

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

**Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde**

**Mei 2016**

# Inhoudstabel

## Samenvatting

## Inleiding

## Situatieschets

### **(1) Gewijzigd profiel van het zieke kind**

*A. Verminderd aantal en duur hospitalisatie*

*B. Toename daghospitalisatie*

*C. Complexere pathologie met behoefte aan betere paramedische omkadering*

i. Kinderpsychologen en orthopedagogen

ii. Pijnbestrijding

iii. Pediatrische diëtisten

iv. Pediatrische verpleegkundigen

v. Sociaal verpleegkundigen en tolken

### **(2) Gewijzigde maatschappelijke vereisten aan de zorg voor het zieke kind**

*A. Standpunt kinderartsen – zorgprogramma's*

*B. Impact van kortverblijf in de materniteit op de pasgeborene*

### **(3) Gewijzigd profiel kinderarts**

*A. Feminisatie*

*B. Grootte van de equipe*

*C. Wacht*

*D. Aard werkzaamheden*

*E. Werkduur assistenten in opleiding*

*F. Nood aan bijzondere beroepsbekwaamheden in de pediatrie*

### **(4) Gewijzigde verwachtingen ouders**

## Aanbevelingen

## Referenties

## **Samenvatting**

Vanuit zijn holistische opleiding en visie op het kind moet de kinderarts door de overheid betrokken moeten worden in de coördinatie en in het bewaken van de kwaliteit van alle aspecten van de gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

De organisatie van de pediatrie moet uitgaan van de noden en behoeften van het kind. Waar het kind ook geëvalueerd of behandeld wordt, dient voor een zelfde ziektebeeld de zorg kwalitatief even hoogstaand te zijn. Als basis hiervoor dient het Europese handvest voor kinderen opgenomen in het ziekenhuis geïmplementeerd te worden. Elk kind dat zowel in klassieke als in daghospitalisatie opgenomen wordt, evenals elk kind dat zich op raadpleging of op spoedgevallen aanmeldt, heeft immers recht op een hoogkwalitatieve verzorging. Het kind moet in zijn globaliteit benaderd worden. Gezondheid vereist immers zowel een fysisch, psychisch en sociaal goed functioneren. Een kind is geen kleine volwassene. De aspecten van gezondheid dienen in functie van leeftijd en ontwikkeling beschouwd te worden.

De kindergeneeskunde staat dan ook voor belangrijke uitdagingen. Het inkorten van het postnataal verblijf van moeder en pasgeborene op de materniteit staat op de politieke agenda. Dit moet evenwel op een veilige manier voor moeder én kind georganiseerd worden. De vermindering van zowel het aantal als de duur van de hospitalisaties leiden tot een verminderde nood aan (klassieke) pediatrie hospitalisatiebedden, wat dan weer resulteert in een hogere werkbelasting voor medici en paramedici. De toegenomen mogelijkheden voor ambulante nazichten en behandelingen resulteren in complexere pathologiebeelden bij de opgenomen patiënten. Er is tevens een toenemende verschuiving merkbaar naar daghospitalisaties en kortstondige observaties (“voorlopige hospitalisatie”) voor aandoeningen waarvoor men vroeger zou hospitaliseren. Een belangrijk aandeel van de opgenomen patiënten bestaat uit kinderen met psychosomatische problemen. De complexere gezinsstructuren spelen hierin een belangrijke rol. In de ambulante pediatrie worden er veel kinderen gevolgd met chronische aandoeningen. Om dit alles veilig en

kwalitatief te kunnen organiseren is concentratie van pathologie, een goede paramedische omkadering en financiering van het zorgprogramma pediatrie en de erkenning van de pediatrie subdisciplines noodzakelijk. Voor complexe tertiaire pathologie is een aparte en betere financiering noodzakelijk, zowel ambulante als in hospitalisatie

De werkdruk van de toekomstige kinderartsen staat onder druk door maatschappelijke evoluties en de Europese directive over werkdruk, die tijdens de opleiding tot kinderarts strikt werd toegepast. De aard van de wachttijd van een kinderarts is van die aard dat het niet verantwoord is om die over meerdere campussen te spreiden. De noodzakelijke uitbreiding en financiering van de medische en paramedische omkadering is maatschappelijk slechts verantwoord en zal enkel leiden tot verhoogde kwaliteit indien de pediatrie 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 en door gestructureerde ambulante en hospitalisatie opvang van en voor kinderen.

