Expéditeur :
Association Belge des Hôpitaux
Belgische Vereniging der Ziekenhuizen
Dejonckerstraat 46 - 1060 Brussels, Belgium

bpost
PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE

HOSPITALS.be

Officieel tijdschrift van de Belgische Vereniging der Ziekenhuizen / Revue officielle de l'Association Belge des Hôpitaux

WELKE APOTHEEK VOOR MIJN ZIEKENHUIS ?

2.19
TRIMESTRIEL
Avril | Juin 2019
DRIEMAANDELIJKS
April | Juni 2019

LA TÉLÉMÉDECINE : AUSSI EN BELGIQUE ?



Bureau de dépôt: Wavre (Mont-Saint-Guibert) - Hospitals.be - n° d'agrégation: P910197 - Afgiftekantoor:Wavre (Mont-Saint-Guibert - Hospitals.be - Goedkeuringsnummer: P910197 - E.R. : Dejonckerstraat 46 - 1060 Brussels, Belgium



Bouwen en verbouwen met passie voor energie-efficiëntie
Rénover ou construire en favorisant l'efficacité énergétique

...dankzij / grâce à Smart Building & Renovation Solution

Een renovatie- of nieuwbouwproject in het vooruitzicht?
Met **Smart Building & Renovation Solution** haalt u een unieke all-in formule in huis, gestoeld op jarenlange ervaring van eigen vastgoedspecialisten en de expertise van gespecialiseerde, innovatieve partners. Geen administratieve rompslomp meer. Kies voor een geïntegreerd, duurzaam en compleet projectmanagement met financiering.

Meer weten? Contacteer uw relatiebeheerder.

Un projet de rénovation ou de construction en vue?
Avec **Smart Building & Renovation Solution**, nous vous proposons un audit énergétique combiné à un service de gestion de projet, avec un seul interlocuteur et sans tracasseries administratives. Une formule all-in unique et sur mesure, basée sur l'expérience de nos propres spécialistes en immobilier et sur l'expertise de partenaires innovants. Optez pour un Projet Management intégré, durable et complet, financement inclus!

Plus d'infos? Contactez votre chargé de relations.

Belfius

Belfius Banque SA, Place Charles Rogier, 11 à 1210 Bruxelles - IBAN BE23 0529 0064 6991 - BIC GKCC BE BB - RPM Bruxelles TVA BE 0403.201.185 - no FSMA 19649 A

TABLE DES MATIÈRES
INHOUDSOPGAVE



4>5 Voorwoord / Édito
Johan Kips



6>12 Télémédecine: la Belgique à la traîne
Candice Leblanc
Des exemples en France et aux Pays-Bas montrent que l'évolution vers la télémédecine et la téléconsultation ne s'arrêtera pas à nos frontières. En Belgique, un premier pas législatif, de prochains remboursements en dermatologie, des études-pilotes…



14>23 Decentralisatie van de apotheek
Michelle Cooreman
Op 15 oktober 2018 nam het AZ Sint-Maarten zijn intrek in een nieuwbouw in Mechelen. Voor de ziekenhuisapotheek was de uitdaging even gigantisch als voor het ziekenhuis zelf. Hoofdapotheker Jens van Krieken doet uit de doeken wat er allemaal bij komt kijken.



26>34 Les atouts de la Cité Sérine, un hôtel de soins
Cécile Vrayenne
La Cité Sérine à Bruxelles propose un hébergement thérapeutique extrahospitalier de type «Middle Care», unique en son genre. Elle accueille adultes et enfants, atteints de maladies chroniques lourdes, tributaires de soins techniques et complexes, voire palliatifs.

U vindt alle artikelen en meer op
Retrouvez les articles et plus sur

www.hospitals.be

Revue officielle de l'Association Belge des Hôpitaux
Officieel tijdschrift van de Belgische Vereniging der Ziekenhuizen
ISSN: 1379-7786
Membre de la Fédération internationale des Hôpitaux
Lid van de Internationale Federatie der Ziekenhuizen
Membre de la Fédération de la Presse périodique de Belgique
Lid van de Federatie van de Periodieke Pers van België

ABH/BVZ
L'Association Belge des Hôpitaux est une association sans but lucratif, conformément à la loi du 27 juin 1921. D'après ses statuts (art. 3): «L'Association a pour objet de contribuer au développement et au progrès de la science hospitalière, et spécialement à l'étude des problèmes de gestion et d'organisation interne et externe des établissements de soins, notamment par la diffusion de publications, l'organisation de réunions d'études et de conférences, etc. Elle peut représenter ses membres dans tous groupements et/ou instances publiques et/ou privées concernées par le domaine médico-hospitalier, médico-social et sanitaire».
De Belgische Vereniging der Ziekenhuizen is een vereniging zonder winstoogmerk, volgens de wet van 27 juni 1921. Artikel 3 van haar statuten luidt: «Het doel van de Vereniging is het bijdragen tot de ontwikkeling en bevordering der ziekenhuiswetenschappen en in het bijzonder tot de studie van de interne en externe beheers- en organisatieproblemen in de gezondheidzorginstellingen, o.a. door het verspreiden van publicaties, het organiseren van studiedagen, conferenties, enz. Ze mag haar leden vertegenwoordigen in alle groeperingen en/of openbare en/of privé-instanties die zich bezighouden met ziekenhuis-, medico-sociale en gezondheidstaken».

Président/Voorzitter:
Francis de Drée - e-mail: francis.dedree@chu-brugmann.be
Secrétaire général/Secretaris-generaal:
Dirk Thielens, e-mail: dirk.thielens@iris-hopitaux.be
Secrétariat/Secretariaat:
Rue Dejoncker 46 Dejonckerstraat, Bruxelles 1060 Brussel
Tel.: 02/543.78.19 – Internet: www.hospitals.be

AVIS/BERICHT
La reproduction, même partielle, des articles de la revue Hospitals.be est interdite sans autorisation préalable. Les articles publiés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.
Artikels uit dit tijdschrift mogen worden overgenomen na toestemming van de redactie; bronvermelding is verplicht.
De auteurs zijn verantwoordelijk voor de inhoud van hun artikels.

RÉDACTION/REDACTIE
Éditeur responsable/Verantwoordelijke uitgever
Rédacteur en chef/Hoofdredacteur:
Francis de Drée
place Arthur Van Gehuchten 4 Arthur Van Gehuchtenplein
Bruxelles 1020 Brussel
e-mail: francis.dedree@chu-brugmann.be
Coordination de la rédaction/Redactiecoördinatie:
Michelle Cooreman
Secrétariat de rédaction/Eindredactie: Ghislaine Cockaerts

RÉALISATION ET PRODUCTION/ ONTWERP EN UITVOERING
Publiest
Chaussée de Haecht 547 Haachtsesteenweg
Bruxelles 1030 Brussel
Tel.: 02/245.47.74
e-mail: office@publiest.be
Mise en pages/Lay-out: Pierre Ghys - info@ultrapetita.com
Photos/Foto's: stock.adobe.com/ingimage.com
Photo de couverture/Coverfoto: Lenan/stock.adobe.com
Impression/Druk: IPM printing - Bruxelles

PUBLICITÉ/RECLAMEREGIE
Publiest
Tel.: 02/245.47.74
Directeur de la publicité: Paul Meyer - paulmeyer@publiest.eu

ABONNEMENT
e-mail: belgian.hospitals@gmail.com

RESPECT

Reflecterend vanuit ondertussen meer dan 35 jaar actieve dienst in de gezondheidszorgsector, ben ik geneigd om vooral respect te betuigen.



Prof. Dr. Johan Kips

CEO CUB-Erasme, Brussel

Respect voor alle beroepscategorieën die zich dagelijks inzetten voor de patiënt en hem met het nodige respect, alsook met empathie bejegenen.

Respect voor het sociale ondernemerschap van zorgprofessionals en zorgorganisaties, ziekenhuizen in het bijzonder, die binnen een non-profitsetting blijven streven naar meerwaardecreatie, ook al houdt dat voor hen niet meteen individuele return in.

Respect voor de beleidsmakers die via het sociale zekerheidsstelsel een voor iedereen gelijk toegankelijk en betaalbaar gezondheidszorgmodel hebben uitgebouwd, gebaseerd op solidariteit.

Naar een perpetuum?

De uitdagingen waar dit model voor staat, zijn meer dan voldoende gekend. Ze worden herhaald in de talrijke memoranda die in deze verkiezingstijd circuleren. Ik durf te hopen dat de beleidsmaatregelen die de volgende regeringen nemen, elk binnen hun op ons terrein sterk gefragmenteerde bevoegdheden, het respect voor de sector perpetueren. Onder meer door niet te raken aan het solidariteitsbeginsel en het daaraan gekoppelde consensuele beslissingsmodel door representatieve organisaties binnen de sociale zekerheid. Waar de ziekenhuizen in een tripartiet model overigens best in opgenomen worden. Of nog, door zich in beleidsbeslissingen te baseren op objectieve "evidence-based" criteria, naar analogie met wat wordt gevraagd aan medici en andere zorgprofessionals. Waar supra- en locoregionale ziekenhuisnetwerken in aansluiting met eerstelijnsnetwerken gelijktijdig worden uitgetekend op basis van data en niet van onderlinge machtsverhoudingen. Data zoals de prevalentie van aandoeningen en de benodigde infrastructuur, expertise en tijdkritische elementen die essentieel zijn voor een kwaliteitsvolle behandeling van de pathologieën in kwestie. Het uiteindelijke doel is dan om, door een adequate spreiding van diensten, het efficiënte gebruik van middelen te koppelen aan de garantie van een gelijke bereikbaarheid voor alle patiënten.

Link met de kwaliteit van de zorg

Waarbij herzieningen van het financieringsmodel vooral getoetst worden aan hun effect op de kwaliteit van de zorg. Aan de hand van vraagstellingen zoals: wordt overconsumptie maar evenzeer schadelijk onderconsumptie vermeden? Worden de – in het licht van de pathologiezwaarte – benodigde omkaderingsnormen nog gegarandeerd? Wordt zinvolle innovatie gestimuleerd? Worden de niet-direct patiëntgebonden activiteiten – die cruciaal zijn in het zorgcontinuüm voor de in toenemende mate chronische patiënt – voldoende gevaloriseerd? Adequate antwoorden hierop kunnen het respect van en voor de sector alleen maar versterken.



RESPECT

En me basant sur mes plus de 35 années de service actif dans le secteur des soins de santé, je suis surtout enclin à témoigner du respect.



Pr Johan Kips

CEO CUB-Erasme, Bruxelles

Pour toutes les catégories professionnelles qui s'investissent quotidiennement pour le patient et le traitent avec le respect et l'empathie qui lui sont dus.

Pour l'entrepreneuriat social des professionnels de la santé et des institutions de soins, en particulier les hôpitaux qui, tout en étant dans un cadre à but non lucratif, continuent à viser la création d'une plus-value, même si cela ne comporte pas directement pour eux un return individuel.

Pour les responsables politiques qui, via le système de la solidarité au sein de la sécurité sociale, ont élaboré un modèle de soins de santé , accessible et abordable pour chacun.



Pour toujours?

Les défis que doit relever ce modèle sont archi connus et répétés dans les nombreux mémos qui circulent en cette période électorale. J'ose espérer que les mesures politiques que prendront les gouvernements suivants, chacun en vertu de leurs compétences fortement fragmentées dans notre domaine, perpétueront le respect pour le secteur. Notamment en ne touchant pas au principe de solidarité et au modèle décisionnel consensuel qui y est associé via des organismes représentatifs, au sein de la sécurité sociale. Où il vaudrait mieux d'ailleurs intégrer les hôpitaux dans un modèle tripartite. Ou encore, en s'appuyant dans leurs décisions politiques sur des critères «evidence based» objectifs, par analogie à ce qui est demandé aux médecins et aux autres professionnels de la santé. Où les réseaux d'hôpitaux suprarégionaux et locorégionaux en articulation avec les réseaux de première ligne sont simultanément élaborés sur la base de données et pas sur la base de rapports de force mutuels. Des données dont la prévalence des maladies et l'infrastructure nécessaire, l'expertise ou des éléments à temps critique essentiels pour un traitement de qualité des pathologies concernées. Avec comme but, via une répartition adéquate des services, de coupler l'efficacité dans l'utilisation des moyens à la garantie d'une accessibilité identique pour tous les patients.

