Expéditeur/Afzender:
Publiest Belgique/Paul Meyer
Chaussée de Haecht 547 Haachtsesteenweg
Bruxelles 1030 Brussel

bpost
PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE

HOSPITALS·BE

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

Bureau de dépôt/Afgiftekantoor: Wavre/Waver (Mont-Saint-Guibert) - Hospitals.be - N° d'agréation/Goedkeuringsnummer: P910197 - Éditeur responsable/Verantwoordelijke uitgever: Francis de Drée, rue Dejoncker 46 Dejonckerstraat, 1060 Bruxelles/Brussel

NIEUW CHIRURGISCH DAGZIEKENHUIS LOOPT VOORUIT OP TREND



UN OUTIL STRATÉGIQUE: LA CARTOGRAPHIE ANALYTIQUE

3.24
TRIMESTRIEL
Juillet | Septembre 2024
DRIEMAANDELIJKS
Juli | September 2024

Une vision 360° autour du bénéficiaire



La Fédération des Centres de Services à Domicile (FCSD), créée en 1992 par les mutualités socialistes et les femmes prévoyantes socialistes, regroupe à l'heure actuelle 8 Centrales de Services à Domicile (CSD) et 7 services associés. Ces 15 services comptent plus de 3000 travailleurs qui permettent aux personnes qui le souhaitent de rester à domicile malgré une autonomie/indépendance réduite par l'âge, la maladie, un handicap, un accident, une fragilité sociale...

Accompagnement global à domicile

Notre vision du secteur du domicile est particulière. Selon nous, un accompagnement de qualité au domicile repose sur une offre globale dans une approche 360° autour du bénéficiaire combinant les aides à domicile (ex : aides-familiaux, gardes à domicile...), les soins à domicile (ex : infirmiers, kinés, podologues...) et les services à domicile (ex : transport, livraison de repas, prêt et vente de matériel médical, télévigilance...). Ces trois « catégories » de services à domicile sont complétées par les centres de coordination qui existent uniquement en Wallonie et à Bruxelles. Un centre de coordination analyse les besoins du bénéficiaire en fonction de sa situation et lui propose un plan d'accompagnement adapté.

Cette vision 360° se traduit concrètement dans l'ensemble de nos missions et projets. Prenons deux exemples pour illustrer cela.

Premièrement, la digitalisation qui s'impose de plus en plus dans le paysage belge, en ce compris dans le secteur de la santé et de facto dans celui du domicile. Pour y prendre part, nous menons un projet de grande envergure visant la construction d'un écosystème informatique pensé selon une vue 360° avec le bénéficiaire comme point central de référence. Les différents services gravitant au chevet du bénéficiaire se voient inclus dans un « dossier-patient » unique. Les informations liées au bénéficiaire sont mises à jour et communiquées simultanément à l'ensemble des prestataires d'aide et de soins (en respectant le RGPD et le secret professionnel et médical en fonction du profil des prestataires). Ces outils visent des impacts positifs temporels et financiers. Les gains temporels permettront au prestataire de se consacrer davantage à l'aspect social-santé plutôt qu'à l'aspect administratif. Les gains financiers seront réinvestis dans d'autres projets ou d'autres missions axés sur les bénéficiaires. De plus, ce nouvel outil partagé permet la gestion, en temps réel, d'indicateurs spécifiques au secteur au travers de reportings structurés et construits sur mesure. Cela dans le but d'une optimalisation des services mis à disposition des bénéficiaires, des innovations en matière d'offres de services pour rencontrer les besoins à venir et l'élaboration d'une vision stratégique à moyen et long terme.

Deuxièmement, les citoyens éprouvent de plus en plus de difficultés à s'acquitter de leurs factures ménagères. Cela engendre que nos bénéficiaires sont amenés à faire des choix entre, soit maintenir des prestations répondant à leurs besoins, soit le paiement de ces factures. Cet état de fait n'est pas sans incidence sur le bon fonctionnement et l'organisation du travail des services d'aide et de soins à domicile. Nous devons travailler sur une accessibilité globale de nos services dans une logique 360° en veillant à une juste contribution de nos bénéficiaires.

Enfin, ce modèle intégré d'offre d'aide et de soins au sein du secteur du domicile est fondamental pour être reconnu comme maillon essentiel du secteur de la santé et pour être inclus dans les réflexions sur l'évolution de celui-ci vers les soins intégrés.

Années à venir

Les jours, les mois et les années à venir nous réservent de grands chantiers et de grands défis. L'aide et les soins à domicile s'avèrent plus que jamais complémentaires, voire indissociables des autres acteurs du secteur de la santé dans une logique de continuum d'accompagnement et de soins.

Nous devons, plus que jamais, garder à l'esprit que seul le bénéficiaire doit être au centre de nos préoccupations. Nous devons soutenir le secteur non-marchand professionnel et contrôlé, véritable garant d'une offre de services de qualité accessible pour les bénéficiaires et de normes de travail claires et sécurisantes pour les travailleurs du secteur du domicile. Cette vision est un réel moteur pour la FCSD et Solidaris dans leur rôle de représentation et de défense des métiers de l'aide et des soins et ce, dans le but d'une qualité et d'une sécurité de soins et d'accompagnement à domicile toujours plus croissantes afin de prendre soin de nos concitoyens en perte d'autonomie et/ou d'indépendance dans la singularité de leurs situations de vie.

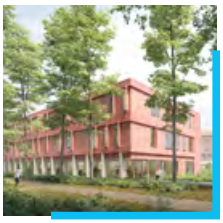
FCSD

Rue de Gembloux 196 | 5000 Namur
csd@solidaris.be
02/515.02.08

TABLE DES MATIÈRES
INHOUDSOPGAVE



4>5 Voorwoord / Édito
Francis de Drée



6>14 Nieuw chirurgisch dagziekenhuis loopt vooruit op trend
Michelle Cooreman
Eerst werd het concept voor het nieuw chirurgisch dagziekenhuis van het Imeldaziekenhuis in Bonheiden uitgewerkt. Pas daarna werden architecten gecontacteerd om het project uit te voeren.



16>21 Un outil stratégique pour la gestion et la durabilité hospitalières
Samy Aouachria
Comment les gestionnaires d'hôpitaux peuvent utiliser la cartographie analytique pour améliorer l'efficacité des services de santé et la satisfaction des patients.



24>28 Des indicateurs qualité pour répartir le budget des hôpitaux... Vraiment?
Denis Herbaux
En 2024 deux nouvelles caractéristiques du P4P méritent d'être soulignées: l'augmentation significative du budget et l'introduction du taux de mortalité standardisé comme indicateur.

30 Personeelsuitval aanpakken
Wat zijn effectieve middelen?

34 Officiële cijfers
Wie verblijft in uw ziekenhuis en waarom?

U vindt alle artikelen en meer op
Retrouvez les articles et plus sur
www.hospitals.be

Revue officielle de Hospitals.be
Officieel tijdschrift van Hospitals.be
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

Hospitals.be
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-, medicosociale en gezondheidstaken".

Président/Voorzitter:
Francis de Drée - e-mail: francis.dedree@hospitals.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
Rue Dejoncker 46 Dejonckerstraat, Bruxelles 1060 Brussel
e-mail: francis.dedree@hospitals.be
Coordination de la rédaction/Redactiecoördinatie:
Michelle Cooreman
Secrétariat de rédaction/Eindredactie: Claudine De Kock
Comité de rédaction/Redactiecomité:
Marie Loriaux, Yves Maule

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: INGimage - ultrapetita
Impression/Druk: DB-Group - Bruxelles

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

ABONNEMENT
e-mail: info@hospitals.be

WANNEER ABSENTEÏSME HET ZIEKENHUIS UITDAAGT

De MAHA-studie van Belfius bulkt, net als ieder jaar, van verhelderende informatie voor de ziekenhuissector. Zo kan de indicator over het aantal afwezigen onder het ziekenhuispersoneel niet verzwegen worden. In 2023 is dit aantal gestegen tot meer dan 12%. En de hogere trend geldt zowel voor de afwezigheden op korte als op lange termijn.

