

## **Visietekst op rol van de kinderarts en de kindergeneeskunde**

Philippe Alliet<sup>1,5</sup>, .....Chris Van Geet<sup>4,5</sup> en het college pediatrie<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Jessaziekenhuis, Hasselt; <sup>4</sup>UZ Leuven, Leuven en <sup>5</sup>College pediatrie (Alliet Ph, Alexander M, Azou M, Barillari A, Lepage Ph, Pletincx M, Ravet F, Vandenplas Y, Van Geet C, Verellen G)

## **Samenvatting**

De ziekenhuispediatrie staat voor belangrijke uitdagingen. De vermindering van het aantal en de drastische verkorting van de duur van de klassieke hospitalisaties leiden tot een hogere werkbelasting voor medici en paramedici. De toegenomen mogelijkheden voor ambulante behandeling resulteren bovendien in een complexere pathologie bij de opgenomen patiënten. Er is tevens een toenemende verschuiving merkbaar naar daghospitalisatie-activiteiten. De taken van de ziekenhuiskinderarts zijn in de loop van de jaren sterk gewijzigd. De werkduur van de toekomstige artsen staat ook onder druk door maatschappelijke verzuchtingen en de Europese directive over werktijdverkorting. De organisatie van de toekomstige ziekenhuispediatrie moet uitgaan van de noden en behoeften van het zieke kind, gebaseerd op het Europese handvest voor kinderen opgenomen in het ziekenhuis. Elk kind dat zowel in klassieke als in daghospitalisatie opgenomen wordt, maar ook dat zich ambulant op de raadpleging of op de spoedgevallendienst aanmeldt, heeft het recht op een hoog-kwalitatieve verzorging met aandacht voor zijn lichamelijk, psychisch en sociaal welzijn. De noodzakelijke uitbreiding en financiering van de medische en paramedische omkadering is maatschappelijk slechts verantwoord en zal enkel leiden tot verhoogde kwaliteit indien de pediatrische eenheden een voldoende kritische werkmassa hebben en de zorg voor kinderen per ziekenhuis geconcentreerd wordt op één campus. De toegankelijkheid van de zorg moet gewaarborgd worden door een goede spreiding van de zorgprogramma's voor kinderen en door een goede en zichtbaar gestructureerde eerstelijnszorg voor kinderen.

## Summary

The spectrum of hospital paediatric care is changing. The decrease in number and duration of classical hospitalizations lead to an increased workload for the medical and paramedical team. The enhanced abilities for ambulant treatment result in a higher complexity and increased needs of the admitted patients. The increase in short-stay hospitalization implies special needs and financing. The tasks of the hospital paediatrician have dramatically changed over the years. The maximal working time is currently under discussion due to a changing mentality and the European directive. The organization of the future hospital care for children has to be mainly focused on the needs of the hospitalized sick child, based on the European charter of children admitted in hospitals. Each child, being admitted in classical or short-stay hospitalization, or presenting at the outpatient clinic or the emergency room, has the right for a high-quality care with special attention for his physical, psychological and social well-being. The necessary enlargement and better financing of the medical and paramedical teams can only be justified towards society and will only result in a better quality of care if the paediatric units assume a critical work-load and if all hospital care for children is centralized for each hospital in one site. The accessibility of hospital care has to be guaranteed by an appropriate geographical spreading of the units and by a good and visibly structured first line health care offer for children.

## Inleiding

Om een goede programmatie van de ziekenhuiszorg voor kinderen in België te organiseren, moet er enerzijds uitgegaan worden van de noden en behoeften van het zieke kind en moet er anderzijds gewaakt worden over een goede spreiding van de centra waar kinderen verzorgd kunnen worden. Elk kind dat zowel in klassieke als in daghospitalisatie opgenomen wordt, of zich ambulantly op de raadpleging of via de urgentiedienst aanmeldt, heeft het recht op een hoog kwalitatieve verzorging waarin alle aspecten zoals beschreven in het charter van het kind, met name het lichamelijk, psychisch en sociaal welzijn, bewaakt worden. (1) Om dit te realiseren moet er rekening gehouden worden met verschillende recente evoluties in de gezondheidszorg van kinderen en moet er tevens uitgegaan worden van objectieve cijfers om zowel de toekomstige noden en behoeften, de opportuniteiten als de mogelijke gevaren te kunnen inschatten.

### **(1) De gewijzigde nood aan zorg voor zieke kinderen in het ziekenhuis.**

#### ***A. Verminderd aantal klassieke hospitalisaties en verminderde hospitalisatieduur***

De incidentie van heel wat infectieuze pathologie, zoals Haemophilus influenzae meningitis/epiglottitis, invasieve pneumokokkeninfecties en meningokokken C infectie konden via preventieve maatregelen (vaccinatie) sterk verminderd of nagenoeg uitgeroeid worden. De ernst van andere infecties zoals rotavirus gastro-enteritis kon door vaccinatie sterk beperkt worden, zodat hospitalisatie voor deze indicaties nagenoeg overbodig of in elk geval sterk afgenomen is. (2)

Behandelingen zoals aërosoltherapie, toediening van orale rehydratieoplossingen (ORS) hebben het bovendien mogelijk gemaakt om vele aandoeningen ambulantly te behandelen in plaats van via een verblijf in het ziekenhuis.