En lien avec la qualité des soins

Où les révisions du modèle de financement sont principalement évaluées sur leur effet sur la qualité des soins. À l'aide de questions comme: la surconsommation est-elle évitée ainsi que la sous-consommation qui est tout aussi néfaste? Les normes d'encadrement nécessaires en fonction de la sévérité de la pathologie sont-elles encore garanties? Une innovation judicieuse est-elle stimulée? Les activités non directement liées aux patients – qui sont cruciales dans la continuité des soins pour les patients chroniques de plus en plus nombreux - sont-elles mieux valorisées? Une réponse adéquate à ces questions ne peut que renforcer le respect témoigné par et pour le secteur.

PRATIQUE MÉDICALE À DISTANCE

TÉLÉMÉDECINE: LA BELGIQUE À LA TRAÎNE



Candice Leblanc



Dr Béatrice De Donder
Présidente de l'Union professionnelle de dermatologie et de vénérologie



Dr Leonard Witkamp
CEO de Ksyos



François Daue
Expert indépendant en e-santé

À l'instar de plusieurs pays européens, la France et les Pays-Bas encadrent et promeuvent la télémédecine en général et les téléconsultations en particulier. En Belgique, en revanche, malgré des technologies opérationnelles, un projet de remboursement et des expériences-pilotes plus ou moins concluantes, on se tâte, on hésite, on discute encore.



Le Ministère français de la Santé définit la télémédecine comme «une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication» [1]. Cette composante de l'e-santé «met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de la santé». Nos voisins d'outre-Quiévrain ont décliné la télémédecine en cinq actes (voir encadré). Parmi les applications concrètes du concept, la téléconsultation est remboursée depuis le 15 septembre 2018 [2]. Les professionnels français de la santé n'ont toutefois pas attendu ce remboursement pour se lancer dans l'aventure «télémédicale». Plusieurs initiatives ou expériences-pilotes avaient déjà été mises en place pour lutter contre l'engorgement des Urgences, les déserts médicaux ou encore pour améliorer l'accessibilité aux soins des patients plus vulnérables. Exemples.

Désengorger les Urgences

Le Dr Arnault Pfersdorff, pédiatre-réanimateur à Strasbourg, a créé pediatre-online.fr en 1996. Ce qui était au départ un simple blog d'information pédiatrique s'est peu à peu transformé en une plateforme de «téléconseil». Moyennant finances, des parents pouvaient être mis en contact avec des pédiatres, par chat ou par téléphone, en dehors des heures d'ouverture des cabinets pédiatriques.

Aujourd'hui, via une appli sécurisée et après avoir convenu d'un rendez-vous, les parents peuvent déclencher une téléconsultation avec, conformément à la loi, leur pédiatre habituel ou un médecin qu'ils ont vu au moins une fois dans les douze mois précédents. Au terme de la téléconsultation, le médecin peut consigner un rapport dans le dossier médical de l'enfant et/ou envoyer une prescription par voie électronique.

Pediatre-online.fr est présenté par son fondateur comme un complément et non une alternative aux consultations physiques. À tout moment, le pédiatre peut demander à voir l'enfant en personne ou dire aux parents de se rendre aux Urgences. Ce qui, huit ou neuf fois sur dix, n'est pas nécessaire. *In fine*, ce système permet de désengorger les cabinets de pédiatrie et surtout les Urgences où, d'après le Dr Pfersdorff, 80% des petits patients n'ont rien à faire…

Améliorer l'accès aux soins

L'une des raisons pour lesquelles la télémédecine s'est plus rapidement développée en France que chez nous tient au phénomène des déserts médicaux. Très vite, les autorités sanitaires et les professionnels de la santé y ont vu un moyen moderne de pallier (partiellement) ce problème. L'été dernier, le département du Loiret, l'un des plus défavorisés en matière d'offre médicale, a équipé plusieurs communes rurales de cabinets de téléconsultation. Outre le matériel informatique (ordinateur, webcam, connexion sécurisée, etc.), ces cabinets disposent d'un chariot de téléconsultation, composé d'instruments d'auscultation connectés: stéthoscope, otoscope, thermomètre, tensiomètre, etc. Ces instruments sont manipulés par une infirmière qui assiste à la téléconsultation aux côtés du patient.

La distance géographique n'est pas le seul facteur qui peut compliquer l'accès aux soins. Des personnes peu mobiles, dépendantes ou encore atteintes de confusion, voire de démence, peuvent aussi tirer profit de la téléconsultation. En 2017, une expérience-pilote de télécardiologie a été menée dans le département du Nord. Elle réunissait le service de cardiologie du Centre hospitalier d'Armentières, une maison de santé [3] et un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette fois, c'est le médecin généraliste de résidents à haut risque cardiovasculaire de l'EHPAD qui se chargeait de l'examen clinique, de l'anamnèse, du bilan biologique et de l'électrocardiogramme. Il transmettait le tout au cardiologue de l'hôpital, qui fixait alors un rendez-vous pour la téléconsultation à la maison de santé. Les avantages: le patient restait dans un environnement familier, avec son médecin traitant, et ne devait pas être transporté (en ambulance) jusqu'à Armentières.

Les 5 actes de télémédecine en France

- La téléconsultation est une consultation médicale à distance entre un professionnel de la santé et un patient. Elle est réalisée via un système sécurisé de visioconférence de type Skype.
- La télésurveillance désigne le recueil automatique ou par le patient de données sur son état de santé (par des applis, par exemple) et l'analyse et l'interprétation de ces données, à distance, par un professionnel de la santé.
- La télé-expertise permet à un médecin de solliciter l'avis d'un confrère ou d'une consœur sur le cas d'un patient – avec son consentement préalable – via un système de messagerie sécurisé. En France, cette pratique fait l'objet d'une rémunération depuis février 2019.
- La téléassistance permet à un médecin d'assister, à distance, un confrère ou une consœur dans la réalisation d'un acte médical.
- La régulation médicale est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15 qui gèrent les appels d'urgence médicale en France.

> Dans le cabinet de téléconsultation, une infirmière manipule stéthoscope, tensiomètre...

Le boom néerlandais de la télémédecine

Bien que le cadre légal, réglementaire et déontologique soit établi, la télémédecine ne progresse pas de la même façon partout en France. Son déploiement dépend encore largement de la bonne volonté des médecins, des hôpitaux et des autorités locales. Étonnamment, alors que l'accès aux soins n'est guère un problème en Île-de-France, l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) a fait office de précurseur en la matière: quelque 66.000 actes de télémédecine ont été effectués en 2017. Certes, il s'agissait à 80% de télé-expertises et il n'y a eu «que» 2.679 téléconsultations. Cela dit, l'AP-HP prévoit de passer à 150.000 téléconsultations par an d'ici à 2022. Une gageure? Pas forcément. L'essor de la télémédecine aux Pays-Bas démontre à quel point les choses peuvent rapidement évoluer.

Ksyos est présenté par son CEO, le Dr Leonard Witkamp, comme «un hôpital digital qui doit répondre aux mêmes normes et obligations que n'importe quel hôpital néerlandais. À la différence près que nous utilisons les technologies modernes pour mener des consultations et poser des diagnostics». Actuellement, les 12.000 professionnels de la santé qui utilisent Ksyos réalisent 250.000 téléconsultations par an. Un chiffre qui augmente de 15% en moyenne chaque année. «Les deux spécialités les plus exploitées sont la dermatologie et l'ophtalmo-



ADHEAR

Plakken. Klikken. Horen.

ADHEAR is een revolutionair beengeleidingssysteem die een wereld aan geluid kan bieden op een ongelofelijk eenvoudige manier.

Wat is zo bijzonder aan ADHEAR?
Het toestel wordt eenvoudig geklikt op een zelfklevende patch op het mastoïd achter het oor. De patch oefent geen druk uit op de huid en heeft een hoog draagcomfort. Het toestel is geschikt voor mensen met een transmissieverlies of een unilaterale doofheid.

Collez. Clipsez. Ecoutez.

Fini d'attendre ! C'était une nécessité... MED-EL l'a fait en proposant un nouveau système auditif non implantable à conduction osseuse.

Ce qui est différent ?
Un adaptateur adhésif, non chirurgical, qui évite toute pression sur la peau et offre une solution simple et esthétique pour les personnes atteintes de surdité de transmission ou de surdité neurosensorielle unilatérale.

ADHEAR staat op de RIZIV-lijst van de hoortoestellen en valt onder de terugbetaling zoals een conventioneel hoortoestel vermeerderd met het supplement beengeleiding.
Voor meer info kan u surfen naar https://www.medel.com/nl/adhear of kan u een mail sturen naar office@be.medel.be

L'appareil ADHEAR figure sur la liste des aides auditives remboursées INAMI et est donc remboursé comme aide auditive conventionnelle avec supplément à conduction osseuse.
Si vous désirez obtenir plus d'information n'hésitez pas à consulter notre site web https://www.medel.com/fr/adhear/ ou envoyer un mail à office@be.medel.com

29189 1.0

hearLIFE

Personne de contact/ Contactpersoon MED-EL Be:
Mireille Van Rompu – Business Manager BE – 0032 (0) 488 360 640

medel.com

Een revolutionaire Beengeleidingstechnologie
Une technologie à conduction osseuse inédite

Que dit l'Ordre des médecins ?

Au départ, l'Ordre national des médecins ne voyait pas les téléconsultations d'un très bon œil. Invité à se positionner à l'égard de ViVi-Doctor, l'Ordre a rendu un avis négatif en mai 2017: «(...) poser un diagnostic sans contact physique avec le patient est dangereux. (...) Les consultations virtuelles dans le cadre du suivi d'un patient connu ne peuvent être utiles que dans des cas exceptionnels». Mais dans un avis d'octobre 2018 portant sur la question de savoir si les médecins généralistes pouvaient refuser des patients, l'Ordre semble avoir assoupli sa position, puisqu'il inclut la télémédecine comme l'une des «diverses initiatives contribuant à une meilleure efficacité de la médecine générale. Cette évolution doit être encouragée de façon à permettre une utilisation optimale de la force de travail en médecine générale».



La télé-expertise permet à un médecin de solliciter l'avis d'un confrère ou d'une consœur sur le cas d'un patient.

logie [4]», explique le Dr Witkamp. «La santé mentale et la médecine du sommeil se développent aussi de plus en plus.»

Le système néerlandais impose au patient de d'abord passer par un médecin généraliste avant d'être éventuellement référé par ce dernier chez un spécialiste. S'il opte pour une téléconsultation, le patient n'est pas forcément seul face à son écran: son médecin généraliste ou une infirmière peut être présent à ses côtés, surtout s'il y a un examen clinique à faire ou une mesure à prendre. «Dans 80% des cas, la téléconsultation suffit et le patient ne doit pas se rendre physiquement chez le spécialiste», affirme le Dr Witkamp. «Notre système permet aux assurances santé de réduire les coûts de la médecine de spécialité de près de 40%. Sans oublier les bénéfices pour les patients et pour les hôpitaux: listes d'attente moins longues, diminution des (ré)hospitalisations, etc.»

Un premier pas législatif en Belgique

Et en Belgique, où en sommes-nous? Comparé à nos voisins, pas très loin! «Que ce soit du côté des médecins, des hôpitaux ou des autorités, les différents acteurs ont tardé à s'intéresser à la télémédecine », analyse François Daue, expert indépendant en e-santé. «Nous n'avons pas encore de loi qui définit le concept et encadre les pratiques, mais les choses commencent à bouger. En tout cas, un premier pas législatif a été fait en ce sens.» En effet, une loi «Qualité» est en discussion au Parlement. Il s'agit de définir les exigences de qualité que les prestataires de soins doivent respecter. En prévision d'un éventuel cadre législatif futur pour la télémédecine, Maggie De Block a fait inscrire dans le projet de loi que les téléconsultations devraient respecter les mêmes critères que les consultations physiques. «Les rapports juridiques entre un patient et un professionnel des soins de santé dans le cadre de la télémédecine entrent également dans le champ d'application du texte», précise-t-on à son cabinet. «Il ne doit pas nécessairement y avoir contact physique entre le patient et le professionnel des soins de santé pour que les exigences de la loi s'appliquent.»

Par ailleurs, la ministre a conscience des bénéfices qui peuvent être tirés des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé, comme en témoignent les diverses initiatives prises, ces dernières années, pour développer et soutenir l'e-Health: le dossier médical informatisé, les prescriptions électroniques, l'évaluation et le classement des applis santé [5] ou encore les réseaux régionaux de partage des données médicales sont autant d'outils qui font le lit de la télémédecine.



La «télédermatologie» bientôt remboursée?

