dient de oplossing te worden gevonden in het kader van de bepalingen van het koninklijk besluit van 30 januari 1989.

3) De talrijke pediatriediensten in algemene ziekenhuizen met 15 à 25 bedden, die heel dikwijls de 70 % - bezettingsgraad niet halen, vormen de kern van het probleem.

4) Blijft nog het probleem van de algemene ziekenhuizen zonder E-dienst die kinderen opnemen in C- of D-diensten voor volwassenen en mutatis mutandis van ziekenhuizen

met materniteit en n-bedden maar zonder E-dienst : dit komt overeen met een precieze vraag van de minister, aangezien deze praktijk veel voorkomt.

c) De experts zijn het unaniem over het volgende eens :

1) Op enkele uitzonderingen na, kunnen de kinderen slechts worden opgenomen in een structuur die aan hun specifieke behoeften beantwoordt en dit ongeacht of hun pathologie ressorteert onder de pediatrie of onder de heelkunde.

In dit verband wijst de administratie erop dat thans veel kinderen opgenomen worden in andere dan E-bedden ; het gaat meestal om heelkundige gevallen.

2) Een dergelijke ziekenhuisactiviteit moet onder de verantwoordelijkheid van een pediater worden geplaatst en het advies van de pediater moet te allen tijde kunnen worden ingewonnen ; dit advies wordt overigens dikwijls gevraagd door de andere betrokken specialismen.

3) Die entiteit moet levensvatbaar zijn wat het medisch en ziekenhuisbeheer betreft : ze moet minstens 15 E-bedden tellen met een voldoende bezetting : het wordt immers steeds moeilijker om pediaters te werven die de verantwoordelijkheid willen opnemen van E-diensten met geringe capaciteit en bezettingsgraad.

4) Teneinde de hospitalisatie van kinderen te rationaliseren en aldus het aantal E-bedden te verminderen, moeten die E-bedden worden geconcentreerd met inachtneming van een adequate geografische spreiding. De experts willen dat kinderen slechts worden geopereerd in ziekenhuizen met een pediatriedienst.

B. Wat meer bepaald de hun voorgelegde vragen betreft, zijn de meeste experts het eens met het document dat professor EGGERMONT van de KUL heeft uitgewerkt : deze tekst is geïnspireerd op de "Charte européenne des enfants hospitalisés" (zie bijlage A), die een synthese vormt van de adviezen van een groep pediaters.

C. Conclusies van het advies van de experts.

1. Het advies van de experts kan als volgt worden samengevat : Ongeacht de aandoening waarvoor ze worden opgenomen, moeten de kinderen in E-bedden verblijven. Die bedden moeten worden gegroepeerd in levensvatbare entiteiten van minstens 15 bedden; ze moeten een redelijke bezettingsgraad hebben en beantwoorden aan de specifieke behoeften inzake verblijf en opvang van de zieke kinderen en hun ouders.

2. De experts hebben het probleem van de actualisering van de normen voor de E-diensten nauwelijks onderzocht en geen nieuwe pertinente elementen gevonden t.o.v. de normen van het K.B. van 23 oktober 1964 (B.S. van 7 november 1964). Uit sommige adviezen blijkt evenwel dat een verpleegkundige omkaderingsnorm van 0,7 voltijds equivalenten per bed een minimum is voor een normaal bezette E-dienst (70 %). Die kwestie moet worden herzien in het licht van de beslissing die zal genomen worden inzake de hierboven voorgestelde E-eenheden van 15 bedden. Het was inderdaad niet mogelijk de plenaire vergadering van oktober een verslag voor te leggen indien de raadpleging van experts moest worden verdergezet.

III. ADVIES VAN DE LEDEN VAN DE N.R.Z.V. DIE AAN DE WERKGROEP DEELNAMEN.

De leden van de Raad zijn op 27 september en 4 oktober 1990 samengekomen :

1) Ze oordelen dat de systematische afschaffing van onderbezette pediatrie diensten een fundamentele achteruitgang zou betekenen voor de kindergeneeskunde, hoewel men niet blind kan zijn voor de huidige tendens, namelijk een ontoereikende gemiddelde bezetting van vele van die diensten.

2) Ze menen eveneens dat het, uit het oogpunt van de kwaliteit van de medische en verpleegkundige verzorging, ten zeerste aangewezen is dat alle kinderen waarvan de pathologie een hospitalisatie vereist worden opgenomen in een medisch-chirurgische E-eenheid van minstens 15 bedden, aangepast aan de behoeften van het zieke kind en van het verblijf van de ouders : de E-bedden zouden dan omschreven worden als bedden voor de opname van kinderen.