De gemiddelde opnameduur van de kinderen is in de loop van de periode 1980 tot 1998 gedaald van 10,9 dagen tot 3,7 dagen. (3) Sindsdien blijft de gemiddelde hospitalisatieduur voor kinderen < 15 jaar nagenoeg constant rond 4 dagen, wat maar de helft is van de gemiddelde hospitalisatieduur van patiënten > 15 jaar. (4)

Dit heeft als gevolg dat ondanks een toegenomen geboortecijfer, het aantal ziekenhuisligdagen voor kinderen is afgenomen. Bijgevolg is de nood aan pediatriebedden verminderd, al blijven de seizoensgebonden schommelingen uitgesproken aanwezig. (fig 1) (3,4)

### ***B. Toename van daghospitalisatie-activiteit***

In de periode 1995-2005 is de daghospitalisatie-activiteit bij kinderen toegenomen met 50-90 %. (4). De financiering van de opvang van deze kinderen in het ziekenhuis, en hun paramedische en medische omkadering is onvoldoende. Aanbevelingen hieromtrent werden er door het college in ..... pediatrie opgesteld aan de hand van de door haar gevraagde Belgian Paediatric Short Stay Study (BePASSTA).

### ***C. Complexere pathologie***

- a. *Behoeften aan een betere paramedische omkadering voor elk zorgprogramma voor kinderen.*

- i. *Nood aan kinderpsychologen en orthopedagogen*

De aard van de pathologie die zich op kinderafdelingen aanbiedt is de voorbije jaren sterk veranderd. De eenvoudige infectieziekten zijn vervangen door complexere aandoeningen. De gezinsstructuren zijn complexer geworden. Psychosomatische en sociale oorzaken spelen vaak een primaire of secundaire rol (5). In 25-30 % van alle opnames op een kinderafdeling wordt er een belangrijke psychologische stressfactor gedetecteerd. (6) In die gevallen is het van belang onmiddellijk een tweesporenbeleid (medisch en psychosociaal) te voeren. De detectie van deze factoren gebeurt veel correcter door de psycholoog/orthopedagoog dan door de kinderarts. (6) Anticiperen op deze psychologische stressfactoren zal ongetwijfeld verdere ontsporing voorkomen. Hiervoor is een deskundige multidisciplinaire aanpak van kinderen op kinderafdelingen noodzakelijk: dit vereist de integratie van kinderpsychologen, orthopedagogen, sociaal verpleegkundigen,.... Door de huidige onvoldoende financiering zijn in vele kleinere afdelingen kinderpsychologen of orthopedagogen slechts oproepbaar en niet daadwerkelijk aanwezig, wat hun betrokkenheid in de dagelijkse werking van een afdeling zowel in de preventie als in de aanpak van psychosomatische problemen hypothekeert.

*ii. Nood aan pijnbestrijding – nut van referentieverpleegkundige*

Er wordt de laatste jaren meer en meer aandacht besteed aan pijnbestrijding bij kinderen, zowel bij diagnostische als bij therapeutische ingrepen. Een pilotstudie van de FOD gezondheidzorg heeft aangetoond dat de aanwezigheid van een pijn-referentieverpleegkundige belangrijk is om een adequaat pijnbeleid bij kinderen te implementeren. Momenteel is er enkel in het kader van deze pilotstudie een tegemoetkoming voorzien voor de

financiering van een pijnverpleegkundige in de pilootziekenhuizen. Een veralgemening naar alle ziekenhuizen met een zorgprogramma kindergeneeskunde dringt zich op, maar is maatschappelijk slechts te verantwoorden indien er een voldoende werkbelasting is. (7)

*iii. Nood aan pediatrische diëtisten*

Obesitas is een toenemend probleem in onze maatschappij. Heel wat obese kinderen hebben meer fysische en psychische complicaties. Een goede begeleiding vergt naast de eerder vermelde psychosociale omkadering ook de aanwezigheid van een pediatrische diëtiste. (8) In de ons omringende Europese landen wordt ondervoeding vermeld in 16-20 % van de opgenomen kinderen. Een in 2011 uitgevoerde studie in 4 Belgische afdelingen kindergeneeskunde toonde een prevalentie van acute en chronische ondervoeding bij resp 16.3 en 11.8 % van de gehospitaliseerde kinderen. (9) Ondervoeding heeft een negatief impact op medische complicaties en op de hospitalisatieduur. (9, 10) Een pediatrische diëtiste is ook onmisbaar in de begeleiding van patiënten met coeliakie, lactose intolerantie, voedingsallergieën,... maar ook in het uitwerken van een gebalanceerd dieet bij kinderen die een vegetarisch dieet willen volgen.

*iv. Nood aan specifiek opgeleide pediatrische verpleegkundigen*

De meer complexere ziektebeelden verhogen ook de nood aan specifiek opgeleide pediatrische verpleegkundigen. In dit kader wordt er meestal gewerkt met referentieverpleegkundigen die zich op één speciale topic toeleggen en hun expertise overbrengen naar de ganse groep.

*v. Nood aan sociaal verpleegkundigen en tolken*

Er is een toename van kansarmen en van asielzoekers, die de lokale taal niet of onvoldoende machtig zijn, en dit niet alleen in de grootsteden. Er is een nood aan sociaal verpleegkundigen die het lokale opvangnetwerk voor kinderen kennen en aan een veelheid van tolken die artsen en verpleegkundigen kunnen bijstaan in hun gesprekken met zowel de ouders als de kinderen.

b. Behoeften aan extra paramedische ondersteuning voor meer complexe pediatrie programma's

In grotere regionale en universitaire diensten is naast deze hoger vermelde basisbehoefte een meer uitgebreide paramedische omkadering noodzakelijk voor de adequate opvolging van kinderen met chronische aandoeningen (longen, hart, maag-darm, neurologisch, ...) en voedingsmoeilijkheden. Verschillende conventies (mucoviscidose, neuromusculaire aandoeningen, metabole aandoeningen, diabetes, ...) houden hiermee rekening. Een concentratie van complexe pathologie is nodig om de vereiste expertise op te bouwen. Nochtans moeten deze kinderen voor onderdelen van hun opvolging en voor (acute) medische problemen die niet gerelateerd zijn aan hun basispathologie, terecht kunnen in de regionale kinderafdelingen dicht bij hun woonplaats. Ook om die reden is er voldoende paramedische omkadering nodig voor elk zorgprogramma pediatrie.