Het absenteïsme stijgt dan wel voor alle loontrekkenden in België, in de gezondheidszorg wordt het probleem cruciaal. Met gevolgen die ingrijpen op de zorgkwaliteit, de organisatie van de instellingen en het welzijn van de op post zijnde teams.

Wat is de impact van het absenteïsme?

De repercussies van het absenteïsme laten zich op verschillende vlakken gevoelen. Voor de patiënten betekent het langere wachttijden en een hoger risico op fouten. Voor de teams kan een hogere werkdruk bij diegenen die aan het werk blijven, demotiverend werken en, in sommige gevallen, leiden tot nieuwe afwezigheden. Tot slot, voor de ziekenhuizen, vertaalt absenteïsme zich in bijkomende kosten die verband houden met interims en meer overuren.

Oplossingen om aan de slag te gaan

De meeste ziekenhuizen blijven niet bij de pakken zitten en proberen het fenomeen om te keren, met bescheiden resultaten, mogen we zeggen. Tot de verbeteringspistes horen:

- verbetering van de werkomstandigheden: flexibele werktijden, voldoende pauzes en een beveiligde werkomgeving bevoordeligen;
- psychologische ondersteuning: aangepaste begeleiding aanbieden om burn-out en andere mentale gezondheidsproblemen te voorkomen;
- erkenning en waardering: verwezenlijkingen van het team benadrukken;
- permanente vorming: mogelijkheden voor professionele ontplooiing aanbieden;
- afwezigheden nauwkeurig opvolgen: dynamische dashboards creëren om in real time de trends te analyseren en repetitieve problemen te identificeren.

Gemeenschappelijk engagement

Het absenteïsme verminderen is niet alleen een kwestie van intern beheer: het is een maatschappelijke uitdaging. Het vereist samenwerking tussen de politieke beslissers, de openbare diensten, de ziekenhuisdirecties en de sociale partners om een werkomgeving te creëren die menselijker en aantrekkelijker is. Laten we hopen dat dit thema deel uitmaakt van de noodzakelijke discussies over de evolutie van de ziekenhuissector in de volgende maanden. Beste lezers, mag ik u uitnodigen om door dit nieuw nummer te bladeren. Op het programma staan tal van boeiende onderwerpen zoals de switch naar ambulante zorg, analytische cartografie en kwaliteitsindicatoren.

Veel leesgenot!



Francis de Drée

Voorzitter
hospitals.be

QUAND L'ABSENTÉISME MET L'HÔPITAL AU DÉFI

L'étude MAHA de Belfius recèle, comme chaque année, d'enseignements éclairants pour le secteur hospitalier. Ainsi, l'indicateur du taux d'absentéisme au sein du personnel hospitalier ne peut être passé sous silence. En 2023, ce taux est monté à plus de 12%. Et la tendance à la hausse s'observe aussi bien pour les absences de courte comme de longue durée.

Même si le taux d'absentéisme s'affiche à la hausse pour l'ensemble des salariés en Belgique, c'est une problématique cruciale qui affecte notre système de santé. Avec des conséquences étendues sur la qualité des soins, l'organisation des établissements et le bien-être des équipes en poste.

Quels sont les impacts de l'absentéisme?

Les répercussions de l'absentéisme se font sentir à plusieurs niveaux. Pour les patients, il en résulte des délais plus longs et un risque accru d'erreurs. Du côté des équipes, l'augmentation de la charge de travail pour ceux qui restent peut entraîner une démotivation et, dans certains cas, de nouvelles absences en cascade. Enfin, pour les hôpitaux, l'absentéisme se traduit par des coûts supplémentaires liés à l'intérim et l'augmentation des heures supplémentaires.

Les solutions pour agir

La plupart des hôpitaux belges ne restent pas inactifs et tentent de renverser le phénomène, avec des résultats timides, il faut bien le dire. Parmi les pistes d'amélioration, on peut citer:

- l'amélioration des conditions de travail: favoriser des horaires flexibles, des pauses suffisantes et un environnement de travail sécurisé;
- le soutien psychologique: offrir un accompagnement adapté pour prévenir le burn-out et d'autres troubles liés à la santé mentale;
- la reconnaissance et la valorisation: mettre en avant les réalisations des équipes;
- la formation continue: proposer des opportunités de développement professionnel;
- le suivi précis des absences: créer des dashboards dynamiques pour analyser en temps réel les tendances et identifier les problèmes récurrents.

Un engagement collectif

Réduire l'absentéisme n'est pas seulement une question de gestion interne, c'est un enjeu sociétal. Cela nécessite une coopération entre les décideurs politiques, les pouvoirs publics, les directions hospitalières et les acteurs sociaux pour créer un environnement de travail plus humain et attractif. Gageons que ce thème fera partie des nécessaires discussions sur l'évolution du secteur hospitalier dans les prochains mois.

Chères lectrices, chers lecteurs, nous vous invitons à parcourir ce nouveau numéro du magazine hospitals.be. Les sujets abordés sont nombreux et passionnants: ambulatorisation, cartographie analytique et indicateurs de qualité. Tout un programme!

Bonne lecture!



Francis de Drée

Président de hospitals.be

IMELDAZIEKENHUIS BONHEIDEN

NIEUW CHIRURGISCH DAGZIEKENHUIS LOOPT VOORUIT OP TREND

Michelle Cooreman





Stefaan Claeys
Facilitair directeur
Imeldaziekenhuis
Bonheiden
www.imelda.be



Philippe Van Goethem
Architect
SVR-Architects
www.svr-architects.eu



Bart Blancquaert
HASA Architecten
www.hasa.be



© hasa

Het Imeldaziekenhuis in Bonheiden is al enkele jaren bezig met de invulling van een nieuw concept voor haar chirurgisch dagziekenhuis. Nu de bouwvergunning voor een nieuwbouw er is en de voorbereidingswerken vooruitgaan, zal weldra met de bouwwerken zelf kunnen worden gestart. Een vlotte doorloop en 99% voorspelbaarheid zijn twee principes die Stefaan Claeys, facilitair directeur, en de architecten Philippe Van Goethem (SVR-Architects) en Bart Blancquaert (HASA Architecten) voor de realisatie van dit gebouw gehanteerd hebben.

Wie vandaag al een ingreep in een dagziekenhuis onderging, weet met welke stress dat gepaard gaat. Op de dag van de ingreep moet je om 7 uur nuchter binnenkomen, je wordt naar je kamer gebracht en dan begint het wachten. Tegen de middag hoor je dan – nog steeds nuchter – dat de ingreep om 14 uur staat gepland en begint de voorbereiding. Stefaan Claeys: "Van 7 tot 14 uur is er niets gebeurd en heeft het geen zin om de patiënt ter plaatse te hebben. Die blokkeert een kamer en verplegend personeel, en is niet gelukkig. Bovendien zorgt dat wachten voor veel stress. Ziekenhuizen willen dat veranderen. Maar een vleugel voor het dagziekenhuis bijzetten om de ingrepen toch te laten doorgaan in het operatiekwartier (OK), vereist intern vervoer en alles wat daarbij komt kijken. Bovendien gebeurt een groot deel van de ingrepen nu al met minimale narcose en willen de patiënten sowieso zo snel mogelijk naar huis."

Nieuwe werkwijze

Daarom wilden ze het in Bonheiden anders aanpakken. Het begon in 2022 met de vraag naar de noden van het ziekenhuis voor de toekomst. Een van die noden is de



Voor de binneninrichting wordt gekozen voor een vrij licht, maar warm interieur. Het gebruik van hout tempert het strikt functioneel medische karakter.

© hasa

shift van verblijfs- naar dagziekenhuis en ambulante zorgen, en daar wou de directie volop op inzetten om niet achterop te geraken. Als de planning slaagt, zal het van concept tot realiteit slechts vijf jaar geduurd hebben en dat is veel sneller dan in de meeste andere ziekenhuizen, waar de plannen soms 15 jaar oud zijn en wie weet voorbijgestreefd.

