



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

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

Président – Voorzitter :  
Pr Yvan VANDENPLAS

Vice-Président – Ondervoorzitter :

Dr Michel PLETINCX

Secrétaire – Secretaris :

Pr Sabine Van Daele

Trésorier – Penningmeester :

Dr Pierre PHILIPPET

Membres – Leden :

Dr Christine VERSTEEGH

Dr Myriam AZOU

Dr Dino BARILLARI

Pr Georges CASIMIR

Pr Jean-Paul MISSON

Pr Christel VAN GEET

Dr Mariane MICHEL

Dr Ann DE GUCHTENAERE

Dr. Daniel DE WOLF

Prof. C. VERMYLEN

Experts – Experten:

Pr Sammy CADRANEL

Dr Yves LOUIS

Pr Bart VAN OVERMEIRE

Prof. G. VERELLEN

22 juni 2017

Werkgroep van de Academie

Organisatie van de gezondheidszorg in België

## **Inleiding**

Het beroep van kinderarts zoals beschreven op de verschillende niveaus van de gezondheidszorg is erg gevarieerd, interessant maar ook veeleisend.

Twee verschillende organisatiemodellen voor de pediatrische zorg bestaan in Europa:

- Het Noord-Europese model: de kinderarts zorgt voor doorverwezen patiënten.

- Het Zuid-Europese model: de kinderarts draagt zorg voor elk kind, zowel voor het gezonde als het zieke kind. De kinderarts is dus ook actief betrokken bij de preventieve gezondheidszorg.

Volgens het koninklijk besluit van 1979 heeft de overheid in België gekozen voor het "zuiders model", want de kinderarts staat volgens deze wettekst ook in voor de preventieve gezondheidszorg. De realiteit wil dat de organisatie van de gezondheidszorg voor kinderen zich eerder bevindt in een "grijze zone" ergens tussen beide systemen in.

Ouders moeten de vrije keuze behouden om de arts te kiezen die hun kind zal volgen, en dit ook in de eerstelijnszorg. We moeten erover waken dat onmiddellijke toegang tot optimale zorg voor elk kind dag en nacht gewaarborgd blijft.

De federale overheid opteert voor de uitwerking en invoering van netwerken. Het plan "Klinische Ziekenhuisnetwerken in een vernieuw ziekenhuislandschap" (18 mei 2017; tekst in addendum) beschrijft de creatie van 25 netwerken. Lokale politieke visies zouden de ontwikkeling hiervan evenwel kunnen bemoeilijken. De overheid ziet netwerken op meerdere niveaus. Het is de bedoeling dat het uitrollen van netwerken en bijhorende schaalvergroting tot besparingen zal leiden. Dit plan zal uiteraard dus ook een invloed hebben op de financiering van de pediatrie zelf, die nu duidelijk onvoldoende is. Het creëren van netwerken zou bijgevolg moeten leiden tot een betere financiering van de kindergeneeskunde.

### **De visie van de Academie**

- De kinderarts verdedigt de belangen van elk kind, zowel het gezonde als het acuut of chronisch ziek kind.
- Elk kind heeft recht op zorg "zo dicht mogelijk bij huis". Wat dicht bij huis kán, moet dicht bij huis gebeuren. Elk kind heeft ook recht op de meest efficiënte zorg en dit op de meest aangewezen locatie. Elk kind heeft recht op zorg die toegediend wordt door een arts met een specifieke opleiding met voldoende ervaring. Sociaal kan het soms aangewezen om meerdere centra te behouden, maar dit kan niet ten koste gaan van de expertise. Hoe ernstiger het kind ziek is, zoals bij zeldzame aandoeningen of levensbedreigende situaties, is het evident dat specifieke expertise en dus centralisatie nodig is, maar voor intercurrente

problemen moet het kind terechtkunnen in een regionaal centrum, met sociale omkadering. Het is dus noodzakelijk om een goed evenwicht te vinden tussen enerzijds proximitéit van de zorg en anderzijds centralisatie van de zorg.