**D. Maatschappelijke verantwoording voor betere medische en paramedische omkadering**

Het college pediatrie heeft in haar adviezen naar de overheid reeds meerdere initiatieven geformuleerd om de medische en paramedische omkadering te verbeteren, en zo de kwaliteit van zorg voor kinderen in de ziekenhuizen te verhogen en te uniformiseren. (11)



De directe kost per ontslagen kind in een ziekenhuis is tot de helft hoger in kleinere E-afdelingen (< 750 opnames/jaar) in vergelijking met grotere diensten (> 1500 opnames/jaar). (3)

De noodzakelijke uitbreiding en financiering van de medische en paramedische omkadering is maatschappelijk maar verantwoord en zal maar leiden tot verhoogde kwaliteit indien de pediatrie eenheden een voldoende kritische werkmassa hebben. (3)

### ***E. Toegankelijkheid kwaliteitsvolle zorg***

Elk kind in België heeft recht op een toegankelijke kwaliteitsvolle zorg, zoals vermeld in het charter van het kind. Het vorige KB over het zorgprogramma pediatrie voorzag een zorgprogramma pediatrie indien voldaan wordt aan bepaalde criteria. Indien er zich binnen de 20 km geen zorgprogramma pediatrie bevindt, kan van de criteria afgeweken worden om er toch een zorgprogramma pediatrie in te richten zodat de toegankelijkheid niet in het gedrang komt.

(3) In de ons omringende landen zijn de afstanden tussen de kinderafdelingen veel groter, zonder dat dit leidt tot een grotere mortaliteit en morbiditeit. De toegankelijkheid dient eveneens gewaarborgd te worden door het opzetten van een goede en zichtbare eerstelijnszorg voor kinderen. **Het nieuwe KB "zorgprogramma pediatrie" (dd....) geeft ziekenhuisdirecties de mogelijkheid om pediatrie zorg tijdens de werkuren aan te bieden in een zorgprogramma A, zonder dat hiervoor dezelfde omkadering en infrastructuur nodig is als in een zorgprogramma B. Het college pediatrie heeft meermaals zijn bezorgdheid uitgedrukt dat hierdoor niet elke kind op elke plaats kwaliteitsvolle zorg zal krijgen.**

### **(2) Het gewijzigd profiel en de gewijzigde taken van de ziekenhuiskinderarts**

Het profiel en de werkbelasting van de ziekenhuiskinderarts werd recent in kaart gebracht door de studie van Deliège/Artoisenet en de studie van Dewever (12-14).

### **1. Toenemende feminisatie en toenemende part-time ziekenhuisactiviteit**

Er is een toenemende feminisatie in de pediatrie waarneembaar, die meer uitgesproken is dan in de andere takken van de geneeskunde. In 2007 bedroeg de gemiddelde leeftijd van de kinderartsen 46 jaar. 64 % van de vrouwelijke kinderartsen is evenwel jonger dan 45 jaar, ten opzichte van slechts 27 % van de mannelijke collega's. (Fig 3)

Terwijl kinderartsen in 1989 minder in het ziekenhuis werkten dan de andere specialisten, was dit anno 2007 niet meer het geval. (4) (Fig 4). Vrouwelijke ziekenhuiskinderartsen werken evenveel als hun mannelijke collega's in het ziekenhuis. Mannelijke kinderartsen besteden in tegenstelling tot hun vrouwelijke collega's daarbuiten nog gemiddeld 8 uur aan extramurale ambulante zorg.

56 % van de vrouwelijke kinderartsen werken deeltijds, terwijl dit slechts voor 37 % van de mannelijke collega's het geval is. Een vermindering van de medische activiteit werd gemiddeld op de leeftijd van 47 jaar bij mannen en op de leeftijd van 35 jaar bij vrouwen aangevraagd. De gemiddelde reductie van de werkkraft van de kinderartsen gespreid over alle ziekenhuizen bedroeg 8 % in een periode van 5 jaar. Indien de vermindering van de werkkraft wordt berekend op het totaal aantal ziekenhuizen die een vermindering van activiteit vermelden, bedraagt de gemiddelde reductie 23 % (25 % voor een regionaal ziekenhuis vs 14 % voor een universitair ziekenhuis). (12,14)

### **2. Grootte van de medische equipe van kinderartsen per ziekenhuis**

De gemiddelde grootte van de medische equipe van kinderartsen varieert sterk volgens de (niet)universitaire status van de ziekenhuispediatrie: 6 kinderartsen in een regionale kinderafdeling versus 29 in een universitaire kinderafdeling. Vlaamse regionale kinderafdelingen hebben gemiddeld 4 kinderartsen terwijl regionale kinderafdelingen in Franstalig België

gemiddeld 8 stafleden hebben. Er is geen verschil in gemiddelde grootte tussen de medische equipe in de universitaire kinderafdelingen volgens taalregime. (12,14)

