

Hospinews Focus :

Ontmoeting met prof. dr. Yvan Vandenplas, diensthoofd pediatrie van het UZ Brussel.

Juli-augustus 2011

Interview door: Catherine Minet

Uitgever: Hospichild.be / vzw cmdc-cdcs asbl

Dit betreft een artikel onder voorbehouden rechten op basis van de licentie Creative Commons Auteurschap – Geen commercieel gebruik – Geen wijziging - 2.0 België (CC BYNC-ND 2.0).

U mag:

* dit artikel kopiëren, verspreiden en openbaar maken

Onder de volgende voorwaarden :

* Auteurschap — U moet de naam van de originele auteur vermelden op de wijze aangeduid door de auteur van het werk of door de rechthebbende die u de toestemming geeft (maar niet op een wijze die suggereert dat ze u steunen of het gebruik van de creatie goedkeuren).

* Geen commercieel gebruik — U mag deze creatie niet aanwenden voor commerciële doeleinden.

* Geen wijziging — U mag deze creatie niet wijzigen, veranderen of aanpassen.

Voor aanvragen tot verspreiding die niet onder deze voorwaarden vallen moet u mailen naar evanbesien@hospichild.be

Welke veranderingen vonden er de laatste jaren binnen de pediatrie plaats? In hoeverre is er een medische en/of technologische vooruitgang merkbaar binnen de pediatrie?

Yvan Vandenplas: De laatste jaren vonden er tal van technologische veranderingen binnen de pediatrie plaats, gaande van verregaande miniaturisatie van allerlei toestellen tot de ontwikkeling van nieuwe technologieën binnen alle takken van de geneeskunde. Technisch is heel wat meer mogelijk dan pakweg 20 jaar geleden. Jammer genoeg betekent technisch mogelijk niet steeds hetzelfde als financieel realistisch. Immers, de miniaturisatie enerzijds en het feit van beperkte indicaties anderzijds maken dat de toestellen die nodig zijn bij (kleine) kinderen een heel stuk duurder uitvallen dan hetzelfde toestel bij volwassenen. Alle medische dossiers zijn tegenwoordig elektronisch en geautomatiseerd en dus verdwijnt stilaan al het papierwerk. Wat zeker ook geëvolueerd is, is de omkadering van patiënten toe waarbij de vraag naar ouder-kind kamers, hotelaccommodatie en sanitair op twintig jaar tijd sterk geëvolueerd is. Het psychosociale heeft veel meer aandacht gekregen. De laatste jaren is een sterke technologische modernisatie merkbaar. Ziekenhuiskamers hebben tegenwoordig draadloos internet. Het leven binnen een kinderziekenhuis weerspiegelt eigenlijk de evolutie van het leven buiten het ziekenhuis.

Hospinews, de nieuwsbrief van Hospichild.be, website met niet-medische informatie omtrent de hospitalisatie van kinderen

Vindt u deze evolutie positief ?

Y.V.: Op zich wel. Danzij het elektronisch maken van het dossier kunnen er geen documenten meer verloren gaan. Ik vind dat deze evolutie de goede richting uitgaat. Ziekenhuizen evolueren meer en meer in de richting van modern management waarbij een financiële kosten-batenanalyse erg belangrijk wordt. De kosten worden ten opzichte van de voordelen in kaart gebracht. Het economische aspect binnen de gezondheidszorg wordt steeds belangrijker. In België is geneeskunde over het algemeen gezien eigenlijk zeer goedkoop, waardoor een kosten-batenanalyse dikwijls dreigt negatief uit te vallen. Kindergeneeskunde is een tak die financieel weinig aantrekkelijk en renderend is, in vergelijking met plastische chirurgie, cardiologie,.... Dit is soms een nadeel. Er zijn hiernaast ook positieve evoluties zoals meer aandacht voor het sociale en psychologische aspect van het zieke kind. Dit is veel beter dan tien of vijftien jaar geleden, ook al brengt dit allemaal extra kosten met zich en moet er aan het einde van het verhaal een evenwichtige financiële balans zijn. We proberen kinderen in het ziekenhuis een zo normaal mogelijk leven te geven. Ontbijt is op hetzelfde uur als thuis; wie het fysiek kan, gaat naar de ziekenhuisschool. Als de arts het kind nodig heeft, wordt het kind van school gehaald. Ook de thuiszorg heeft zich de laatste jaren sterk ontwikkeld. Maar een verpleegster die aan huis komt, is heel wat duurder dan een verpleegster in het ziekenhuis.