- De VVK tekst (bijgevoegd) schetst de taak van de kinderarts in de eerste lijn, als arts die de ernst van de pathologie bepaalt, en dus een keuze maakt voor de meest aangepaste verzorging.
- De opleiding van kinderarts moet zich spiegelen aan de structuur van de gezondheidszorg. Preventieve gezondheidszorg is een taak van de kindergeneeskunde en moet bijgevolg deel uitmaken van de opleiding.
- Adequate financiering van het medisch pediatriesch dagziekenhuis en voorlopige hospitalisatie is een must.
- Vaak wordt er gesteld dat er een plethora is aan kinderartsen. Deze bewering is niet in overeenstemming met de werkelijkheid. In bepaalde regio's, ziekenhuizen of functies lijkt er eerder een tekort, en is het moeilijk om pediaters aan te trekken, wat resulteert in 'importeren' van pediaters uit andere (EU- of non-EU-) landen. De gegevens van het kadaster pediatrie zijn onvolledig en incorrect, gezien er geen rekening wordt gehouden met het aantal artsen dat deeltijds werkt. Een overaanbod aan kinderartsen moet best vermeden worden, want dit zou de expertise en de kwaliteit van zorg bedreigen. Daarbij wordt vastgesteld dat "grote" diensten geen probleem hebben om bijkomende kinderartsen aan te werven, daar waar kleine pediatriediensten als onaantrekkelijk ervaren worden, door het hoge ritme van (oproepbare) wachten (1 op 3 à 4 dagen) en daarom hun staf noodzakelijkerwijs aanvullen met buitenlandse artsen.

Volgens de beschikbare cijfers tellen we in België één kinderarts per 100 geboortes, vermits er  $\pm 1200$  kinderartsen zijn voor  $\pm 120000$  geboortes. In Italië ('Zuid-Europees model') zijn er 12000 à 13500 kinderartsen (volgens verschillende bronnen) en was het aantal geboortes in 2016 475000/ 478000, wat resulteert in één kinderarts per 35-40 geboortes.

In Spanje ('Zuid-Europees model') zouden er 9400/10000 kinderartsen zijn voor 400000/430000 geboortes, of dus één kinderarts voor per 40-45 geboortes.

In Nederland ('Noord-Europees model') zijn er 1100 pediaters voor 178000/180000 geboortes, of één kinderarts voor 160 geboortes.

Deze cijfers suggereren dat het aantal kinderartsen in België conform is met de organisatie van de gezondheidszorg: een systeem dat het midden houdt tussen het noordelijk en zuidelijk model.

## **Eerste en tweede lijn**

### **Definitie-Organisatie**

Met de eerste lijn wordt de zorg voor niet-doorgestuurde kinderen bedoeld, zowel gezonde als zieke kinderen. Met tweede lijn wordt dan de zorg voor gerefereerde patiënten bedoeld. De doorverwijzing kan gebeuren door de huisarts, de eigen pediaters, vanuit een ambulante setting of vanuit een spoedopnamedienst.

Een verdeling in eerste, tweede en derde lijn is eigenlijk kunstmatig: in de praktijk komt het erop neer dat eerste- en tweedelijnszorg vaak door dezelfde personen wordt beoefend, binnen dezelfde structuren. De pediaters heeft dus een gemengde taak, binnen de ambulante setting, op spoedopname en bij hospitalisatie.

### **Belangrijkste problemen**

#### *A. Opleiding huisartsgeneeskunde*

De opleiding tot kinderarts bedraagt minimaal 5 jaar om toe te laten alle aspecten van de kindergeneeskunde te bestrijken, zowel eerste-, tweede- als derdelijnszorg. Als gevolg van de inkorting van de studies geneeskunde van 7 naar 6 jaar, werd in alle universiteiten de duur van de stages kindergeneeskunde gevoelig ingekort. Deze beperken zich nu tot 4 à 6 weken volgens de universiteit. Als de huisarts ambulante eerstelijnszorg voor kinderen opneemt, veronderstelt dit een aangepaste opleiding in een dienst kindergeneeskunde gedurende minstens één jaar van de drie jaar opleiding tot huisarts, om de kwaliteit van de preventieve en curatieve zorg te garanderen. Dit is een voorstel om in de erkenningsvoorwaarden op te nemen en te voorzien in de nodige budgettaire middelen. Er dient ook toegezien te worden op de uniformiteit van de opleiding in de verschillende gewesten.

#### *B. Globaal medisch dossier*

Om zijn/haar opdracht kwalitatief goed te kunnen uitvoeren, moet de kinderarts het Globaal Medisch Dossier kunnen opstarten en aanvullen. Dit is noodzakelijk om voor elke patiënt de medische beschikbare informatie, zowel van de patiënt zelf als familiaal, volledig te maken, en om de transitie van kind naar volwassene vlot te laten verlopen, dit zowel voor de algemene als de specialistische geneeskunde.