Uit cijfers van de FOD gezondheidszorg en uit een bevraging door Zorgnet Vlaanderen in 2011 bleek dat alle ziekenhuizen beschikken over minimum 3 voltijdse equivalenten (VTE) kinderartsen, en 77% over 4 of meer VTE kinderartsen. Vooral in Vlaanderen zijn er pediatriediensten met minder dan 4 kinderartsen. Een lineaire verplichting om minimaal over 4 VTE te beschikken voor een **pediatriedienst in 2011 zou neergekomen zijn op de sluiting van 1 pediatriedienst op 4 in Vlaanderen.** Recente RIZIV (2015) statistieken tonen een belangrijk verschil aandensiteit tussen kinderartsen per regio. In Vlaanderen bedraagt het aantal kinderartsen 1.17/10.000 Belgen, terwijl dit in Franstalig België 2/10.000 Belgen bedraagt (15). De studie van Deliège en Artoisenet toonden in 2009 aan dat dit in de periode 1989-2005 ook al het geval was, doch dat het verschil in die periode dalende was (1 kinderarts < 66 jaar/2.300 kinderen in Vlaanderen vs 1 kinderarts/1.200 kinderen in Franstalig België in 1989; 1 kinderarts < 66 jaar/1.500 kinderen in Vlaanderen vs 1 kinderarts per 1.000 kinderen in Franstalig België in 2005). (4) De studie van Dewever (2007) toonde eveneens aan dat binnen de Vlaamse en Franstalige regio's er belangrijke uitschieters zijn zoals een hoog aantal kinderartsen in Brussel, Vlaams- en Waals Brabant en een laag aantal kinderartsen in Limburg en Luxemburg. (13)

### **3. Wachtactiviteit: aantal en specificiteit**

Uit een enquête uitgevoerd door de Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde kwam naar voor dat de wachtbelasting als zeer zwaar ervaren wordt (15). De wacht van een ziekenhuiskinderarts omvat meer activiteiten dan deze van de meeste ziekenhuisartsen. Ze omvat naast de oproepbaarheid voor de nachthospitalisatie, de materniteit, de neonatologie-afdeling ook de dringende aanwezigheid bij risico-bevallingen en de spoedgevallen. Zowel in België als in de ons omringende landen zijn 20-25 % van de aangemelde patiënten op

spoedgevallen kinderen (3). Dit fenomeen blijkt dus onafhankelijk te zijn van het gezondheidszorgsysteem en van de plaats van de kinderarts in de gezondheidszorg. De nood aan dringende beschikbaarheid voor risico-bevallingen en spoedgevallen maakt het groeperen van wachtdiensten over meerdere campussen of over meerdere ziekenhuizen zowel uit praktisch als uit medico-legaal oogpunt onmogelijk.

De wachtbelasting per kinderarts is in Vlaanderen groter dan in Franstalig België en is voornamelijk te wijten aan de kleinere equipes van kinderartsen in de ziekenhuizen. (12) De eerste opvang van kinderen op spoedgevallen wordt hedentendage naargelang het ziekenhuis zowel door kinderartsen als door urgentie-artsen verricht. De grootte van de pediatrie equipe en de daaruitvoortvloeiende haalbaarheid van de wachtbelasting vormt hierin de belangrijkste reden.

#### **4. Aard van de werkzaamheden van de ziekenhuiskinderarts**

De klinische activiteiten op de materniteit, N\*/NIC, klassieke en daghospitalisatie zijn slechts verantwoordelijk voor één derde van de activiteit van de ziekenhuiskinderarts, zowel in een regionaal als in een universitair ziekenhuis. Ambulante pediatrie (raadplegingen, urgenties) is belangrijker in regionale ziekenhuizen, maar staat ook in universitaire ziekenhuizen in voor een kwart van de activiteit van de kinderarts. De niet curatieve taken (administratie, management, onderwijs, research) zijn belangrijker in universitaire dan in regionale ziekenhuizen en nemen gemiddeld 10u17 min per week in beslag voor een regionale kinderarts en het dubbel voor een universitaire kinderarts. (12) (Fig. 6) Deze gegevens zijn gelijkaardig aan gegevens uit de Nivelstudie uitgevoerd in Nederland. (19)

Zowel de duur van de raadpleging, de patiënt-gebonden contacttijd, als de niet-curatieve taken zijn in de loop van de periode toegenomen. Hierin spelen zowel de toenemende

multidisciplinaire aanpak als kwaliteits- en validatiecriteria een rol. Vrouwelijke kinderartsen besteden ook gemiddeld meer tijd aan de patiënt dan hun mannelijke collega's (15)

### **5. Werkduur kinderartsen-in-opleiding en hun toekomstperspectieven**

In navolging van een Europese directieve werd ook in België de werkduur van stagiairs en assistenten geneeskunde beperkt tot 48 à 60 uur per week. Uit de VVK-enquête is gebleken dat de kinderartsen in opleiding ook in de toekomst minder willen werken dan op heden door de ziekenhuiskinderartsen gepresteerd wordt. (15) Een enquête uitgevoerd door Dewever voor het FOD in gans België bevestigde dit fenomeen. (13) Het maximum aantal haalbare wachten werd door de artsen- in-opleiding bestempeld als 6 per maand. (13) Om een continue beschikbaarheid voor het zorgprogramma pediatrie te voorzien, zijn dan ook minstens 4 FTE kinderartsen per zorgprogramma nodig. **In het huidig zorgprogramma pediatrie is het aantal kinderartsen nodig voor een zorgprogramma A en/of B fel verzwakt.**