Vele ziekenhuizen nemen thans evenwel kinderen op zonder over E-bedden te beschikken. Het gaat onder andere om traumatologische pathologieën of om kinderen boven een bepaalde leeftijd waarvan een verblijf in een pediatrie eenheid absoluut niet altijd aangewezen is of/en niet door de patiënt of de ouders wordt gewenst.

Op termijn zou voornoemde beschouwing om reden van de kwaliteit van de zorg moeten worden toegepast. Uit realiteitszin dient evenwel toegegeven dat een wijziging van de huidige praktijken veel moeilijkheden zal meebrengen.

3) Op korte termijn zou een strikte toepassing van die bepaling talrijke pediatrie diensten in staat moeten stellen om t.o.v. de huidige normen een aanvaardbare gemiddelde bezetting te halen.

In dat opzicht en gezien de korte gemiddelde verblijfsduur voor E-bedden zou het aangewezen zijn voor de berekening van de gemiddelde bezetting alleen de 5 werkdagen in aanmerking te nemen, dus niet de zaterdag en de zondag.

4) Er zijn pediatriediensten met een zodanig zwakke bezetting dat voornoemde bepaling het niet mogelijk zal maken een aanvaardbare bezettingsgraad te halen : op termijn zouden een aantal E-diensten moeten sluiten of fusioneren met pediatrische afdelingen van naburige ziekenhuizen.

De haalbaarheid van een regionale samenwerking met als logisch gevolg een concentratie van de infantiele hospitalisatie in een enkele eenheid kan twijfelachtig lijken buiten het kader van hergroeperingen of fusies van ziekenhuizen.

Deze maatregel zal op veel verzet stuiten en verschillende vragen oproepen :

- a) het naleven van de vrije keuze van de patiënten
- b) de erkenning van het ziekenhuis ingeval er enkel een E-dienst aan de C- en D-diensten wordt toegevoegd.
- c) de dringende opname van kinderen in een ziekenhuis zonder E-dienst.

5) De afwijking van artikel 18 van het K.B. van 30.1.1989 moet worden gehandhaafd (geografische factoren en toegankelijkheid).

De aldus gehandhaafde diensten moeten, ondanks hun onderbezetting, over de nodige financiële middelen beschikken om hun levensvatbaarheid te garanderen rekening houdend onder meer met het seizoensgebonden karakter van vele pediatrische pathologieën.

6) De werkgroep meent dat de oprichting van een "e"-functie, naar analogie van de "n"-functie, in een algemeen ziekenhuis zonder pediatriedienst, geen stap in de goede richting is.

GENEESKUNDE VAN HET KIND EN DE ADOLESCENT

E. Eggermont

Het kind heeft recht op geneeskundige zorgen die aangepast zijn aan de eigen noden. Dit fundamenteel recht werd onlangs nog onderstreept door de goedkeuring van de Conventie over de Rechten van het Kind door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties in het najaar 1989. In verband met de opdracht van de huidige Gemengde Werkgroep zijn vooral artikel 1 en artikel 24 van deze conventie belangrijk.

Op basis hiervan en het welzijn van het kind in overweging nemend, kan duidelijk geantwoord worden op de vraag van de heer Minister, Philippe Busquin en op de eerste vraag van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen: alleen ziekenhuizen die in staat zijn een goed functionerende E-dienst uit te bouwen mogen kinderen en adolescenten ter verzorging opnemen. Ziekenhuizen die het niet kunnen realiseren zouden geen kinderen of adolescenten mogen opnemen. Een "pediatrische functie" is geen aanvaardbaar alternatief en elke verspreiding van kinderen over andere diensten biedt niet de nodige waarborg voor kwalitatief veilige en kind-gerichte medische zorgen. Daarenboven moeten de E-diensten een sterke binding hebben met de M-diensten en zijn de N- en n-diensten te beschouwen als een deelgebied van de Kindergeneeskunde.