Au niveau des remboursements, jusqu'il y a peu, seule la mutualité Partena accordait un remboursement pour une appli dédiée à la surveillance des arythmies cardiaques. Mais il se pourrait bien que l'INAMI rembourse aussi bientôt un premier acte de télémédecine. En effet, l'Union professionnelle et la Société royale belge de dermatologie et de vénérologie ont financé la mise au point d'un outil de – ce que les Français appellent la – télé-expertise. «Via la plateforme eHealth, notre module eForm permet à un médecin généraliste de solliciter l'avis d'un dermatologue en lui envoyant les photos d'une lésion d'un patient», explique le Dr Béatrice De Donder, présidente de l'Union professionnelle de dermatologie et de vénérologie. «Nous avons déposé un dossier à l'INAMI il y a quelques mois pour demander le remboursement (sans ticket modérateur) de cet acte de télédermatologie. Ce qui permettrait de recevoir un avis de spécialiste en moins de 24 heures, sans que cela ne coûte rien au patient.»

D'après les études-pilotes qui ont été menées en Flandre [6] et l'expérience néerlandaise, cette initiative présente plusieurs avantages. D'abord, elle permet le diagnostic précoce des cancers cutanés et, donc, une prise en charge plus rapide de ces patients. Ensuite, la télédermatologie apporte au médecin généraliste une aide au diagnostic et au traitement des maladies de la peau, ce qui, au fur et à mesure du temps, améliore sa propre expertise. Enfin, comme en France, elle diminue les listes d'attente en médecine spécialisée

PUBLIREPORTAGE

Se préparer aux défis de demain



Marine FRANCK
Attachée à la Direction Médicale
CHR Verviers

Depuis quelques années, nombreux sont les bouleversements au sein des infrastructures hospitalières autant en termes de réorganisation du paysage que de son financement. Au cœur de ces réformes : la gestion optimale des séjours et son corollaire les enregistrements RHM (Résumé Hospitalier Minimum).

Intéressons-nous plus précisément à l'importante question des challenges organisationnels autour des enregistrements RHM : *"Suite à la complexité de ce domaine stratégique et aux obligations fédérales (notamment la récente forfaitarisation des Soins à Basse Variabilité), nous avons travaillé sur différents plans : création d'une coordination RHM, réorganisations internes, externalisation d'une partie du codage, formation continue de l'équipe, recrutement et valorisation du rôle des infirmiers codificateurs, développement de la collaboration entre la cellule RHM et le Staff médical, engagement d'un nouveau médecin RHM et d'un support administratif et technique RHM",* nous explique Marine Franck, Responsable du Service des Informations Médico-hospitalières, attachée à la Direction Médicale du CHR Verviers.

Le "CHR Verviers East Belgium" est la plus importante institution hospitalière de l'Est de la Belgique et fêtera ses 130 ans en 2020. Depuis plusieurs années des changements essentiels sont intervenus et bien d'autres sont à venir dans le cadre du nouveau Plan Stratégique 2018-2027. Dans la nouvelle règlementation en matière de "Soins à Basse Variabilité", il était impératif de préparer le terrain, nous précise Marine Franck : *"Réunir les compétences des services RHM – Financier – Informatique, initier un projet pilote, réaliser des analyses quantitatives et qualitatives ainsi que des feedback auprès des spécialités concernées, sensibiliser le corps médical à l'importance de disposer rapidement d'un dossier médical complet pour permettre un codage 15 jours après la sortie du patient, réorganiser le travail au sein de la cellule RHM et, en parallèle, continuer à disposer d'une solution externalisée en matière d'enregistrements RHM pour pouvoir absorber le passif et respecter la prochaine deadline du SPF Santé Publique"*.

Marine Franck spécifie : *"Notre étroite collaboration avec Arxis nous apporte plusieurs bénéfices. Premièrement, elle nous permet de respecter les délais imposés malgré la disponibilité des effectifs en interne qui peut fluctuer. Deuxièmement, nous justifions davantage nos séjours en conjuguant les compétences respectives des 2 équipes de codeurs. Troisièmement, les audits directs toutes les 6 semaines nous permettent de viser une nette amélioration de la justification de nos séjours, et donc de notre financement"*. Dans ce cadre, Arxis a su fournir au CHR Verviers des outils analytiques mettant en évidence les points à améliorer et les stratégies à mettre en place pour aller vers une meilleure performance. Cette collaboration a commencé suite à la nécessité d'externaliser le codage de séjours pour respecter les délais du SPF et dans un contexte de manque d'effectifs en interne, mais elle a rapidement débouché sur un véritable partenariat.

Dans le cadre des profondes mutations que traverse le secteur hospitalier, il est essentiel pour chacune de ces institutions soumises à forte pression de pouvoir compter sur un partenaire qui l'accompagne, la soutient en lui fournissant audits & tableaux de bord afin de définir ensemble des stratégies couronnées de succès. Sans oublier le soutien externe pour ce qui a trait aux enregistrements RHM.

Interview de Marine Franck réalisée par Assia Berrouho



Un médecin généraliste peut solliciter l'avis d'un dermatologue en lui envoyant les photos d'une lésion d'un patient.

en désengorgeant les cabinets des spécialistes. Le tout pour un budget raisonnable: 300.000 € pour 15.000 télé-expertises estimées par an.

Le cas ViVi-Doctor

Pour ce qui est des téléconsultations médecin-patient, en revanche, les choses tardent à se mettre en place. En témoigne l'aventure ViVi-Doctor. Cette plateforme est la première en Belgique à avoir proposé des téléconsultations pour, au choix, l'arrêt du tabac, les blessures sportives, les éruptions cutanées, les refroidissements, l'allaitement, les diarrhées et vomissements, etc. À l'origine, ces téléconsultations étaient ouvertes «tous azimuts». Bien qu'il reste discret sur la nature exacte des problèmes rencontrés, François Daue qui conseille ViVi-Doctor, admet que «lors de l'expérience-pilote – toujours en cours –, les médecins qui assurent les téléconsultations ont eu vite fait de les limiter à leurs propres patients». Probablement pour éviter les abus et dérives qui résultent inévitablement de téléconsultations ouvertes au tout venant: certificat médical de complaisance, ordonnance non justifiée, patients étrangers non couverts par une mutualité, etc.

De fait, tant chez nous que chez nos voisins européens, la notion de patient connu par le médecin et identifié par le système des soins de santé est devenue fondamentale. Mais ce n'est pas le seul virage que ViVi-Doctor a entrepris. «Leur approche sera désormais plus institutionnelle», explique François Daue. «Des discussions sont en cours avec plusieurs cliniques et hôpitaux belges pour intégrer l'appli ViVi-Doctor à leur offre de soins. Concrètement, il ne s'agirait plus d'inviter des médecins à faire des téléconsultations via la plateforme ViVi-Doctor, mais bien de l'intégrer au sein même des hôpitaux, sur leur propre portail.» Ce type d'intégration va au-delà d'un simple onglet à rajouter sur un site web. Et pour cause: «L'institution de soins doit d'abord sélectionner les services et spécialités médicales ou paramédicales pour lesquels elle souhaite proposer de la téléconsultation», explique l'expert en e-santé. «Ensuite, il faudra former le personnel à utiliser cette technologie de façon efficiente, que ce soit pour la prise de rendez-vous, la facturation ou encore la façon de garder des traces de la téléconsultation dans le dossier médical du patient. Enfin, les services de consultation devront prévoir des plages horaires dédiées.» Bref, mettre en place des téléconsultations implique un véritable engagement des institutions et s'inscrit dans une démarche globale, intégrée et réfléchie. Une condition sine qua non pour faire de la télémédecine un outil et non une dérive.

[1] Article L.6316-1 du Code de santé publique.
[2] Le remboursement a été fixé à 25 € pour une téléconsultation avec un médecin généraliste et à 30 € avec un médecin spécialiste.
[3] En France, une maison de santé est une petite polyclinique qui propose des consultations (para)médicales.
[4] Aux Pays-Bas, plus de la moitié des dépistages de la rétinopathie diabétique sont réalisés via la télémédecine. En France, l'AP-HP a effectué plus de 16.000 télédépistages de cette pathologie en 2017.
[5] Voir le site www.mhealthbelgium.be.
[6] La télédermatologie a notamment été testée, dès 2016, à Gand, Ostende, Courtrai et Roulers.

Telegeneeskunde: België loopt achter

Zoals in verschillende Europese landen het geval is, begeleiden en promoten Frankrijk en Nederland telegeneeskunde in het algemeen en teleconsultatie in het bijzonder. Maar in België zijn de discussies nog aan de gang, en dat ondanks de technische mogelijkheden. Een terugbetalingsproject in de dermatologie en pilootprojecten zijn de eerste stappen. In afwachting van een toekomstig legaal kader, heeft Maggie De Block in het wetsvoorstel laten opnemen dat teleconsultaties moeten voldoen aan dezelfde vereisten als fysieke consultaties. In het Nederlandse systeem moet de patiënt eerst langs zijn huisarts om eventueel doorverwezen te worden naar een specialist. Kiest hij voor teleconsultatie, dan zit de patiënt niet noodzakelijk alleen voor het scherm: de huisarts of een verpleegkundige kan hem bijstaan, vooral als een lichamelijk onderzoek nodig is of metingen moeten worden gedaan. In 80% van de gevallen volstaat de teleconsultatie en hoeft de patiënt zich niet fysiek naar de specialist te begeven, luidt het. Zo kan tot 40% op de uitgaven worden bespaard. En voor de ziekenhuizen betekent dat minder wachtlijsten, minder (re)hospitalisaties, enz.

30 YEARS PROFESSIONAL EXPERIENCE

express medical



Al 30 jaar zorgen we ervoor dat jij voor anderen kan zorgen.

Er is de afgelopen decennia veel ten goede veranderd in de medische sector. Maar wat al goed is moet je niet veranderen. Zo is Express Medical al 30 jaar dé professionele carrièrecoach voor verpleegkundigen.

Doorheen je carrière begeleiden we je naar verschillende functies, jobs en ervaringen in functie van jouw persoonlijke ambities en behoeften. Met Express Medical als vaste werkgever bouw je een gevarieerde loopbaan op maat uit, van student tot pensioen. Zo zorgen wij ervoor dat jij voor anderen kan zorgen, al 30 jaar lang.

Join our team!
Expressmedical.be.

Uw partner in de zorg.

Depuis 30 ans nous prenons soin de vous pour que vous puissiez prendre soin des autres.

Beaucoup de choses ont évolué positivement dans le secteur médical au cours de cette dernière décennie. Mais vous ne devez pas changer, ce qui est une bonne chose. Express Medical est ainsi depuis 30 ans déjà le coach professionnel de carrière pour les infirmiers et les infirmières.

Nous vous guidons tout au long de votre carrière vers différentes fonctions, places et expériences, en tenant compte de vos ambitions et besoins personnels. Avec Express Medical comme employeur permanent, vous vous concoctez une carrière variée et sur mesure, de vos jobs étudiants à votre pension. Nous veillons à ce que vous puissiez prendre soin des autres, depuis 30 ans déjà.

Rejoignez notre équipe !
Expressmedical.be.

Votre partenaire en soins de santé.

EEN GIGANTISCHE UITDAGING VOOR APOTHEEK EN ZIEKENHUIS

DECENTRALISATIE VAN DE



Jens van Krieken
Apotheker, diensthoofd, verantwoordelijk voor de ziekenhuisapotheek en de afdeling centrale sterilisatie
AZ Sint-Maarten | Mechelen
Jens.Van.Krieken@Emmaus.be | www.azsintmaarten.be

algemeen ziekenhuis Sint-Maarten

Michelle Cooreman

Als een ziekenhuis verhuist, moet de apotheek mee. Aan de verhuizing ging een lange voorbereiding vooraf, waarbij ook voor de inrichting van de apotheek keuzes moesten worden gemaakt. Wordt het centrale levering van medicatie via een grote apotheekrobot of opteert men voor elektronisch gestuurde kasten op de afdelingen? Apotheker Jens van Krieken, sinds 2014 diensthoofd, heeft de voor- en nadelen afgewogen, maar verduidelijkt: "Ik heb er nog geen spijt van en zou, mocht ik moeten herbeginnen, precies hetzelfde kiezen."