Volgens Prof. Verellen, diensthoofd pediatrie van de universitaire ziekenhuizen Saint-Luc is de hospitalisatieduur korter geworden, is er een gebrek aan personeel en moet alles sneller vooruitgaan?

Y.V.: Ik kan dat bevestigen. De ambulante (kinder)geneeskunde heeft zich de laatste jaren heel sterk ontwikkeld. De gemiddelde duur van een ziekenhuisopname van een kind is nu ongeveer vier dagen. Dat betekent dat er heel wat hospitalisaties van 24 uur of zelfs nog minder zijn want tegelijkertijd blijft het aantal langdurige observaties belangrijk. In de kindergeneeskunde zijn er twee hoofdredenen voor langdurige opnames. Enerzijds is er het kind met een ernstige orgaanpathologie die een vrij lange opname vereist, en die multidisciplinair moet aangepakt worden.. Er bestaat ook een andere vrij grote groep patiënten die aan functionele aandoeningen leiden. Voorbeelden hiervan zijn: kinderen die niet naar school kunnen wegens hevige buikpijn of hoofdpijn zonder duidelijke orgaanpathologie. Deze kinderen moeten vaak vrij lange tijd opgenomen worden, om ze te observeren en dan multidisciplinair te behandelen. Dergelijk soort opname duurt vaak een tweetal weken. En dit is dan een hospitalisatie waar heel weinig of geen technische prestaties aan te pas komen. De financiering is echter vooral gericht op technische prestaties. Kinderen met minder ernstige orgaan pathologie kunnen veel frequenter dan vroeger ambulant behandeld worden. Verder noteren we een zeer sterke ontwikkeling van de daghospitalisatie, als tussenoplossing tussen echte hospitalisatie en echte ambulante zorg. Thuisbehandeling georganiseerd door ziekenhuispersoneel is een volgende nieuwe stap.

Ook is Prof.Verellen van mening dat bepaalde specifieke competenties van pediaters niet worden erkend. Ben u het hiermee eens?

Y.V.: Ja, ook hiermee ga ik akkoord. Kindergeneeskunde is zeker en vast op dat gebied ook een discipline in evolutie. Enerzijds zijn er de algemene pediaters, en die zullen we altijd nodig hebben. Maar anderzijds is er een ontwikkeling van specialistische kindergeneeskunde. Net zoals in de geneeskunde voor volwassenen is er bij de kindergeneeskunde naast de "algemene internist", een nefroloog, cardioloog, gastro-enteroloog, pneumoloog, oncoloog, ... In een kinderziekenhuis of grote dienst pediatrie zijn er heel wat kinderartsen die vrijwel uitsluitend aan subspecialistische geneeskunde doen. Tot op heden worden deze "bijzondere bekwaamheden" niet erkend door de overheid. Nochtans vinden kinderartsen het absoluut noodzakelijk om deze competenties te erkennen. Want momenteel kan iedereen zeggen dat hij bv. kinderendocrinoloog is, zonder een bewijs van opleiding of competentie te kunnen voorleggen. De erkenning van een bijzondere bekwaamheid zal aanleiding geven tot hogere kwaliteitsnormen, en dus een verbeterde zorg. Dit proces duurt al meer dan 15 jaar, maar gelukkig lijkt er de laatste tijd beweging in dit dossier te komen. Vandaag de dag zijn er twee disciplines erkend, met name neonatologie en neurologie. Hemato-oncologie is klaar om erkend te worden, maar we willen de erkenning van de andere bijzondere bekwaamheden hieraan koppelen. . De kinderarts wenst een erkenning van de de bijzondere bekwaamheden in de hemato-oncologie, endocrinologie, nefrologie, pneumologie, gastro-enterologie, cardiologie,....

Vindt u dat er meer erkende en betere opleidingen voor pediaters moeten zijn?

Y.V.: Ik denk dat de opleiding kwaliteitsvol genoeg is en dat dit geen punt is. De discussie gaat meer over de aantallen. De overheid zegt dat er veel te veel kinderartsen zijn maar volgens de kinderartsen zelf zijn er juist veel te weinig. De overheid heeft alleszins geen goed zicht op het aantal actieve kinderartsen. Dit is vooral in Vlaanderen een groot probleem. Er was vooropgesteld dat er minimaal vier kinderartsen per pediatriedienst zouden moeten zijn. Hierdoor zouden een heleboel pediatrische diensten in Vlaanderen moeten sluiten. In Limburg zijn er recent vijf kinderartsen aangenomen, een Nederlander en vier Duitsers, omdat er onvoldoende Belgische kinderartsen zijn.

