

VLAAMSE RAAD

ZITTING 1984-1985

8 NOVEMBER 1984

VOORSTEL VAN DECREET

— van de heer L. Hancké C.S. —

houdende organisatie van de natale en de neonatale
geneeskundige zorg

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Naast beter georganiseerde prenatale zorgen zal een goede organisatie van de zorgen voor pasgeborenen een belangrijke bijdrage leveren voor de daling van de kindersterfte, in het bijzonder van de perinatale mortaliteit (12,43 per duizend, zijnde 60 ten honderd van de totale zuigelingenstrefte 1982) en van het aantal gehandicapten. Volgens de professoren Thierry en Derom zijn er van de 1800 gevallen van perinatale mortaliteit 650 vermijdbaar en dit zonder extra-kosten maar alleen door een betere organisatie van de bestaande voorzieningen. Zo zijn er in België te veel kleine materniteiten. We beschikken over 182 materniteiten voor ongeveer 120.000 bevallingen per jaar. Een M-dienst waar slechts 200 bevallingen per jaar plaats vinden, beschikt niet over het vereiste personeel en infrastructuur om kwaliteitsverzorging te bieden.

Daardoor sterven dan ook in de kleine centra pasgeborenen met hoge risico's of overleven zij met ernstige handicaps die zouden kunnen voorkomen worden, aldus de professoren.

Het is noodzakelijk dat in België een taakverdeling tot stand komt op het gebied van de curatieve zorg voor de pasgeborene. Er zullen afspraken moeten worden gemaakt betreffende de plaats waar de zorg voor pasgeborenen wordt verricht.

Naar het voorbeeld van Nederland en Frankrijk moet ook hier een goed regionaal gespreide echelonnering worden door-

gevoerd. Hiertoe zullen programmeringscriteria, specifieke erkenningsnormen en opnamecriteria voor de M- en de N-diensten moeten vastgelegd worden.

1. Huidige analyse van de M- en de N-diensten

Hierna volgt voor de M- en N-diensten een overzicht van het reële en geplande aantal ziekenhuisbedden en de gemiddelde bezettingsgraad — toestand op 1 januari 1982.*

Dienst	M	N
Aantal bedden budgettair	4.765	837
Gepland aantal bedden	3.994	749
Overcapaciteit bedden	771	88
%	18,6 %	11,7 %
Gemiddelde bezettingsgraad	64,90 %	50,02 %

Bron : Bestuur van Verplegingsinstellingen.

M-diensten*

Uit de cijfers blijkt dat er een duidelijke overcapaciteit en onderbezetting is van de M-diensten. De wettelijke programmeringsnorm van 32 per duizend ligt dus te hoog.

In 1969 werd door het Ministerie van Volksgezondheid een norm voorgesteld van 30 per duizend met een toen gebruikelijke gemiddelde verblijfsduur van 10 dagen, die inmiddels gedaald is tot 8 dagen. Een programmeringscriterium van 30 per duizend geboorten en een gemiddelde bezetting van 80-85 ten honderd zou optimaal zijn. Zodoende zou het beddenbestand in de M-dienst komen op 3.730 bedden. De nog 113 alleenstaande M-bedden dienen prioritair te worden afgebouwd. Alleenstaande M-diensten, welke niet geïntegreerd zijn in een algemeen ziekenhuis, beschikken immers niet over directe logistieke steun (onder andere laboratorium, radiologische dienst, intensieve zorgen), wat een bijkomend risico inhoudt voor de pasgeborenen.

N-diensten *

Het beddenbestand van de N-diensten moet niet afgebouwd worden alhoewel ook hier een duidelijke onderbezetting blijft.

Wel zouden dan alle neonatale risicokinderen (8 ten honderd van de levendgeborenen) opgenomen moeten worden in de N-dienst en niet meer in de M-dienst of E-dienst.

De verzorging van premature kinderen in een niet-gespecialiseerde dienst, brengt hoge sterfte en nog andere gevolgen met zich mee (onder andere hersenverlamming, mentale handicaps enzovoort).

De 117 alleenstaande N-bedden moeten ook hier prioritair afgebouwd worden en overgeplaatst naar een algemeen acuut ziekenhuis dat over de nodige logistieke en technische uitrusting beschikt.