"We zijn begonnen met het opzetten van een consultant werkgroep vanuit de zorg. Welke activiteiten en welke flows willen we uit het ziekenhuis halen en in het nieuw chirurgisch dagziekenhuis onderbrengen?" Chirurgen werden uitgedaagd om keuzes te maken. Complexe ingrepen blijven uiteraard in de klassieke OK's. Van zodra echter sprake is van een ingreep waarbij de patiënt de dag zelf naar huis kan, moet die in de nieuwe setting gebeuren.

Daarna werd bekeken hoe de flow van de patiënt van A tot Z zo optimaal mogelijk kan worden georganiseerd: onthaal, fysieke voorbereiding, binnenrijden in OK, ingreep, buitenrijden OK, naar recovery, bed of zetel en dan ontslag.

"Het concept is erop voorzien dat elk bed minstens tweemaal per dag gebruik wordt, elke zetel driemaal. En dan hebben we het niet alleen over het financiële aspect maar ook over de capaciteit die nodig is om een optimaal aantal patiënt te kunnen helpen. Eenmaal dat voor ons duidelijk was – hoewel nog steeds voortschrijdend inzicht – hebben we naar een architect gezocht die daarrond iets kon neerzetten."

> De flessenhals in het klassieke ziekenhuis zijn de OK's. Alle gevallen, ook de kleine ingrepen, moeten er in de rij staan om te worden uitgevoerd

Het standpunt van de architect

In een ziekenhuis komen via Spoed meestal onvoorspelbare ingrepen naar het OK, maar door de voorspelbare ingrepen uit het klassiek OK-circuit te nemen, kan de optimalisatie groter worden. Philippe Van Goethem: "We bouwen al dagziekenhuizen sinds 2011 en hebben vastgesteld dat de flessenhals in het klassieke ziekenhuis de OK's zijn. Omdat daar alle gevallen binnenkomen, moeten ook de kleine ingrepen in de rij staan om te worden uitgevoerd. Als die eruit kunnen worden gehaald, kan je niet alleen een optimalisatie uitvoeren in het dagziekenhuis maar ook in het grote ziekenhuis. Dat is voor beide voordelig. Een extra voordeel is dat dit nieuwe dagziekenhuis een apart gebouw wordt, niet aan de achterkant van het bestaande ziekenhuis, wel aan de voorkant zodat de patiënten die er toekomen niet door het grote ziekenhuis moeten dwalen om het dagziekenhuis te vinden, nee, ze kunnen direct binnen zodat de optimalisatie van de flow nogmaals

Diagam

CALPROGOLD™

La solution en Or pour le dosage de la Calprotectine fécale



Non-invasif, rapide et automatisé :

Un dosage immunocolorimétrique disponible sur tous les analyseurs de biochimie ouverts

Résultats précis et fiables :

Méthode ultrasensible grâce à notre technologie aux Nanoparticules d'Or, pour des performances diagnostiques supérieures

Avec EasyExtract®

pour un meilleur confort du patient



©2024. All rights reserved. All product names, registered trademarks, company names in this document remain the property of their respective owners.

Dosage co-développé par Diagam et Calpro AS

SOINS & SANTÉ

Salon professionnel du secteur médical et paramédical

RECOMMANDÉ PAR NOS
AMBASSADEURS !



Pascal Mertens
Directeur général
Vivalia



Patricia Daune
Kiné et Référente pour la désorientation
Les Jardins de Scailmont



Greg Germain
Infirmier Urgentiste
CHRSM site Sambre



Frédéric Cnocquart
Directeur des secteurs de la personne âgée et handicapée
Groupe santé CHC

SAVE THE DATE

Namur Expo

12 & 13 février 2025

Wallonie familles santé handicap AVIQ

probis plus

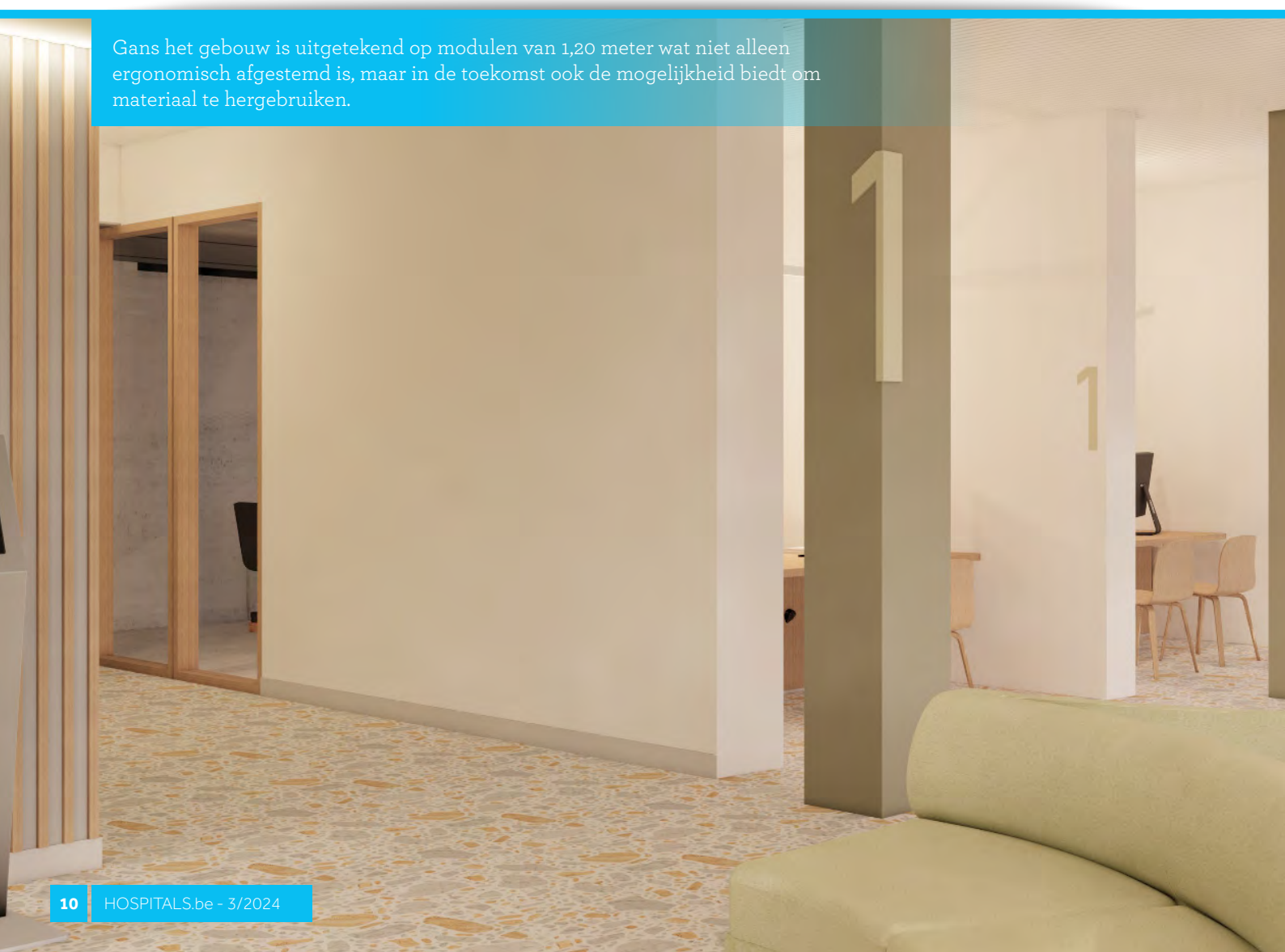
ING

WWW.SOINS-SANTE.BE

tot zijn recht komt. Door een grotere doorstroming (meermaals bed of zetel gebruiken) kom je ook tot een groter gebruik per vierkante meter, wat de CAPEX – hoe je met je investering omgaat – ten goede komt."
Een laatste aspect naar optimalisatie toe, is de vraag: moet het dagziekenhuis een losstaand gebouw zijn of verbonden met het grote ziekenhuis? In een vorige editie van hospitals.be (2024/1) hadden we een artikel over DAISY, het chirurgisch dagziekenhuis van Yverdon-les-Bains (Zwitserland), dat er prat op ging alleenstaand en zelfstandig te zijn. Philippe Van Goethem weerlegt de argumenten: "Ons eerste dagziekenhuis was Sint-Augustinus in Antwerpen. Daar waren we vertrokken van het idee dat de chirurgie in een dagziekenhuis een aparte behandeling is en dat er bijgevolg een apart gebouw bijhoort, los van het grote ziekenhuis, een stand alone dus. Dat idee heeft een aantal jaren standgehouden maar is vandaag achterhaald. In het dagziekenhuis gebeuren quasi dezelfde ingrepen, met dezelfde noden, als in het klassieke OK, alleen op een meer voorspelbare wijze."
Stefaan Claeys bevestigt: "In die optiek zal de aansturing van het nieuwe OK gebeuren vanuit het grote OK, dus via één centrale aansturing, met één centrale sterilisatie (CSA), identieke logistieke flows, bijv. de voorbereidingskar per ingreep wordt centraal klaargemaakt." Dat betekent naar personeel toe ook een vereenvoudiging.