### **6. Ziekenhuis versus privé kinderartsen in België**

In vele rapporten wordt beweerd dat de helft van de kinderartsen alléén in een privépraktijk werken en niet aan een ziekenhuis verbonden zijn. Over het totaal aantal kinderartsen circuleren ook vele cijfers, naargelang de gebruikte definitie. Volgens het RIZIV is een kinderarts, actief indien hij niet geregistreerd is als zijnde overleden, geschorst, op pensioen, in het buitenland of na stopzetting van zijn medische activiteiten. Een kinderarts met een activiteitsprofiel is een kinderarts die minstens één patiëntcontact op jaarbasis heeft. Een kinderarts met een activiteitsprofiel boven de accreditatiedrempel heeft minstens 1000 patientcontacten op jaarbasis. Het totaal aantal kinderartsen in 1996 en 2005 bedroeg volgens de gebruikte definitie resp. 1384 en 1730, 1066 en 1196, en 624 en 692. In de periode 1996 tot 2005 was er een

stijging van het aantal kinderartsen van 10.9 tot 25 % volgens de gebruikte definitie. Het correcte totaal aantal werkzame kinderartsen lag in 2005 wellicht tussen 692 en 1196. (13)

Het aantal ziekenhuiskinderartsen, gebaseerd op RIZIV prestaties bedroeg in 1996 en 2005 resp. 763 en 895, wat een stijging van 17.3 % betekent. In die periode is de feminisatie toegenomen van 37.6 tot 55 %. Het aantal exclusief privé-werkende kinderartsen, gebaseerd op RIZIV prestaties, bedroeg in 1996 en 2005 resp. 220 en 240. Gedurende die tien jaar werd er in deze groep eveneens een toename van de feminisatie gezien van 46.8 tot 55 %. Het aandeel van de kinderartsen < 55 jaar bij de exclusief ambulant werkende kinderartsen is in die periode afgenomen van 47.7 tot 40.8 % en het aandeel van de vrouwelijke kinderartsen is in deze groep niet toegenomen. Uit interviews met de diensthoofden van de universitaire kinderafdelingen blijkt dat tijdens de selectie van assistenten in opleiding de nadruk gelegd wordt op het feit dat deze opleiding een opleiding tot ziekenhuiskinderarts is. Uit de enquêtes bij assistenten in opleiding blijkt eveneens dat het merendeel van de jongeren kiest voor een job als ziekenhuiskinderarts op voorwaarde dat de werkomstandigheden aanvaardbaar zijn. (13,15)

De kinderartsendichtheid per 10.000 kinderen tussen 0-14 jaar varieert van de ene regio tot de andere. In Vlaanderen is er één kinderarts per 1544 kinderen. In Wallonië één per 1008 kinderen. Het verschil onderling is in de loop van de voorbije 10 jaar kleiner geworden. Binnen de twee gemeenschappen zijn er nog grote verschillen merkbaar met de hoogste dichtheid aan kinderartsen in Brussel en Waals-Brabant en de laagste in Limburg. (4) Het hoogst aantal exclusief ambulant werkende kinderartsen bevindt zich ook in Brussel en in Vlaams- en Waals Brabant. (4).

## **7. Vacatures voor kinderartsen in de ziekenhuizen**

In 2007 werden er door de diensthoofden in België ongeveer 100 vacatures voor ziekenhuiskinderartsen vermeld. Deze staan gemiddeld al 18.5 maanden open (6.5 maanden in een universitaire en 20 maanden in een niet-universitaire instelling). (12,14) Deze vacatures kunnen op korte termijn niet ingevuld worden door de afgestudeerde assistenten in opleiding.

### ***8. Nood aan 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. Alhoewel er door het principe van de connexiteit aanvaard werd dat alle technische acten die in het verleden binnen de kindergeneeskunde werden uitgevoerd, ook in de toekomst door de kinderarts verricht zullen kunnen worden, dreigt er een probleem te ontstaan bij nieuwe behandelingen of technieken. Er bestaat immers binnen de interne geneeskunde en binnen de FOD gezondheidszorg en het RIZIV een tendens om nieuwe technieken en behandelingen enkel toe te wijzen aan een welbepaald subspecialisme met als bedoeling te waken over de kwaliteit van het gebruik ervan.

Net zoals in de ons omliggende Europese landen wordt er om al deze redenen gestreefd naar de erkenning van de pediatrie subspecialismen. Het college pediatrie heeft hierover na consensus binnen de Nederlandstalige en Franstalige erkenningscommissie en na consensus met de verschillende pediatrie subdisciplines en de Belgische, Vlaamse en Waalse wetenschappelijke vereniging voor kindergeneeskunde een algemeen document opgesteld. Dit werd ter goedkeuring voorgelegd aan de Hoge Raad in 2009. Er werd geopteerd om te streven naar de erkenning van deze subspecialismen als "bijzondere beroepsbekwaamheid". Hierdoor is eerst een erkenning als algemeen kinderarts noodzakelijk. Dit is van belang om geen "enge"

orgaanspecialismen binnen de pediatrie te creëren maar om het kind in zijn totaliteit te blijven zien. Op die manier zijn kinderartsen met een bijzondere bekwaamheid ook inzetbaar in de wachten algemene pediatrie in zowel de regionale als de universitaire ziekenhuizen. (16)

De Hoge Raad heeft in 2009 het principe van bijzondere beroepsbekwaamheden voor vijf pediatrie deeldomeinen (kindergastro-enterologie, hepatologie en nutritie; kinderlongziekten; kinderendocrinologie; kindernefrologie; kindercardiologie) goedgekeurd.

