

Belgische Academie Kindergeneeskunde

samenvattingen van de vergaderingen van de academie

(augustus – december 2001)

1. Vergadering (Anderlecht, 30 augustus 2001)

➤ Verslag van de ontmoeting met Minister Vandenbroucke (23/08/01)

De academie was positief over de inhoud en de stijl van de ontmoeting. De toekenning van de 161 miljoen t.v.v. de kindergeneeskunde vóór 1 oktober 2001 werd als een “positief signaal” aanzien. Op de vraag van de minister tot oprichting van een commissie om de problematiek van de gezondheidszorg voor kinderen met alle betrokken te bespreken werd door de academie positief gereageerd. Vóór 1 oktober moet de academie aan de Minister voorstellen doen in verband met de samenstelling, de agenda en de timing van de commissie.

➤ Nomenclatuurcommissie

In het gesprek met de Minister kwam naar voor dat hij elk jaar binnen de aanpassing van de nomenclatuur een inspanning wil doen om de positie van de kinderarts te verbeteren. Er moeten dringend voorstellen gedaan worden voor 2002. De nomenclatuurwerkgroep bereidt dit voor.

➤ Pediatrie cardiologie

Een copie van het schrijven van de Belgische Vereniging voor Congenitale en Pediatrie Cardiologie aan Minister Vandenbroucke wordt uitgedeeld en besproken. Reeds tijdens het onderhoud van de academie met Minister Vandenbroucke werd aangehaald dat de Pediatrie Cardiologen het budget niet overschreden hebben en aldus vragen niet te vallen onder de linaire besparingsmaatregelen. De academie zal dit standpunt nogmaals schriftelijk aan de Minister richten. P. Casaer stelt samen met M. Gewillig een voorstel van brief op voor M. Pletinckx.

➤ Wiegendood - polysomnografie - thuismonitoring

Een schrijven van R. Van den Oever met cijfers die aantonen dat het aantal polysomnografies in de loop van de laatste jaren constant blijft wordt uitgedeeld en besproken. De aanwezige referentiecentra vermelden evenwel een forse daling. Er is mogelijks een verschuiving naar andere indicaties of een toename van onderzoeken in de diagnostische centra. Er wordt voorgesteld dat de vlaamse en franse verenigingen voor perinatale mortaliteit (voorzitters Prof Devlieger / Prof Kahn) bijeenkomen om enerzijds het cijfermateriaal van de verschillende referentiecentra te bespreken en om een gezamenlijk standpunt te bepalen voor de vergadering op het RIZIV van 26 september.

2. Vergadering (Brussel, 2 oktober 2001)

➤ Commissie Vandenbroucke

De brief van de academie aan de minister met voorstellen tot samenstelling en agenda voor de commissie wordt voorgelezen en goedgekeurd. De belangrijkste topics voor de commissie zijn : globaal medisch dossier, financiering kinder- en jeugdgeneeskunde, erkenning subspecialiteiten, toekomst pediatrie.

➤ Nomenclatuurcommissie

Een nieuwe besprekingsronde is noodzakelijk. De nadruk zal gelegd worden naar het verder verhogen van technische prestaties, een kindvriendelijkere normering van de daghospitalisatie, de urgentiegeneeskunde en terugbetaling dure enterale en orale voedingen.

➤ Commissie Kind in ziekenhuis (Cannoodt)

De voorstellen van besluitekstten worden uitgedeeld. De leden worden gevraagd hun commentaar te leveren. Deze commissie kreeg enkel als opdracht “Kind in ziekenhuis”. Men schakelt over naar “zorgprogramma’s”.

3. Vergadering (Brussel, 6 november 2001)

➤ Commissie Vandenbroucke

De academie heeft nog geen antwoord ontvangen van het ministerie. Mevr Dusauchoit werd vervangen door Prof Kips. M. Pletincx neemt terug contact op met het ministerie. Indien er opnieuw geen antwoord komt, dient de academie dringend een standpunt uit te vaardigen aangaande het globaal medisch dossier.

➤ Advies naar commissie urgentie-artsen in VBS

De kinderarts dient verantwoordelijk te zijn voor de zorg van kinderen (< 16 jaar, behalve kleine chirurgie) op spoedgevallen. Idealiter zou elk kind door een kinderarts moeten gezien worden. De opvang van kinderen in urgente situaties dient deel uit te maken van de opleiding tot kinderarts. Eventueel dient een attest met een “bekwaamheid in de opvang van pediatrie spoedgevallen” door de erkenningcommissies uitgereikt worden (naar analogie met het attest voor neonatologie). Naast de opleiding, is een continue bijscholing belangrijk (cfr. externe cursussen; evt. interne “brandoefeningen”).

