

**FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

BRUSSEL 14 juni 2012

**DIRECTORAAT- GENERAAL ORGANISATIE
VAN DE GEZONDHEIDSZORGVOORZIENINGEN**

**NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN**

Afdeling "Programmatie en Erkenning"

Kenm. : NRZV/D/411-3 (*)

ADVIES INZAKE HET ZORGPROGRAMMA VOOR KINDEREN

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt

De Secretaris
C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 11 oktober 2012

Adviesaanvraag

In de loop van september 2011 heeft de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, bevoegd voor maatschappelijke integratie, Minister L. ONKELINX het advies gevraagd van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen "inzake een nieuwe conceptueel kader voor het zorgprogramma voor kinderen, waarbij men evolueert van een uniek model (zoals nu vastligt in het KB van 13 juli 2006) naar een modulair en eventueel geëchelonneerd concept waarbij door samenwerking tussen diensten en instellingen synergiën kunnen gecreëerd worden.

Hierbij dient concreet onder andere aandacht besteed te worden aan:

- het kader van de E-dienst
- de zorg voor de pasgeborene
- de opvang van pediatrie urgencies
- een model voor een medisch-pediatrie dagziekenhuis
- de peri-operatieve opvang van kinderen
- de psycho-sociale noden van kinderen en ouders

Daarnaast moet er tevens een kader gecreëerd worden voor de uitbouw van subspecialistische kindergeneeskunde in een aantal domeinen, waarbij interdisciplinariteit met andere verstrekkers noodzakelijk is.

Tenslotte wordt ook advies gevraagd inzake de wenselijkheid van programmering in bepaalde domeinen van tertiaire tot quaternaire pediatrie geneeskunde, die gekenmerkt wordt door een hoge specialisatiegraad, sterke interdisciplinaire interactie en translationele toepassingen gekoppeld aan wetenschappelijk onderzoek. In het bijzonder wordt gevraagd of in het domein van de intensieve geneeskunde voor kinderen, met een geprogrammeerd aanbod gekoppeld aan een kader van samenwerkingsverbanden en netwerking, een voldoende toegankelijkheid en maximale kwaliteit kan worden gewaarborgd."

Werkgroep Zorgprogramma voor Kinderen

De werkgroep samengesteld uit leden van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen en bijgestaan door experts van het College Pediatrie heeft vergaderd op 18.10.2011, 16.11.2011 (met experts), 29.11.2011 (met experts), 14.12.2011 (met experts) en op 28.02.2012.

De werkgroep heeft het advies gehoord van het College Pediatrie, voorgesteld door zijn voorzitter, professor dr. Chris VAN GEET, getiteld "Toekomst van de ziekenhuispediatrie in België", heeft kennis genomen van een zeer gedocumenteerde studie "Kwaliteitsvolle zorg voor het kind in het ziekenhuis, nu en in de toekomst" van de hand van dr. Johan PAUWELS voor Zorgnet Vlaanderen, en heeft de nota onderzocht van de werkgroep van Santhea "Nouvelles perspectives pour la pédiatrie", toegelicht door dokter Michelle DUSART.

Tevens heeft de werkgroep een presentatie gekregen van het eindrapport van de studie BePASSTA (Belgian Pediatric Short Stay Study) door professor dr. A. DEWEVER en dhr. J. COHEN met aandacht voor de behandeling van kinderen in de spoedgevallendiensten, in voorlopige hospitalisatie en in daghospitalisatie.

De eerste vergadering van de werkgroep werd besteed aan de analyse van het Koninklijk Besluit d.d. 13 juli 2006 teneinde vast te stellen in hoeverre de bepalingen van dit KB kunnen worden behouden dan wel dienen te worden aangepast.

Vervolgens werd op basis van de verschillende expertadviezen en studienota's, voorgesteld gedurende drie vergaderingen, een overzicht gemaakt van de gezamenlijke aandachtspunten en beleidsprioriteiten om vervolgens te komen tot een consensus inzake een voorstel van samenhangende zorgprogramma's en functies voor kinderen.

De inhoud van onderhavig advies werd vervolgens op 28.02.2012 getoetst aan en aangepast rekening houdend o.m. met de uitgebreide reactienota's ingediend door de BVAS, het College Pediatrie en door SANTHEA.

A. ANALYSE VAN HET KB d.d. 13.07.2006 (BS 16.8.2006)

Het KB van 13.07.2006 bevat een groot aantal algemene bepalingen en normen inzake organisatie, infrastructuur, personeelsomkadering en kwaliteit die bewaard kunnen blijven. Anderzijds blijkt het unieke model van zorgprogramma voor kinderen duidelijk achterhaald en is er hier vraag naar een modulair en geëchelonneerd concept met meerdere zorgprogramma's die horizontaal en verticaal samenwerken.

HOOFDSTUK I. - ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1 :

c) Observatie of voorlopige hospitalisatie

De functie observatie of voorlopige hospitalisatie veronderstelt een observatie van minstens twee uren in aangepaste lokalen (dienst E, lokalen van de functie spoedgevallen, of bed pediatrie daghospitalisatie, eventueel afkomstig van een E-bed dat in het raam van een zorgprogramma A werd geconverteerd) en aansluitend op een dringende zorgvraag via de functie gespecialiseerde spoedgevallen of op een niet geplande consultatie op de dienst pediatrie.

Deze observatie start nadat de kinderarts het kind heeft onderzocht en de indicatie tot observatie heeft gesteld.

De observatie laat toe bijkomende onderzoeken uit te voeren om een diagnose te verfijnen of bepaalde behandelingen, die een medisch toezicht vereisen, op te starten.

Deze observatie of voorlopige hospitalisatie geeft geen aanleiding tot facturatie van een miniforfait, een maxiforfait, een forfait I t/m VII, noch een forfait voor gebruik van de gipskamer, overeenkomstig Artikel 4 van het akkoord bedoeld in Artikel 42 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Artikel 2 :

Het strookt niet met de huidige evolutie om alle behandelingsmogelijkheden verplicht op één vestigingsplaats aan te bieden. In het voorstel worden dan ook als alternatief samenwerkingsmodaliteiten en functiedifferentiatie voorgesteld.

Volgens de voorgestelde hervorming van het zorgprogramma pediatrie wordt dit artikel aangepast, daar de zorgprogramma's A, B en C de exploitatie van verschillende functies pediatrie zorg veronderstellen.

Ambulante raadplegingen kunnen in elk zorgprogramma voor kinderen worden georganiseerd en worden niet als een afzonderlijke functie gezien.

Artikel 3 :

§ 1. Het zorgprogramma voor kinderen A heeft als doelgroep:

- alle kinderen die een ingreep ondergaan welke de aanrekening van een miniforfait, een maxiforfait, een forfait I t/m VII of een forfait voor het gebruik van de gipskamer, overeenkomstig Artikel 4 van het akkoord bedoeld in Artikel 42 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen toelaat en alle kinderen die een ingreep ondergaan opgenomen onder punt 6 (lijst A) van bijlage 3 van het Koninklijk Besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en vereffening van het budget financiële middelen van de ziekenhuizen, gewijzigd bij Koninklijk Besluit van 22 februari 2005.
- alle kinderen ten laste genomen op de functie observatie of voorlopige hospitalisatie.