## **Inleiding**

Een kind is geen miniatuur volwassene en moet holistisch, in al zijn ontwikkelingsaspecten (lichamelijk, geestelijk, sociaal) benaderd worden. Om een goede programmatie van de ziekenhuiszorg voor kinderen in België te organiseren, moet er enerzijds aandacht zijn voor de noden en behoeften van het kind en anderzijds voor een goede spreiding van de centra waar kinderen verzorgd worden. Elk kind dat zowel in klassieke als in daghospitalisatie opgenomen wordt, of zich op 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 lichamenlijk, 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.

## **Situatieschets**

### **(1) Gewijzigd profiel van het zieke kind**

#### ***A. Verminderd aantal en duur hospitalisatie***

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 beduidend beperkt worden, zodat hospitalisatie voor deze indicaties nagenoeg overbodig of in elk geval sterk afgenomen is (2).

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

De gemiddelde opnameduur van 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 3.3 dagen, wat maar de helft is van de gemiddelde hospitalisatieduur van patiënten > 15 jaar (4, 5).

Dit heeft als gevolg dat het aantal ziekenhuisligdagen voor kinderen is afgenomen. Bijgevolg is de nood aan pediatriebedden verminderd, al blijven seizoensgebonden schommelingen uitgesproken aanwezig, meer in de regionale dan in de universitaire centra (3,4).

### ***B. Toename van daghospitalisatie***

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 medisch pediatriesch daghospitaal, en hun paramedische en medische omkadering is onvoldoende, want gebaseerd op invasieve en dus kindonvriendelijke activiteiten. Aanbevelingen hieromtrent werden er in 2011 door het college pediatrie geformuleerd op basis van de door haar gevraagde Belgian Paediatric Short Stay Study (BePASSTA) (6), maar werden nog steeds niet gerealiseerd.

### ***C. Complexere pathologie met behoefte aan betere paramedische omkadering***

#### ***i. Kinderpsychologen en orthopedagogen***

De aard van de pathologie die zich op kinderafdelingen voor hospitalisatie aanbiedt is de voorbije jaren sterk verschoven. De eenvoudige infectieziekten van weleer zijn vervangen door complexere meestal chronische aandoeningen. De gezinsstructuren zijn

ingewikkelder geworden. Psychosomatische en sociale oorzaken spelen vaak een primaire of secundaire rol, in het klachtenpatroon (7). In 25-30 % van alle opnames op een kinderafdeling wordt er een belangrijke psychologische stressfactor gedetecteerd (7,8). In die gevallen is het van belang onmiddellijk een tweesporenbeleid (medisch en psychosociaal) te voeren. De detectie van deze factoren gebeurt veel correcter door een psycholoog/orthopedagoog dan door een kinderarts (8). 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. Pijnbestrijding

Er wordt de laatste jaren meer en meer aandacht besteed aan pijnbestrijding bij kinderen, zowel bij diagnostische als bij therapeutische ingrepen. Een pilootstudie van de FOD gezondheidzorg heeft aangetoond dat de aanwezigheid van een verpleegkundig consulent pijnbestrijding belangrijk is om een adequaat pijnbeleid bij kinderen te implementeren. Momenteel is er enkel in het kader van deze pilootstudie een tegemoetkoming voorzien voor de financiering van een pijnverpleegkundige in pilootziekenhuizen. Een veralgemening naar alle ziekenhuizen met een zorgprogramma kindergeneeskunde dringt zich op, maar is maatschappelijk slechts te verantwoorden indien er een voldoende concentratie van zorgwerkbelasting is (9).

## iii. Pediatrische diëtisten

Onevenwichtige voeding en obesitas zijn 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 (10). Maar ook ondervoeding is een probleem. 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 (11, 12). Een pediatrische diëtiste is ook onmisbaar in de begeleiding van patiënten met coeliakie, lactose intolerantie, IBD, voedingsallergieën,....

#### iv. Pediatrische verpleegkundigen

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

In grotere regionale en universitaire diensten alsook in pediatrische revalidatiecentra (die tot op heden onterecht niet opgenomen zijn in het zorgprogramma pediatrie), is 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, orale aversie, 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.

v. Sociaal verpleegkundigen en tolken

Er is een toename van kansarmen en 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.