Verschillende soorten ingrepen

Aan de agenda van het dagziekenhuis wordt niet gemorreld want 99,9% van alle ingrepen liggen op voorhand vast; het enige wat kan gebeuren is dat een patiënt niet komt opdagen. In een klassiek OK liggen tijdsroosters vast per discipline en 80% daarvan is ruim vooraf gepland, maar de laatste 20% wordt de dag voordien of de dag zelf ingevuld. Met alle gevolgen die dat meebrengt. Complexe ingrepen kunnen wel eens uitlopen, ten nadele van de standaardingrepen die er tussenin staan gepland, want zij moeten als eerste schuiven. Het onderbrengen van de kleine standaardingrepen samen in één structuur, is kwalitatief beter voor de patiënt die minder stress zal ervaren.
Het pre-op gebeuren zal aangepast worden. Gedaan met het invullen van een volledige vragenlijst bij het binnenkomen, dat moet op voorhand afgewerkt zijn en klaarliggen op de dag van de ingreep. De nieuwe elektronische patiëntendossiers vergemakkelijken deze aanpak. Naast een fysieke flow moet ook de volledige administratieve flow digitaal afgewerkt zijn vóór de ingreep. Dat draagt bij tot het succes van deze oplossing.
"We hebben er rekening mee gehouden dat zelfs binnen het dagziekenhuis een onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende ingrepen. In de groep ingrepen die



Gans het gebouw is uitgetekend op modulen van 1,20 meter wat niet alleen ergonomisch afgestemd is, maar in de toekomst ook de mogelijkheid biedt om materiaal te hergebruiken.

Het pre-op gebeuren zal aangepast worden. Gedaan met het invullen van een volledige vragenlijst bij het binnenkomen, dat moet op voorhand afgewerkt zijn en klaarliggen op de dag van de ingreep

geen nabehandeling of rust ter plekke beogen, is er nog een onderscheid tussen zwaardere en lichtere ingrepen. Voor de lichtere ingrepen is cabinetchirurgie mogelijk", legt Philippe Van Goethem uit.
In het nieuwe gebouw zijn dan ook behandelkamers gepland. "De ingrepen die daarvoor in aanmerking komen (quasi geen anesthesie, geen voorbereiding, geen nabehandeling) gebeuren nu her en der in het ziekenhuis in functie van de afdeling. Zij zullen in een behandelkamer kunnen worden uitgevoerd. In dit concept hebben we 4 standaardbehandelkamers en 2 grotere voorzien in één cluster; de grotere zijn qua uitrusting (bijv. luchtconditionering) en techniek vergelijkbaar met een OK. Als de patiënt niet naar recovery moet, kan die op het gelijkvloers terecht voor zijn ingreep", vervolledigt de facilitair directeur.



© hasa

Veranderingen voor artsen en verpleegkundigen

Bij de opname van patiënten voor een ingreep zullen ook artsen zich moeten aanpassen. Nu komt ongeveer de helft van de patiënten binnen via Spoed, zonder een spoedgeval te zijn, omdat het gewoon sneller gaat. Dat zal niet meer kunnen want niet organiseerbaar.
In de nieuwe setting zal de ontslagprocedure niet meer noodzakelijkerwijze door de arts die geopereerd heeft, uitgevoerd worden. Dat kan door de verpleegkundige die de patiënt gedurende zijn hele traject in het chirurgisch dagziekenhuis begeleidt. De patiënt die naar huis gaat, heeft alle nodige info gekregen (ook van de arts) en wordt nadien opgevolgd door de betrokken arts.
Dat een snel ontslag in een dagziekenhuis mogelijk is, heeft niet alleen te maken met kortere of lokale anesthesie maar ook met zowel horizontale als verticale kortere loopafstanden. "Het gebouw leent zich hiertoe goed. De patiënt kan zich zo gemakkelijk oriënteren, en de organisatie kan op alles snel anticiperen", weet de architect.

Het gelijkvloers

Het nieuw chirurgisch dagziekenhuis komt naast de inkom van het grote ziekenhuis maar wel met eigen inkom. Bart Blancquaert: "We hebben de gevel van de nieuwbouw bewust schuin gezet zodat de inkom op het plein staat en een volwaardige herkenbare ingang voor het dagziekenhuis kan worden. Het moet immers zeer gemakkelijk en duidelijk bereikbaar zijn, en dicht bij het bestaande ziekenhuis komen te liggen, waarmee het verbonden moet zijn. De groene partijen ervoor hebben we willen behouden omdat dit deel uitmaakt van het algemeen beeld van dit ziekenhuis."
De inkom, in een hoek van het gebouw, bestaat uit een zone voor inschrijving en heel grote wachtzaal waar de mensen kort wachten vooraleer ze naar hun bestemming

Complexe ingrepen blijven uiteraard in de klassieke OK's. Van zodra echter sprake is van een ingreep waarbij de patiënt de dag zelf naar huis kan, moet die in de nieuwe setting gebeuren

(OK, behandelkamer, pijnkliniek, endoscopie) worden begeleid. Op de andere verdiepingen is trouwens geen wachtzaal aanwezig. Achter het patiëntengedeelte is een back-office waar in principe geen patiënten komen en waar een verbinding naar het bestaande gebouw loopt.
De begeleiders van patiënten kunnen in de wachtzaal wachten maar "we sturen aan op zo weinig mogelijk begeleiders ter plaatse. We zullen hen informeren op het moment dat de ingreep gedaan is en in de tussentijd kunnen ze naar de cafetaria, of een wandeling maken. We zijn een app aan het ontwikkelen waarmee de begeleider ook kan volgen waar de patiënt zich op elk moment bevindt", aldus Stefaan Claeys.
Op het gelijkvloers zijn 6 behandelkamers, vlakbij de pijnkliniek, voor patiënten die geen voorbereiding nodig hebben.
De pijnkliniek is ingericht als een lounge voor de voorbereiding, naast twee zalen met radiologietoestellen waar een aantal ingrepen kunnen gebeuren en daarna kan de patiënt uitrusten in één van de zetels. "Het concept van lounge is nu reeds ingevoerd in het oncologische dagziekenhuis: de kamers zijn er afgeschaft, vervangen door bogen, met zetels zodanig dat alle patiënten naar buiten kunnen kijken, als het ware in een eigen cocon en niet het gevoel hebben dat er naast hen nog een patiënt zit."