De zorgprogramma's voor kinderen B en C hebben als doelgroep:

- alle kinderen die tenminste één nacht in het ziekenhuis verblijven, met uitzondering van:
 - alle kinderen die in een erkende K-dienst verblijven
 - alle kinderen die om reden van een zwangerschap of bevalling, in een erkende M-dienst verblijven
 - de pasgeborenen, die verblijven in de dienst voor intensieve neonatologie (kenletter NIC)

- de pasgeborenen, die verblijven in de functie neonatale zorg (functie N*)
- alle kinderen die een behandeling ondergaan, die aanleiding geeft tot de facturatie van een miniforfait, een maxiforfait, een forfait I t/m VII of een forfaitair bedrag in geval de gipskamer wordt gebruikt, overeenkomstig Artikel 4 van het akkoord bedoeld in Artikel 42 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en alle kinderen die een ingreep ondergaan opgenomen onder punt 6 (lijst A) van bijlage 3 van het Koninklijk Besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, gewijzigd bij Koninklijk Besluit van 22 februari 2005.
 - alle kinderen die zijn opgenomen in de functie “observatie” of “voorlopige hospitalisatie”.

§ 2. Het zorgprogramma voor kinderen A beschikt over bedden voor observatie of voorlopige hospitalisatie. De zorgprogramma's B en C omvatten een dienst kindergeneeskunde (kenletter E) die op de bedoelde vestigingsplaats aanwezig moet zijn.

Artikel 4 : Normen voor de functie “observatie” of “voorlopige hospitalisatie”

De voorlopige hospitalisatie mag gebeuren hetzij in een E-bed, hetzij in een van de bedden voor observatie bedoeld in artikel 3 van het KB van 27 april 1998 houdende de vaststelling van de normen waaraan een functie “gespecialiseerde spoedgevallenzorg” moet voldoen om te worden erkend, hetzij in een bed van het pediatriesch dagziekenhuis.

In elk geval moet alles in het werk worden gesteld om het visueel en auditief contact met volwassen patiënten te voorkomen zonder hierbij het toezicht op het kind te belemmeren.

Het aantal observatiebedden is aangepast aan de behoeften van het zorgprogramma voor kinderen en is gebonden aan het aantal kinderen dat potentieel ten laste moet kunnen worden genomen met een minimum van een bed voorlopige hospitalisatie.

De lokalen van de voorlopige hospitalisatie moeten toegankelijk zijn voor rolstoelpatiënten en moeten kinderen van elke leeftijd in alle veiligheid kunnen huisvesten.

De ouders moeten permanent bij hun kind kunnen blijven behalve wanneer de kinderarts verantwoordelijk voor het toezicht op de voorlopige hospitalisatie zulks negatief adviseert.

Het meubilair en de vloerbedekking moeten desinfecteerbaar of afwasbaar zijn en moeten volgens een vastgestelde procedure kunnen worden schoongemaakt.

De volgende uitrusting is minstens aanwezig:

- infuuspompen met mogelijkheid het maximum infuusvolume te regelen
- spuitpompen
- cardio-respiratoire monitor
- zuurstofmeter met aangepaste probe
- bloeddrukmeter met aangepaste manchetten
- aspiratiemateriaal
- aërosolapparaat
- reanimatiekar met materiaal voor kinderen van elke leeftijd en de nodige reanimatierichtlijnen
- materiaal voor zuurstoftoediening en luchtbevochtiging, aangepast aan de leeftijd en noden van het kind.

De voorlopige hospitalisatie valt permanent onder de verantwoordelijkheid van een kinderarts, die in de instelling op elk moment oproepbaar is.

Wanneer de voorlopige hospitalisatie deel uitmaakt van een zorgprogramma voor kinderen A, dan valt hij onder de directe verantwoordelijkheid van de kinderarts die de permanentie waarneemt in de instelling met een erkenning voor dit zorgprogramma, in samenspraak met de kinderarts-diensthooft van het zorgprogramma voor kinderen B of C waarmee het zorgprogramma voor kinderen A een samenwerkingsakkoord heeft afgesloten. Wanneer de voorlopige hospitalisatie deel uitmaakt van een zorgprogramma voor kinderen B of C, valt hij onder de verantwoordelijkheid van de kinderarts-diensthooft die verantwoordelijk is voor het zorgprogramma voor kinderen B of C en het permanent toezicht organiseert.

Elk verblijf in voorlopige hospitalisatie gaat gepaard met de aanmaak van een medisch dossier en met een ontslagbrief aan de behandelend geneesheer van het kind.

De kinderarts verantwoordelijk voor de voorlopige hospitalisatie organiseert desgewenst de eventuele transfer van kinderen naar de klassieke hospitalisatie al dan niet op dezelfde vestigingsplaats en voor het zorgprogramma voor kinderen A, volgens de bepalingen van de overdracht vastgelegd in de overeenkomst met het zorgprogramma voor kinderen B of C.

De voorlopige hospitalisatie vereist tijdens de openingsuren van deze functie inzake verpleegkundige omkadering de aanwezigheid van minstens één bachelor in de verpleegkunde houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en neonatologie met een bijkomende vorming in de kinderverpleegkunde of van een verpleegkundige met minstens vijf jaar effectieve ervaring op een erkende dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E) op 16 augustus 2006, zijnde het moment van bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van het KB van 13 juli 2006 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden, hierna “gelijkgestelde verpleegkundige” genoemd .

Als de voorlopige hospitalisatie plaatsvindt in een lokaal dat deel uitmaakt van de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg, dan zijn de verpleegkundige omkaderingsnormen voor de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg van toepassing.

De verpleegkundige waakt erover in overleg met de kinderarts verantwoordelijk voor de voorlopige hospitalisatie, dat een optimale behandeling en verzorging van de opgenomen kinderen met het oog op een zo kort mogelijk verblijf zijn gegarandeerd, overeenkomstig de uitoefening van de verpleegkunde beschreven in art. 21quinquies van het KB nr. 78. De verpleegkundige besteedt bijzondere aandacht aan de lichamelijke ongemakken, de emotionele spanningen en de pijn en verzekert in nauwe samenwerking met de verantwoordelijke kinderarts, een optimale verzorging. Een individueel verpleegkundig dossier wordt voor elk kind bijgehouden.

De verpleegkundige werkt nauw samen met de andere verpleegkundigen van de diensten waarbinnen de voorlopige hospitalisatie zich bevindt.

Artikel 5 :

§ 1. Voor de zorgprogramma's voor kinderen B en C blijven de volumenormen gehandhaafd (= aantal hospitalisatie-contacten 2.000 per jaar, resp. 1.500 per jaar voor diensten zonder materniteit).

Voor het zorgprogramma voor kinderen A dienen lagere volumenormen te worden uitgewerkt (functie observatie of voorlopige hospitalisatie en functie chirurgisch dagziekenhuis).

§ 2., § 3. en § 4. : blijven ongewijzigd.

§ 5. Behouden + toevoegen volgende tekst:

‘Samenwerkingvorm tussen de zorgprogramma's voor kinderen A, B of C:

‘een zorgprogramma voor kinderen A moet een samenwerkingsovereenkomst afsluiten met een zorgprogramma voor kinderen B of C, waarin de organisatievormen voor het toezicht op het chirurgisch dagziekenhuis, de organisatie van raadplegingen en het toezicht op de voorlopige hospitalisatie of observatie van het zorgprogramma A en de regeling van de transfer van kinderen van het zorgprogramma A naar het zorgprogramma B of C (betreffende de kinderen waarvoor de voorlopige hospitalisatie of observatie heeft doen besluiten tot een opname alsook de kinderen, die aansluitend op een opname in het dagziekenhuis moeten worden opgenomen).

Indien de zorgprogramma's voor kinderen B of C een samenwerkingsovereenkomst hebben afgesloten met een zorgprogramma voor kinderen A, voorziet deze dat de kinderartsen van het zorgprogramma A deel uitmaken van de equipe kinderartsen van het zorgprogramma B of C.’