In een volledig uitgebouwde E-dienst, kan men onderscheid maken tussen hospitalisatie, daghospitalisatie en consultatie. Het is evident dat de term "Kindergeneeskunde" thans een andere betekenis heeft dan 50 jaar geleden wanneer de

kindergeneeskunde in ons land vaste vormen aannam. Veel voedingsproblemen en infectieziekten zijn, mede dank zij de preventieve zorgen, totaal verdwenen. De kindergeneeskunde van de toekomst wil aantonen dat de thans bestaande aandoeningen van het kind en de adolescent best worden aangepakt vanuit een dienst waar het kind centraal staat maar waar de medici naar het kind toekomen! In deze context speelt de algemene kinderarts, omwille van zijn bijzondere en erkende opleiding in de problematiek van het kind een centrale plaats doch hij zal met andere collegae dienen samen te werken. Een aantal aandoeningen van het kind zijn frequent genoeg om aan pediatrische subspecialisten te worden toevertrouwd doch andere specialisten die een bijzondere bevoegdheid hebben zoals chirurgen, oogartsen, KNO-artsen,... moeten in de dienst Kindergeneeskunde kunnen werkzaam zijn om in samenwerking met de kinderarts de beste zorgen aan het kind toe te dienen.

De vraag stelt zich terecht of de multidisciplinaire aanpak van de patiënt, met coördinatie door een algemeen georiënteerd specialist, ook de toekomstige oplossing niet is voor de organisatie van geneeskundige zorgen aan volwassenen en ouderen.

Op vraag 2 van de nota van Prof. F. Bonnet kan dan ook duidelijk geantwoord worden. Wanneer in een ziekenhuis zonder E-dienst zich een belangrijke pediatrische activiteit ontwikkeld heeft, moet een E-dienst worden opgericht. Indien de E-dienst niet haalbaar is, moeten de kinderen naar een ander ziekenhuis met E-dienst verwezen worden.

In verband met de aandachtspunten, te bespreken op de vergadering van 12 juli 1990, kan het volgende gezegd worden :

1. De erkenningsnormen van de E-dienst moeten met volgende punten rekening houden :
 - 1.1. Architectorische waarbij gelet wordt op mogelijkheden van continu toezicht en veiligheid van het kind, rooming-in faciliteiten, hygiënische normen om endemieën te voorkomen etc... Er moet ook een speelruimte voorzien worden;
 - 1.2. Medische bestaffing waarbij zowel gelet wordt op de kwaliteit als de continuïteit van de zorgen;
 - 1.3. Verpleegkundigen waarbij de eigen benadering van het kind centraal staat;
 - 1.4. Materiële zodat aangepast materiaal, nodig voor kinderen, steeds beschikbaar is... o.a. infuusmateriaal, intubatiegerief,... Het niet vertrouwd zijn met de juiste pediatrische doses van medicatie is een continu gevaar voor intoxicatie, eventueel met dodelijke afloop;
 - 1.5. Bijkomende omkadering zodat aangepaste pedagogische, psychologische en sociale adviezen en hulp aan ouders en kinderen kunnen geboden worden.
2. In de conventie over de Rechten van het Kind wordt, de term kind gedefinieerd als een persoon beneden de leeftijd van 18 jaar. Practisch stellen we voor de bovengrens rond de leeftijd 16 jaar te situeren en de zone 16-18 jaar alleen in aanmerking te nemen voor patiënten die wegens een chronische ziekte naar een andere discipline dienen overgeheveld te worden.
3. Elk kind dat zich tijdens de wacht aanbiedt heeft het recht in een E-dienst te worden opgenomen en onmiddellijk door een kinderarts gezien te worden.

4. Voor de courante pediatrische zorgen is het belangrijk een goede spreiding van leefbare E-diensten met een 15-tal bedden te hebben. De minder courante problemen worden best in grotere en gespecialiseerde E-diensten verzorgd. Een verwijspatroon in beide richtingen moet aangemoedigd worden.
5. Daghospitalisatie, zelfs binnen een goed gestructureerde E-dienst, is meer risicohoudend dan de hospitalisatie. Daghospitalisatie in een algemeen ziekenhuis zonder E-dienst is een hoog risico en kan niet toegestaan worden.
6. De verpleegkundige omkadering van een pediatrische afdeling wordt bepaald door de leeftijd van de kinderen, de aard van de pathologie, het aantal bedden en de variabele bezettingsgraad. De leiding van een pediatrische dienst moet berusten bij een pediatrische hoofdverpleegkundige bijgestaan door een staff van 0,7 voltijds equivalent per bezet bed waarvan 60 percent pediatrische verplegenden en maximum 15 percent verpleeghulpen.
7. Een goede regionale spreiding is vooral belangrijk om aan de sociaal zwakkeren een billijke toegang tot de geneeskundige zorgen te bieden.
8. De ouders willen toenemend betrokken zijn in de medische verzorging van hun kinderen, vandaar toenemende vraag naar rooming-in, herhaalde vraag om over de aard en behandeling van de ziekte van hun kind geïnformeerd te worden en wens om chronisch zieke kinderen zoveel mogelijk tijdens weekenden thuis te hebben. Blijft het in dit raam logisch de bezettingsgraad voor alle diensten te berekenen op 7 dagen per week? Denk even aan kinderen met gedragsmoeilijkheden waarvoor thuis zijn tijdens weekenden een eerste stap is naar familiale reïntegratie.