De eerste en tweede verdieping

Op niveau 1 komen de OK's die in het bestaande gebouw ook op niveau 1 zitten; de verbinding tussen beide gebouwen mondt uit aan de CSA, naast de OK's. Er zijn 4 OK-zalen. Patiënten die hier aankomen worden direct voorbereid op de ingreep. Er zijn kleedkamers, een verpleegdesk en zetels of bedden in afwachting dat ze naar één van de 4 zalen voor de ingreep worden gebracht. Na de ingreep kunnen ze of naar recovery, of naar een kamer met bed, of naar de lounge. Bedoeling is de doortocht van de patiënt zo kort mogelijk te houden. Bovendien is "een flow tegen de klok in altijd gemakkelijker dan met de klok mee. Dat hebben we hier ook toegepast", vervolledigt architect Van Goethem.
Op niveau 2 zullen gastro-, colono- en bronchoscopieën worden uitgevoerd. De inrichting is gelijkaardig. Er wordt van uit gegaan dat de meeste colonoscopiepatiënten thuis hun voorbereiding correct hebben gedaan, al zal dat niet steeds zo zijn, vandaar dat er een voorbereidingszone met een aantal boxen is voorzien. Hier liggen de patiënten op een brancard omdat het waarschijnlijk steeds nodig zal zijn om uit te slapen na de sedatie; na passage in één van de onderzoekslokalen wordt de patiënt al of niet via de recovery naar een kamer gebracht. Hier zijn geen zetels alleen kamers om ietwat meer privacy te bieden, bijv. na een colonoscopie. Er zijn geen administratieve werkplekken voorzien. De patiëntendossiers zijn overal elektronisch te consulteren en beschikbaar in elke zaal. Vermits alle ingrepen gepland zijn, komen de chirurgen ook volgens de planning ter plaatse en is er voor hen geen afzonderlijke ruimte voorzien. Anesthesisten hebben een desk in het OK en in recovery. Twee gespreklokalen zijn wel voorhanden.

Shift in activiteit

De verpleegkundigen die in het nieuwe gebouw van de chirurgische daghospitalisatie zullen werken, komen uit het klassieke OK maar zullen er wel een aantal taken bovenop krijgen, zoals de voor- en nabehandeling van de patiënt. "Het is de bedoeling om met vaste teams te werken, omdat de werking van het dagziekenhuis enigszins anders is dan in het klassieke OK en ook het type ingrepen is verschillend. Per cluster van type ingrepen zullen de verpleegkundigen gespecialiseerd zijn. Een dagziekenhuis heeft wel in tegenstelling tot het grote ziekenhuis maar één shift, maar ook dat zal wellicht veranderen in de nabije toekomst", aldus de facilitair directeur.
"Globaal stellen we in de sector een daling van het aantal noodzakelijke verblijfsbedden vast. Uit de voorafgaande studie zien we in onze regio echter nog een lichte stijging (vooral geriatrische bedden). De activiteit aan dagchirurgie en preventieve onderzoeken zoals gastro-enterologie gaat hoe dan ook in stijgende lijn." Er wordt dus wel uit gegaan van een groei in de activiteit van het chirurgisch dagziekenhuis nadat het eind 2025, begin 2026 operationeel zal zijn. Het nieuwe gebouw en concept zijn voorzien op een groei van 30%. Het zal dan aanpassen zijn en anticiperen in de noden naar personeel toe.
Vandaag is er naar verblijf toe geen vrije ruimte meer in het ziekenhuis. Het is dus wachten op de verhuis naar het nieuwe dagziekenhuisgebouw om her en der de nodige renovaties te doen in de bestaande gebouwen.

De zorg wordt steeds gespecialiseerder, wat meer ruimte vereist om materiaal te stockeren. Ook de polikliniek is aan renovatie toe; om dat te kunnen moet ruimte voorhanden zijn om de raadplegingen tijdelijk onder te brengen.

Over de nieuwbouw zelf

Eén van de opdrachten was dat het gebouw modulair moest zijn, met andere woorden, als de vereisten volgend jaar veranderen, moet het mogelijk zijn om daarop te kunnen inspelen.
Architect Bart Blancquaert: "Om een gebouw te maken dat kan groeien/evolueren met zijn gebruikers, werden in de structuur zo weinig mogelijk kolommen gebruikt, zodat heel grote open ruimtes ontstaan die op verschillende manieren kunnen ingedeeld worden. Gans het gebouw is uitgetekend op modulen van 1,20 meter wat niet alleen ergonomisch afgestemd is, maar in de toekomst ook de mogelijkheid biedt om materiaal te hergebruiken. Het materiaalgebruik in de bouwsector is immers verantwoordelijk voor een groot deel van de CO2-productie, dus moeten we er zorgvuldig mee omspringen." Dit was een belangrijke insteek, buiten feit dat het gebouw uiteraard energiezuinig is. Het is de bedoeling om tot 20% onder de huidige norm voor gebouwgebonden energiegebruik te gaan, volledig gevoed door geothermie die onder het gebouw zal voorzien worden.
De impact van het gebouw op het milieu zal laag zijn. "We wilden een gebouw maken dat het coloriet van het bestaande gebouw benaderde. De zwarte hoofdinkom blijft de eyecatcher, die de mensen op de goede weg zet vanaf de parkings. De inkom van het dagziekenhuis is ernaast gelegen, met een gaanderij door het gebouw die richting bushalte gaat. Zo kunnen voetgangers die met het openbaar vervoer komen, langs het nieuwe gebouw overdekt begeleid worden naar de hoofdinkom. De doorlopende banden in aluminiumbeplating in de gevel hebben een functie: ze zijn opgebouwd uit cassettes in houtskelet waardoor een gesloten gevel kan worden vervangen door een raam zonder dat er structurele ingrepen nodig zijn (en omgekeerd om een bestaand raam te dichten). Het gebouw kan zo mee evolueren in functie van de noden. Hiermee worden twee problemen waar we bij renovatie vaak tegenaan lopen – kolommen in de weg en te weinig daglicht dat binnenkomt – meteen vermijdbaar."

Over de binneninrichting

Alle technische apparatuur komt in de kelder; er zal niets op het dak staan om de esthetiek van het uitzicht uit alle kamers te respecteren.
Voor de binneninrichting wordt gekozen voor een vrij licht, maar warm interieur. Het gebruik van hout tempert het strikt functioneel medische karakter. "Daarmee kan je ook in een dagziekenhuis een verschil maken met een klassiek ziekenhuis en een beetje cocooning bieden



© hasa

zodat de overgang met thuis niet zo bruusk is. Er is gekozen voor een meer huiselijke omgeving en zachte materialen, al blijft het geheel toch voldoende hygiënisch", vat Philippe Van Goethem samen.
Door het gebruik van veel transparantie is doorkijk vaak mogelijk, al is dat steeds in zones waar enkel personeel komt en geen patiënten. In de ruimtes die voorzien zijn voor de voorbereiding van een colonoscopie, worden lamellen aangebracht om privacy te creëren. De meeste ruimtes hebben daglicht via een raam, dat maakt naar welbevinden een groot verschil.
Ook in de gang met kamers wordt gewerkt met schuifdeuren met lamellen zodat er steeds licht op de gang valt. De kamers zelf zijn klein, maar dat geeft niet vermits de verblijftijden toch beperkt zijn. Kamers hebben een



De pijnkliniek is ingericht als een lounge met inval van daglicht.

© hasa

groot raam dat uitkijkt op het groen. Ze zijn voorzien van de nodige medische uitrusting en werkruimte voor de verpleging, een eigen badkamer met toilet en lavabo. Op de gang is een open verpleegpost met duidelijk aangegeven balies wat de aanspreekbaarheid – belangrijk naar patiëntenbeleving – ten goede komt.
In de ontwaakrecovery zijn geen bedbalken met allerhande pluggen zichtbaar. De volledige medische uitrusting is subtiel weggewerkt.
Een kleine personeelsruimte – iets meer dan de klassieke refter – met veel daglicht en wat afgezonderd van de werkvloer, vervolledigt het geheel.