#### *C. Vroegtijdig ontslag uit materniteit*

Het vroegtijdig ontslag uit materniteit vereist een goed georganiseerde follow-up. De vrees van kinderartsen is dat de kwaliteit van het onderzoek van de pasgeborene bedreigd wordt en deze vrees wordt gedeeld door Kind en Gezin In Vlaanderen en ONE in de Waals-Brusselse Federatie. Het onderzoek van de pasgeborene dient te gebeuren door een kinderarts.

#### *D. Consultaties en urgenties*

Kinderen vertegenwoordigen gemiddeld 25% van de activiteiten op spoed. De helft van deze raadplegingen zijn 's avonds, tijdens de nacht en/of het weekend. Indien elk kind in urgentie zou gezien worden door een kinderarts, resulteert dit ondubbelzinnig in een betere kwaliteit van de opvang met minder onderzoeken als gevolg (*cf.* de studie De Wever BEPED.ORG ESP ULB 2010-2011). Bijgevolg zou de financiering van deze activiteit minstens gelijkwaardig moeten zijn aan deze voor de urgentiearts. Het is ook nodig dat de ziekenhuispediater competenties heeft op het gebied van urgentiegeneskunde, dat die competenties verworven zijn tijdens de opleiding en regelmatig heropgefrist worden aan de hand van EPLS/APLS-cursussen. De kinderarts functioneert dan als een "urgentiearts voor kinderen" en eist deze plaats dan ook op.

#### *E. Wachten*

Om de continuïteit van zorg voor het kind te kunnen organiseren, is een voldoende aantal pediaters per ploeg nodig, om in de activiteiten op verspreide lokalisaties te voorzien : nl. materniteit, spoed, dagziekenhuis, consultaties en hospitalisatie afdeling. Een minimumaantal van 5 kinderartsen die deelnemen aan de wachten is hiervoor nodig. De realiteit toont immers dat 1 wacht op 4 gedurende een lange periode het absolute haalbare maximum is.

#### *F. Preventieve geneeskunde*

De preventieve geneeskunde maakt deel uit van het takenpakket van de kinderarts. Een aangepaste opleiding hiervoor is noodzakelijk.

### *G. Hospitalisatie*

#### *– Voor welke pathologie?*

De hospitalisatiezorgprogramma's dienen een kwaliteitsvolle verzorging te kunnen aanbieden aan kinderen met zowel acute als chronische aandoeningen, met aangepaste organisatie, architectuur, en technische mogelijkheden die rekening houden met de specifieke aspecten van kinderen. Er is een opmerkelijke afname van infectieuze pathologie maar deze wordt gecompenseerd door een toename van chronische aandoeningen, psychosociale problemen en meer complexe aandoeningen, zoals "zeldzame ziekten".

De nood aan semi-intensieve of "medium care" zorgen in grote regionale ziekenhuizen stijgt. Voorbeelden hiervan zijn CPAP, Optiflow... De gemiddelde opnameduur is gevoelig ingekort. Dit alles resulteert in een gevoelig toegenomen werkdruk zowel voor artsen als paramedici.

Het medisch en chirurgisch dagziekenhuis moeten zich in architecturaal aangepaste lokalen bevinden, en vereist adequaat opgeleid personeel. Daghospitalisatie noodzaakt een aangepaste en specifieke financiering, verschillend van deze voor volwassenen. Deze financiering bestaat vandaag niet.

#### *– Activiteitsnormen*

Een zekere concentratie van activiteiten is noodzakelijk, maar tegelijk dient de directe toegankelijkheid van de goede zorg voldoende gevrijwaard te blijven en realistisch te zijn. Men dient immers rekening te houden met verschillende factoren, zoals afstand, bevolkingsdichtheid, activiteitsgraad, seizoensschommelingen. De bezettingsgraad van 70% is dus voorbijgestreefd, en dient aangepast. Waar het om gaat, is de totale activiteit, en het aandeel van de ambulante zorg en de daghospitalisatie wordt in de kindergeneeskunde steeds belangrijker.

Een dienst voor kindergeneeskunde dient minimaal te bevatten: een sector voor klassieke hospitalisatie, een medische en chirurgisch dagziekenhuis, een raadpleging, een urgentiedienst, met of zonder materniteit met neonatologie-eenheid. Geïsoleerde materniteiten zonder hospitalisatie voor kinderen op dezelfde campus dienen te verdwijnen. Volgens de neonatologen uit het College Moeder-Kind en vanuit de

Belgische Vereniging voor Neonatologie, is een minimum aantal bevallingen per jaar noodzakelijk om een optimale kwaliteit te kunnen aanbieden.