§ 6. : Afstandscriterium: wordt behouden.

Artikel 6 :

Een ziekenhuis kan op verschillende vestigingsplaatsen een zorgprogramma voor kinderen A, B of C uitbaten, voor zover op elke vestigingsplaats wordt voldaan aan de normen en in zoverre er ooit een erkende dienst E in het ziekenhuis bestond.

Artikel 7 : wordt behouden.

HOOFDSTUK II. - ORGANISATORISCHE NORMEN

Artikel 8. - § 1 :

De doelgroep kinderen van de voorlopige hospitalisatie of observatie, van de daghospitalisatie en de kinderen in de verkoeverruimte na een heelkundige ingreep moet kunnen beschikken over een specifieke ruimte voor verzorging afgeschermd van de volwassen patiënten.

Een uitzondering wordt gemaakt voor de kinderen verblijvend op de dienst intensieve zorgen, waar in de mate van het mogelijke getracht zal worden de er gehospitaliseerde kinderen te groeperen binnen deze dienst.

Artikel 9. - § 1, 2° :

Niet alleen in de operatieafdeling maar ***voor alle diagnostische en therapeutische procedures in het ziekenhuis*** moet een van de ouders bij het kind kunnen zijn, behalve wanneer de geneesheer-diensthoofd, de anesthesist, de chirurg of de ***behandelend kinderarts*** dit niet aangewezen acht.

Artikel 10 : Behouden.

HOOFDSTUK III. - ARCHITECTONISCHE NORMEN

Artikel 11 tot 20: behouden voor zorgprogramma B en C en aanpassen voor zorgprogramma A.

Samenvattend voorstel van het zorgprogramma voor kinderen A

- Het zorgprogramma voor kinderen A is bedoeld om electieve zorg te bieden aan kinderen van 0-14 jaar en kan overdag kinderen opvangen , die eerste hulp nodig hebben, mits het ziekenhuis beschikt over een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallen.

Het zorgprogramma voor kinderen A dient in samenwerking met een zorgprogramma voor kinderen B of C te worden uitgebaut, waarbij de kinderartsen één equipe vormen en voor hun hoofdactiviteit verbonden zijn aan het zorgprogramma voor kinderen B of C.

- De normen voor het zorgprogramma voor kinderen A zijn deze van zijn respectievelijk functies nl. de observatie of voorlopige hospitalisatie en het chirurgisch pediatrisch dagziekenhuis.

De omvang, het aantal en de aard van de uitrustingen moeten afgestemd zijn op de verschillende leeftijden. Er dient een aparte kinderreanimatiekar aanwezig te zijn.

Het zorgprogramma voor kinderen A dient over kindvriendelijke en kindveilige patiëntenkamers te beschikken in functie van de aard en het aantal verstrekkingen.

Deze kamers moeten toegankelijk zijn voor rolstoelpatiënten en dienen preferentieel, doch niet exclusief, voorbehouden te worden voor kinderen.

- Een in het zorgprogramma voor kinderen A in acht te nemen procedureregeling moet worden uitgewerkt en heeft betrekking op:
 1. het verstrekken van de nodige informatie aan de patiënten en hun ouders of begeleiders
 2. alle activiteiten inzake selectie voor een voorbereiding van opname in voorlopige hospitalisatie of in het chirurgisch pediatrisch dagziekenhuis. Inzonderheid dienen er aparte procedures ter beschikking te zijn voor pijnbeleid, vochtbeleid, koortsbeleid, antibioticabeleid en tweede controle op de aanmaak van IV-toedieningen, alsook schriftelijke transferafspraken met het zorgprogramma voor kinderen B of C waarmee wordt samengewerkt, wanneer er verdere zorg buiten de normale werkuren van het zorgprogramma voor kinderen A nodig is.
 3. de regels inzake een optimale verzorging en veiligheid van de patiënten tijdens hun verblijf

4. de voorbereiding van het ontslag uit de functie en de wijze waarop de continuïteit van de zorg wordt gewaarborgd volgens de regels vastgelegd in samenspraak met het zorgprogramma voor kinderen B of C, waarmee het zorgprogramma voor kinderen A samenwerkt.
- Het zorgprogramma voor kinderen A beschikt over in samenspraak met het samenwerkend zorgprogramma voor kinderen B of C schriftelijk vastgelegde selectiecriteria betreffende zowel de patiënten als de diagnostische en therapeutische handelingen, die in de verschillende functies van het zorgprogramma voor kinderen A kunnen worden verricht.
 - Het zorgprogramma voor kinderen A staat onder leiding van een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde, die voor wat zijn hoofdactiviteit betreft verbonden is aan het ziekenhuis met het zorgprogramma voor kinderen B of C, waarmee wordt samengewerkt.
 - In het zorgprogramma voor kinderen A is een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde permanent aanwezig tijdens de normale werkuren voor de functie “voorlopige hospitalisatie”.
De permanentie houdende geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde beheerst de reanimatietechnieken voor zuigelingen en kinderen en oefent deze jaarlijks.
Het zorgprogramma voor kinderen A beschikt gedurende de normale werkuren permanent over de aanwezigheid van minstens één bachelor in de verpleegkunde houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en neonatologie of met een bijkomende vorming in de kinderverpleegkunde of een gelijkgestelde verpleegkundige. Deze verpleegkundige beheerst de reanimatietechnieken voor zuigelingen en kinderen en oefent deze jaarlijks (permanente vorming).

HOOFDSTUK IV: DE LEIDING, DE VEREISTE MEDISCHE EN NIET-MEDISCHE PERSONEELSOMKADERING EN DESKUNDIGHEID

Artikel 21 en 22: Behouden voor het zorgprogramma B en C.

Artikel 23:

§1. De hoofdverpleegkundige van het zorgprogramma voor kinderen B en C is houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en neonatologie en is eveneens hoofdverpleegkundige van de functie “klassieke hospitalisatie”.

§2. Behouden voor het zorgprogramma voor kinderen B en C.

Artikel 24:

§1. 1°, 2°, 3° en 5°: behouden voor het zorgprogramma voor kinderen B en C.

§1. 4°: de organisatie van een permanente aanwezigheid van een bachelor in de verpleegkunde houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en neonatologie of met een bijkomende vorming in de kinderverpleegkunde of een gelijkgestelde verpleegkundige;

Artikel 25 :

§ 1. Het zorgprogramma voor kinderen A beschikt over een medische equipe bestaande uit minimaal twee voltijds equivalenten geneesheren-specialisten in de pediatrie verbonden aan het ziekenhuis met het zorgprogramma voor kinderen B, waarmee een geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst bestaat.

Het zorgprogramma voor kinderen B beschikt over een medische equipe bestaande uit minstens vier voltijds equivalenten geneesheren-specialisten in de kindergeneeskunde verbonden aan het ziekenhuis.

Indien het ziekenhuis met een zorgprogramma voor kinderen B een samenwerkingsovereenkomst heeft afgesloten met een ziekenhuis dat beschikt over een zorgprogramma voor kinderen A, dienen de beide instellingen samen te beschikken over een medische equipe van minstens vijf voltijds equivalenten geneesheren-specialisten in de kindergeneeskunde, welke deel uitmaken van de geneesheren-stafleden van het ziekenhuis met het zorgprogramma voor kinderen B.

§ 2. Tijdens een overgangsfase mag het ziekenhuis met een zorgprogramma voor kinderen B beschikken over een medische equipe van slechts drie voltijds equivalenten geneesheren-specialisten in de kindergeneeskunde.