Op 15 oktober 2018 verhuisden drie campussen van het AZ Sint-Maarten, twee in Mechelen en een in Duffel (zie kader), naar de nieuwe locatie van het AZ Sint-Maarten, aan de Liersesteenweg in Mechelen. "Toen het idee van nieuwbouw voor één ziekenhuis groeide, had men al onderzoek gedaan naar centrale levering van de medicatie via de apotheek met een grote robot. Met dat concept van medicatieaflevering en bedsidescanning in het achterhoofd, zijn we binnen het ziekenhuis gestart met de invoering van het elektronisch medisch voorschrift (EMV). Die invoering had tal van effecten op het medicatieproces, omdat we moesten vaststellen dat veel factoren – waaronder het tijdig handtekenen van de arts, extra validatie van het voorschrift door een apotheker … – het proces van medicatiebedeling vertraagden", legt de hoofdapotheker uit.

Te lange doorlooptijd

De doorlooptijd is de periode vanaf het moment dat de patiënt wordt opgenomen tot de apotheek zijn medicatie aanlevert op de afdeling waar hij verblijft. De medicatie die de patiënt thuis neemt en de nieuwe nodig voor zijn behandeling vormen het medicatieschema dat door de verpleegkundige wordt omgezet in een EMV, om door de arts van dienst te worden gevalideerd. "Voor een goede farmaceutische zorg neemt de apotheker het medicatieschema door om de veiligheid van de patiënt op het vlak van medicatiegebruik te garanderen. Daarna wordt alles centraal verzameld in de apotheek en klaargelegd per patiënt om naar de afdeling te worden gebracht. De volledige doorlooptijd was te lang."
De robotisering die in het voorstel zat, gaf echter onvoldoende speling om de doorloopduur te doen inkrimpen. Zo moet het EMV gevalideerd zijn vóór de robot begint te werken. "Een robot werkt vrij strikt en artsen worden nu eenmaal weggeroepen voor een urgentie. Als we het idee van de centrale verdeling aanhielden, zouden we met vertragingen in de distributie blijven zitten. Bovendien is zo'n centrale robot ook heel duur, zeker voor de omvang van onze activiteit."
Toen Jens van Krieken in 2014 in dienst trad van het AZ

APOTHEEK



© AZ Sint-Maarten

Sint-Maarten waren de knelpunten duidelijk. Het besluit was dan ook dat het geen goed idee was om dat centrale systeem in de nieuwbouw te implementeren. “Dus heb ik een casestudie opgemaakt voor de directie met daarin een andere manier om de medicatie te verdelen in het nieuwe ziekenhuis. Ze ging ermee akkoord. De hele apotheek werd hervormd in het kader van het nieuwe proces voor medicatieverdeling, zowel op de afdelingen als in de apotheek. Dan kon de voorbereiding echt beginnen en volgde de uitrolling tot het moment waarop we vandaag staan.”

Voorwaarden voor het nieuwe systeem

De wens was dat het medicatieschema – om het ‘picken’ van de medicatie uit de medicatiekast te sturen – actueel zou zijn op het moment dat de medicatie wordt klaargezet voor de patiënt. Vanuit een centrale bedeling moet je algauw langer dan een paar uur rekenen om de medicatie tijdig klaar te hebben voor het tijdstip waarop de patiënt ze moet innemen. “Op het moment dat de medicatie voor dat toedieningsmoment wordt klaargezet, wilden we de allerlaatste wijzigingen die de arts aan het medicatieschema heeft aangebracht, meenemen. Een andere vereiste voor het systeem was dat de verpleegkundige op medisch order de medicatie die de patiënt nodig heeft voor zijn behandeling, heel snel na zijn aankomst moet kunnen geven, met uitzondering van niet-dringende randmedicatie zoals voedingssupplementen. Als men daarbij heel het proces van dubbele validering moet doorlopen, duurt het weer lang vóór de patiënt zijn nodige medicatie krijgt.”

De derde vereiste betreft de veiligheid. Om medicatiefouten te vermijden en de farmaceutische zorg te verbeteren, wilden ze extra controlestappen in het systeem inbouwen. Nu is het zo dat de apotheek de medicatie klaarlegt, vervolgens voert een tweede persoon een controle uit, dan gaat de medicatie naar de afdeling, waar de verpleegkundige controleert vóór toediening. Maar hoe drukker het wordt, hoe sneller fouten mogelijk worden. “Dus wensten we een soort van geïnformati-

Over het AZ Sint-Maarten

- **1 januari 1999**: fusie van het AZ Sint-Jozef in Mechelen en het AZ Sint-Norbertus in Duffel tot AZ Sint-Maarten. Die fusie was de basis voor de oprichting van de vzw Emmaüs, een zorgnetwerk in de provincie Antwerpen, met 24 zorgvoorzieningen in de gezondheids- en welzijnszorg.
- **30 juni 2006**: de Mechelse campus van het Dodoens-ziekenhuis sluit aan bij het AZ Sint-Maarten, dat zo drie campussen telt, campus Leopoldstraat en campus Zwarte-zustersvest in Mechelen, en campus Rooienberg in Duffel.
- **15 oktober 2018**: verhuizing van de drie campussen naar een nieuwbouw, aan de R6 in Mechelen-Noord.
- **AZ Sint-Maarten dat zijn**:
  643 erkende hospitalisatiebedden
  96 daghospitalisatiebedden
  ± 200 artsen
  1350 medewerkers
  200 vrijwilligers
  385.000 patiëntencontacten op jaarbasis (2018)
- **In de apotheek werken**:
  18 apothekers FTE
  27 apothekersassistenten
  5 andere profielen
- De apotheek levert ook (1 x/dag) aan het Psychiatrisch ziekenhuis Duffel (541 bedden) en het Psychiatrisch verzorgingstehuis Schorshaegen (90 bedden).



De elektronische magazijnrobot in de apotheek bevat de 20% minder gebruikte geneesmiddelen.

seerde controle op wat de patiënt toegediend krijgt. Het uiteindelijke doel is om als laatste controlestap voor onze patiënten bedsidescanning in te voeren. Dat wil zeggen dat vlak vóór toediening via scanning wordt gecontroleerd of de medicatie die de verpleegkundige voor die patiënt heeft, de juiste medicatie is, op het juiste tijdstip toegediend, in de juiste dosering en vorm (iv of oraal). Dat is wat een closed loop voor het medicatie-proces wordt genoemd."

Om bedsidescanning te kunnen doen, moet alles natuurlijk scanbaar zijn. Kortom, elke pil moet een barcode hebben met de samenstelling, maar ook het lotnummer en de vervaldatum. Zo kan een patiënt nooit vervallen medicatie toegediend krijgen. Wanneer een lot wordt teruggeroepen, weet de apotheek precies waar die pillen zich bevinden en welke patiënt ze gekregen heeft. Vanuit de industrie is nog niet alle medicatie scanbaar. "Daarom hebben we er in het ziekenhuis voor gekozen om een robot aan te schaffen die unidoses scanbaar aanmaakt."

Aangestuurd door het EMV

Het is nog steeds de verpleegkundige die de medicatie voor toediening voorbereidt. Daarom kozen ze ervoor om op alle afdelingen een semiautomatische apotheekkast te plaatsen, waarin meer dan 80% van de meest voorkomende eenheden, op die afdeling toegediend, voorradig zijn. "Die elektronische kast wordt rechtstreeks aangestuurd door het EMV. Ze geeft aan welke pilletjes moeten worden genomen via een pick-to-light-systeem: lichtjes lichten op bij de medicatie die de verpleegkundige moet nemen voor een welbepaalde patiënt. Hij/zij scant de pilletjes die hij/zij klaarlegt in het bakje van die patiënt. Zo gebeurt er op het moment van de picking nog een dubbele controle, aangestuurd door het elektronisch voorschrift."

De kasten staan onder toezicht van badgecontrole, net zoals de deur van het lokaal op de afdeling waar de kast zich bevindt (de apotheekverpleegpost) en de verpleegpost zelf. Het profiel van elke werknemer binnen het ziekenhuis staat op zijn badge. Iemand met een administratief profiel kan dan ook nooit in een medicatiekast. Speciaal gereglementeerde medicatie zit nog eens in apart geblokkeerde schuiven van de kast, met extra beveiliging.

Gedecentraliseerd deel van de apotheek

De kasten op de afdelingen vormen het gedecentraliseerde deel van de apotheek. Ze blijven onder controle staan van de apotheek, al waren tal van veranderingen in de organisatie van de apotheek nodig om dat proces efficiënt te laten verlopen. “De uitgebreide informatisering en het verdelen van unidoses moeten zo proper en zo lean mogelijk gebeuren, zodat je jezelf niet verliest in de microverdeling. Dus werd in de apotheek een robot aangekocht om de unidoses te maken en ontwikkelde men tegelijk een systeem om in het ziekenhuis geen unidoses, maar pakketjes van unidoses te verdelen. Die pakketjes bestaan uit altijd hetzelfde vastgelegde aantal van een bepaalde medicatie, en worden automatisch samengesteld in de apotheek. Dat is gemakkelijk en praktisch. Om de kast te herbevoorraden, brengen we gewoon pakketjes per medicatie naar de afdeling.”
Op de afdeling zitten in de kast, baxters en verbandmateriaal niet meegerekend, tussen 160 en 200 verschillende referenties. Het aantal referenties of geneesmiddelen verschilt per afdeling. “Voor de opstart hebben we, op basis van het historische verbruik, moeten inschatten hoe groot dat aantal per afdeling is. Maar binnen een kleine maand worden de aantallen herschikt, omdat we dan genoeg data hebben om het aantal volledig op maat van elke afdeling te maken. Ter vergelijking, in de apotheek zelf liggen meer dan 2000 verschillende referenties.”

Centraal deel van de apotheek

De resterende 20% wordt wel rechtstreeks van de apotheek naar de afdelingen gebracht. Het zou niet efficiënt werken zijn om ze allemaal op de afdelingen te stockeren, in de veronderstelling dat ze ooit wel eens nodig zullen zijn. De 20% die meer sporadisch wordt gebruikt, betreft wel nog honderden verschillende referenties. “Maar die 20% willen we met dezelfde veiligheid en efficiëntie afleveren. Daartoe werd een grote elektronische magazijnrobot in de apotheek gezet. Ook die robot krijgt vanuit het EMV doorgegeven welke medicatie voor die patiënt nodig is voor een termijn van 2 tot 3 dagen. Deze termijn is nodig om de logistiek ervan haalbaar te houden. De robot levert de medicatie aan, wij verpakken per patiënt en het zakje gaat via buizenpost naar de afdeling. Het picking proces en het transport via buizenpost zorgen ervoor dat de medicatie snel en efficiënt bij de patiënt geraakt, waardoor we weer

Onderweg naar morgen



Marine FRANCK
Verbonden aan de Medische Directie
CHR Verviers

Sinds enkele jaren zijn de veranderingen in de ziekenhuisinfrastructuur talrijk, zowel in de reorganisatie van het landschap als in de financiering. Centraal in deze hervormingen staan het optimale beheer van de verblijven en de daaruit voortvloeiende registratie van MZG (Minimale ZiekenhuisGegevens).

Laten we even focussen op de uitdagingen op organisatorisch vlak rond de registratie van MZG : *“Door de complexiteit van dit strategische domein en de federale verplichtingen (namelijk de recente forfaitarisering van de laagvariabele zorg) hebben we op verschillende niveaus gewerkt: opzet van coördinatie MZG, interne reorganisaties, uitbesteding van een deel van de codering, permanente vorming van het team, rekrutering en valorisatie van de rol van de coderende verpleegkundigen, ontwikkeling van een samenwerking tussen de cel MZG en de medische staf, aanwerving van een nieuwe arts MZG, en administratieve en technische ondersteuning MZG”*, verklaart Marine Franck, verantwoordelijk voor de dienst Medische Ziekenhuisgegevens, verbonden aan de Medische Directie van het CHR Verviers.

Het “CHR Verviers East Belgium” is het belangrijkste ziekenhuis in het oosten van België en viert in 2020 haar 130-jarig bestaan. Sinds enkele jaren zijn fundamentele wijzigingen doorgevoerd en er komen er nog aan in het kader van het nieuwe Strategische Plan 2018-2027. In de nieuwe reglementering rond “Laagvariabele Zorg” was de voorbereiding van het terrein vereist, benadrukt Marine Franck: *“Het samenbrengen van de competenties van de diensten MZG - Financiën - Informatica, het opstarten van een pilootproject, het realiseren van kwantitatieve en kwalitatieve analysen evenals van feedback bij de betrokken specialiteiten, het sensibiliseren van het medische korps voor het belang om snel over een volledig medisch dossier te beschikken zodat 14 dagen na ontslag van de patiënt codering mogelijk is, de reorganisatie van het werk in de cel MZG en, tegelijkertijd, het verder beschikken over een uitbestede oplossing voor de registratie van MZG om de passiva te kunnen verwerken en de volgende deadline van de FOD Volksgezondheid te respecteren”*.