Hospinews, de nieuwsbrief van Hospichild.be, website met niet-medische informatie omtrent de hospitalisatie van kinderen

Er is een grote discrepantie tussen wat de overheid beweert en wat de situatie op het werkveld is. En aantallen zeggen ook weinig over het werkvolume. Hiermee bedoel ik dat de doorgaans mannelijke kinderarts zo'n dertig jaar geleden gemiddeld zo'n tachtig uur per week werkte. Het is nu doorgaans een vrouwelijke kinderarts geworden en zoals in onze hele maatschappij, wenst men minder uren te werken. Ik heb er niks op tegen dat men deeltijds wenst te werken. Maar dit betekent wel dat er nu meer mensen nodig zijn om hetzelfde werkvolume te verrichten in vergelijking met vroeger. Het werkvolume is gestegen en de artsen willen minder werken, dus is er meer personeel nodig. Het aantal hospitalisatiebedden in de norm die klassiek gehanteerd wordt om te bepalen hoeveel assistenten in opleiding toegelaten worden. Ik heb u even geleden uitgelegd in welke mate de kindergeneeskunde de laatste jaren veranderd is, zodat het aantal bedden geen geschikte parameter meer is. Bovendien mag men niet vergeten dat ambulante geneeskunde in regel meer personeel vereist dan hospitalisatie. Een hospitalisatie van 48 uur vraagt ook veel meer personeel dan een hospitalisatie van 14 dagen. Wanneer een patiënt lang in het ziekenhuis ligt, dan is dit minder zwaar voor het personeel dan om de twee dagen een nieuwe patiënt.

Is het beroep van pediater onderhevig aan bepaalde veranderingen (langere werkuren, meer of minder stress,...)?

Y.V.: Er is inderdaad een evolutie, maar deze is wellicht niet anders in de pediatrie dan in de andere takken van de geneeskunde. Hoewel, ouders zijn nu merkbaar veeleisender dan 10 jaar geleden. Een ander belangrijk probleem stelt zich in de eerstelijns geneeskunde voor kinderen. De huisarts is op dit moment vaak onvoldoende opgeleid om een goede kwaliteitsvolle geneeskundige zorg aan jonge kinderen te bieden. Bijgevolg worden, zeker in Brussel, spoeddiensten overspoeld door eerstelijns geneeskunde bij jonge kinderen. En vijf jaar specialistische opleiding is dan misschien te veel om vooral aan eerstelijnszorg te doen. Ik denk persoonlijk dat er nood is aan meer gespecialiseerde huisartsen voor kinderen of een kortere opleiding algemeen kinderarts. Dit zou voor veel problemen die we kennen in verband met een kwaliteitsvolle opvang van acuut zieke jonge kinderen een oplossing kunnen zijn.

Probeert men het beroep aantrekkelijker te maken (beter salaris,...)?

Y.V.: Enerzijds denk ik dat niemand zijn salaris hoog genoeg vindt (glimlacht), anderzijds denk ik dat de financiering van vooral de ziekenhuispediatrie er de laatste jaren behoorlijk op vooruit is gegaan. .

Werken jullie vaak samen met de andere pediatrische afdelingen van de verschillende ziekenhuizen in Brussel?

Y.V.: Er bestaat een vrij vlot samenwerkend netwerk. Wanneer ons ziekenhuis vol ligt dan worden patiënten doorverwezen naar andere ziekenhuizen. En vice versa. Er wordt natuurlijk wel gekeken naar en rekening gehouden met de voorkeur en de woonplaats van de patiënt. Er bestaat ook een gestructureerde samenwerking tussen de verschillende universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen in Brussel. We hebben bv. samenwerkingsovereenkomsten met het UKZKF en het UZ Gent, met grote niet-universitaire ziekenhuizen zoals het Paola Kinderziekenhuis in Antwerpen, met kleinere ziekenhuizen in Halle, Asse, Aalst en Vilvoorde, met Brusselse ziekenhuizen zoals Sint-Anna-Sint-Remi.

In hoeverre is de zorg onderhevig aan veranderingen (thuiszorg, grotere vraag naar ouder-kindkamers,...)?