## **(2) Gewijzigde maatschappelijke vereisten aan de zorg voor het zieke kind**

### ***A. Standpunt kinderartsen – zorgprogramma's***

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 en pediatrie revalidatiecentra te verhogen en te uniformiseren (13).

De directe kost per opgenomen 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). Bovendien moet er van overheidswege gezorgd worden voor een betere financiering van de tertiaire 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, kon 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 evenwel veel groter, zonder dat dit leidt tot een grotere mortaliteit en morbiditeit. Het nieuwe KB “zorgprogramma pediatrie” (BS 18/04/14) geeft ziekenhuisdirecties de mogelijkheid om pediatrie tijdens de werkuren via een zorgprogramma A aan te bieden, zonder dat hiervoor dezelfde omkadering en infrastructuur nodig is als in een zorgprogramma B. Het college pediatrie heeft meermaals zijn bezorgdheid uitgedrukt dat bij implementatie van dit KB niet elk kind op elke plaats kwaliteitsvolle zorg zal krijgen.

### ***B. Impact van kortverblijf in de materniteit op de pasgeborene***

Vanuit de overheid is er een vraag naar een korter verblijf van moeders en pasgeborenen op de materniteit.

Vroeg ontslag uit de materniteit kan maar geïmplementeerd worden indien aan voorwaarden voldaan wordt die de veiligheid van de baby waarborgen. Hierbij dient de thesis van Nobelprijswinnaar Heckman voor ogen gehouden worden dat investeringen vroeg in het leven (zowel prenataal als tijdens de eerste drie levensjaren) de grootste economische winst opleveren in termen van educatie, gezondheid en ontwikkeling van kinderen. Deze voorwaarden zullen ook gerealiseerd én gefinancierd moeten worden. De eventuele winst die kan gemaakt worden door vroeg ontslag uit de materniteit dient geïnvesteerd te worden in veilige ontslagvoorwaarden en follow-up. De Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde heeft een recent rapport gepubliceerd in verband met het kortverblijf in de materniteit (14). De belangrijkste voorwaarden om een kortverblijf te realiseren zijn:

1. Een omschrijving van de groep van moeders en kinderen waarvoor vroeg ontslag mogelijk en veilig is;
2. Een omschrijving van de voorwaarden die moeten vervuld zijn voor vroegtijdig ontslag;
3. Een omschrijving van de functie van het tweede onderzoek bij de pasgeboren baby, waarbij deze wordt gekoppeld aan een duidelijke verantwoordelijkheid voor de onderzoeker en een adequate terugbetaling voor dit onderzoek;
4. Het invoeren van de bilirubinometer met hiervoor ook terugbetaling;
5. Het invoeren van de saturatiemeting ter detectie van aangeboren afwijkingen met hiervoor ook terugbetaling;
6. Kwaliteitsindicatoren voor vroedvrouwen die de baby thuis opvolgen;
7. Een uitbouw en financiering van zorgnetwerken met een zorgcoördinator en aangepast elektronisch dossier.

### **(3) Gewijzigd profiel van de kinderarts**

#### ***A. Feminisatie***

Er is een toenemende feminisatie in de pediatrie merkbaar, meer uitgesproken dan in andere takken van de geneeskunde. In 2007 bedroeg de gemiddelde leeftijd van de kinderartsen 46 jaar. 64 % van de vrouwelijke kinderartsen was evenwel jonger dan 45 jaar, ten opzichte van slechts 27 % van de mannelijke collega's). Volgens het RIZIV bedroeg het % vrouwelijke kinderartsen in 2012 65 % en het aantal vrouwelijke kinderartsen-in-opleiding 62.9 %, terwijl het totaal aantal vrouwelijke artsen 39 % bedroeg. Onder de kinderartsen-in-opleiding is er nu een stagnatie van feminisatie merkbaar.

Terwijl er in 1989 minder kinderartsen in het ziekenhuis werkten dan het geval was voor andere specialisten, was dit anno 2007 niet meer het geval (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/week aan extramurale ambulante zorg.

56 % van de vrouwelijke kinderartsen zegden deeltijds te werken, terwijl dit slechts voor 37 % van de mannelijke collega's het geval was. 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. Indien de vermindering in werkkraft wordt berekend op het totaal aantal pediatrie afdelingen die een vermindering van activiteit vermelden, bedraagt de gemiddelde reductie over een periode van 5 jaar 23 % (25 % voor een regionaal ziekenhuis vs 14 % voor een universitair ziekenhuis) (15,17).