Marine Franck verduidelijkt: *“Onze nauwe samenwerking met Arxis had verschillende voordelen. Ten eerste, zo konden we de opgelegde deadlines respecteren ondanks de wisselende beschikbaarheid van interne medewerkers. Ten tweede, we konden onze verblijven beter verantwoorden door de respectievelijke competenties van de twee teams codeerders samen te voegen. Ten derde, de rechtstreekse audits om de 6 weken stelden ons in staat om een duidelijke verbetering na te streven van de verantwoording van onze verblijven, en dus van onze financiering.”* In deze context is Arxis erin geslaagd om het CHR Verviers de analytische instrumenten te geven waardoor het mogelijk was de verbeterpunten aan te wijzen en strategieën op te zetten in de richting van betere prestaties. Deze samenwerking begon toen de nood aan uitbesteding van de codering van de verblijven nodig was om de deadlines van de FOD te halen en in een context van een tekort aan interne medewerkers, maar is snel uitgegroeid tot een reëel partnership.

In het kader van de diepgaande wijzigingen die de ziekenhuissector treffen, is het voor elke instelling die onder grote druk staat, fundamenteel om te kunnen tellen op een partner die haar begeleidt, steunt door het geven van audits & dashboards om samen een strategie te definiëren die succes zal hebben. Vergeten we ook de externe hulp niet voor de registratie van MZG.

Marine Franck geïnterviewd door Assia Berrouho



SAVE THE DATE !

L'HÔPITAL DOIT-IL ÊTRE ACCESSIBLE OU EXCELLENT ?

IN DE TOEKOMST OPTEREN VOOR EEN LAAGDREMPELIG OF EXCELLENT ZIEKENHUIS ?

Registration on
www.hospitals.be

ABH-BVZ
02/477 39 26
www.hospitals.be
belgian.hospitals@gmail.com

Accréditation Ethique et Economie
Accreditatie Ethiek en Economie

36th Congress | 19.06.2019 | Square Brussels meeting center

Le système hospitalier belge actuel pousse-t-il au compromis entre accessibilité et excellence ? Inscrites dans l'ADN des hôpitaux belges, les valeurs d'excellence et d'accessibilité sont centrales dans la définition stratégique d'offre de soins et d'accueil aux patients. Est-ce que ces deux notions s'opposent ou sont-elles conciliables au sein d'une même institution ? Est-ce qu'un choix doit être fait ?

Les caricatures sont vite trouvées. D'un côté du spectre, l'hôpital de proximité, qu'il soit urbain avec ses proxi-urgences et ses polycliniques, ou couvrant un large territoire, à l'aide d'un hélicoptère par exemple. De l'autre, l'hôpital tertiaire voire quaternaire, accueillant (et centralisant) des patients de tout le pays, voire au-delà, avec des techniques innovantes mais aussi, parfois, coûteuses.

La question que pose le congrès est tout sauf anodine. Faut-il opposer les deux ? Ou les marier de la manière la plus harmonieuse ? Dans le contexte que nous connaissons – les mises en réseau, l'intelligence artificielle, les modifications dans les systèmes de financement, la possibilité de recourir à la publicité, la concurrence internationale – il est plus que temps d'affronter cette question. « Ou » ou « Et » ?
Le Congrès de l'Association Belge des Hôpitaux (ABH) du 19 juin prochain sera l'occasion d'échanger les points de vue avec les orateurs présents et les acteurs du secteur hospitalier belge.

Zoekt het huidige Belgische ziekenhuissysteem naar een compromis tussen toegankelijkheid en excellentie? Volgens het DNA van de Belgische ziekenhuizen staan excellentie en toegankelijkheid centraal in de strategische definitie van het zorgaanbod en het patiëntenonthaal. Zijn deze twee componenten strijdig met elkaar of zijn ze toch verenigbaar binnen dezelfde instelling? Moet er een keuze worden gemaakt?

Karikaturen worden al snel gevonden. Aan de ene kant van het spectrum, het plaatselijke ziekenhuis, of het nu stedelijk is met zijn proxi-spoeddiensten en poliklinieken, of een groter gebied bestrijkt, bijvoorbeeld met behulp van een helikopter. En anderzijds, het tertiaire of zelfs quartaire ziekenhuis, dat patiënten uit het hele land, en zelfs daarbuiten, verwelkomt (en centraliseert) aan de hand van innovatieve, maar soms ook duurdere, technieken.

De vraag die gesteld wordt tijdens het congres is allesbehalve onnuttig. Moeten we ons verzetten tegen beide concepten ? Of moeten we ze laten samensmelten op een harmonieuze wijze ? In de context die we kennen - netwerken, kunstmatige intelligentie, wijzigingen in de financieringssystemen, het eventuele gebruik van reclame, internationale concurrentie - is het de hoogste tijd om deze vraag te benaderen. "Of" of "En"?
Het Congres van de Belgische Vereniging der Ziekenhuizen (BVZ) van 19 juni is de gelegenheid om van gedachten te wisselen met sprekers en belanghebbenden uit de Belgische ziekenhuissector.

santhea GIBBIS Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux asbl Belgische Vereniging van Ziekenhuisdirecteurs vzw Belgische Vereinigung der Krankenhausdirektoren VoG UNESSA zorg net icuro







HOSPITAL CARE | RESIDENTIAL CARE | PHARMA CARE

Verhoog nu de efficiëntie van uw zorgverlening met Hospital Logistics!

Hospital Logistics bekleedt sinds jaren een leidinggevende positie op het vlak van logistieke processen voor de medische wereld.

De kerntaak van Hospital Logistics bestaat uit de bevoorrading van verschillende ziekenhuizen en zorginstellingen vanuit één extern medisch distributiemagazijn.

Hospital Logistics offreert ook systemen voor tracering van implantaten en oplossingen voor distributie en unitdosering van medicatie, zowel op centraal als op decentraal niveau van een zorginstelling.

Hospital Logistics staat voor innovatie, kwaliteitsverhoging en biedt maatwerkoplossingen aan zorginstellingen. Dit resulteert in een uniek totaalconcept gericht op consolidatie van goederenstromen met kostenreducties én serviceverhoging tot gevolg.

Voor meer informatie:
Hospital Logistics • www.hospitallogistics.eu • info@hospitallogistics.eu

HOSPITAL LOGISTICS
EVERYTHING FOR HEALTHCARE

de tijd tussen de opname van de patiënt en de medicatietoediening zo kort mogelijk kunnen houden."

In de praktijk

De validatie van een EMV door de arts moet gebeuren bij elke opstart en wijziging van medicatie, en loopt voor een bepaalde termijn, bepaald door de arts. Omdat een arts niet steeds onmiddellijk tijd heeft om te valideren, zeker chirurgen niet, wordt er bij de opname van de patiënt of tijdens de zaaltoeren een medisch order opgesteld door de arts. De verpleegkundige mag op basis van dat medisch order uit een spoedkast (wettelijke term voor dienstvoorraad aan medicatie op een afdeling) medicatie nemen om de continuïteit van de farmaceutische zorg te verzekeren en geneesmiddelen toe te dienen aan de patiënt. "De verpleegkundige verwerkt nadien het medische order in een EMV en de arts heeft dan een bepaalde termijn om dat te valideren. De apotheek heeft echter een gehandtekend EMV nodig om de kast opnieuw aan te vullen en de restmedicatie (die niet in de centrale voorraad zit) af te leveren."
In een ziekenhuis bestaan er ook 'staande orders'. Dat zijn vooraf specifiek beschreven situaties waarbij de verpleegkundige bepaalde handelingen mag doen en medicatie mag toedienen aan de patiënt. Denk bijvoorbeeld aan een patiënt die geopereerd werd en een opstoot van postoperatieve pijn heeft of koorts maakt. Ook telefonische orders zijn mogelijk, mits het volgen van een bepaalde procedure. De arts heeft dan tot de volgende dag tijd om te valideren.
De bevoorrading van de kasten behoort tot de taken van de apothekers. "We hebben een hele matrix opgesteld om op vastgestelde tijden de verschillende afdelingen volgens een vast stramien te bevoorraden. Voor de veiligheid wordt de medicatie nog een keer gescand door de apotheekmedewerker voor hij ze in de kast deponeert. In de kast ligt doorgaans een voorraad voor drie weken. We werken met een kanbansysteem leeg-vol: is het eerste bakje – dat bijvoorbeeld een pakketje van 100 eenheden medicatie bevat – leeg, dan kan het tweede bakje worden aangesproken, terwijl het eerste bakje wordt gescand om bij een volgende levering te worden aangevuld door de apotheek. "Het voordeel is dat de kortste vervaldatum altijd vooraan zit en ook dat de apotheek makkelijk de voorraad en het juiste gebruik van de kast kan opvolgen. De hoeveelheden zijn zo opgebouwd dat ze voldoende zijn tot de apotheek de volgende aanvulling brengt."

Voor en na de verhuizing

Jens van Krieken geeft het toe: "Het was voor de hele organisatie wel een grote uitdaging, want het gaat hier toch om een complete verandering van hoe we met medicatie omgaan. Daarnaast was er ook de verhuizing van een oude instelling met bijbehorende gewoontes naar een nieuwe locatie, waar alle processen, tot het telefoongebruik toe, gewijzigd zijn. Voor alles waren er nieuwe procedures en werkwijzen, medicatie was daar maar één onderdeel van. Dat had een zware impact op het personeel. We hebben dat proberen op te vangen door in verschillende afdelingen in onze oudbouw testkasten te plaatsen om vertrouwd te geraken met die nieuwe manier van werken. Verder werden er ook veel opleidingen gegeven … Maar door het overaanbod van vorming, informatie en vergaderingen in de periode vóór de verhuizing hebben die sessies niet het verwachte effect gehad. Een aantal medewerkers is niet voldoende vertrouwd geraakt met de nieuwe manier van medicatiebedeling in het ziekenhuis en met de automatisering."
"Het begin was heel intensief voor de apotheek. We stonden mee op de afdelingen en bij de medewerkers van de apotheek om de mensen te begeleiden. Werknemers uit de zorg willen het beste voor de patiënt. In de hectische periode na de verhuizing kwam de creativiteit naar boven om zo snel en zo eenvoudig mogelijk de essentiële zorg te kunnen bieden. Dat begrijpen we, maar het heeft een impact op alle achterliggende



Het nemen van medicatie uit de kast staat onder badgecontrole.

© AZ Sint-Maarten

THUISVERPLEGING NODIG?

BESOIN DE SOINS À DOMICILE?



Met 170 praktijken en meer dan 1100 aangesloten verpleeg- en zorgkundigen is Mederi uitgegroeid tot de grootste aanbieder van zelfstandige en onafhankelijke thuisverpleging in België.

Onze verpleegkundigen werken samen met alle mutualiteiten.

Zorg nodig bij u thuis? Aarzel dan niet en contacteer ons via 078/156 111.

Avec 170 cabinets de soins et plus de 1100 infirmier(ère)s et aides-soignants affiliés, Mederi est devenu le plus grand fournisseur de soins à domicile indépendants et autonomes de Belgique.

Nos infirmier(ère)s collaborent avec toutes les mutualités.

Vous avez besoin de soins à domicile? N'hésitez-pas à nous contacter au 078/156 222.

Wondzorg - Soins de plaies - Toilet - Toilette - Inspuitingen - Injections - Perfusies IV/SC - Perfusions IV/SC - Compressietherapie - Thérapie de compression - Voorbereiden van medicatie - Préparation du pilulier - Stomazorg - Soins de stomies - Urinesondes - Sondes urinaire - Enterale en parenterale sondevoeding - Alimentation entérale et parentérale par sonde - Zorg aan diabetespatiënten - Soins aux patients diabétiques - Palliatieve zorgen - Soins palliatifs - ...





mederi

CONTACTEER ONS - CONTACTEZ-NOUS

Mederi Aalst | Drie Sleutelsstraat 74 - 9300 Aalst
Mederi Brugge | Lieven Bauwensstraat 20 - 8200 Brugge
Mederi Hove | Kapelstraat 102 - 2540 Hove
Mederi Brussel | Rue de Laeken 76 - 1000 Bruxelles

secretariaat@mederi.be - secretariat@mederi.be
078/156 111 (NL) - 078/156 222 (FR)

WWW.MEDERI.BE

processen. Als je informatiseert en automatiseert, is er weinig ruimte om af te wijken van de vooropgestelde werkwijze. Omdat de kennis en het vertrouwen in heel wat procedures in het begin nog moesten groeien, was het toch wel moeilijk."
Binnen drie maanden zullen ze echt een evaluatie kunnen maken. De diensten die in de oude bezetting de testkasten hebben gebruikt, werken er al langer mee en willen ze niet meer kwijt. De anderen hebben er vanaf dag 1 na de verhuizing mee moeten opstarten. "De apothekers hebben dan ook veel tijd doorgebracht op de afdelingen. Elke afdeling had op de dag van de verhuizing een apotheker als begeleider. Die was voor ondersteuning aanwezig bij de eerste picking, daar de verpleging in eerste plaats de patiënten moest bijstaan bij de verhuizing."