2. De echelonnering

Door een goed georganiseerde prenatale zorg zal, in de

*Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin : „Demografische evolutie en hospitaalplanning” ; Biomedisch onderzoekscentrum : Prof. R. Beckers, M. Verlinden, R. Pleysier.

meeste gevallen, tijdig kunnen nagagaan worden naar welke dienst de pasgeborene moet worden doorverwezen. De meeste neonatale pathologie dient zich trouwens aan voor de geboorte. In Canada werd aangetoond dat 60 à 70 ten honderd van de verlossingen gepaard gaande met een verhoogd risico voor het kind, kunnen voorzien worden. Bij een bevalling zonder risico voor de pasgeborene kan deze in de M-dienst blijven.

Indien de pasgeborene speciale zorgen nodig heeft, moet deze opgenomen worden in één van de afdelingen van de N-dienst, afdeling „intensive” (maximale), „intermediate” (gemiddelde) en „low” (minimale) „care”.

Volgens gegevens uit de internationale literatuur blijkt dat 20 à 30 per duizend levendgeborenen intensieve klinische zorg nodig hebben („Intensivecare” of „maximum care”). Tot deze groep rekent men : *

- 1) pasgeborenen met een geboortegewicht van minder dan 1500 gram en/of een zwangerschapsduur van minder dan 32 weken (12/1000) ;
- 2) pasgeborenen met ernstige ademhalingsstoornissen (5/1000) ;
- 3) ernstig bloedgroep-antagonisme (3/1000) ;
- 4) spoedeisende congenitale afwijkingen (5/1000) ;
- 5) restgroep (onder andere vitale functies ernstig bedreigd, verdenking op erfelijke ziekte) (2/1000).

Bijzondere klinische zorg („intermediate care”) is volgens ditzelfde rapport vereist voor de volgende pasgeborenen (ongeveer 63/1000) :

- 1) pasgeborenen met een geboortegewicht tussen 1500 en 2000 gram en/of een zwangerschapsduur van meer dan 32 weken (15/1000) ;
- 2) pasgeborenen met problemen na een moeilijke verlossing (25/1000) ;
- 3) restgroep (3/1000) ;
- 4) de overlevenden uit de groep die intensieve zorgen kregen (20/1000).

Voor de pasgeborenen die klinische zorg („Jow care”) nodig hebben, rekent men ongeveer 173/1000, als volgt verdeeld :

- 1) pasgeborenen met een geboortegewicht van 2000 tot 2500 gram (40/1000) ;
- 2) pasgeborenen zonder problemen, doch die observatie vereisen na een moeilijke geboorte (10/1000) ;
- 3) hyperbilirubinemie en overige niet-ernstige metabole problemen (40/ 1000) ;
- 4) pasgeborenen met een gewicht boven de 97 P-lijn (30/1000) ;
- 5) restgroep (5/1000) ;
- 6) de groep afkomstig uit de „intensive care” via de „intermediate care” (20/1000) ;
- 7) de groep pasgeborenen van 1500 - 2000 gram rechtstreeks opgenomen in de „intermediate care” (13/1000) (211000 sterft !) ;

* Rapport van de Commissie Neonatalogie van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde - februari '1978.

8) observatie moeilijke verlossing opgenomen in de bijzondere klinische zorg (15/ 1000).

Sommige patiënten zullen alle drie stadia van behandeling doormaken.

3. Personeel en apparatuur

De N-dienst, onderverdeeld in afdelingen, dient te beantwoorden aan bepaalde criteria om te kunnen voldoen aan de eisen die respectievelijk gesteld worden voor „intensive”, „intermediate” en „low care”.

De meeste diensten in België die bijzondere klinische zorg verstrekken, voldoen niet aan de eisen die gesteld worden in het buitenland qua medische apparatuur en personeelsbezetting.