Y.V.: Zoals reeds eerder aangegeven is er veel vraag naar ouder-kindkamers. Trouwens, de wet stelt dat elke ouder het recht heeft om gratis bij zijn kind te blijven. Vooral bij jonge kinderen is het zeer logisch dat ouders bij hen blijven en op dezelfde kamer slapen. Maar wat de oudere kinderen betreft, doet dezelfde trend zich voor. Enerzijds lijken kinderen op steeds jongere leeftijd rijp te worden, anderzijds lijken ze steeds meer een beroep te doen op een ouder die blijft slapen. Vroeger bleven jongeren gemakkelijk alleen, nu is het zo dat mama of papa constant bij hen moeten blijven. Dat de ouder voortdurend bij het kind blijft, is niet altijd in het voordeel van de patiënt, vooral bij psychosomatische hospitalisaties. Soms vragen wij aan de ouders dan ook om niet te blijven. Maar de ouder-kindkamers zijn zeker een verbetering! Als ouders blijven slapen bij hun kind, dan houdt dit eigenlijk extra werk in voor de verpleegkundigen en de kinderartsen. Er zijn ook steeds meer nieuw-samengestelde gezinnen omdat er steeds meer koppels uit elkaar gaan. Dan zijn er niet twee maar vier ouders. En dan zijn er ook nog de grootouders. In sommige situaties moeten de zorgverleners elk moment van de dag aan steeds andere familieleden dezelfde uitleg geven, wat soms tot spanningen leidt! Aan het begin van het interview had ik het over draadloos internet. De patiënt met wie wij als kinderarts communiceren zijn de ouders, dus jonge volwassenen, dus de internetgeneratie. Ouders gaan alle gegeven informatie op internet nakijken, en ze gaan zelf op zoek naar informatie. Er zijn mensen die heel kritisch met de informatie omgaan maar er zijn ook mensen die door de internetinformatie denken dat ze het beter weten dan de arts zelf !

Is er ook sprake van taalproblemen in het ziekenhuis?

Y.V.: In ons ziekenhuis is er vooral een grote variatie van nationaliteiten. Hoewel het UZ Brussel beschouwd kan worden als “het Vlaamse ziekenhuis van Brussel” maken anderstalige patiënten de meerderheid uit in het Kinderziekenhuis. We kunnen dus gerust stellen dat er evenveel Frans als Nederlands gesproken wordt. In ons ziekenhuis is iedereen tweetalig of zelfs drietalig (Nederlands, Frans, Engels). De ene weliswaar wat beter dan de andere maar elke verpleegkundige en arts zal haar of zijn uiterste best doen om Frans te spreken, desnoods “met een beetje haar op”. Dit is volgens mij een must. Er zijn ook tolken beschikbaar, voor ongeveer alle talen. We besteden daar vandaag de dag veel aandacht aan.

Zijn er de laatste jaren meer opnames vergeleken met vroeger?

Y.V.: In het geval van acute ziektes, zijn er in het algemeen minder opnames. Zonder over cijfers te beschikken, zou ik durven stellen dat er een verschuiving is naar meer opnames wegens functionele of psychosomatische klachten en deze vergen vaak relatief langdurige observaties. Voor een blindedarmonsteking voorzag men tien jaar geleden een week, nu nog slechts twee dagen. Klassieke opnames voor courante orgaanpathologie worden alsmaar korter. Kinderen met luchtweginfecties worden vaak niet meer gehospitaliseerd. Dankzij de vaccinaties zie je ook heel wat minder infectiepathologie. Als gevolg van de ROTA-vaccinatie, is het aantal opnames wegens een ROTA-gastro-enteritis sterk afgenomen. Het aantal hospitalisaties omwille van courante pathologie neemt zeker af. Anderzijds verbeteren de behandelingsmogelijkheden van ernstige chronische pathologie. Deze vergt meestal een multidisciplinaire aanpak met aandacht voor de psychologische benadering. De toegenomen aandacht voor het “niet strikt organische” is daarom zo belangrijk. Een ander aspect dat de laatste jaren zeer veel aandacht kreeg is de pijnbestrijding bij kinderen. De kwaliteit van de zorg is de laatste jaren bijgevolg sterk verbeterd.

Wij danken u voor dit boeiende interview.

Interview geschreven door Catherine Minet – Communicatieverantwoordelijke Hospichild.be