9. De resterende pediatrie aandoeningen kenmerken zich door hun verscheidenheid en niet door het groot aantal van enkele aandoeningen. De verscheidene aandoeningen vragen daarenboven om een toenemend aantal specifieke behandelingen. Urgente hulpverlening is ook een kenmerk van de Kindergeneeskunde gebleven.
10. De kinderarts met privé-praktijk vangt het grootste deel van de urgent bestempelde raadplegingen op doch moet toch ongeveer 5 percent van deze kinderen hospitaliseren.
11. De grote druk van de ouders zorgt ervoor dat overdreven lange hospitalisatieduren praktisch niet meer mogelijk zijn.
12. Ziekenhuizen zonder E-dienst moeten zich niet bedreigd voelen want ze kunnen zich toeleggen op aandoeningen van de volwassenen en/of de ouderling.
13. Het invoeren van een "E-e" nomenclatuur is niet nodig en betekent een enorme psychologische kaakslag voor de kinderarts die opteert te werken in een afgelegen regio met kleinere populatiedichtheid.
14. De vijf aangehaalde variabelen kunnen bijgetreden worden.

B E S L U I T

De systematische afbouw van de pediatische diensten zou het kind vele en grote nadelen berokkenen. De maatregel zou tevens ons land helemaal isoleren niet alleen binnen de Europese Gemeenschap doch tevens op wereldniveau. In bijlage het document van de CESP, Confédération Européenne des Sociétés de Pédiatrie, die eveneens de noodzaak, kinderen te hospitaliseren in een geëigende dienst, verdedigt.

Men mag ook niet vergeten dat de Kindergeneeskunde in eigen land de achterstand, opgelopen door het laattijdig opgang komen van de Kindergeneeskunde, tijdens de laatste jaren in een versneld tempo heeft goedge maakt doch dat onbezonnen beslissingen deze evolutie weleens in ongunstige zin zouden kunnen ombuigen. Tenslotte willen we nog verwijzen naar een recente publicatie van Unicef, Facts for life: a communication challenge, waarin te lezen staat "Communicating the idea that the time has come, in all countries, for men to share more fully in that most difficult and important of all tasks - protecting the lives and the health and the growth of their children".

NAWCH EUROPEAN CHARTER FOR CHILDREN IN HOSPITAL

The right to the best possible medical treatment is a fundamental right, especially for children.

1.
Children shall be admitted to hospital only if the care they require cannot be equally well provided at home or on a day basis.

2.
Children in hospital shall have the right to have their parents or parent substitute with them at all times.

3.
Accommodation should be offered to all parents, and they should be helped and encouraged to stay. Parents should not need to incur additional costs or suffer loss of income. In order to share in the care of their child, parents should be kept informed about ward routine and their active participation encouraged.

4.
Children and parents shall have the right to be informed in a manner appropriate to age and understanding. Steps should be taken to mitigate physical or emotional stress.

5.
Children and parents have the right to informed participation in all decisions involving their health care. Every child shall be protected from unnecessary treatment and investigation.

6.
Children shall be cared for together with children who have the same developmental needs and shall not be admitted to adult wards. There should be no age restriction for visitors to children in hospital.

7.
Children shall have full opportunity for play, recreation and education suited to their age and condition and shall be in an environment designed, furnished, staffed and equipped to meet their needs.

8.
Children shall be cared for by staff whose training and skills enable them to respond to the physical, emotional and development needs of children and families.

9.
Continuity of care should be ensured by the team caring for the children.

10.
Children shall be treated with tact and understanding and their privacy shall be respected at all times.

Agreed at the first European Conference on Children in Hospital in May 1988.
Participating countries: Belgium, Denmark, England, Finland, France, Iceland, Italy, the Netherlands, Norway, Federal Republic of Germany, Sweden, Switzerland.