Naar de toekomst kijken

De opstartfase loopt nog. De kasten zijn er en iedereen maakt zich de manier van werken eigen. Nu komt het erop aan om het geheel te stabiliseren voor er verdere stappen gezet worden. Zo leidt de uitbreiding van de activiteiten in het operatiekwartier ertoe dat men de processen moet herzien, onder andere voor de implantaten. De aanmaak van unidoses moet nog worden uitgebreid, al blijft voor vials veel handenarbeid nodig. De vials worden ook voorzien van hun barcode door een robotje met loopband, maar ze moeten er wel manueel worden opgelegd. "De oplevering van de apotheeklokalen heeft wat vertraging opgelopen, zodat we met twee maanden achterstand zijn begonnen aan de voorbereiding in de nieuwbouw. Dat slepen we nu nog mee, maar we doen het nodige om het binnen afzienbare tijd recht te trekken."
Er is binnen het ziekenhuis ook de visie om de stap naar bedsidescanning te maken. Dat wordt eveneens een heel ingrijpend proces op de verpleegafdelingen zelf. "De analyse is momenteel gaande om voor het EMV over te schakelen op een nieuw informaticapakket of om het huidige uit te breiden. Voor het pakket dat nu binnen het AZ Sint-Maarten wordt gebruikt, bestaat er software en hardware-uitbreiding. Dat betekent echter een grote investering als de visie duidelijk stelt dat er op termijn toch zal worden overgestapt. Als we zouden kiezen voor een nieuw EMV, wordt het er één dat naadloos samenwerkt met het elektronische patiëntendossier en het medische dossier. Om dat in het voorjaar van 2021 af te werken, zal er in de komende termijn een zeer intensief traject moeten worden gevolgd. Het vaste traject van voorbereiding, opleiding, implementatie en nazorg, bij het uitrollen van het huidige EMV, was een goede manier van werken en heeft zijn vruchten afgeworpen. We willen het vervolg op dezelfde manier mee begeleiden, omdat je nu eenmaal bezig bent met kritische processen. Nu scannen we de medicatie tot bij het klaarzetten en dat is al een grote sprong voorwaarts in medicatieveiligheid."

Vervalsingen tegengaan

De Falsified Medicines Directive is een Europese richtlijn die op 9 februari 2019 van kracht is geworden. Ze stelt dat elk doosje met medicatie op voorschrift een unieke barcode moet hebben. De fabrikant moet de unieke barcodes van de doosjes die hij op de markt brengt, opladen in een database en de apotheker die een doosje in handen krijgt, moet nagaan of de barcode gekend is in het systeem. Van het moment dat een doosje wordt gebruikt of afgeleverd, moet die unieke barcode worden geregistreerd als gebruikt. Zo kan eenzelfde code nooit een tweede keer worden verstrekt en kunnen vervalste doosjes medicatie niet tot bij de patiënt komen. De richtlijn werd ingevoerd omdat Europa paal en perk wil stellen aan het in circulatie brengen van vervalste medicatie, dit na een aantal incidenten met onder andere belangrijke cytostatica.
"In een ziekenhuis komen honderdduizenden doosjes binnen, wat een serieuze workload voor de apotheek betekent. Dat moet gebeuren zonder extra financiering door de overheid. Om die uitdaging aan te kunnen, hebben we een doosjesrobot met automatische laadband gekocht. Op de laadband worden de doosjes gescand, zodat het scanningproces automatisch kan in plaats van manueel. Het werkt niet voor de grotere of zware dozen, maar wel voor het merendeel van de verpakkingen." Het zorgt er ook voor dat de apotheekmedewerkers beschikbaar blijven voor hun kerntaken, terwijl toch aan de verplichtingen wordt voldaan.
"In België wordt met een distributiesysteem gewerkt, waarbij de ziekenhuizen rechtstreeks bij de producenten bestellen. Daardoor is bij ons geen vervalsing voorgekomen in het reguliere circuit en dat zal ook niet snel gebeuren. In andere delen van Europa, bijvoorbeeld in Duitsland en Italië waar wel dergelijke vervalsingen zijn ontdekt, loopt het bestelproces via groothandelaars, waar het risico voor het in circulatie brengen van vervalste medicatie groter is."



De beste keuze

Een volledig centrale verdeling, driemaal per dag, is arbeidsintensief: de leveringen zijn voor 24 uur en een wijziging vraagt extra werk. Bovendien komt 40 tot 50% van de medicatie terug en die moet weer op de juiste plaats worden gestockeerd (met grote kans op fouten), voor ze opnieuw kan worden verdeeld. Al die nadelen konden met een grotendeels gedecentraliseerde apotheek worden opgevangen. “Een nadeel van ons systeem is dat er weinig marge is voor afwijkingen van de procedures en omdat gezondheidszorg niet 100% gestandaardiseerd is, wringt het soms. Het is een afweging die we gemaakt hebben. Maar ik ben er nog steeds volledig van overtuigd dat het de beste keuze is. Met de kennis die we nu hebben, zou ik nog steeds voor hetzelfde proces kiezen, maar dan wel met een grotere inzet in de opleiding van het personeel op de verpleegafdelingen en in de apotheek zelf, en striktere afspraken met de leverancier van software en robotisering. De vraag blijft wel of dat praktisch mogelijk zou zijn geweest.”

L’AZ Sint-Maarten opte pour la décentralisation de sa pharmacie

Le 15 octobre 2018, trois campus de l’AZ Sint-Maarten, à savoir deux installés jusque-là à Malines et un à Duffel, ont déménagé sur un nouveau site à Malines. Et quand un hôpital déménage, sa pharmacie l’accompagne! Ce déménagement a été précédé d’une longue période de préparation au cours de laquelle des choix ont dû être opérés, notamment aussi pour l’aménagement de la pharmacie. L’hôpital a opté pour une pharmacie en grande partie décentralisée équipée d’armoires semi-automatiques, gérées par la prescription médicale électronique, dans les différents départements. Leur contenu diffère d’un département à l’autre, mais on y trouve 80% des médicaments les plus utilisés par département. Les 20% restants sont directement fournis par la pharmacie. Jens van Krieken, pharmacien à la tête du service depuis 2014, a bien pesé le pour et le contre et «si c’était à refaire, je referais le même choix!».





Responsabilité en cas de mauvaise stérilisation des dispositifs médicaux

Notre législation et les bonnes pratiques prévoient un certain nombre d'exigences quant à la mise sur le marché et la stérilisation des dispositifs médicaux. Ces exigences concernent aussi bien l'étendue de l'équipement nécessaire que les compétences des intervenants dans la stérilisation. De plus, la stérilisation doit se faire selon les instructions du fabricant.

Mais qui est responsable si la mauvaise stérilisation d'un dispositif médical cause un dommage au patient ?

Régime de responsabilité

De manière générale, en cas de dommage causé par un dispositif médical, la première question est celle de l'intégrité du matériel.

En effet, le producteur doit mettre sur le marché des produits sûrs, à défaut, il risque d'être tenu pour responsable des dommages causés par son produit. Il s'agit de la **responsabilité des produits défectueux.**

Cependant, la limite de cette responsabilité est l'usage anormal ou illégitime par l'utilisateur du produit comme un **usage non-conforme** aux spécifications du fabricant.

S'il apparait que le dommage peut être attribué à la mauvaise stérilisation de dispositifs médicaux, le patient peut se retourner contre l'hôpital qui doit assumer la responsabilité du travail de ses employés. Ceux-ci sont protégés par l'assurance RC générale, dite RC exploitation, de l'hôpital. Si la mauvaise stérilisation est – par hypothèse – attribuée à une personne travaillant sous statut d'indépendant (un médecin), celui-ci sera couvert par son assurance RC professionnelle.

Infections nosocomiales

Actuellement et à notre connaissance, les Cours et Tribunaux se sont principalement prononcés sur le défaut de stérilisation sous l'angle des infections nosocomiales.

Par exemple, en 2001, devant la **Cour d'appel d'Anvers,** la responsabilité de l'hôpital et du chirurgien a été retenue. En effet, il a déjà été reproché au chirurgien et à l'hôpital d'avoir continué à utiliser la procédure de désinfection sur les patients sans modification malgré l'information du comité d'hygiène de la survenance d'un nombre alarmant d'infections apparues lors du même type d'interventions.

Depuis de nombreuses années, il existe **en droit belge une controverse** sur le fait de savoir si les établissements de soins sont tenus à une obligation de moyen ou de résultat en matière d'infections nosocomiales.

La Cour de cassation belge est actuellement saisie d'un pourvoi en la matière qui devrait en principe trancher la question. Cet arrêt sera déterminant pour l'avenir.

Conséquences pour les hôpitaux

Quelle que soit la tendance retenue, les conséquences potentielles d'une mauvaise stérilisation ne sont pas à négliger et les intervenants hospitaliers doivent exercer la plus extrême vigilance.

Si les infections dues aux soins ont un impact dramatique pour les patients, les conséquences des contaminations pour les hôpitaux ne sont pas à négliger non plus.

Un tel accident peut causer du tort à la réputation des hôpitaux mais aussi à leur portefeuille.

Il est dès lors important de rappeler l'obligation de se conformer aux dispositions réglementaires et aux Bonnes Pratiques en matière de stérilisation des dispositifs médicaux qui devront être scrupuleusement respectées par l'ensemble des intervenants.

Pour pouvoir se défendre en cas de recours, n'oubliez pas de garder la preuve des politiques pratiquées en la matière et, éventuellement, les informations données au patient concernant les risques.

Découvrez l'intégralité de l'article sur

amma.be/fr/gestion-des-risques-medicaux/responsabilite-en-cas-de-mauvaise-sterilisation

Vous souhaitez plus d'informations sur le sujet ou sur nos assurances ? Contactez Olga Apaligan I T.02/274.53.73 I olga.apaligan@amma.be



Aansprakelijk voor een medisch ongeval ten gevolge van een slechte sterilisatie

Onze wetgeving en de goede praktijken leggen een aantal eisen op met betrekking tot het op de markt brengen en het steriliseren van medische hulpmiddelen.Die eisen betreffen zowel de noodzakelijke uitrusting als de competenties van de personen die betrokken zijn bij de sterilisatie. Bovendien dient de sterilisatie volgens de instructies van de fabrikant te gebeuren.

Maar wie is aansprakelijk wanneer de patiënt schade lijdt door de slechte sterilisatie van een medisch hulpmiddel?

Aansprakelijkheidsregeling

Wanneer schade wordt veroorzaakt door een medisch hulpmiddel, is de eerste vraag doorgaans of het materieel in goede staat was.

De fabrikant moet namelijk veilige producten op de markt brengen. Anders riskeert hij aansprakelijk te worden gesteld voor de schade die zijn product veroorzaakt. Het gaat hier om de **aansprakelijkheid voor gebrekkige producten.**

De grens van die aansprakelijkheid ligt echter bij **het abnormaal of oneigenlijk gebruik** van het product dat niet in overeenstemming is met de specificaties van de fabrikant.

Als blijkt dat de schade kan worden toegeschreven aan de slechte sterilisatie van medische hulpmiddelen, kan de patiënt zich tegen het ziekenhuis keren, dat aansprakelijk is voor het werk van zijn werknemers. Zij worden op hun beurt beschermd door de algemene aansprakelijkheidsverzekering van het ziekenhuis, de zogenaamde **BA-uitbating**. Als de slechte sterilisatie toe te schrijven is aan een persoon die onder het statuut van zelfstandige werkt (een arts), wordt die gedekt door zijn **verzekering beroepsaansprakelijkheid**.

Nosocomiale infecties

Voor zover ons bekend is, hebben de hoven en rechtbanken zich tot heden voornamelijk over sterilisatiefouten uitgesproken in processen over nosocomiale infecties.