Deze overgangsfase neemt een einde van zodra de bevoegde overheden in elk gewest kunnen aantonen dat de instroom van ziekenhuispediaters in de ziekenhuizen de uitstroom overtreft.

- Tijdens de normale werkuren dient een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde ter plaatse te zijn en dit zowel voor het zorgprogramma A, B als C.
- Buiten de werkuren is het van cruciaal belang dat een ervaren kinderarts zo snel mogelijk en alleszins binnen de 20' in het ziekenhuis met een zorgprogramma voor kinderen B aanwezig kan zijn indien zijn/haar bijstand vereist is.
- Een criterium waarbij men deze pediatrie bijstand binnen de 20' dient te garanderen als ziekenhuis lijkt wenselijk en dient ook opgevolgd te worden. Het is aan de directie om de omstandigheden te creëren waarin kinderartsen dit willen opnemen, bijvoorbeeld via een voldoende grote equipe of via verregerende samenwerking/associatie.

Artikel 26 en 27 : Behouden voor zorgprogramma voor kinderen B en C.

Artikel 28 : Behouden voor zorgprogramma voor kinderen B en C, mits aanpassing van §2. Minstens 75% van het verplegend en verzorgend personeel werkzaam in het zorgprogramma moet bestaan uit bachelors in de verpleegkunde houders van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en neonatologie of van bachelors met een bijkomende vorming in de kinderverpleegkunde of gelijkgestelde verpleegkundigen.

De nadruk wordt gelegd op de aanwezigheid van voldoende verpleegkundig en paramedisch personeel (cfr. infra). Dit betekent niks: wie oordeelt of dat voldoende is?

Artikel 29 t/m 31 : Behouden voor zorgprogramma voor kinderen B en C.

Artikel 32 : Toevoegen volgende tekst

‘Het multidisciplinair handboek in de instellingen met een zorgprogramma voor kinderen A is identisch met dit van een instelling met een zorgprogramma B of C, wanneer deze instellingen een samenwerkingsovereenkomst voor het zorgprogramma voor kinderen A met B of C hebben afgesloten‘.

Artikel 33 : Behouden.

Artikel 36 :

De functie chirurgische pediatrie daghospitalisatie moet minstens beschikken over een bachelor in de verpleegkunde houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en neonatologie of met een vorming in de kinderverpleegkunde of een gelijkgestelde verpleegkundige en **die minstens tweejaarlijks haar/zijn reanimatievaardigheden voor kinderen theoretisch en praktisch traint.**

Te behouden ook voor het zorgprogramma voor kinderen A:

Artikel 15 nonies van Hoofdstuk IVbis ‘chirurgische daghospitalisatie’: de functie mag slechts worden uitgeoefend indien een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde werkelijk aanwezig is op de vestigingsplaats.

B. GEZAMENLIJKE AANDACHTSPUNTEN EN BELEIDSPRIORITEITEN

Uit de verschillende expertadviezen en studienota's worden de volgende gemeenschappelijke aandachtspunten en beleidsprioriteiten weerhouden:

1. Concentratie van de zorg

De vermindering van het aantal en de daling van de ligduur van de klassieke hospitalisaties in de kindergeneeskunde doet vragen stellen naar een voldoende kritische massa opnamen voor een dienst E. Tezelfdertijd is ook een voldoende pathologieaanbod in de kindergeneeskunde vereist om de investeringen in

hooggespecialiseerd verpleegkundig en paramedisch personeel en in de gewenste infrastructuur te kunnen verantwoorden.

Anderzijds leert een recent onderzoek van de FOD Volksgezondheid dat een op vier ziekenhuizen er niet in slaagt om vier FTE kinderartsen aan te trekken door het relatief tekort aan kinderartsen, terwijl de cultureel-maatschappelijke evolutie en de vervrouwelijking van het beroep van kinderarts het beleid moeten aanzetten om rekening te houden met een minder grote inzetbaarheid door een **aangepaste manpowerplanning**.

De toepassing van de bestaansnorm van het KB d.d. 13.07.2006 - Artikel 25 § 2. met vier FTE's geneesheren-specialisten in de pediatrie is reeds tweemaal uitgesteld, terwijl de permanentieverplichtingen zelfs met vier FTE kinderartsen reeds als zwaar worden ervaren.

Een initiatief naar analogie met de stimulatie van huisartsen tot deelname aan de huisartsenwachtregeling (conform het MB van 01.03.2010) was daarom nodig en de huidige beschikbaarheidsvergoeding in functie van de wachtdeelname wordt voor de kinderartsen bij voorkeur nog verhoogd.

Tenslotte spreken de verschillende adviezen en nota's zich ook unaniem uit voor het belang van een hoge graad van kwaliteit in de zorgverlening, welke onrechtstreeks slechts kan bereikt worden door een voldoende hoge kwaliteit van de werkomstandigheden voor de kinderartsen.

Dit alles benadrukt de noodzaak om te komen tot de gewenste **functiedifferentiatie en concentratie** van de meer gespecialiseerde (vooral tertiaire en quaternaire) zorg in de kindergeneeskunde*. De nieuwe zorgprogramma's A, B of C kunnen dus slechts worden erkend in een ziekenhuis waar tevoren een erkende dienst E bestond.

Alleszins moet er binnen een zelfde ziekenhuis met een zorgprogramma pediatrie op meerdere sites gestreefd worden naar concentratie van alle pediatrie op één campus, tenzij er op elke campus wordt voldaan aan alle erkenningsnormen van het zorgprogramma.

Bij de afbouw van voorheen erkende diensten E dienen de vrijgekomen middelen te worden gerealloceerd naar de zorgprogramma's A, B en C volgens een nader uit te werken formule en rekening houdend met de te financieren behoeften van elk type zorgprogramma.

** Onder secundaire zorg verstaat men hier de algemene kindergeneeskunde als bovenbouw op de eerstelijnszorg, onder tertiaire zorg de meer gesubspecialiseerde pediatrie zorg en onder quaternaire zorg de relatief minder frequente pediatrie zorg, die gebruik maakt van pediatrie intensieve zorgseenheden of complexe patiëntenprogramma's met permanente aanwezigheid van vaak multidisciplinaire subspecialisatie-expertise.*

2. Betere paramedische omkadering

De eigen kenmerken van de pediatrie patiëntenpopulatie vereisen een gespecialiseerde verpleegkundige en paramedische personeelsomkadering, waarvoor meer middelen dienen te worden vrijgemaakt. Naast de bachelors in de verpleegkunde met een vorming in de kinderverpleegkunde, op dit ogenblik met een onvoldoende aanbod, wordt hierbij gedacht aan kinderpsychologen, orthopedagogen, diëtisten, kinesitherapeuten, sociaal verpleegkundigen en een referentieverpleegkundige pijnbestrijding.

Tenslotte moet er ook aandacht worden besteed aan een betere ondersteuning van de administratieve werkomgeving en van de toenemende informatisering.

3. Steeds kortere opnameperiode

Ondanks een toename van het aantal geboorten tijdens de laatste tien jaar is het aantal klassieke opnamen in de pediatrie verder afgenomen, met tegelijkertijd een stijging van het aantal opnamen in dagziekenhuis.

Voor de erkenning van het chirurgisch pediatrie dagziekenhuis zijn er gepaste normen uitgewerkt, maar voor het medisch-pediatrie dagziekenhuis met steeds meer diagnostische en therapeutische geplande procedures tijdens een opname van enkele uren zijn er eveneens erkenningsnormen nodig. Tevens stelt men vast dat een groeiend aantal van het aantal opnamen en aanmeldingen via de spoedgevallendienst verloopt en de BePASSTA-studie leert ons dat ruim een derde van deze spoedgevallen behoefte

heeft aan een korte observatieperiode (voorlopige hospitalisatie) van enkele uren alvorens te kunnen beslissen tot opname (15 %) dan wel ontslag (85 %).