Deze aanbeveling moet in de nabije toekomst in wetteksten omgezet worden. Kinderneurologie, neonatologie en hemato-oncologie werden vroeger reeds erkend. **Er was in de vorige legislatuur geen bereidheid tot omzetting van deze noodzaak in wetteksten. Momenteel worden de dossiers opnieuw behandeld door de Hoge Raad.**

### **(3) Verwachtingen van ouders.**

Ouders zijn bezorgd om de gezondheid van hun kind en willen de beste zorg voor hen. Uit verschillende studies is gebleken dat hun “bezorgdheid” omtrent de gezondheid van hun kind en de verandering in het gedrag van hun kind de beste parameter is om de ernst van de pathologie in te schatten. (16, 17) In de loop van de jaren is de participatie van zowel vader als moeder maar ook van de grootouders in de zorg voor kinderen belangrijker geworden. Gezien ouders vaak beiden buitenshuis werkzaam zijn, constateren zij vaak slechts na de werkdag dat hun kind ziek is. Een ziekte kan zich bovendien, vooral bij een jong kind op zowel een insidieuze als een heel dramatische wijze presenteren, afhankelijk van de ernst van de aandoening. De medicolegale druk op artsen is in de loop van de jaren ook toegenomen. Een goede, kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg is noodzakelijk. **Hiervoor is er een goede samenwerking en uitwisseling van gegevens nodig tussen de kinderartsen, de huisartsen, Kind- en Gezin, centra voor kindermishandeling... Uit cijfers van de Christelijke en Socialistische mutualiteiten blijkt evenwel dat ouders met hun kind ook vaak direct naar de kinderarts om advies gaan, zeker op jongere leeftijd. De reden hiervoor dient verder onderzocht te worden.**



## **Besluit en aanbevelingen:**

1) Het dalend aantal kinderen dat gehospitaliseerd moet worden en de kortere verblijfsduur maakt de nood aan pediatrie bedden kleiner. De toegenomen ernst van de pathologie maakt de nood aan een adequate paramedische en medische omkadering groter. Om deze zorg adequaat toe te dienen en om de kost hiervan maatschappelijk te kunnen verantwoorden is een kritische massa noodzakelijk. Hierbij moet er gewaakt worden over een evenwichtige geografische spreiding en over een voldoende buffercapaciteit om piekperiodes te kunnen opvangen. Om die reden kunnen deze bedden best vanuit de overheid op basis van een programmatie geografisch verdeeld worden. Ziekenhuizen die opteren om zich qua zorgaanbod te heroriënteren en geen pediatrie activiteit meer aan te bieden mogen niet gepenaliseerd worden en moeten nog een spoedgevallenzorg kunnen organiseren.

(2) De zorg voor kinderen in het ziekenhuis moet gebaseerd zijn op het charter van het kind. Om dit zowel qua infrastructuur als qua medische en paramedische omkadering optimaal te realiseren, moeten alle ziekenhuisactiviteiten voor kinderen die gepaard gaan met een wachtactiviteit (materniteit, verloskwartier, N\*, spoedgevallen, hospitalisatie) op één campus gesitueerd te zijn. Ziekenhuizen moeten een incentive krijgen om dit te realiseren. Zowel de medische als de chirurgische daghospitalisatie bij kinderen vergen dezelfde infrastructurele en paramedische omkadering als gehospitaliseerde kinderen. Het risico op complicaties en de kans op een verlengd verblijf kan niet volledig op voorhand ingeschat worden. Zowel omwille van bovenvermelde redenen als om medicolegale redenen dienen ook deze ziekenhuisactiviteiten bij kinderen op dezelfde campus gelocaliseerd te zijn. Net zoals in Nederland zouden de wetenschappelijke verenigingen van de kinderartsen samen met de kinderverpleegkundigen en de ziekenhuisdirecties gezamenlijk het charter voor het zieke kind moeten ondertekenen. **In deze optiek is het college pediatrie bezorgd omtrent het nieuwe zorgprogramma pediatrie.**

(3) De aard en de zwaarte van de wacht van een ziekenhuiskinderarts is van die aard dat slechts een gemiddelde van hoogstens 1 op 4 wachten als veilig en sociaal aanvaardbaar wordt gezien. De verplichting vanuit Europa om de opleiding van (kinder)artsen te beperken tot 48-60 uur maakt deze vraag nog dwingender. Om te vermijden dat een correcte geografische spreiding van de pediatriediensten in het gedrang komt, is het behalen van een activiteitsnorm, zoals voorgesteld in de studie Cannoodt-Casaer noodzakelijk en blijft de verplichte omkadering van 4 kinderartsen best behouden. Indien een kinderafdeling in stand wordt gehouden omwille van geografische uitzonderingsmaatregelen, zonder dat er aan de vereiste activiteitsnormen wordt voldaan, dienen hiervoor financiële compensaties voorzien worden om toch tot de nodige medische omkadering te kunnen komen.

(4) Momenteel zijn er onvoldoende kinderartsen beschikbaar om alle pediatriediensten van minstens 4 kinderartsen te voorzien. Een verdere hergroepering van de kinderafdelingen moet gestimuleerd worden. De ziekenhuisactiviteiten van de kinderartsen moeten verder beter gehonoreerd worden. Het aantal assistenten in opleiding moet in functie van het vervullen van al deze taken uitgebreid worden.

(5) Ambulante pediatrie blijft belangrijk, zowel in regionale als universitaire ziekenhuizen. Een goede samenwerking en uitwisseling van gegevens met de eerstelijns is noodzakelijk.