Verhuisbewegingen

De eerste stap in de voorbereiding werd twee jaar geleden al gezet: het optrekken van een nieuwbouw voor een deel van de administratie (archief, hr, communicatie) en uitbreiding van de polikliniek. Om de container waarin het huidig chirurgisch dagziekenhuis zat te kunnen wegnemen en plaats te maken voor de nieuwbouw, zijn tal van verhuisbewegingen nodig geweest. Drie verschuifbewegingen hebben plek vrijgemaakt voor de activiteit van het chirurgisch dagziekenhuis vooraleer de container kon worden weggenomen en de bouw van het nieuw chirurgisch dagziekenhuis kan worden gestart. Eens de nieuwbouw klaar is en het chirurgisch dagziekenhuis naar daar kan verhuizen, zal hun tijdelijke plek ingenomen kunnen worden door verschillende diensten die achtereenvolgens zullen gerenoveerd worden.
Een proefdraaiperiode – waarin werd onderzocht hoe een bed twee- tot driemaal per dag kon worden gebruikt – ging de verhuis vooraf, want de ruimte waarover het chirurgisch dagziekenhuis tijdelijk beschikt is kleiner dan de plek die ze in de container had, met minder beschikbare bedden."
De bouwtijd zelf zou relatief kort moeten kunnen worden gehouden omdat veel structuren op voorhand kunnen worden samengesteld. Ze rekenen anderhalf jaar, en hopen de nieuwjaarsreceptie van 2026 in het nieuw chirurgisch dagziekenhuis te kunnen organiseren, zelfs al zal alles nog niet tot in de puntjes zijn afgewerkt. "Met een goede organisatie en coördinatie moeten we daarin slagen", sluit Stefaan Claeys af.

Le nouvel hôpital de jour chirurgical anticipe les tendances

Le nombre de patients pouvant être pris en charge via une hospitalisation de jour va continuer à augmenter, au détriment de l'hospitalisation traditionnelle. L'établissement hospitalier Imeldaziekenhuis de Bonheiden veut y être prêt et s'est dès lors penché sur le concept d'un nouveau bâtiment pour son hôpital de jour chirurgical. Tout a débuté en 2022 avec un groupe de travail chargé de répondre à la question: Quelles activités et quels flux voulons-nous sortir de l'hôpital et installer dans le nouvel hôpital de jour chirurgical? Les chirurgiens ont été mis au défi de faire des choix. Bien entendu, les interventions complexes restent dans les blocs opératoires classiques. Toutefois, dès qu'il s'agit d'une intervention pour laquelle le patient peut rentrer le jour-même chez lui, elle doit avoir lieu dans la nouvelle implantation. En outre, on a examiné comment organiser le flux du patient de A à Z de la façon la plus optimale possible: accueil, préparation physique, entrée au bloc, intervention, sortie du bloc, salle de réveil, lit ou fauteuil et ensuite sortie de l'hôpital. Une fois le concept clarifié, Stefaan Claeys, facility director, s'est mis en quête d'architectes capables de bâtir un tel bâtiment. Philippe Van Goethem (SVR-Architects) et Bart Blancquaert (HASA Architecten) expliquent quels principes ont été suivis.

DE HARVARD MEDICAL SCHOOL TOONT AAN DAT BIJ EEN TE LAGE LUCHTVOCHTIGHEID (<40%) HET AANTAL INFECTIES IN DE ZORGSECTOR STIJGT!

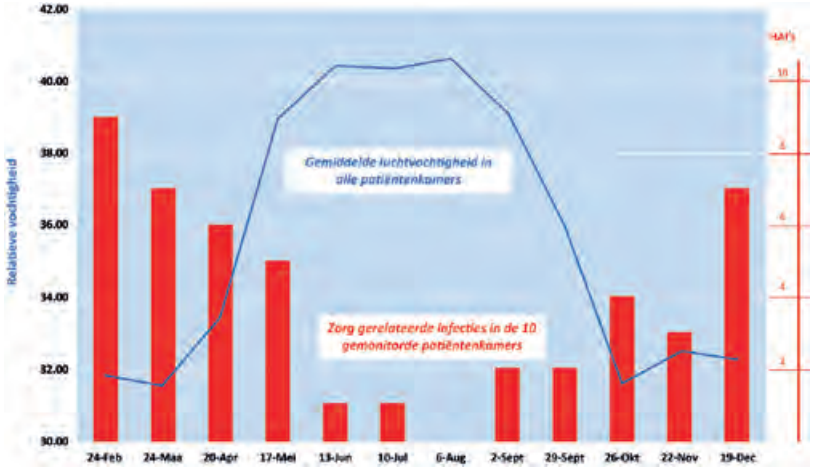
BRON: PRAKTIJK ONDERZOEK HARVARD MEDICAL SCHOOL



In zowel de Verenigde Staten als Europa behoren fouten tijdens medische zorg tot de zesde belangrijkste doodsoorzaak, waarbij een aanzienlijk deel van de sterfgevallen te wijten is aan nosocomiale infecties, ook wel bekend als zorginfecties of Healthcare-Associated Infections (HAI's). Deze infecties ontstaan terwijl patiënten in ziekenhuizen of zorginstellingen worden behandeld. Minstens 10% van de patiënten in intramurale zorginstellingen, zoals ziekenhuizen en verpleeghuizen, krijgt te maken met een nosocomiale infectie. Alleen al in de VS leidt dit jaarlijks tot meer dan 100.000 sterfgevallen.
De rol van omgevingsfactoren in het ontstaan van HAI's krijgt steeds meer aandacht, waarbij specifiek de luchtvochtigheid in ziekenhuisruimtes cruciale invloedsfactoren blijken te zijn.

DE ROL VAN LUCHTVOCHTIGHEID IN ZORGINFECTIES

Uit het onderzoek kwam naar voren dat luchtvochtigheid een van de meest kritieke omgevingsfactoren is die verband houdt met het ontstaan van nosocomiale infecties. Luchtvochtigheid speelt een belangrijke rol bij de verspreiding van micro-organismen, zoals virussen en bacteriën. Een te lage luchtvochtigheid (onder 40%) kan de weerstand van het lichaam verlagen doordat slijmvliezen uitdrogen, wat de vatbaarheid voor infecties vergroot. Tegelijkertijd kan een te hoge luchtvochtigheid (boven 60%) de groei van schimmels en bacteriën bevorderen, wat ook het risico op infecties verhoogt.
Het onderzoek toonde aan dat in de kamers waar de luchtvochtigheid consequent werd gereguleerd binnen de ideale range van 40% tot 60%, het aantal nieuwe zorginfecties significant lager was. Kamers met een niet-gecontroleerde luchtvochtigheid, vooral die met lage waarden, vertoonden een hogere incidentie van infecties. Dit resultaat benadrukt de noodzaak om luchtbevochtiging op een gebalanceerde manier toe te passen als onderdeel van de infectiepreventie.
Het beheersen van omgevingscondities in ziekenhuisruimtes, met speciale aandacht voor luchtvochtigheid, biedt kans om het aantal zorginfecties te verminderen. Luchtbevochtiging speelt hierin een centrale rol: door de luchtvochtigheid binnen een optimaal bereik te houden, kunnen ziekenhuizen de verspreiding van virussen en bacteriën beperken en de algehele gezondheid van patiënten beschermen.





Condair NV
De Vunt 13 Bus 5
B-3220 Holsbeek
België
Tel: +32 (0) 16 98 02 29
www.condair.be

LA CARTOGRAPHIE ANALYTIQUE

UN OUTIL STRATÉGIQUE ET LA DURABILITÉ HOSPI

La cartographie analytique, de plus en plus reconnue pour ses applications dans divers secteurs[1], s'est imposée comme un outil stratégique essentiel pour optimiser la gestion des réseaux de soins hospitaliers en Belgique et contribuer au développement durable. La spécificité géographique de la Belgique, avec ses frontières linguistiques, renforce la pertinence de cette technologie. Cet article explore comment les gestionnaires d'hôpitaux peuvent utiliser la cartographie analytique pour améliorer l'efficacité des services de santé et la satisfaction des patients.



E POUR LA GESTION TALIÈRES



Samy Aouachria
Adjoint à la direction médicale
Groupe santé CHC, Liège
amir-samy.aouchria@chc.be
Tél.: +32 4 355 79 23

La cartographie des zones d'influence et de chalandise des hôpitaux

La zone de chalandise d'un hôpital représente l'aire géographique d'où provient la majorité de ses patients. La cartographie de ces zones est importante pour la gestion des ressources et l'évaluation des besoins de la population. La modélisation des zones d'influence et de chalandise d'un hôpital via le modèle de Huff[2] permet de définir le phénomène d'attraction et la probabilité que les patients d'une zone donnée fréquentent un hôpital spécifique plutôt qu'un autre. Bien évidemment, cette probabilité dépend de plusieurs facteurs qui sont intégrés dans le modèle ainsi que du réseau routier belge. La figure 1 montre l'estimation du nombre de séjours par commune et les zones de recouvrement de deux hôpitaux à savoir, la Clinique CHC Heusy et le Centre Hospitalier Reine Astrid Malmedy.