Klassieke hospitalisatie wordt dus in toenemende mate vervangen door daghospitalisatie, korte observatie en zelfs transmurale zorg, waarbij dat deze laatste vorm zou kunnen worden geregeld via transparante overeenkomsten tussen de instellingen en het RIZIV.

4. Onderhouden van kennis en bijzondere bekwaamheden

Geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde blijft de basiserkenning en de ontwikkeling van subspecialisaties (in het F = 'sur'specialisation) in de kindergeneeskunde verloopt bij voorkeur via het toekennen van bijzondere bekwaamheden in de gastroenterologie, in de pneumologie, in de neurologie, in de endocrinologie-diabetologie, in de hemato-oncologie, enz. teneinde aan de noodzakelijke permanentieverplichtingen te kunnen voldoen en alle kinderartsen, zowel algemeen kinderarts als kinderarts met bijzondere bekwaming, te kunnen laten deelnemen aan wachten en vervangingen.

Voor het onderhouden van de nodige kennis in de ziekenhuispediatrie is een minimale tewerkstelling in het ziekenhuis vereist. Om deze reden zou Artikel 25 § 1 van het KB van 13.07.2006 een clausule kunnen bevatten welke voorziet dat **"de medische staf bestaat uit minstens 4 FTE kinderartsen, die minstens halftijds tewerkgesteld zijn in het ziekenhuis teneinde hun expertise te onderhouden"**. (Onder FTE wordt 8/10 en onder halftijds 4/10 verstaan vanuit operationeel standpunt, plus deelname aan de wacht ; externe consultants met een activiteit van < ½ FTE tellen derhalve niet mee voor de berekening van het effectief).

Op termijn is zelfs een structureel onderscheid nodig via prestaties in de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, die alleen kunnen uitgevoerd worden in ziekenhuismilieu en die dus voorbehouden zijn aan de ziekenhuiskinderarts, zoals op heden reeds gerealiseerd is in een specifieke permanentievergoeding voor de kinderarts in het ziekenhuis.

5. Materniteit, N*-functie en zorgprogramma's pediatrie

De N*-functie maakt strictu sensu geen deel uit van de zorgprogramma's voor kinderen.

Omwille van de kwaliteit en de veiligheid moet in feite elke erkende materniteit beschikken over een N*-functie.

Anderzijds kunnen een voldoende pediatrie en verpleegkundige bestaffing en een voldoende permanentie en expertise alleen verantwoord worden gewaarborgd bij een voldoende volume geboorten per jaar.

Indien de norm voor het aantal geboorten per jaar in een N*-functie aanmerkelijk moet worden opgetrokken, vereist dit een meer algemene herziening van de perinatale zorg,

hetgeen geen deel uitmaakt van onderhavig advies, daar de N*-functie voor zijn organisatie en exploitatie gebonden is aan de materniteit (kenletter M).

Als regel dient een ziekenhuis met een erkende M-dienst ook te beschikken over een erkend zorgprogramma voor kinderen A, B of C. Indien tijdens een overgangsfase een ziekenhuis met een erkende M-dienst nog niet beschikt over een erkend zorgprogramma voor kinderen A, B of C, dient er een geschreven samenwerkingsovereenkomst met een nabijgelegen ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma voor kinderen B of C te bestaan en dient voorzien te worden dat een kinderarts binnen de 20' ter plaatse kan zijn in het ziekenhuis zonder zorgprogramma voor kinderen.

Het doel is om een kinderarts aanwezig te laten zijn bij de bevallingen, waarvoor dit aangewezen is. Om deze reden moet een kinderarts ter plaatse zijn in de instelling met een erkende M-dienst, want de pediatrische verzorging van een pasgeborene kan tijdens de eerste levensmomenten reeds dringend noodzakelijk zijn.

6. Netwerking en functieverdeling

De toegankelijkheid van de zorg moet gewaarborgd worden door een goede spreiding van het zorgaanbod. Dit zorgaanbod bestaat uit een goede en zichtbaar gestructureerde eerstelijnszorg voor kinderen en een intramuraal zorgaanbod, dat echter per instelling in aard, organisatie en complexiteit kan verschillen.

Zo komt men tot verschillende zorgprogramma's die onderling samenwerken via geformaliseerde samenwerkingsovereenkomsten en via de nodige transfert- en transportregelingen ervoor zorgen dat zowel eenvoudig als zeer complex zorgaanbod op elk ogenblik kan worden voorzien.

Deze samenwerking/netwerking is zowel horizontaal (tussen de ziekenhuizen met een deels gelijkaardig zorgaanbod bv. inzake hospitalisatie, wacht- en permanentie-regelingen) als verticaal (tussen een ziekenhuis met secundaire zorgverlening en een ziekenhuis met tertiaire zorgverlening).

7. **Honorering en financiering**

Het lijkt geen twijfel dat ondanks de nomenclatuurherijking via de honoraria voor raadpleging en toezicht door de kinderarts gedurende de laatste jaren, er voor specifieke en nieuwe opdrachten van de kinderarts een aangepaste honorering moet worden gevonden. Zo zou men voor de observatiefunctie (voorlopige hospitalisatie) een specifiek toezichtshonorarium kunnen voorzien en voor de rol van de kinderarts in het medisch pediatrisch dagziekenhuis een specifiek coördinatiehonorarium.

Er wordt gepleit om dit via de Technische Geneeskundige Raad van het RIZIV te realiseren na het voorzien van de benodigde budgettaire middelen.

Een vergoeding voor **al** het werk (medisch, administratief, communicatie, coaching) van de kinderarts in het ziekenhuis zal ook zijn gunstige effecten hebben op het aanbod aan kinderartsen met interesse voor ziekenhuispediatrie.

Tenslotte dienen ook de nodige middelen te worden voorzien in het BFM of via verpleegdagforfaits om de gewenste uitbreiding van verpleegkundige en paramedische omkadering te kunnen financieren (cfr. 2.).

8. **Sociale Pediatrie**

Door de toenemende kansarmoede bij gezinnen met jonge kinderen en eenoudergezinnen, en door het grote aantal allochtone gezinnen en inwijkelingen, die noch de taal spreken, noch steeds vertrouwd zijn met de moderne inzichten inzake voeding, vaccinatie of medische hulp, ontstaat de duidelijke behoefte om meer aandacht te besteden aan de sociale aspecten van de pediatrische zorgverlening.

Anderzijds zijn de experts van mening dat dit een met de sociale dienst van elk ziekenhuis gedeelde taak is en dat het niet aangewezen is om deze sociale problematiek (waaronder kinderverwaarlozing en kindermishandeling) te gaan concentreren in een onderafdeling sociale pediatrie van de erkende dienst kindergeneeskunde, omdat dan stigmatisering van deze kinderen mogelijk zou zijn.

Wel moet er tijdens de opleiding van de kinderarts en in de praktijk voldoende aandacht worden besteed aan de sociale pediatrie met specifieke procedures van opvang en behandeling, zodat er kinderartsen beschikbaar zijn met een grotere kennis en expertise in deze problematiek, welke vaak in coördinatie met de gerechtelijke

instanties moet worden benaderd, zonder dat dit moet leiden tot een eigen subspecialisatie sociale pediatrie.

Voor de duidelijke gevallen van kinderverwaarlozing en kindermishandeling dient een verplichte registratie en melding te worden voorzien op basis van de MKG-registratie met een bijbehorende specifieke DRG-financiering.