Zo werden in een zaak uit 2001 voor **het hof van beroep van Antwerpen** het ziekenhuis en de chirurg aansprakelijk gesteld. Men heeft immers de chirurg en het ziekenhuis al verweten dat zij de desinfectieprocedure in ongewijzigde vorm bleven toepassen op de patient ondanks de opmerking van het comité voor hygiëne over een verontrustend aantal infecties na hetzelfde type ingrepen.

Al vele jaren is er in **het Belgisch recht een controverse** over de vraag of zorginstellingen gebonden zijn door een middelen- dan wel een resultaatverbintenis met betrekking tot nosocomiale infecties.

Voor het Belgische Hof van Cassatie loopt momenteel een beroep waarvan de afloop in principe uitsluitsel moet geven en bepalend zal zijn voor de toekomst.

Gevolgen voor ziekenhuizen

Wat ook de uitkomst wordt, de mogelijke gevolgen van slechte sterilisatie zijn niet te onderschatten en het ziekenhuispersoneel op alle niveaus moet de grootst mogelijke voorzichtigheid aan de dag leggen.

Zorginfecties hebben soms dramatische gevolgen voor de patiënt, maar ook de weerslag van de besmetting voor de ziekenhuizen valt niet te onderschatten. **Een dergelijk ongeval kan niet alleen de reputatie van de ziekenhuizen schaden, maar ook hun geldbeugel.**

Daarom dient te worden gewezen op het belang van de regelgevende bepalingen en de goede praktijken met betrekking tot de sterilisatie van medische hulpmiddelen, die nauwlettend moeten worden nageleefd door alle betrokkenen.

Om zich, ingeval van een verhaal te kunnen verdedigen, is het noodzakelijk om het bewijs van de gevoerde politiek in deze voorhanden te hebben en, indien mogelijk, de informatie aangaande de risico's, die aan de patiënt werd gegeven.

Ontdek het volledige artikel op

www.amma.be/nl/medisch-risicobeheer/gevolgen-van-een-slechte-sterilisatie/

Wenst u meer informatie over dit onderwerp of over onze verzekeringen? Neem contact op met Olga Apaligan | T.02/274.53.73 | olga.apaligan@amma.be

UN CONCEPT INNOVANT DE «MIDDLE CARE»

LES ATOUTS DE LA CITÉ SÉRINE, UN HÔTEL DE SOINS

Cécile Vrayenne



À l'heure de la réforme du paysage hospitalier et du grand virage vers l'ambulatoire, quel accueil pour les personnes atteintes de maladies chroniques lourdes, tributaires de soins techniques et complexes, voire palliatifs? Et quid des petits patients dans le même cas? Rencontre avec la Cité Sérine, un hébergement thérapeutique unique en son genre, enfants admis, qui donne pleinement sa définition au concept innovant de «Middle Care».

Anne Champagne
administratrice déléguée
de Cité Sérine ASBL



Christine Collard
coordinatrice générale
www.serine-asbl.org | info@serine.be
tél. 02 733 72 10


Cité Sérine ASBL

L'atout majeur d'un hébergement thérapeutique extrahospitalier de type «Middle Care», tel que le propose la Cité Sérine à Bruxelles, est de pouvoir garantir des soins lourds, aussi complexes qu'à l'hôpital et difficilement concevables à la maison, même avec des aidants proches et une infirmière. Des soins parfois inconciliables avec une hospitalisation à domicile (HAD), car trop récurrents en journée pour une infirmière indépendante qui doit aussi assurer sa tournée, ou en cas de traitements à administrer la nuit (antibiothérapie, par exemple). Or, ces besoins thérapeutiques ne sont pas rares: ils constituent le lot quotidien de bien des personnes atteintes d'un cancer et/ou en soins palliatifs.

Un accueil souple et flexible

En 2020, l'ASBL Cité Sérine fêtera ses vingt ans. À l'époque de sa création, en 2000, les statuts de l'association avaient été déposés comme alternative à l'hospitalisation. Force est de constater qu'à ce jour, même si l'appellation «hôtel de soins» fait florès sur le net (elle n'est pas encadrée légalement), la Cité Sérine demeure unique en son genre. Aucun autre établissement thérapeutique extrahospitalier n'est en mesure d'offrir un service de soins infirmiers lourds et complexes, continus dans 60% des cas. La demande est pourtant grande dans un paysage santé en pleine mutation, où les durées d'hospitalisation se réduisent comme peau de chagrin.

«Toutes ces années, des personnes sont venues nous voir avec l'envie de faire la même chose, ailleurs», explique Anne Champagne, administratrice déléguée de Cité Sérine ASBL. «Mais quand on se rend compte qu'il n'existe pas de financement pérenne, qu'il n'est que partiel (l'ASBL est agréée par la COCOF pour les soins palliatifs dans le cadre du décret ambulatoire du 5 mars 2009, NDLR) et qu'il faut constamment combler le vide juridique par le règne de la débrouille, ça fait peur et ça refroidit les ardeurs... Il faut être un peu fou pour faire comme nous», sourit Anne Champagne.

C'est à Etterbeek que les jalons de la Cité Sérine sont alors posés: sept appartements d'accueil pour un concept précurseur, le «Middle Care», à mi-chemin entre l'hôpital et le domicile, mais ni maison de repos ni maison de repos et de soins non plus. La demande afflue et, rapidement, le besoin d'une structure plus grande s'impose. Cité Sérine déménage vers Schaerbeek en 2015. Le regroupement de trois maisons de maître rue de la Consolation permet la création de 25 studios thérapeutiques qui sont inaugurés en

Un accueil unique pour les enfants en palliatif

Les soins palliatifs pédiatriques (SPP) sont un droit inaliénable de l'enfant malade, pas une «option». Reconnus comme tel par l'OMS depuis 2014 et par l'Europe l'an dernier, ils ne concernent pas que la fin de vie: ils interviennent dès la pose du diagnostic d'une pathologie qui menace ou limite la vie de l'enfant. Ils ne se substituent pas au curatif, et s'intéressent autant aux besoins physiologiques du jeune patient qu'à sa qualité de vie. Dès la naissance, parfois. Pendant des années, souvent.

Les soins palliatifs chez l'enfant ne sont pas exactement semblables à ceux de l'adulte. Ils font appel à d'autres compétences, et présentent des difficultés spécifiques comme une disponibilité accrue pour expliquer, rassurer, créer du lien. Avec les petits patients, mais aussi avec leurs parents dont l'épuisement est important tant l'impact émotionnel est grand. Autre différence notable avec l'adulte, il n'existe pas d'unité «SPP» à l'hôpital: les enfants sont pris en charge par des «équipes de liaison pédiatriques» qui assurent la continuité des soins entre l'hôpital et le domicile.

Quelque 700 enfants sont suivis chaque année par ces équipes. Un nombre qui ne constitue que la pointe émergée de l'iceberg puisque selon une étude menée par l'UCLouvain, entre 2010 et 2014, plus de 22.000 petits patients étaient concernés par une maladie chronique complexe en Région de Bruxelles-Capitale.

Les soins palliatifs pédiatriques font partie des priorités du Plan d'action 2015-2020 de la Fédération bruxelloise pluraliste de soins palliatifs et continus (FBSP). Dans son «Mémorandum 2019» paru en février consacré à cette problématique, co-signé avec les deux autres fédérations de soins palliatifs du Royaume qui partagent les mêmes revendications, la FBSP souligne «l'urgence de combler les lacunes en matière d'offre en Belgique» et rappelle que la Cité Sérine est l'unique projet «Middle Care» qui accueille aussi des enfants. «Middle Care» qui n'est pas encore défini et qui n'est toujours pas financé par un prix de journée, alors qu'il répond à des demandes où il n'existe aucune autre solution.

2016. Un hébergement flexible, dont l'aménagement (décoration, mobilier) peut être adapté à la demande, pour accueillir un bébé né grand prématuré avec sa maman dès leur sortie de Néonatalogie, ou pour recevoir une mamy qui doit quitter son unité de Soins palliatifs. «L'accueil, quel que soit l'âge, c'est cela aussi, notre force», glisse Christine Collard, coordinatrice générale. «Qu'il s'agisse d'un petit garçon de 5 ans ou d'un monsieur de 45 ans avec une tumeur au cerveau. Nous recevons aussi de jeunes adultes atteints de pathologies multiples (HIV et cancer, par exemple). Des jeunes qui, de plus en plus, ont un statut social ou familial compliqué. Ou qui sont en décrochage total...»

Des patients de tous horizons

Les patients de la Cité Sérine viennent des quatre coins du pays. «Outliers» pour l'hôpital mais nécessitant encore des soins lourds, ils ne peuvent pas retourner chez eux. «Leur domicile n'est pas adapté, ou ils habitent loin et ne peuvent rentrer tout de suite», détaille Anne Champagne. «Ils n'ont pas d'aidant proche ni d'encadrement, ou une HAD n'est pas envisageable.» Les circonstances qui justifient le recours à un hébergement extrahospitalier sont variées. Parfois, l'hôtel de soins accueille des personnes qui vivent seules et qui viennent entre deux chimiothérapies de jour pour être aidées et rassurées en cas d'effets secondaires.

«Certains malades en stade terminal ne demeurent chez nous qu'une semaine car leur décès est rapide; d'autres restent plusieurs années», confie l'administratrice déléguée. Chaque patient est unique. Mais tous partagent un point commun: un protocole de soins précis, des actes médicaux complexes allant de la chimiothérapie à l'antibiothérapie, à la prise en charge de plaies sévères nécessitant parfois plusieurs heures de pansement par jour, en passant par la dialyse, la gestion de la douleur, etc.

La Cité Sérine permet également des séjours «de répit» dans une formule plus souple que d'autres structures, d'une durée non limitée à un certain nombre de jours par an mais décidée en accord avec les familles selon leurs besoins. Au niveau pédiatrique, la prise en charge se fait aussi parfois dans une logique d'éducation des parents aux techniques de soins de l'enfant en vue du retour à domicile. Une sorte de «sas» pour adoucir la transition entre l'univers hospitalier où l'aide médicale est à portée de sonnette, et la maison où le parent se retrouve seul. «Certains veulent faire les soins eux-mêmes; ils tiennent à être la personne référente pour affronter la maladie de leur enfant, même si les soins sont douloureux», remarque Anne Champagne. D'autres préfèrent garder le rôle du «parent-câlins» et laisser un professionnel s'en charger.

Une présence infirmière 24 heures/24

Pour pouvoir garantir des soins post-aigus de qualité, une équipe infirmière est présente 24 heures/24, 7 jours/7. Elle travaille en trois pauses, comme à l'hôpital, avec un overlap de deux

Votre SIPP a des projets ?

APPELEZ-NOUS EN RENFORT!



Le CESI met à la disposition de votre SIPP ses Conseillers en Prévention niveau 1.

Contactez-nous !

www.cesi.be

Created by ItsIS communication.be

ICT voor ziekenhuizen - *ICT pour hôpitaux*

6 domeinen - *6 domaines*



INFOHOS SERVICES

Infohos Services
Legeweg 157F, 8020 Oostkamp
T + 32 (0)50 20 79 00
info@infohos.be
www.infohos.be


Cité Sérine ASBL

«Nous pouvons accueillir un bébé né grand prématuré avec sa maman dès leur sortie de Néonatalogie.»

heures à chaque shift pour assurer le passage de relais.
«Notre personnel est capable d'assurer les soins médicaux les plus complexes, de même que la gestion d'appareillages (dialyse, respirateur, nutrition parentérale, etc.). Il arrive que face à des cas particuliers, nécessitant des soins rares, nos soignants aillent d'abord se former à l'hôpital auprès de leurs collègues, au lit du patient, avant sa sortie, afin d'assurer la continuité des soins dès qu'il arrive», précise Anne Champagne. Aucun soin n'est a priori impossible en extrahospitalier.
Outre les infirmières, le médecin référent, l'assistante sociale et le personnel administratif et logistique, la Cité Sérine dispose d'aides à la vie journalière qui, de 7 à 19 heures, veillent au confort des patients, à l'entretien des studios, aux repas. «Les repas sont des moments importants, qu'il s'agisse du petit-déjeuner, de mettre sur plateau, sur assiette… Nos résidents ont quasi tous des régimes différents», explique la coordinatrice générale.
Concernant les responsabilités, le médecin spécialiste de l'hôpital assure celle des prescriptions et le généraliste traitant celle de l'administration des traitements. En cas de souci de nuit, le médecin traitant vient s'il est de garde, ou appel est fait à la garde médicale. L'infirmière de nuit gère la situation en fonction des protocoles de chaque patient.
Outre le savoir-faire thérapeutique, l'accent est mis sur le «savoir-être»: «Penser à frapper à la porte avant d'entrer, à parler au patient même s'il ne sait plus communiquer, à toujours lui expliquer ce qu'on fait… Le respect est essentiel», insiste Christine Collard. Un accompagnement le plus personnalisé possible, qui englobe la famille pour la soutenir, voire, si elle le veut, la décharger des contraintes du quotidien comme la lessive. Rien n'est laissé au hasard. L'approche se veut holistique, la coordination entre les différents intervenants est primordiale et, malgré la technicité que peuvent revêtir certains soins complexes, notamment palliatifs, l'humain reste au cœur de la prise en charge.