© stock.adobe.com

Cette modélisation aide à transcender les frontières linguistiques et provinciales, identifiant ainsi les emplacements optimaux pour de nouveaux centres médicaux en tenant compte des pathologies prédominantes dans chaque région. Par exemple, la figure 2 illustre les couvertures de la population à 30 minutes par route de cinq grands hôpitaux wallons et leur extension vers la Région flamande. Cette analyse permet également de déterminer la densité de population couverte au kilomètre carré en se référant aux bases de données de StatBel[3].

En outre, l'utilisation de la cartographie analytique permet de tracer des zones isochrones autour des hôpitaux, facilitant l'identification des zones de recouvrement et des secteurs non couverts. En traçant des zones de 30 minutes en voiture autour des hôpitaux, les

décideurs peuvent visualiser l'offre de soins sur le territoire et prendre des décisions stratégiques informées.
La cartographie des données des séjours hospitaliers permet aux hôpitaux d'identifier les pathologies dominantes dans certaines régions et d'adapter leur offre de soins en conséquence. Cela inclut le recrutement de spécialistes et le renforcement de la collaboration avec les médecins généralistes locaux, permettant ainsi de mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer la qualité des soins.

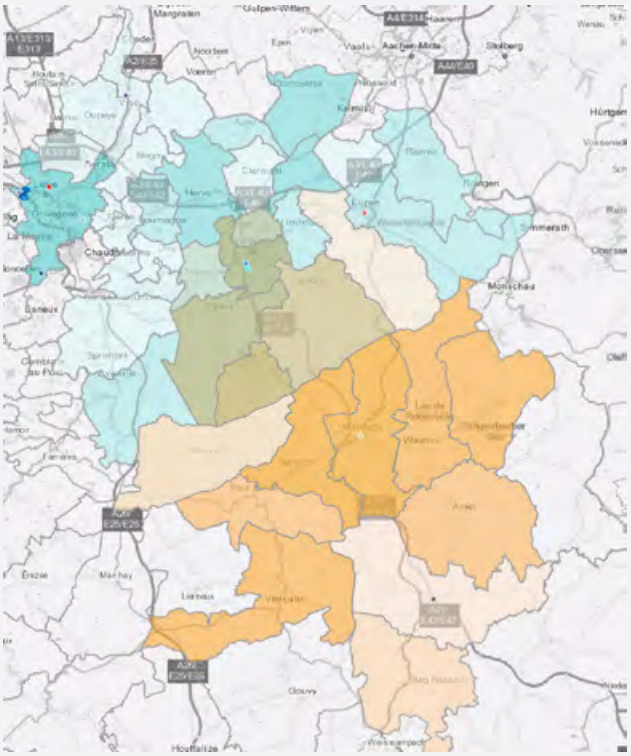
Son apport au développement durable

L'analyse cartographique axée sur l'optimisation de la mobilité permet aux réseaux hospitaliers de minimiser leur empreinte carbone tout en améliorant l'accessibilité et la qualité des soins offerts à la population[4]. Par exemple, le Groupe Santé CHC utilise la cartographie pour examiner les déplacements de son personnel salarié et des prestataires indépendants. La figure 3 montre les employés de la Clinique CHC-MontLégia qui résident à moins de 10 km de la clinique et se rendent au travail en voiture. La carte présente également les pistes cyclables disponibles pour rejoindre la clinique, offrant des alternatives potentielles de déplacement actif. Ces données visuelles sont essentielles pour cibler les interventions visant à encourager des modes de transport plus durables.
L'analyse des déplacements logistiques est un autre domaine où la cartographie analytique joue un rôle crucial. La figure 4 montre les déplacements des camions logistiques entre les différentes cliniques d'un groupe hospitalier et d'autres hôpitaux partenaires. En optimisant les tournées, il est possible de diminuer significativement l'empreinte carbone des activités hospitalières. Cette optimisation des trajets logistiques contribue non seulement à la réduction des coûts opérationnels mais aussi à la préservation de l'environnement.
La cartographie analytique illustre également son potentiel en tant que levier d'innovation et de transformation écologique dans le domaine de la santé. En analysant les flux de patients et les besoins spécifiques des différentes zones d'influence, les hôpitaux peuvent planifier des interventions ciblées pour améliorer l'efficacité des soins tout en réduisant les déplacements[5][6]. Par exemple, la création de centre médicaux de proximité dans les zones où la demande est élevée permet de réduire les déplacements des patients et d'améliorer l'accessibilité aux services de santé.

> La cartographie des zones de chalandise d'un hôpital est importante pour la gestion des ressources et l'évaluation des besoins de la population

Figure 1

L'estimation du nombre de séjours par commune et les zones de recouvrement de la Clinique CHC Heusy et du Centre Hospitalier Reine Astrid Malmedy.
©2020-S. Aouachria - Groupe santé CHC





CenEnergy

by Belfius

Een baanbrekend partnerschap voor duurzame mobiliteit!

Met een ruim aanbod aan financieringen en innovatieve samenwerkingen zet Belfius lokale overheden op weg naar duurzamere mobiliteitsoplossingen.

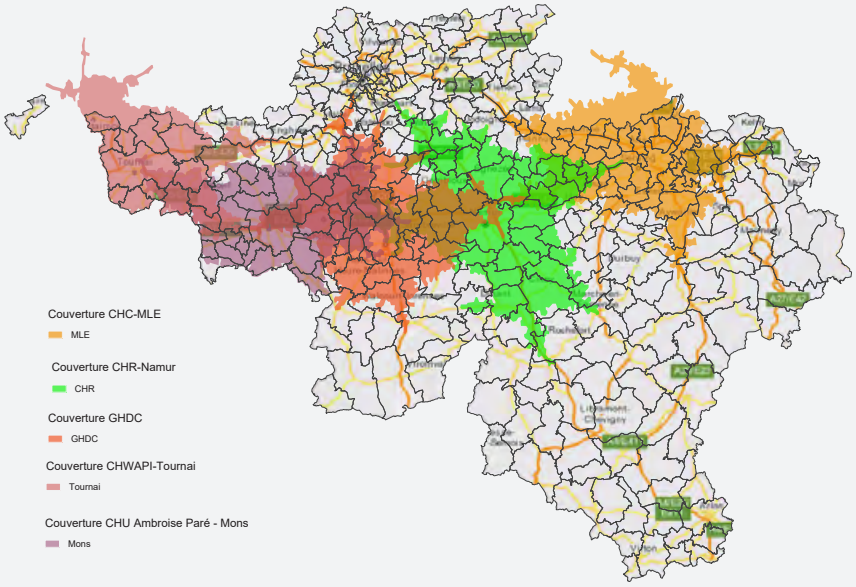
Opnieuw een stap dichter bij de energietransitie.

Geïnteresseerd? Neem contact op met uw relatiebeheerder.

Belfius

Figure 2

Les couvertures de la population à 30 minutes par route de cinq grands hôpitaux wallons et leur extension vers la Région flamande.
©2022-S. Aouachria.Groupe santé CHC



Planification des services de santé à long terme

La cartographie analytique peut aider à la planification à long terme des infrastructures hospitalières en prévoyant les tendances démographiques et épidémiologiques. En intégrant des données socio-économiques et sanitaires, les décideurs peuvent anticiper les besoins futurs et planifier la construction de nouvelles infrastructures ou l'expansion des services existants.

Aspects opérationnels

Un usage plus opérationnel du géodécisionnel se révèle important pour répondre aux problématiques quotidiennes au niveau des hôpitaux. Par exemple, dans le cadre des séjours écourtés en maternité. Le rayon d'activité de chaque sage-femme est matérialisé sur la carte, permettant aux coordinateurs de déterminer rapidement quelle sage-femme est la plus appropriée pour intervenir en fonction de la proximité géographique avec la parturiente.