Voor de kinderarts kan er via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen eventueel een honorarium voor een multidisciplinair consult tussen kinderarts, sociaal verpleegkundige en vertrouwensarts worden voorzien.

Daarnaast dient een vergoeding voor de organisatie van het multidisciplinair overleg en de opvolging in de grotere dienst kindergeneeskunde te worden voorzien, waarmee dan extra kan geïnvesteerd worden in de sociale dienst of in een extra (sociaal) verpleegkundige op de dienst (in te vullen door het ziekenhuis).

9. **Kwaliteit**

De zorg voor kinderen in het ziekenhuis moet gebaseerd zijn op het charter voor het zieke kind, waardoor alle ziekenhuisactiviteiten voor kinderen die gepaard gaan met een wachtactiviteit (materniteit, N*-functie, spoedgevallen, hospitalisatie) bij voorkeur op één campus gesitueerd zijn.

Hoofdstuk V. van het KB d.d. 13.07.2006 voorziet reeds de nodige normen inzake kwaliteit onder vorm van een multidisciplinair pediatrisch handboek, de medewerking aan audit, alsmede de verschillende initiatieven door het College van Pediatrie te nemen.

Het kwaliteitshandboek zou naast richtlijnen inzake de pijnbestrijding tevens richtlijnen inzake vochtbeleid, antibioticabeleid en algemeen medicatiebeleid moeten bevatten.

De vraag kan worden gesteld of naast de rol van het College van Pediatrie ook het aansluiten op vrijwillige basis bij de Europese organisatie van kwaliteitscontrole of benchmarking in de kindergeneeskunde of het behalen van accreditatie - al dan niet in ziekenhuisbreed kader - niet moet worden gestimuleerd (EAP European Academy of Paediatrics UEMS section).

Op dit ogenblik ontbreken de middelen en de mankracht voor het College om naast de lectuur van de jaarverslagen en feedback een daadwerkelijke vorm van visitatie van de

diensten kindergeneeskunde te organiseren en het lijkt aangewezen eerst de werkingmogelijkheden van het College Pediatrie te vergroten.

10. **Nood aan uitbreiding van de gespecialiseerde zorg aan huis voor chronisch zieke kinderen.**

Aanvullend op de mogelijkheden die reeds voorhanden zijn via het kankerplan in de (7) ziekenhuizen met een pediatrie oncologische dienst, kan dit evenzeer nuttig zijn voor een intensievere begeleiding van onder meer ex-prematuren met ernstige respiratoire of gastro-intestinale gevolgen, refractaire epilepsiepatiëntjes, metabole problematiek, degeneratieve neurologische aandoeningen, ... Als specifieke behandelingen die hiervoor in aanmerking komen kan men daarbij denken aan zuurstoftherapie thuis, thuisbeademing, home TPN, peritoneaal dialyse....

Deze zorg kan zowel thuis gebeuren als in elke andere thuisvervangende omgeving, bijvoorbeeld op school, in gehandicaptenvoorzieningen, in speciale jeugdkampen of in de “huizen van respijtzorg”. Daarvoor dient dan de expertise van de pediatrie diensten ook aan huis te kunnen worden gebracht, net zoals voorzien in de nieuwe mogelijkheden voor de psychiatrische ziekenhuizen (via art. 107 van de wet op de ziekenhuizen). Er werd aangetoond dat gespecialiseerde ziekenhuiszorg aan huis voor kinderen de outcome verbetert (1). Dit is ook een antwoord op de soms te korte opnameperiodes, aangezien die opnameperiodes gebaseerd zijn op de pathologie (draaglast) en niet op de context (draagkracht).

1 Sherring MA. Extended paediatrics: acute care in children's homes. J. Qual Clin Pract. 2000 Jun-Sep;20(2-3):113-6.

C. EEN MODEL VAN SAMENHANGENDE ZORGPROGRAMMA'S, FUNCTIES EN PATIËNTENPROGRAMMA'S VOOR KINDEREN

Er worden drie zorgprogramma's voor kinderen voorgesteld met een duidelijke vorm van echelonnering.

Elk zorgprogramma bevat een aantal functies, welke dienen te voldoen aan bepaalde normen om te worden erkend.

Op zijn beurt kan elke functie de opvang en behandeling van gelijkaardige pathologie bundelen in een of meerdere klinische paden of protocols of patiëntenprogramma's, maar deze patiëntenprogramma's worden in dit voorstel niet in extenso behandeld, daar zij geen eigen onderwerp van de erkenningsnormen uitmaken.

Elk zorgprogramma voor kinderen A, B of C organiseert op de plaats van de vestiging ambulante raadplegingen in de algemene kindergeneeskunde. Dit is dus geen afzonderlijk te erkennen functie.

De zorgprogramma's voor kinderen A en B kunnen ook raadplegingen in subspecialisaties van de kindergeneeskunde organiseren.

Voor het zorgprogramma voor kinderen C wordt het volledig aanbod in de subspecialisaties van de kindergeneeskunde wel een afzonderlijk te erkennen functie.

I. Zorgprogramma voor kinderen A

Het zorgprogramma A bevat drie afzonderlijke functies waarvan 1) en 3) te samen en 2) afzonderlijk dienen te worden erkend:

- 1) functie “eerste opvang pediatrische spoedgevallen”
- 2) functie “chirurgisch pediatrisch dagziekenhuis”
- 3) functie “observatie of voorlopige hospitalisatie”

Voorwaarden voor erkenning van de functies van het zorgprogramma A:

- 1) functie “eerste opvang pediatrische spoedgevallen”: deze functie wordt uitgbaat binnen een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg of een functie eerste opvang spoedgevallen. Het vereist de aanwezigheid van minstens één bachelor in de verpleegkunde houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en neonatologie of met een bijkomende vorming in de kinderverpleegkunde of een gelijkgestelde verpleegkundige .

Een kinderarts is permanent aanwezig tijdens de normale werkuren in de instelling omdat naast de functie eerste opvang pediatriche spoedgevallen ook de functie voorlopige hospitalisatie of observatie en de functie chirurgisch pediatrich dagziekenhuis worden geëxploiteerd in het zorgprogramma voor kinderen A.

De functie eerste opvang spoedgevallen vangt de eenvoudige en niet-specifieke pediatriche dringende pathologie op en functioneert vooral als een soort eerste hulp bij ongevallen voor het kind (bv. traumatologie).

Als het ziekenhuis beschikt over een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg, dan zijn de verpleegkundige omkaderingsnormen voor de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg van toepassing. Alle pathologie die bijzondere pediatriche zorgen of een opname vereist, wordt doorgestuurd naar een naburige instelling met een erkend zorgprogramma voor kinderen B, waarmee een formele samenwerkingsovereenkomst bestaat. De bestaande reglementering voor ambulance- en MUG-vervoer sluit hierop aan.

- 2) functie chirurgisch pediatrich dagziekenhuis

De erkenningsnormen zijn voorzien in het KB van 13.07.2006 en kunnen worden behouden (Artikel 36). Tijdens de openingsuren van het chirurgisch pediatrich dagziekenhuis is een kinderarts aanwezig in de instelling.

- 3) functie voorlopige hospitalisatie of observatie

Deze functie wordt erkend wanneer ook de functie gespecialiseerde spoedgevallen aan de erkenningsvoorwaarden voldoet, daar de observatie vooral aansluit op een

aanmelding via de dienst spoedgevallen en bedoeld is voor niet geplande en urgente contacten.

De observatie vereist (om te kunnen worden vergoed) het bezetten van een bed gedurende minstens twee uren, het opmaken van een medisch dossier, een verpleegkundig toezicht met opvolgen van de vitale parameters, de uitvoering van diagnostische en/of therapeutische prestaties, en het toezicht en opmaken van een evaluatie voor ontslag door de geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde.