### **B. Grootte van de equipe**

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 (15,17).

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 waren er pediatriediensten met minder dan 4 kinderartsen. Recente RIZIV (2015) statistieken tonen een belangrijk verschil aan in densiteit tussen kinderartsen per regio. In Vlaanderen bedraagt het aantal kinderartsen 1.17/10.000 inwoners, terwijl dit in Franstalig België 2/10.000 inwoners bedraagt (15). De studie van Deliège en Artoisenet toonde 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 een genuanceerder beeld met binnen de Vlaamse en Franstalige regio's belangrijke uitschieters, zoals een hoog aantal kinderartsen in Brussel, Vlaams- en Waals Brabant en een laag aantal kinderartsen in Limburg en Luxemburg(16).

### **C. Wacht**

Uit een enquête uitgevoerd door de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde kwam naar voor dat de wachtbelasting als zeer zwaar ervaren wordt (18). De wacht van een ziekenhuiskinderarts omvat meer activiteiten dan deze van andere 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 onveilig en 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 (15). De eerste opvang van kinderen op spoedgevallen wordt hedentendage naargelang het ziekenhuis zowel door kinderartsen als door urgentie-artsen verricht. De grootte van de pediatrische equipe en de daaruitvoortvloeiende haalbaarheid van de wachtbelasting vormt hierin de belangrijkste reden. De plaats en de expertise van de spoedarts of de kinderarts als eerste aanspreekpunt voor kinderen die op spoedgevallen aangemeld worden, dient bediscuteerd te worden.

#### D. Aard werkzaamheden

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 vertegenwoordigt ook in universitaire ziekenhuizen gemiddeld een kwart van de activiteiten 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 (15). Deze gegevens zijn gelijkaardig aan gegevens uit de Nivelstudie uitgevoerd in Nederland (22).

Zowel de duur van de raadpleging, de patiëntgebonden contacttijd, als de niet-curatieve taken zijn 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 (18). Er dient een getrapte honorering voorzien te worden bij 2<sup>de</sup> advies, of verwijsconsultaties en derdelijns pathologie.

In veel 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 verschillende 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 patiëntcontacten op jaarbasis. Het totaal aantal kinderartsen bedroeg in 1996 en 2005 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 en is in 2013 verder opgelopen tot maximaal 1354 (16).

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 ambulante 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. Meer specifieke gegevens voor de periode nadien zijn niet bekend. 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 (16,18). De holistische aanpak van kinderen blijft voor hen ook belangrijk.

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

#### ***E. Werkduur assistenten in opleiding***

In navolging van een Europese directieve werd ook in België de werkduur van studenten 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 nu door de ziekenhuiskinderartsen gepresteerd wordt (18). Een enquête uitgevoerd voor het FOD in gans België door Dewever bevestigde in 2008 dit fenomeen (16). Het maximum aantal haalbare wachten werd door de artsen-in-opleiding bestempeld als 6 per maand (16). Om een continue beschikbaarheid voor het zorgprogramma te voorzien, zijn dan ook minstens 4 VTE kinderartsen per zorgprogramma nodig. In het zorgprogramma pediatrie dat op heden voorligt, is het aantal kinderartsen nodig voor een zorgprogramma A en/of B fel afgezwakt.

#### ***F. Nood aan bijzondere beroepsbekwaamheden in de pediatrie***

De erkenning van de diverse bijzondere beroepsbekwaamheden binnen de kindergeneeskunde is noodzakelijk. 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 bijzondere beroepsbekwaamheden 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.

De hoofdreden om bijzondere beroepsbekwaamheden te erkennen is evenwel het garanderen en bewaken van kwaliteitscriteria van subspecialistische zorgen voor kinderen. Het is een vereiste van de Belgische Academie Kindergeneeskunde en van het College pediatrie om ook



binnen deze bijzondere beroepsbekwaamheden het kind holistisch te blijven benaderen. Een volledige basisopleiding kindergeneeskunde is dan ook primordiaal. Op die manier kunnen en moeten kinderartsen met een subspecialistische opleiding ook blijvend ingeschakeld worden in de wachten algemene kindergeneeskunde.

Net zoals in de ons omliggende Europese landen wordt er om al deze redenen gestreefd naar de erkenning van de pediatrie bijzondere beroepsbekwaamheden. 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 (19).