– *Bijzondere competenties*

Kinderartsen die actief zijn in de tweede lijn kunnen deel uitmaken van het “lokale” team of gedetacheerd zijn vanuit een tertiair ziekenhuis. Veel gespecialiseerde onderzoeken en raadplegingen kunnen in tweedelijnspediatriediensten uitgevoerd worden, zoals bv. (niet limitatief): in neuropediatrie EEG en beeldvorming, EKG en echografie in cardiologie, longfunctietesten in pneumologie, ademtesten en endoscopies in gastro-enterologie, afhankelijk van de lokale omstandigheden.

Alle kinderartsen moeten hun competentie als algemeen kinderarts behouden. Alle kinderartsen met een bijzondere bekwaamheid moeten blijven deelnemen aan de wachtdiensten algemene pediatrie (dit is evenzeer waar voor de derde lijn).

– *Verpleegkundige en psycho-sociale omkadering*

De wettelijke voorziene verpleegkundige omkadering is ontoereikend. De pathologie die behandeld wordt op een dienst kindergeneeskunde verschilt grondig van deze op een dienst volwassen geneeskunde, of een dienst (kinder)psychiatrie. Nochtans maakt psychosociale opvang en omkadering integraal deel uit van de zorg die kinderen nodig hebben. De kinderen die slachtoffer zijn van mishandeling, juridische plaatsingen, zelfmoordpogingen enz. verblijven allemaal op zijn minst tijdelijk op een dienst kindergeneeskunde. Een aangepaste omkadering voor deze psychosociale problematiek is bijgevolg noodzakelijk en dient voldoende gefinancierd te worden. Er is behoefte aan opvoeders, psychologen, leerkrachten. Een algemene dienst pediatrie dient beroep te kunnen doen op een kinderpsychiater.

Derde lijn
------------

Naast activiteiten in de eerste en tweede lijn, concentreert de derde lijn zich uiteraard vooral op complexe en multidisciplinaire pathologie. Quaternaire zorg hoort uiteraard vooral thuis in de derde lijn.

## **Belangrijkste problemen**

### *A. Opleiding kinderartsen*

Een belangrijke taak van de kinderarts van de derde lijn is de opleiding van jonge kinderartsen. Ook de eerste en de tweede lijn hebben een belangrijke taak in deze opleiding (regionale stage). De wetgever heeft de verplichting voorzien dat minimaal één derde van de opleiding in een niet-universitaire opleidingsdienst gebeurt. Op dit moment is er geen enkel “incentive” voor een perifere stagemeester. De universiteiten ontvangen een bedrag via BFM (onder B4 opleiding en onderzoek)) maar dit is onvoldoende om de inspanningen en bijkomende kosten te compenseren.

Als gevolg van de 6de staats hervorming, worden de erkenningsnormen federaal bepaald, maar valt de controle van de erkenning onder de regio's.

### *B. Echelonnering en onderfinanciering van de 3de lijn*

De opschorting van het zorgprogramma uit 2014 leidt tot ambivalentie over de programmatie van zorg voor kinderen. Nochtans is het uitermate belangrijk om een echelonnering (basiszorg, gespecialiseerde zorg en tertiaire zorg) te behouden om een goede kwaliteit van zorgen te blijven garanderen. De universiteiten die vooral een derdelijnsfunctie hebben, vervullen daarnaast in wisselende mate ook een functie in de eerste en tweede lijn. Omdat de 3delijnsactiviteiten ondergefinancierd zijn, dringen de ziekenhuisdirecties vaak aan om voldoende eerste- en tweedelijnszorg te blijven aanhouden, als financiële compensatie. Een beter evenwicht in de financiering dient dus gezocht te worden.

### *C. Erkenning van de bijzondere bekwaamheden*

Het is vooreerst noodzakelijk dat elke kinderarts met een bijzondere bekwaamheid in de kindergeneeskunde ook erkend is en erkend blijft als algemeen kinderarts. Minstens de helft van de patiënten met een “zeldzame ziekte” wordt gediagnosticeerd en dus ook begeleid tijdens de kinderleeftijd. Deze zeldzame ziekten zijn complex en zijn tijdrovend (specifieke benadering van het kind, rekening houdend met de familiale context enz.).

Op 19/10/2016 werd een afvaardiging van de Academie en het College op het kabinet van Minister De Block ontvangen om onze vraag betreffende erkenning van andere subspecialiteiten te bespreken ((kindercardiologie, -nefrologie, -pneumologie, -



endocrinologie en kindergastro-enterologie) Een consensusstekst werd door de kinderartsen uitgewerkt (annexe 6).