De functie voorlopige hospitalisatie kan in het zorgprogramma voor kinderen A alleen tijdens de daguren worden uitgebaat.

Na 18u. blijft in dit geval een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde contacteerbaar voor de functie gespecialiseerde spoedgevallen teneinde zonodig de transfer van het kind naar een nabijgelegen ziekenhuis met zorgprogramma voor kinderen B of C, waarmee een samenwerkingsovereenkomst is afgesloten, te regelen.

- De instelling met een erkend zorgprogramma A heeft een geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst afgesloten met een nabijgelegen instelling, die beschikt over een erkend zorgprogramma B of C voor kinderen.
- De geneesheren-specialisten in de kindergeneeskunde van het zorgprogramma A maken deel uit van de medische staf van geneesheren-specialisten in de kindergeneeskunde van dit nabijgelegen ziekenhuis met een erkend zorgprogramma B of C. Er is één medisch-pediatrie-equipe met een gezamenlijk diensthoofd.
- Voor de noodzakelijke ziekenhuisopnamen van kinderen uit de instelling met erkend zorgprogramma A in de samenwerkende instelling met het erkend zorgprogramma B of C is een volledig transfert- en transportprotocol uitgewerkt, zowel tijdens de werkuren (kinderarts in het zorgprogramma A aanwezig) als daarbuiten.
- Indien het ziekenhuis beschikt over een erkende materniteit (kenletter M) dan moet deze een formele samenwerkingsovereenkomst afsluiten met zorgprogramma voor kinderen B of C teneinde de aanwezigheid van een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde bij bevallingen te garanderen.

II. Zorgprogramma voor kinderen B

Het zorgprogramma voor kinderen B bevat steeds naast de drie vermelde functies van het zorgprogramma voor kinderen A de functie “klassieke hospitalisatie” en kan ook de functie medisch pediatriesch dagziekenhuis exploiteren.

- 1) functie “(gespecialiseerde) pediatrische spoedgevallen”
- 2) functie “chirurgisch pediatriesch dagziekenhuis”
- 3) functie “klassieke hospitalisatie”
- 4) functie “observatie of voorlopige hospitalisatie”
- 5) functie “medisch-pediatriesch dagziekenhuis”

Voorwaarden voor de erkenning van de functies van het zorgprogramma B:

- 1) functie “(gespecialiseerde) pediatrische spoedgevallen”:

Het is duidelijk dat deze functie in het zorgprogramma B en C alle pediatrische spoedgevallen moet kunnen opvangen en derhalve (zoals in het zorgprogramma A) beschikt over een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde, die tijdens de normale werkuren in de instelling met erkend zorgprogramma B aanwezig is en daarbuiten oproepbaar en < 20’ ter plaatse is.

- 2) functie chirurgisch-pediatriesch dagziekenhuis: zie hoger

- 3) functie klassieke hospitalisatie:

Deze functie wordt essentieel geacht voor de erkenning en exploitatie van de overige functies 1), 2), 4) en 5) van het zorgprogramma B. De bestaande organisatorische architectonische en uitrustingsnormen worden behouden volgens het KB van 13.07.2006.

Het minimum aantal opnamen wordt behouden (Artikel 5, § 1, 1° van het KB d.d. 13.07.2006).

Voor een instelling met erkend zorgprogramma B voor kinderen maar zonder kraaminrichting (kenletter M) blijft aldus het aantal jaarlijkse hospitalisatiecontacten op minimum 1.500.

Van deze volumenorm mag worden afgeweken indien het zorgprogramma B wordt uitgebaat in een gemeenschap/gewest waar het dichtstbijzijnde soortgelijke zorgprogramma zich op een afstand van tenminste 25 kilometer bevindt.

4) functie observatie (voorlopige hospitalisatie): zie hoger.

5) functie medisch-pediatriesch dagziekenhuis :

In deze functie is de dagbehandeling voorzien van complexe pediatrische pathologie (kortdurende behandelingen, functieonderzoeken, medische beeldvorming onder sedatie, oncologie exclusief in zorgprogramma C,) welke een persoonlijk nazicht vereisen van de geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde op de afdeling tijdens de openingsuren van het medisch-pediatriesch dagziekenhuis.

Ook een verpleegkundige omkadering met bachelors in de verpleegkunde houders van een bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en neonatologie of met een bijkomende vorming in de kinderverpleegkunde of gelijkgestelde verpleegkundigen is hier gewenst. De geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde is verantwoordelijk voor deze functie, die organisatorisch en architecturaal deel uitmaakt van het ziekenhuis.

De functie medisch-pediatriesch dagziekenhuis vereist eigen erkenningsnormen.

Samenvattend voorstel van de functie medisch-pediatriesch dagziekenhuis

Een aanpassing van het KB van 10 februari 2008 tot vaststelling van de normen waaraan de functie niet-chirurgisch daghospitalisatie moet voldoen om te worden erkend, wordt voorgesteld.

Tevens moet een onderscheid worden gemaakt met het oncologisch dagziekenhuis van een ziekenhuis met een zorgprogramma voor kinderen C dat eveneens beschikt over een erkend zorgprogramma hemato-oncologie voor kinderen.

- De functie medisch-pediatriesch dagziekenhuis betreft het geheel van de diagnostische en therapeutische – geplande en niet chirurgische- verrichtingen

bij kinderen volgens de verschillende medische disciplines en waarvoor de patiënt dezelfde dag van de opname het ziekenhuis verlaat. De bedoelde verrichtingen vereisen de daadwerkelijke tussenkomst van het medisch, verpleegkundig en/of paramedisch personeel van het ziekenhuis omwille van de medische toestand van de patiënt, die een verlengd medisch-verpleegkundig toezicht vereist en/of omwille van de medisch-technische complexiteit van de procedure en de veiligheid van de patiënt.

- De functie “medisch-pediatriesch dagziekenhuis” maakt organisatorisch en functioneel deel uit van het ziekenhuis dat beschikt over een erkend zorgprogramma voor kinderen B of C, bevindt zich op dezelfde vestigingsplaats als het zorgprogramma voor kinderen B of C en wordt uitgebaut door dezelfde inrichtende macht als het ziekenhuis op wiens vestigingsplaats zij zich bevindt.
- De functie “medisch-pediatriesch dagziekenhuis” vormt een herkenbare en aanwijsbare entiteit en kan gelegen zijn binnen een dienst E of gelegen zijn in dezelfde entiteit als de chirurgische pediatriesche daghospitalisatie, wanneer deze laatste beschikt over een afzonderlijke architectonische entiteit ofwel gesitueerd is in een entiteit die architectonisch specifiek op deze functie is afgestemd.
De omvang, het aantal en de aard van de uitrustingen moeten afgestemd zijn op de aard en het aantal opnames, alsmede op de verschillende leeftijden.
- De lokalen van het medisch-pediatriesch dagziekenhuis moeten toegankelijk zijn voor rolstoelpatiënten en moeten kinderen van elke leeftijd in alle veiligheid kunnen opvangen. De kamers moeten toelaten dat de ouders/begeleiders gedurende de hele duur van de daghospitalisatie bij hun kind kunnen blijven.
- Zoals voor de functie “niet-chirurgische daghospitalisatie” van de volwassene, moeten er uitgeschreven procedureregels worden bepaald met betrekking tot :