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. Dit werd nogmaals bevestigd in 2015. Deze aanbeveling moet in de nabije toekomst door de minister van volksgezondheid overgenomen worden en vertaald worden in wetteksten. Kinderneurologie, neonatologie en hemato-oncologie werden vroeger reeds erkend. Er was in de vorige legislatuur geen bereidheid tot omzetting van deze noodzaak in wetteksten. Ook binnen de huidige legislatuur is daar tot op heden geen aanzet toe gegeven.

#### **(4) Gewijzigde verwachtingen ouders**

Ouders zijn bezorgd om de gezondheid van hun kind en willen de beste zorg. 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 (19, 20). 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 acute wijze presenteren, onafhankelijk 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, CLB, centra voor kindermishandeling... Uit cijfers van de Christelijke en Socialistische mutualiteiten blijkt evenwel dat ouders met hun kind ook vaak direct zonder verwijzing naar de kinderarts om advies gaan. In sommige Europese landen is de kinderarts voor jongere kinderen omwille van zijn expertise de exclusieve zorgverstrekker.

### Aanbevelingen:

(1) Een kind is geen kleine volwassene. De aspecten van gezondheid dienen in functie van leeftijd en ontwikkeling beschouwd te worden. Investerings vroeg in het leven leveren de grootste economische winst in termen van educatie, gezondheid en ontwikkeling van kinderen. Vanuit zijn holistische visie op het kind zou de kinderarts betrokken moeten worden in het bewaken van de kwaliteit en in de coördinatie van alle aspecten van de gezondheidszorg voor kinderen en jongeren.

(2) Het dalend aantal kinderen dat gehospitaliseerd moet worden en de kortere verblijfsduur maakt de nood aan pediatrie hospitalisatiebedden kleiner. De toegenomen ernst van de opgenomen pathologie maakt de nood aan een adequate paramedische en medische omkadering groter. Bovendien moet er oog zijn voor niet ingevulde noden zoals de lange wachtlijsten kinderpsychiatrie. Wellicht kunnen kinderafdelingen in samenwerking met een liaison-psiater een belangrijkere rol spelen in de eerste multidisciplinaire opvang van kinderen met psychosomatische problemen, en aldus meehelpen in de triage van problemen die in tweede instantie doorverwezen moeten worden naar de kinderpsychiatrie.

Om deze zorg adequaat mogelijk te maken 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, en dienen fusies financieel gestimuleerd en juridisch ondersteund te worden .

(3) De zorg voor kinderen in het ziekenhuis/revalidatiecentrum moet voldoen aan het charter van het kind. Om dit zowel qua veiligheid, kwaliteit van zorg, infrastructuur als medische en paramedische omkadering te kunnen realiseren, moeten alle ziekenhuisactiviteiten voor kinderen, die gepaard gaan met een wachtactiviteit (materniteit, verloskwartier, N\*, spoedgevallen,

hospitalisatie) op één campus gesitueerd zijn. Ziekenhuizen moeten opgelegd worden om dit te realiseren. Gezien de aard en de urgentie van bepaalde wachtactiviteiten (voornamelijk noodzaak aan snelle aanwezigheid bij risico geboorte), kunnen pediatrie wacht niet over verschillende ziekenhuizen of campussen gespreid worden. “Voorlopige hospitalisatie” na een contact op spoedgevallen moet uitgebouwd en gefinancierd worden om kortstondige diagnostische en therapeutische oppuntstellingen mogelijk te maken. De plaats en de expertise van de spoedarts of de kinderarts als eerste aanspreekpunt voor kinderen die op spoedgevallen aangemeld worden is op dit ogenblik ziekenhuisafhankelijk. Mogelijkheden tot uniformisatie dienen bediscuteerd te worden.

(4) Elk kind heeft recht op dezelfde kwalitatieve zorg, waar het ook gehospitaliseerd wordt. Zowel de medische als de chirurgische daghospitalisatie van 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 verenigingen van kinderartsen samen met de kinderverpleegkundigen en de ziekenhuisdirecties gezamenlijk het charter voor het zieke kind moeten ondertekenen en implementeren. In deze optiek zijn de Vlaamse kinderartsen bezorgd omtrent het nieuwe zorgprogramma pediatrie en het eventueel installeren van een zorgprogramma A.