## Referenties

- (1) European Charter of children admitted in hospitals. ( 2002) The EACH Charter and Annotations, EACH [www.each-for-sick-children.org](http://www.each-for-sick-children.org)
- (2) Raes M, Strens D, Vergison A, Verghote M, Standaert B. Reduction in pediatric rotavirus-related hospitalizations after Universal rotavirus vaccination in Belgium. *Pediatr Inf Dis J* 2011; 30: e120-e125
- (3) Cannoodt L, Casaer P et al. Eindrapport « Kinderen in ziekenhuizen ». 2002
- (4) Deliège D. Offre et besoins – evolution et avenir. Université catholique de Louvain et Centre d'informations sur les professions médicales. 2009.
- (5) Spruyt R, Indekeu A, Swysen K, Raes M. Geestelijke gezondheidswerkers op een kindergeneeskundige afdeling: geen overbodige luxe. *Tijdschr Geneesk* 2008; 64:1-5.
- (6) Vanderfaeillie 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.
- (7) Nationaal project acute pijn bij kinderen. FOD Gezondheidszorg. 2008
- (8) Massa G. Body mass index measurements and prevalence of overweight and obesity in school-children living in the province of Belgian Limburg. *Eur J Pediatr* 2002; 161:343-346.
- (9) Alliet Ph, Bontems P, Devreker Th, Muyshont L, Vandenplas Y. Under-nutrition in hospitalized Belgian children. Abstract ESPGHAN 2012.

(10) Joosten K, Hulst J. Malnutrition in pediatric hospital patients: current issues. *Nutrition* 2011; 27: 133-137.

(11) Projecten voor een verdere verbetering van de pediatrische zorg van zieke kinderen in België. Rapport College Pediatrie. 2010.

(12) Artoisenet C, Deliège D. Mobilité et activités des pédiatres hospitaliers en Belgique. Rapport pour l'académie Belge de Pediatrie. *Socio-Economie de la Santé*. UCL. 2008.

(13) Dewever A. et al; Etude sur la pédiatrie. Service Public Fédéral Santé Publique. ULB 2008.

(14) Alliet Ph, Alexander M, Verellen G, Artoisenet C, Deliège D en de Belgische academie Kindergeneeskunde. Demografie en werkomstandigheden van kinderartsen in België. *Tijdschr geneeskunde* 2011, 67: 583-590.

(15) Verrijken G. *Artsenkrant* 2015; 35: 1. Bijna dubbel zoveel pediaters in Franstalig België. (gegevens FOD gezondheidszorg, RIZIV en dr Moens)

(16) 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; 10: 26-29.

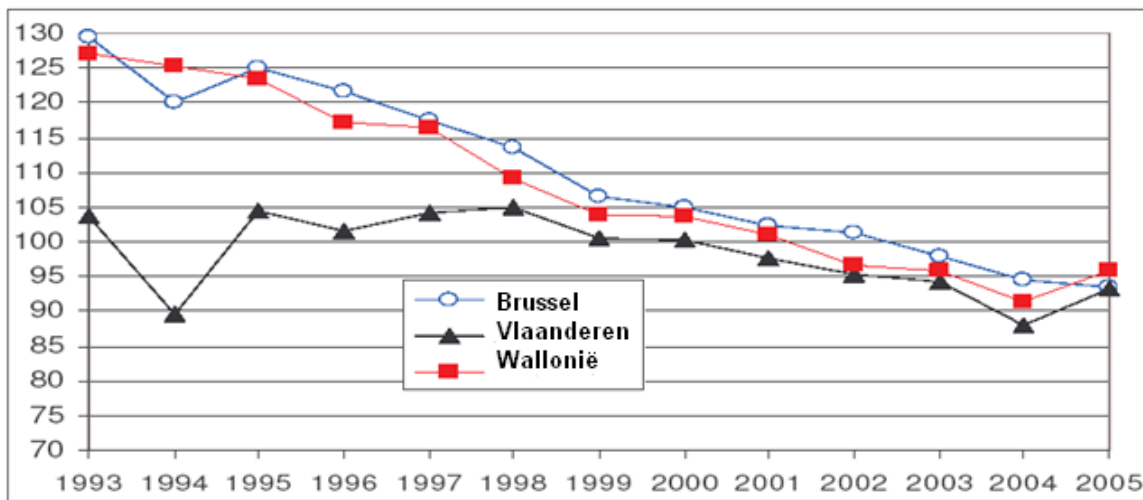
(17) Subspecialismen in de kindergeneeskunde. Rapport college pediatrie. 2010.

(18) Van den Bruel A, Bruyninckx R, Vermeire E, Aerssens P, Aertgeerts B, Buntinx F. Signs and symptoms in children with a serious infection: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2005; 26: 6-36.

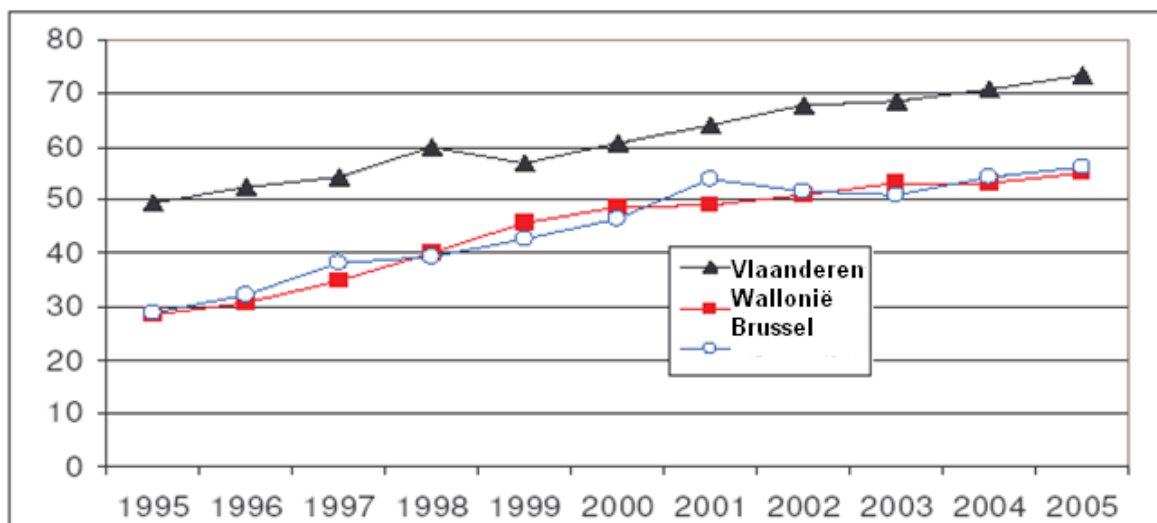
(19) Lavelle JM, Costarino AT, Ludwi S. Recognition and management of the ill child. *Compr The* 1995; 21: 711-718.