In de praktijk is de opvang van elk kind door de kinderarts, vooral in kleinere pediatrie-eenheden niet haalbaar. In elk geval dient er door de diensthoofden urgentiegeneeskunde en kindergeneeskunde een protocol / consensus over de opvang en behandeling van kinderen opgesteld worden.

De kinderartsen willen verantwoordelijk zijn voor de opleiding in de opvang van pediatrie spoedgevallen binnen de urgentiegeneeskunde.

➤ **Commissie nomenclatuur**

De commissie nomenclatuur heeft het gepubliceerd KB vergeleken met de gedane voorstellen. Er wordt een lijst opgesteld van wat niet gerealiseerd werd. In de openbare zitting (die doorging zonder aanwezigheid van Y. Louis) werden bepaalde prestaties uit de lijst geschrapt en andere toegevoegd. Zo werd de lijst van indicaties voor aanwezigheid bij de geboorte ondanks verzet van de kinderartsen toch weerhouden. De “pediatrische nomenclatuur”nummers werden niet met 13 % verhoogd omdat in 1995 al een verhoging werd toegekend. Er wordt gewezen op de inconsistentie van de maatregelen ten voordele van de N* : er is geen cumul mogelijk tussen het klinisch onderzoek en een technische prestatie, voor zover deze door een kinderarts wordt geleverd. Van zodra de lijst door de Heer Mertens is opgemaakt en goedgekeurd is door de nomenclatuurcommissie, zal een brief gestuurd worden naar het RIZIV.

Y. Vandenplas werkt aan de verdere uitwerking van de pediatrische subspecialiteiten met een eigen nomenclatuur.

➤ **Commissie Kind in ziekenhuis (Cannoodt)**

Momenteel worden voorstellen tot KB ivm hospitalisatie (Hp) en daghospitalisatie en chirurgie besproken. De commissie werkt aan een wetenschappelijk project met als doel de kwaliteitsverbetering van de gezondheidszorg voor kinderen in het ziekenhuis. De academie staat achter dit project. Zoals in het verleden reeds tijdens de commissievergaderingen telkenmale vermeld werd, kan een dergelijk project **enkel en alleen** toegepast worden als er een financiering ervoor voorzien wordt.

De academie onderschrijft aldus de vrees van kinderartsen dat de aanbevelingen niet te realiseren zijn indien er geen financiering volgt. In sommige omstandigheden moeten ook eventueel uitzonderingsmaatregelen voorzien worden. Er wordt voorgesteld om de voorstellen op de regionale wetenschappelijke verenigingen (GBPF, VVK) naar de basis te brengen.

Het is noodzakelijk om kinderartsen een (financiële) incentive te geven om ze spontaan voor de ziekenhuiskindergeneeskunde te laten kiezen. In de toekomst zal een grotere bestaffing in de ziekenhuizen noodzakelijk zijn om een blijvende attractiviteit uit te oefenen op jonge collega's.

➤ **Studie invasieve pneumokokkeninfecties – firma Lederlé**

Er wordt gevraagd om gedurende één jaar alle invasieve pneumokokkeninfecties bij jonge kinderen te noteren. De academie kan het project patroneren en speelt het voor de praktische uitvoering en supervisie door naar een wetenschappelijk comité.

4. Vergadering (Brussel, 6 december 2001)

➤ **Bespreking nomenclatuurwijziging (KB 5 september 2001) in aanwezigheid van de Heer Mertens**

Het gepubliceerde KB komt niet overeen met wat de nomenclatuurcommissie pediatrie heeft voorgesteld en zou ook niet overeenkomen met wat in de algemene vergadering van de Technische Geneeskundige Raad uiteindelijk werd beslist.

De punten van het gepubliceerde KB die gewijzigd moeten worden zijn de volgende :

- *Art 3 in d) effectieve aanwezigheid in de verloskamer*

Vroeger werden er al 2 bepalingen ingevoegd om “misbruiken” te voorkomen, met name 1) de effectieve aanwezigheid van de kinderarts tijdens de bevalling en 2) het voorschrift van de gynaecoloog.

Hieraan werd nu – zonder dat het op de algemene vergadering werd voorgesteld – een lijst van risicozwangerschappen – aan toegevoegd. Deze lijst wordt gehaald uit de erkenningsnormen van de functie van lokale neonatale zorg (N*) (KB 20/08/96). Volgens Prof. Verellen en experts in de intensieve neonatologie, is deze lijst onvolledig.