La vie, avant tout

Un tiers des pathologies est oncologique. Un autre tiers comprend plutôt des troubles neurodégénératifs comme la SLA.
Enfin, la Cité Sérine accueille aussi des patients chroniques atteints de maladies évolutives (HIV, mucoviscidose, atteintes cardio-respiratoires en stade avancé, syndromes orphelins). La grille d'évaluation PICT – permettant d'identifier les patients qui pourraient bénéficier d'une approche palliative – est systématiquement mise en place.
Les studios disposent d'une kitchenette avec frigo, mais l'hôtel de soins propose aussi un service de restauration. Les chambres sont équipées d'un lit médicalisé électrique, d'un bracelet d'appel infirmier, d'une salle de douche adaptée, d'un fauteuil, d'un lit d'appoint pour accompagnant, ainsi que de toutes les technologies (TV, téléphone, Wi-Fi). Les bâtiments sont accessibles aux personnes à mobilité réduite (ascenseur) et il y a une salle de bains à chaque étage.
Les résidents peuvent passer du temps au living, pour discuter, lire



Uw energieperformantie is onze zorg

Nous prenons soin de votre performance énergétique

Veiligheid
Sécurité

Comfort
Confort

Energie-efficiëntie
Efficacité énergétique

Als full-service partner staat ENGIE zorgcentra 24u per dag bij om een kwaliteitsvolle zorg aan te bieden. U kan zich concentreren op uw kernactiviteiten, terwijl wij focussen op de goede werking van de bedrijfskritische installaties. Wij zetten hiervoor in op de veiligheid en het comfort van uw patiënten en uw personeel en het efficiënt gebruik van energie. Via een energieperformantiecontract engageert ENGIE zich om het energieverbruik van uw instelling op lange termijn te verlagen. Hiermee kan u genieten van een snelle return on investement en bieden wij u bovendien een resultaatsgarantie aan.

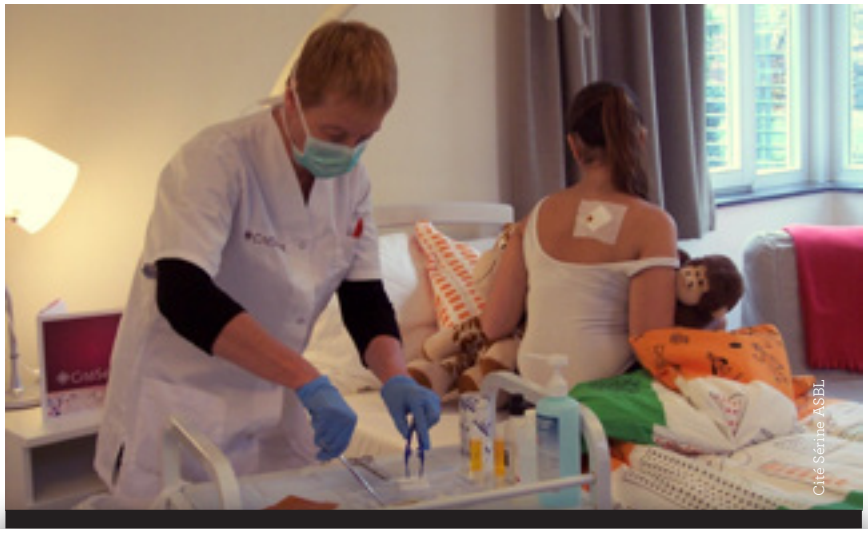
En tant que partenaire ENGIE aide les acteurs du secteur des établissements de santé à fournir des soins de qualité 24h/24. Vous pouvez vous concentrer sur le cœur de votre métier, pendant qu' ENGIE veille au bon fonctionnement de vos équipements techniques. Notre gestion efficace assure le confort et la sécurité de vos patients et de votre personnel tout en veillant à l'utilisation efficace de l'énergie.
A travers un **contrat de performance énergétique** (CPE), ENGIE s'engage à améliorer à long terme la performance énergétique de votre établissement. Vous bénéficiez d'un amortissement rapide de votre investissement et d'une garantie de résultats.

Move on

moveonup.be

Contact: epc@engie.com • cpe@engie.com

www.engie-cofely.be



Le personnel est capable d'assurer les soins médicaux les plus complexes, de même que la gestion d'appareillages

un livre (bibliothèque à disposition) ou recevoir des amis. Des espaces sont prévus pour les consultations (para)médicales et psychologiques. Enfin, un grand parc arboré, orienté plein sud, avec un carré aromatique, est à la disposition des résidents et de leurs proches. Le jardin est accessible en lit médicalisé.

«La dynamique dans l'équipe est importante. Nous avons une belle équipe, avec le même personnel depuis le début de l'aventure et plein de nouveaux collègues, de nouveaux engagements pour agrandir l'équipe», se réjouit Christine Collard. «Les gens sont bien ici, on ne passe pas nos journées à pleurer. On organise des repas, des fêtes, des tables de conversation, des barbecues en été. La mort passe parfois, c'est vrai. Mais le lieu est agréable et on rit aussi beaucoup.» Chaque mois, un psychologue permet à chacun de déposer une situation difficile. Depuis l'an dernier, une formation a été mise en place en réseau avec les assistants sociaux onco/palliatifs, un cycle de trois séances avec un psychologue pour partager le vécu, parfois lourd, dans un endroit neutre, en dehors de l'hôpital.

Au-delà des soins, un accompagnement social

La majorité des demandes d'admission à Sérine vient de l'hôpital (tous, il n'y a pas de convention avec certains établissements), par le biais d'un médecin, de l'infirmière de coordination/de liaison ou d'un assistant social. Le contact se fait avant la sortie du malade afin d'organiser sereinement le transfert. Il n'y a pas de délai d'attente, si ce n'est le temps nécessaire aux démarches administratives.

«Nous faisons toujours une analyse de la situation», décrypte la coordinatrice. «Nous allons à la rencontre du patient à l'hôpital pour comprendre ses soins, sa situation sociale. Notre démarche rassure le malade, sa famille et l'équipe hospitalière. Nous préférons toujours voir les patients, un dossier ne reflète pas toujours la réalité du cas.» Parallèlement, les proches viennent visiter l'hôtel de soins et en rapportent des photos à l'hôpital pour préparer le patient à son changement de lieu de vie.

La prise en charge se fait en totale complémentarité avec l'hôpital. Notamment vis-à-vis de patients qui sont parfois empêtrés dans des situations sociales compliquées. «On peut vite se retrouver isolé et déconnecté de tout en cas

Un séjour de 83 jours en moyenne

L'an dernier, 49 personnes ont été accueillies à la Cité Sérine, dont 29 en soins palliatifs. Trois patients avaient moins de 18 ans. Toutes les demandes sont traitées, aucune n'est écartée sans avoir été étudiée. Un peu plus de 70 demandes n'ont pu aboutir, le plus souvent pour cause d'inadéquation du dossier (demande de placement, besoins en revalidation, pathologies d'ordre psychiatrique, etc.). Six patients sont décédés avant leur admission.

La moyenne d'âge était de 55 ans, et la durée moyenne du séjour thérapeutique de 83 jours (entre 2 et 365 jours). En 2018, 16 patients sont décédés à Sérine, 15 sont rentrés à domicile, 6 ont été hospitalisés, 1 est parti en MRS et 11 sont toujours suivis. Dernière statistique intéressante, l'origine de l'envoi du patient: dans 32 dossiers, il s'agissait du médecin ou du service social de l'hôpital référent. Les mutualités et les familles constituent la deuxième voie d'entrée à la Cité Sérine.







HOSPITAL CARE | RESIDENTIAL CARE | PHARMA CARE

Optimisez dès à présent l'efficacité de vos soins grâce à Hospital Logistics!

Hospital Logistics occupe depuis de nombreuses années une position de leader dans le domaine des processus logistiques pour le monde médical.

La tâche principale d'Hospital Logistics est de fournir divers hôpitaux et établissements de soins à partir d'un centre de distribution externe.

Hospital Logistics offre aussi des systèmes de traçage d'implants, des solutions de distribution et des solutions de conditionnement de médicaments en doses unitaires, au niveau tant centralisé que décentralisé d'une organisation de soins de santé.

Hospital Logistics, synonyme d'innovation et amélioration de la qualité, propose des solutions sur mesure pour les établissements de soins.
Il en résulte un concept global unique qui vise à la consolidation des flux de marchandises avec des réductions de coûts et un service amélioré.

Pour plus d'informations:
Hospital Logistics • www.hospitallogistics.eu • info@hospitallogistics.eu

HOSPITAL LOGISTICS
EVERYTHING FOR HEALTHCARE

de maladie et de décrochage. C'est un cercle vicieux», ajoute Anne Champagne. L'association se démène régulièrement pour trouver des solutions financières. Forte de son expertise, elle sait désormais où aller chercher de l'aide, à quelle porte frapper, en fonction du profil des patients. «Il faut constamment remettre l'ouvrage sur le métier», concède Christine Collard. «Mais on trouve toujours une solution. Toujours.»
Cet accompagnement social se poursuit pendant toute la durée du séjour. Notamment pour la scolarité dans le cas de jeunes patients. Puis pour le retour à domicile, qui se prépare autant que l'admission. Ou la réhospitalisation en cas de rechute. Ou le dernier départ pour les patients palliatifs. Un au revoir ou un adieu. Chacun laisse sa trace. À sa façon. Un «Olivier» dans le jardin. Des roses dans le massif. Un merci chuchoté par une maman en deuil. Une carte de Noël d'un enfant aujourd'hui devenu grand. «Sérine», comme le prénom berbère qui désigne la trace que laisse dans le ciel un oiseau.

Cité Sérine, een zorghotel voor 'middle care'

Sommige patiënten in de palliatieve fase hebben behoeften waarin geen enkele bestaande zorgsetting kan voorzien. Voor hen werden tussenstructuren of 'middle'- of 'medium care'-bedden gecreëerd. Zo kunnen patiënten met een ernstige en progressieve ziekte in Cité Sérine (25 therapeutische studio's in Schaarbeek) een multidisciplinair antwoord vinden op hun complexe noden. Ongeacht hun leeftijd (zelfs kinderen) of ziektestadium.
De medische hulpmiddelen worden aangepast aan de behoeften van elke patiënt (zuurstof, dialyse, infuus, pomp met pijnstilling, enz.). Verpleging is 24 uur per dag en 7 dagen per week aanwezig, onder de verantwoordelijkheid van de behandelende arts van de patiënt, en het zorgplan werd door de zorgverleners van het ziekenhuis opgesteld. Cité Sérine steunt de patiënt ook op psychosociaal vlak, coördineert de maaltijden en zorgt eveneens voor de familie en nabestaanden. Zo kan de patiënt zoveel mogelijk uit de ziekenhuisomgeving treden.



etilux.com
We have the solution you need!
Labelling & marking • Identification • Adhesives & packaging • Audiovisual solutions

LIEGE T +32 (0)4 224 99 99 • F +32 (0)4 226 11 06 • info@etilux.be
BRUSSELS T +32 (0)2 736 80 10 • F +32 (0)2 736 46 34 • brussels@etilux.be
GENT T +32 (0)9 233 02 85 • vl@etilux.be



ING Belgique S.A. • Banque/Prêteur • Avenue Marnix 24, B-1000 Bruxelles • RPM Bruxelles • TVA BE 0403.200.393 • BIC : BBRUBEBB • IBAN: BE45 3109 1560 2789. Courtier en assurances inscrit à la FSMA sous le n° 12381A • www.ing.be • Éditeur responsable : Philippe Wallez • Cours Saint-Michel 60, B-1040 Bruxelles.

www.assar.com



AZ MARIA MIDDELARES, Gent, Belgium


SINT-BARBARA WOONZORGCENTRUM, Herselt, Belgium


CHIREC DELTA, Brussels, Belgium

ASSAR ARCHITECTS

BUILDING TOGETHER

Brussels Antwerp Liège Luxembourg


CHIREC DELTA, Brussels, Belgium