Om goed te functioneren dient het personeel van de N-dienst de nodige ervaring te hebben en over een hoge graad van specialisatie te beschikken. Dag en nacht zal men er moeten beschikken over een neonatoloog en voldoende verpleegkundig personeel. Door de grote kans op besmetting in de N-dienst dient het verpleegkundig, paramedisch en verzorgend personeel volledig te worden toegewezen aan deze dienst. Zij kunnen dus niet in een andere ziekenhuisdienst werkzaam zijn. Wat betreft de personeelsbezetting van de verpleegkundigen is de toestand zo dat voor de dienst voor vroeggeborenen en zwakke kinderen (N-dienst) bepaald wordt dat voor vijftien wiegen de dienst moet kunnen beschikken over een minimumkader van drie verpleegkundigen (of vroedvrouwen) en een reserveverpleegkundige (of vroedvrouw). Volgens specialisten is een personeelsbezetting van een verpleegkundige per twee patiënten geen overdreven luxe, zeker in de afdeling intensieve zorgen.

De neonatalogen dienen ook steeds beroep te kunnen doen op de directe beschikbaarheid van andere diensten (laboratorium, radiologische dienst enzovoort) en op andere specialisten zoals een anesthesist en een kinderchirurg.

Het spreekt vanzelf dat dergelijke dienst, gezien de pathologie van de pasgeborene, tevens zal moeten beschikken over de aangepaste apparatuur.

Dit voorstel van decreet maakt dus van de N-dienst een tweede echelon in de zorgen voor pasgeborenen, waarvoor in artikel 4 de opnamecriteria zijn bepaald.

Het valt echter te vrezen dat deze echelonnering dode letter blijft indien ze niet kan opgelegd worden : vele M-diensten die het in het algemeen al financieel moeilijk hebben wegens de overcapaciteit, zouden geneigd kunnen zijn ook risico-neonatalen te behouden eerder dan ze door te verwijzen. Wil men dit laatste echter wel realiseren, dan is het aangewezen zware financiële prikkels in te bouwen in de wetgeving. Onze voorkeur gaat naar het niet uitbetalen van verpleegdagprijzen aan die M-diensten waarin risico-neonatalen toch zouden worden behouden.

L. HANCKE

VOORSTEL VAN DECREET

Artikel 1

Dit decreet regelt een aangelegenheid bedoeld in artikel 59bis van de Grondwet.

Artikel 2

De diensten aangeduid met de kenletters M en N staan in voor de opvang, behandeling en verzorging van pasgeborenen.

Artikel 3

In de M-dienst :

- hebben alle bevallingen waarvoor een beroep wordt gedaan op het ziekenhuis, plaats ;
- verblijven alle pasgeborenen, met uitzondering van deze vermeld in artikel 4.

Artikel 4

§ 1. In de N-dienst, fungerend als neonatale dienst, worden alle pasgeborenen opgenomen :

- met een geboortegewicht lager of gelijk aan 2.250 gram ;
- geboren na een zwangerschapsperiode van minder dan 34 weken ;
- op grond van medische indicatie onder meer als gevolg van prenataal onderzoek.

§ 2. De Vlaamse Executieve deelt de N-diensten in categorieën in naargelang er maximale, gemiddelde en minimale zorg wordt verstrekt.

Artikel 5

De Vlaamse Executieve bepaalt, na advies van de Vlaamse Commissie voor Ziekenhuisprogrammering, met inachtneming van de programmeringscriteria, de geografische spreiding van de M- en de N-diensten.

Artikel 6

De Vlaamse Executieve bepaalt, na advies van de Vlaamse Commissie voor Ziekenhuisprogrammering, de erkenningsnormen voor de M- en de N-diensten.

Deze normen hebben betrekking op :

- het kader en het statuut van het medisch, paramedisch, verplegend en verzorgend personeel ;
- de medische wachtdiensten ;
- het minimumaantal bedden om als M-dienst erkend te worden.

Artikel 7

Bovendien dienen de N-diensten aan de volgende voorwaarden te beantwoorden :

- een volledige toewijzing van het paramedisch, verplegend en verzorgend personeel in de eigen dienst ;
- de integratie in een algemeen ziekenhuis waarvan de infrastructuur en apparatuur afgestemd is op snel en doelmatig ingrijpen.

Artikel 8

Voor pasgeborenen vermeld in artikel 4 en die niet in een N-dienst zijn opgenomen binnen de vierentwintig uur na de geboorte of na het opmaken van medische indicatie, wordt geen verpleegdagprijs uitbetaald aan de instelling waarin ze verblijven.

L. HANCKE

J. SLEECKX

O. LEFEBER

G. TEMMERMAN