De vergadering is unaniem akkoord dat voorgesteld moet worden om deze extra toegevoegde bepaling te laten schrappen en dat de reeds vroeger aanwezige 2 vereisten volstaan om “misbruiken” te voorkomen. Anderzijds is de vergadering van oordeel dat misschien best toch aan een nieuwe lijst kan gewerkt worden, indien in de onderhandelingen met de TGR toch een lijst van risicozwangerschappen zou geëist worden.

- *De “pediatrische” nomenclatuurnummers* werden niet met 13 % verhoogd, zoals werd gevraagd. In een volgende herziening zal dit opnieuw aangevraagd worden. Het voordeel van een verhoging van deze nummers is dat ze exclusief door kinderartsen kunnen aangerekend worden.
- *Art 4, art 25, § 1 N* dienst*

Het “honorarium voor het klinisch onderzoek van de pasgeborene” is niet cumuleerbaar met technische prestaties.

Er wordt gewezen op de onlogica van deze maatregel : een EEG door een “volwassen” neuroloog verricht kan bijvoorbeeld surplus aangerekend worden terwijl een EEG door een kinderneuroloog (die meer competent is) niet kan aangerekend worden. Deze maatregel is discriminerend voor kinderartsen die enkel een “bijzondere bekwaamheid” kunnen hebben maar waar eigenlijke subspecialisaties tegengehouden wordt.

De vergadering is unaniem akkoord om dit in een volgende onderhandeling terug ter sprake te brengen. Door de experts van de nomenclatuurcommissie wordt gesteld

dat een cumulatie tussen dit honorarium en monitoring nooit aanvaard kan worden omdat dit voor alle specialismen geldt.

- *Art 25, § 1 3. Liaison pediatrie*

Dit honorarium is niet cumuleerbaar met technische prestaties. Er wordt voorgesteld om de bepaling te laten veranderen in “door *dezelfde* geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde”

De academie stuurt een brief naar de Technische Geneeskundige Raad en naar Dr De Toeuf om bovenvermelde wijzigingen door te voeren. Daarnaast moet dringend een nieuwe lijst met voorstellen tot aanpassing van de nomenclatuur opgesteld worden. Een totale revisie van de pediatrie nomenclatuur ware ideaal maar lijkt niet haalbaar te zijn. Daarom moet naar een mogelijkheid gezocht worden om dit te benaderen. De academie moet voorstellen doen die voldoen aan volgende voorwaarden : lijst met prioriteiten, leesbare tekst, goede verantwoording van de reden van aanvraag tot verhoging (nadruk op kwaliteitsverhoging) en goede estimatie van de kosten. De nomenclatuurcommissie zal die voorstellen dan verder in concreto uitwerken.

➤ **Commissie Vandenbroucke**

Nog steeds geen antwoord. M. Pletincx heeft contact genomen met Prof. Kips. Hij had de brief van de academie niet ontvangen.

Prof. Kips neemt terug contact op met de academie.

➤ **Globaal medisch dossier**

Het voorstel vanuit het VVK wordt aanvaard mits enkele aanpassingen. De brief wordt in eerste instantie door Michel Pletincx naar het kabinet Vandenbroucke en Aelvoet gestuurd, in de hoop dat de commissie Vandenbroucke kortelings geïnstalleerd wordt.

➤ **Commissie Kind in ziekenhuis (Cannoodt)**

Zoals op de vorige vergadering werd gevraagd, werden de voorstellen uit de commissie “Kind in ziekenhuis” voorgesteld op de herfstbijeenkomst van de regionale wetenschappelijke verenigingen (GBPF, VVK). Er wordt verslag uitgebracht van deze bijeenkomsten. Een lijst met opmerkingen van de leden van het VVK wordt momenteel binnen het VVK-bestuur besproken en zal aan de commissie Cannoodt overhandigd worden. De vergadering die door het VAS te Gent werd georganiseerd is uiteindelijk ook constructief verlopen. Iedereen is er van overtuigd dat alle kinderartsen als één front naar voor moeten komen. Yves Louis vindt het belangrijk dat het syndicaat in een vroeg stadium bij de plannen betrokken wordt omdat zij in een latere fase deze plannen op politiek vlak moeten verdedigen. Zijn voornaamste bekommernissen in de huidige plannen zijn de aanwezigheid van de kinderarts, en het aantal kinderartsen in de equipe.

➤ **Advies naar commissie urgentie-artsen VBS**

Michel Pletincx vraagt aan de nederlandstalige en franstalige erkenningscommissie om aan afgestudeerde kinderartsen te attesteren dat ze gedurende 3 maanden op een dienst intensieve pediatrie gewerkt hebben (naar analogie met neonatologie).

➤ **Studie invasieve pneumokokkeninfecties – firma Lederlé**

De studie zou van start gaan in de loop van de eerste maanden van 2002.