1. de mededeling aan de patiënten en hun ouders/begeleiders van de inlichtingen noodzakelijk voor een goede uitvoering van de verrichtingen en behandelingen, met inbegrip van de uit te voeren voorbereidingen en de voor de opname te nemen voorzorgen.
 2. de selectiecriteria voor patiënten die in aanmerking komen voor opname in de functie “medisch- pediatriesch dagziekenhuis”; waarbij men er zeker van moet zijn dat in de functie enkel patiënten worden opgenomen die thuis tot 24u na hun ontslag, over de nodige opvang beschikken.
 3. de regels van opvolging van de patiënt na zijn ontslag moeten zijn uitgeschreven.
 4. een medisch dossier wordt aangelegd en vervolledigd door de geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde en een ontslagbrief moet onmiddellijk beschikbaar zijn voor de behandelend geneesheer of kinderarts die moeten worden verwittigd van het ontslag om hem toe te laten de continuïteit van de zorg te verzekeren.
- De medisch en verpleegkundige activiteit is onderworpen aan een kwaliteitstoetsing en een jaarverslag moet worden opgemaakt op basis van een interne registratie.
 - De functie staat onder de leiding van een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde, die voor zijn ziekenhuisactiviteit voltijds en exclusief verbonden aan het ziekenhuis met het zorgprogramma voor kinderen B of C. Een permanentie in deze wordt verzekerd door een of meer geneesheren-specialisten in de kindergeneeskunde die over de nodige deskundigheid beschikken om eventuele urgenties en/of complicaties te herkennen, op te vangen en te stabiliseren, en dit tot op het ogenblik dat de laatste patiënt uit de functie is ontslagen. De beslissing tot ontslag uit de functie wordt genomen door de geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde verantwoordelijk voor de permanentie.

- Tijdens de normale werkuren beschikt het medisch-pediatriesch dagziekenhuis permanent over minstens één bachelor in de verpleegkunde houder van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de pediatrie en neonatologie of met een bijkomende vorming in de kinderverpleegkunde of een gelijkgestelde verpleegkundige. De verpleegkundige waakt erover, in samenspraak met de geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde verantwoordelijk voor de functie medisch-pediatriesch dagziekenhuis, dat een optimale behandeling en verzorging van de opgenomen kinderen worden gegarandeerd overeenkomstig de uitoefening van de verpleegkunde beschreven in art. 21quinquies van het KB nr. 78. De verpleegkundige besteedt bijzondere aandacht aan de lichamelijk ongemakken, de emotionele spanningen en de pijn en verzekert hiervoor in samenwerking met de verantwoordelijke geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde de beste opvang. De verpleegkundige beheert het individueel verpleegkundig dossier van elk kind.

De organisatievorm van de functie “medisch-pediatriesch dagziekenhuis” ten opzichte van de andere diensten, functies of zorgprogramma’s van het ziekenhuis moet schriftelijk zijn vastgelegd.

- De instellingen met een zorgprogramma B onderscheiden zich onderling door aard en de omvang van de functies van dit zorgprogramma waarvoor ze een erkenning hebben verkregen. Zo is de erkenning van de functie “medisch-pediatriesch dagziekenhuis” afhankelijk van de grootte van de zorgvraag.
- De instelling met een erkend zorgprogramma B heeft een geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst met een of meerdere instellingen met een erkend zorgprogramma C voor de verwijzing in het transport van patiënten met nood aan bijzondere complexe of intensieve verzorging.

III. Zorgprogramma voor kinderen C

Met uitzondering van de functie pediatrie intensieve zorgen (PICU) vereist de erkenning als zorgprogramma voor kinderen C de afzonderlijke erkenning en exploitatie van alle vermelde functies van het zorgprogramma B onder bedoelde voorwaarden:

- 1) functie “(gespecialiseerde) pediatrie spoedgevallen”
- 2) functie “chirurgisch-pediatrie dagziekenhuis”
- 3) functie “klassieke hospitalisatie”
- 4) functie “observatie of voorlopige hospitalisatie”
- 5) functie “medisch-pediatrie dagziekenhuis”
- 6) functie “subspecialisatie”
- 7) functie “pediatrie intensieve zorgen” (PICU)

Voorwaarden voor de erkenning van de functies van het zorgprogramma C:

- 1) functie “(gespecialiseerde) spoedgevallen”: zie hoger
- 2) functie “chirurgisch-pediatrie dagziekenhuis”: zie hoger
- 3) functie “klassieke hospitalisatie”: zie hoger
- 4) functie “observatie of voorlopige hospitalisatie”: zie hoger
- 5) functie “medisch-pediatrie dagziekenhuis”: zie hoger

- 6) functie “subspecialisatie”:

Deze “subspecialisatie” van het zorgprogramma C wordt een aparte volwaardige functie en vereist een voltijds zorgaanbod met permanentie 24 op 24 uur en 7 dagen op 7, door de geneesheren-specialisten in de kindergeneeskunde met bijzondere bekwaming in de gastro-enterologie, pneumologie, cardiologie, neurologie, endocrinologie, hemato-oncologie en de nefrologie.

Alle kinderartsen met bijzondere bekwaming in een pediatrie subspecialisatie zijn geneesheren-specialisten in de algemene kindergeneeskunde en nemen deel aan de algemene wacht.

7) functie “pediatrische intensieve zorgen” (PICU)

De functie richt zich tot kinderen met ernstige pathologie in kritische omstandigheden die behoefte hebben aan invasieve monitoring en/of intensieve behandeling met kunstmatige beademing.

Daar deze pathologie slechts 1 à 2 % van alle opnamen uitmaakt, is een sterke concentratie nodig om een aparte afdeling pediatrische intensieve zorg met een eigen bestaffing aan geneesheren-specialisten in de kindergeneeskunde met bijzondere bekwaming in de intensieve zorgen en verpleegkundigen met ervaring in de intensieve zorgen te kunnen verantwoorden.

Om deze reden is de erkenning en exploitatie van deze functie geen verplicht onderdeel van een erkend zorgprogramma C.

Specifieke erkenningsnormen voor de PICU dienen nader te worden uitgewerkt.

- De instelling met een erkend zorgprogramma voor kinderen C beschikt over een geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst met een of meerdere instellingen, die elk beschikken over een erkend zorgprogramma voor kinderen A of B, voor de verwijzing en het transport van patiënten met nood aan bijzonder complexe of intensieve verzorging.
- De instelling met een erkend zorgprogramma voor kinderen C beschikt over een kinderpsychiatrische expertise vanuit de K-dienst voor liaisonwerking.
- De dienst Neonatale Intensieve Zorgen (NIC) wordt hier niet vermeld, daar het een afzonderlijke dienst met eigen erkenningsnormen betreft.
- Elk zorgprogramma voor kinderen A, B en C beschikt om te worden erkend over een uitgeschreven protocol inzake de pijnbestrijding met toepassing over de verschillende functies heen. Het zorgprogramma voor kinderen A, B en C dient eveneens om te worden erkend te beschikken over een kwaliteitshandboek met uitgeschreven protocols inzake algemeen medicatiebeleid, antibioticabeleid en vochtbeleid.

◦ Het zorgprogramma voor kinderen B en C heeft aandacht voor de psycho-sociale dimensie van de pediatrie zorgvraag met specifieke procedures van opvang, multidisciplinair overleg en behandeling. Tevens dient er een verplichte registratie en melding te worden gemaakt van kinderverwaarlozing en kindermishandeling bij het vertrouwenscentrum.

Voor het zorgprogramma C worden de nodige maatregelen voorzien om de pediatrie expertise te waarborgen bij de verdere opvolging van adolescenten (15-21 jaar) met een specifieke pathologie (zoals ziekte van Duchenne, ernstige congenitale aandoeningen, enz.)