(5) 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 per week 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 minimaal 4 VTE

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 en paramedische omkadering te kunnen komen. Gezien de aard van de wacht kan deze niet over meerdere vestigingen verspreid worden.

(6) Er is een dringende noodzaak aan erkenning van de pediatrie bijzondere beroepsbekwaamheden. Een volledige basiskennis van de algemene kindergeneeskunde is primordiaal om een holistische visie op het kind te behouden en deze kinderartsen ook in wachtdiensten algemene pediatrie te kunnen inschakelen.

(7) Een kortverblijf op materniteit is maar mogelijk indien een veilig kader gecreeërd wordt voor de opvang van moeder en pasgeborene.

(8) Er is een grote discrepantie tussen de inkomsten van de verschillende ziekenhuisspecialisten. De verloning van gelijk welke ziekenhuisspecialist, kinderarts inclusief, zou moeten gebaseerd worden op werk- en wachtbelasting, expertise en verantwoordelijkheid. Het spanningsveld tussen secundair en tertiair niveau wordt voor een stuk ingegeven door de huidige onderfinanciering van de derde lijn. Er wordt dan ook gepleit voor een betere vergoeding van de tertiaire pediatrie. Bovendien dient de overheid samenwerkingsverbanden te stimuleren én te honoreren, om de beste zorg te garanderen en expertise te bundelen, alsook om goede databases te ondersteunen en het uitwisselen van medische gegevens ( via e-health) te stimuleren.

(9) Ambulante pediatrie neemt in belang toe, zowel in regionale als universitaire ziekenhuizen. Door de complexe pathologie is ook hier gefinancierde multidisciplinaire samenwerking en overleg met paramedici noodzakelijk. Een goede samenwerking en uitwisseling van gegevens met de huisartsen is noodzakelijk. Vrije keuze van de ouders moet gevrijwaard worden, zeker voor de jongere kinderen.

(10) Pediatrische revalidatiecentra dienen opgenomen te worden in het zorgprogramma pediatrie, gezien ze – bij nood aan langdurige behandelingen - een aanvulling zijn op het probleem van steeds korter durende opnames op de kinderardelingen. Hun statuut en financiering dient ge-uniformiseerd te worden.

## 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) Van Laer J, Dessoy A. Sectoranalyse algemene ziekenhuizen op basis van het MAHA analysemodel . Rapport 2014.
- (6) Annemans L. BePASSTA (Belgian Paediatric Shortstay Study). 2010-2011
- (7) Spruyt R, Indekeu A, Swysen K, Raes M. Geestelijke gezondheidswerkers op een kindergeneeskundige afdeling: geen overbodige luxe. *Tijdschr Geneesk* 2008; 64:1-5.
- (8) Vanderfaillie 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.
- (9) Nationaal project acute pijn bij kinderen. FOD Gezondheidszorg. 2008
- (10) 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.
- (11) Alliet Ph, Bontems P, Devreker Th, Muyshont L, Vandenplas Y. Under-nutrition in hospitalized Belgian children. Abstract ESPGHAN 2012.
- (12) Joosten K, Hulst J. Malnutrition in pediatric hospital patients: current issues. *Nutrition* 2011; 27: 133-137.
- (13) Projecten voor een verdere verbetering van de pediatrische zorg van zieke kinderen in België. Rapport College Pediatrie. 2010.

- (14) Vroeg ontslag uit de materniteit : Visierapport Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde. April 2016.
- (15) Artoisenet C, Deliège D. Mobilité et activités des pédiatres hospitaliers en Belgique. Rapport pour l'académie Belge de Pédiatrie. Socio-Economie de la Santé. UCL. 2008.
- (16) Dewever A. et al; Etude sur la pédiatrie. Service Public Fédéral Santé Publique. ULB 2008.
- (17) 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.
- (18) Verrijken G. Artsenkrant 2015; 35: 1. Bijna dubbel zoveel pediaters in Franstalig België. (gegevens FOD gezondheidszorg, RIZIV en dr Moens)
- (19) 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.
- (20) Subspecialismen in de kindergeneeskunde. Rapport college pediatrie. 2010.
- (21) 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.
- (22) Lavelle JM, Costarino AT, Ludwi S. Recognition and management of the ill child. Compr The 1995; 21: 711-718.
- (23) Behoefteraming kinderartsen 1995-2005. Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. 1996.