De argumenten voor de erkenning van de subspecialiteiten zijn de volgende: de Academie en het College steunen de visie waarbij de patiënt centraal staat. Deze zelfde visie wordt onverbloemd onderschreven in de VVK tekst die de globale zorg voor het zieke kind onderschrijft en niet de orgaangeneeskunde. Vandaar dat het fundamenteel is dat elke kinderarts met een bijzondere bekwaamheid ook de competenties van algemeen kinderarts bezit. De visie die ontwikkeld wordt in deze teksten is geïnspireerd op bestaande Europese teksten en opleidingen. Het gaat telkens om een bijzondere bekwaamheid die bekomen wordt na de opleiding en erkenning als kinderarts. Dergelijke erkenning zou misbruik van competenties door onvoldoende opgeleide artsen beperken. Deze subspecialiteiten (hoewel niet erkend) zijn zelfs al geïntegreerd in meerdere officiële basisteksten met wettelijk karakter (bv. conventieteksten). De Hoge Gezondheidsraad gaf bovendien (tot tweemaal toe) een unaniem positief advies over deze vraag tot erkenning van deze subspecialiteiten. In andere Europese landen is er wel erkenning van deze subspecialiteiten. Het is bijgevolg paradoxaal dat de overheid weigert om deze bijzondere competenties te erkennen.

Drie subspecialiteiten werden tot op heden erkend: hemato-oncologie, neuropediatrie et neonatologie. De andere subspecialiteiten verdienen echter even goed erkenning. Ook andere subspecialiteiten zoals pediatrie reumatologie, pediatrie revalidatie, pediatrie dermatologie enz. zullen mogelijks in de toekomst erkend dienen te worden. Het is daarom ook belangrijk dat deze kinderartsen met een bijzondere bekwaamheid een dubbele RIZIV-registratie kunnen gebruiken, deze van algemeen kinderarts (voor bv activiteiten op een urgentiedienst), en deze van subspecialist (voor bv. een patient die doorverwezen werd).

De erkenning van de subspecialiteiten is belangrijk voor alle zorgniveaus, net zoals de erkenning “algemeen kinderarts” belangrijk is voor alle niveaus.

De ontmoeting op het kabinet De Block heeft tot weinig of geen concreet resultaat geleid. Het kabinet stelde voor om de wettekst van 1979 te herzien waarin de erkenningsvereisten van de dienst kindergeneeskunde beschreven worden.

## **Besluit**

Alle nationale en regionale verenigingen voor Kindergeneeskunde, universitaire en niet-universitaire, zijn verenigd in de Belgische Academie voor Pediatrie die als hoofddoel heeft om de kwalitatieve organisatie van de gezondheidszorg voor kinderen te bevorderen. De plaats van de kinderarts in deze gezondheidszorg is primordiaal. De expertise van de leden van de Academie maakt dat de Academie een onmiskenbare partner is voor de overheid in het overleg over de organisatie van de gezondheidszorg voor kinderen.

### **Prof Y. Vandenplas**

Voorzitter Academie  
02/4775794

yvan.vandenplas@uzbrussel

### **Dr. M. Pletincx**

Ondervoorzitter Academie  
02/354 20 02

michel.pletincx@gmail.com

### **Prof. S. Van Daele**

Secretaris Academie  
09/332 27 18

sabine.vandaele@uzgent.be

## ***Leden die gecontacteerd kunnen worden***

### **\*Voor de Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde**

Prof. A. De Guchtenaere e-mail ann.deguchtenaere@zeepreventorium.be  
Tel 0477/97 22 34

### **\*Voor de Groupement Belge des Pédiatres de Langue Française**

Prof. P. Philippet e-mail pierre.philippet@chc.be  
Tel 04/224 91 73

### **\*Voor de Belgische Vereniging voor Kindergeneeskunde**

Prof. D. De Wolf e-mail daniel.dewolf@uzgent.be  
Tel 09/332 35 98

Prof.C.Van Geet christel.vangeet@uz.kuleuven.ac.be

### **\*Voor de Universiteiten**

Prof. S. Van Daele e-mail sabine.vandaele@uzgent.be  
Tel 09/332 27 18

Prof. C. Vermynen e-mail christiane.vermylen@uclouvain.be  
Tel 02/764 13 01

### **\*Voor de Beroepsvereniging**

Dr. M. Pletincx e-mail michel.pletincx@gmail.com  
Tel 02/354 20 02