(20) Behoefteraming kinderartsen 1995-2005. Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. 1996.

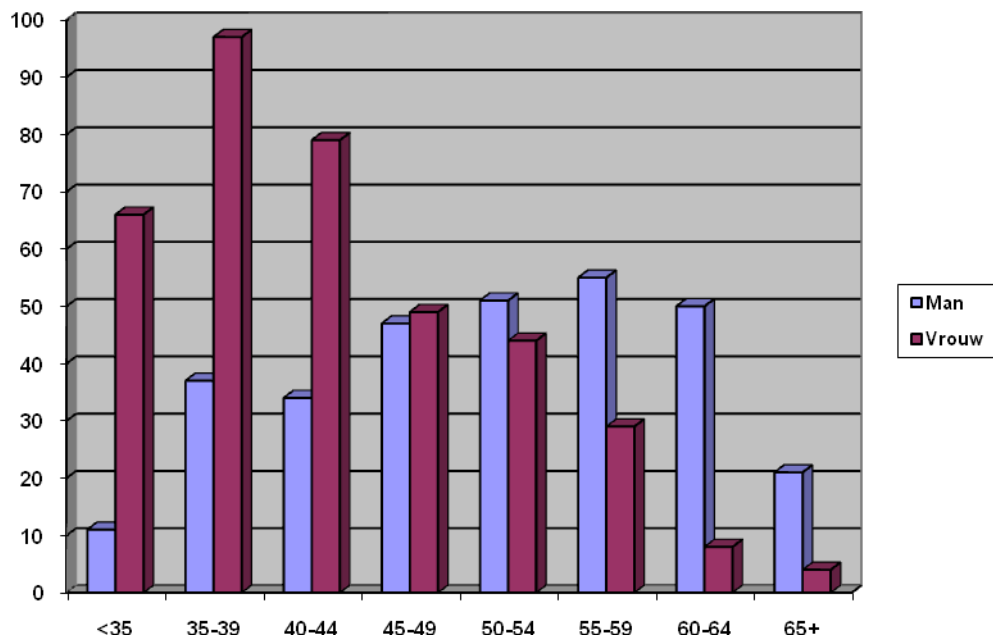
**Fig 1:** Evolutie van het aantal klassieke hospitalisaties bij kinderen < 15 jaar in de periode 1993-2005 in België (gemiddelde op 1000 kinderen) (4, met toestemming auteur)



**Fig 2:** Evolutie van daghospitalisaties (aantal/1000 kinderen < 15 jaar) in de periode 1995-2005 in België (4, met toestemming auteur)



**Fig 3.** Ziekenhuiskinderartsen volgens leeftijdscategorie en geslacht (in aantal - 2007) (12,13)



**Fig 4.** Evolutie van het aandeel (in %) van de ziekenhuisactiviteit van kinderartsen tov andere specialisten in de periode 1989-2005. (4, met toestemming auteur)

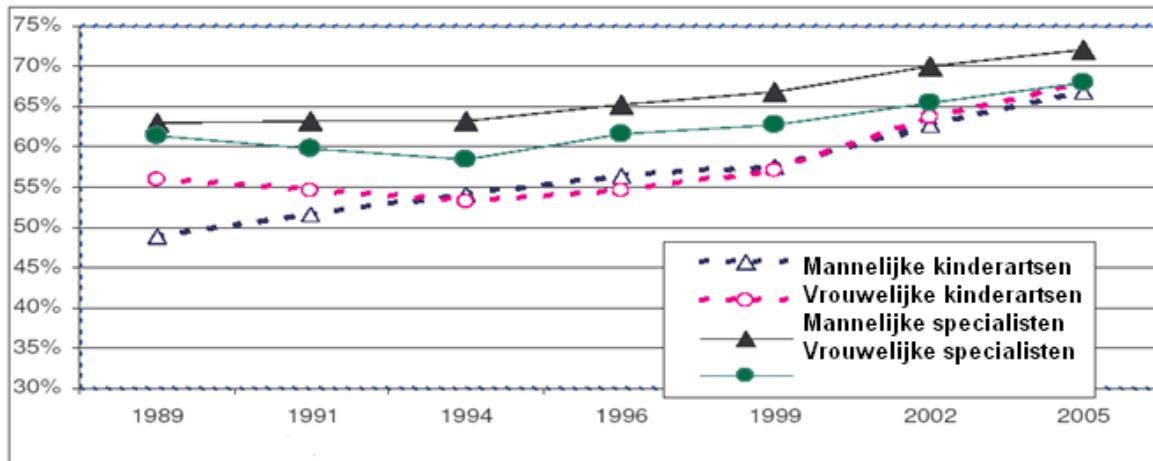


Fig 5: Aandeel hospitalisatie-activiteit, ambulante activiteit en niet-patiëntgebonden activiteit in werktijd universitaire en regionale kinderarts.