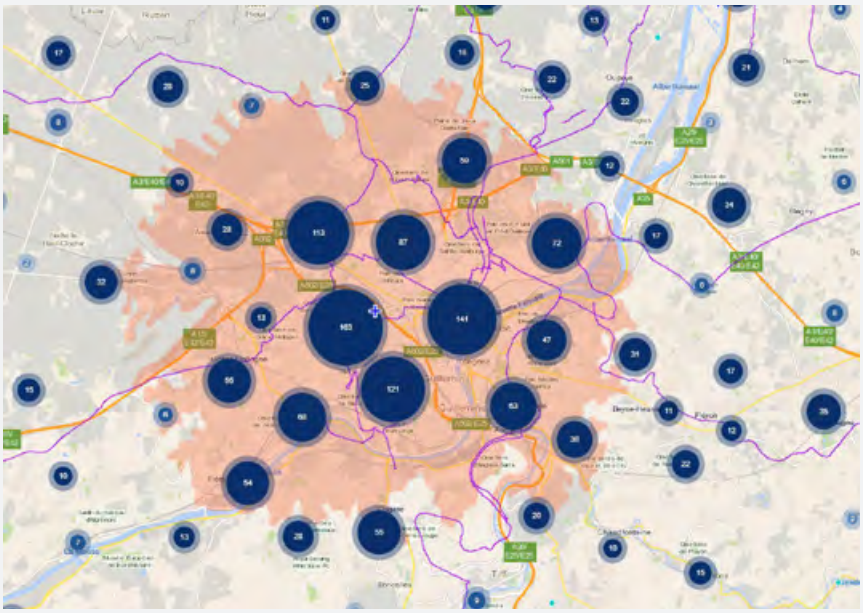
Cette approche géodécisionnelle assure une répartition optimale des interventions, réduisant ainsi les temps de déplacement et améliorant la qualité des soins postnataux.
Aussi, le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) représente une autre application significative de la cartographie analytique dans le domaine opérationnel. Les stakeholders peuvent visualiser la distribution des infirmières et autres professionnels de santé par rapport à la localisation des patients. En optimisant les affectations, la cartographie analytique réduit les trajets inutiles, économise du temps et des ressources, et améliore la satisfaction tant des patients que des professionnels de santé.

Conclusion

L'intégration de la cartographie analytique dans la gestion hospitalière représente une avancée significative pour l'optimisation des soins de santé et la durabilité environnementale. Cette technologie permet une visualisation précise de la couverture des soins, facilitant ainsi l'identification des zones blanches et la planification de nouveaux centres médicaux dans les régions les plus nécessiteuses.
En améliorant l'accès aux soins, la cartographie analytique aide les gestionnaires à prendre des

Figure 3

Le personnel de la Clinique CHC-MontLégia résidant à moins de 10 km de la clinique et se rendant au travail en voiture. La carte présente également les pistes cyclables disponibles pour rejoindre l'hôpital.
©2022-S. Aouachria.-Groupe santé CHC



Le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) représente une autre application significative de la cartographie analytique dans le domaine opérationnel



Figure 4

Les déplacements des camions logistiques entre les différentes cliniques d'un groupe hospitalier et d'autres hôpitaux partenaires.
©2022-S. Aouachria.-Groupe santé CHC

décisions stratégiques éclairées, améliorant ainsi la répartition des ressources et des services hospitaliers. L'approche géodécisionnelle assure également une répartition optimale des interventions, réduisant les temps de déplacement et améliorant la qualité des soins.

L'analyse cartographique joue un rôle important dans la transformation écologique du secteur de la santé. En analysant les flux de patients et en optimisant les déplacements logistiques, cette technologie contribue à réduire l'empreinte carbone des activités hospitalières tout en augmentant l'efficacité des services offerts.

En résumé, la cartographie analytique s'impose comme un outil indispensable pour les gestionnaires d'hôpitaux et les stakeholders en leur offrant des perspectives nouvelles pour améliorer l'efficacité des soins, la satisfaction des patients et la durabilité environnementale.

[1] Hilton B. , Tulu B., Horan T. A. Geographic Information Systems in Health Care Services, January 2005, In book: Geographic Information Systems in Business. Editors: James B. Pick

[2] Huff D. A Probabilistic Analysis of Shopping Center Trade Areas, Land Economics, Vol. 39, No. 1 (Feb., 1963), pp. 81-90

[3] https://statbel.fgov.be/fr/open-data/population-selon-la-grille-km2-grid-2020

[4] The Shift Project (2023). Décarboner la santé pour soigner durablement : édition 2023 du rapport du shift project

[5] https://www.aamc.org/news/hospitals-race-save-patients-and-planet

[6] Dupont V. Les leviers et les freins à une transition vers un hôpital durable selon les composantes environnementale, sociale et économique dans deux hôpitaux belges. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2022. Prom.: Thys, Frédéric; Maule, Yves. http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:36042

Een strategisch instrument voor beheer en duurzaamheid

Analytische mapping wordt steeds vaker toegepast in verschillende sectoren (1) en het blijkt nu een essentieel strategisch instrument te zijn voor het optimaliseren van het beheer van ziekenhuiszorgnetwerken, ook in België. Bovendien levert het eveneens een bijdrage aan de duurzame ontwikkeling. De geografische specificiteit van België, met zijn taalgrenzen, versterkt de relevantie van deze technologie. Dit artikel onderzoekt hoe ziekenhuismanagers analytische kaarten kunnen gebruiken om de efficiëntie van de gezondheidszorg en de patiënttevredenheid te verbeteren.

De auteur besluit dat analytische mapping zich opdringt als een onontbeerlijk instrument voor ziekenhuisbeheerders en stakeholders door hen nieuwe perspectieven te bieden om de doeltreffendheid van de zorg, de tevredenheid van de patiënten en de ecologische duurzaamheid te verbeteren.



Quality-Tech d'HIS :

rénovation complète de l'aile Q
du Site Etterbeek-Ixelles des Hôpitaux Iris Sud

Quality-Tech van HIS:

volledige renovatie van de Q-vleugel van de site
Etterbeek-Elsene van de Ziekenhuizen Iris Zuid



david bejaer
assar architects

assar architects et SWECO Belgium ont été choisis pour la rénovation complète de l'aile Q des Hôpitaux Iris Sud à Etterbeek-Ixelles. Cette aile, vide depuis fin 2019 après le déménagement de plusieurs services, est la dernière à ne pas encore avoir été rénovée en profondeur.

Le projet, ambitieux et démonstratif, doit répondre aux exigences de durabilité et d'exemplarité d'HIS. assar architects - SWECO s'engage à proposer des solutions performantes et économiques néanmoins simples d'utilisation et faciles d'entretien, tout en ayant un faible impact environnemental. La conception technique par SWECO et architecturale par assar architects visent à optimiser les consommations énergétiques.

assar architects en SWECO Belgium zijn gekozen voor de volledige renovatie van de Q- vleugel van de Ziekenhuizen Iris Zuid in Etterbeek-Elsene. Deze vleugel, die sinds eind 2019 leegstaat na de verhuizing van verschillende diensten, is de laatste die nog niet grondig gerenoveerd is.

Het project, dat zowel ambitieus als demonstratief is, moet voldoen aan de duurzaamheidseisen van HIS en heeft eveneens een voorbeeldfunctie. assar architects en SWECO zetten zich in om performante en economische oplossingen te bieden die toch eenvoudig te gebruiken en gemakkelijk te onderhouden zijn, met een lage milieu-impact. Het technisch ontwerp van SWECO en het architectuurontwerp van assar architects zijn gericht op het optimaliseren van het energieverbruik.

L'hôpital, marqué par des démolitions et reconstructions successives, présente une apparence disparate. Le bloc Q, d'apparence brutaliste typique des années 70, contraste avec les autres bâtiments. assar architects propose une modernisation stylistique en intégrant des éléments naturels comme un bardage en bois et des toitures végétalisées pour adoucir la volumétrie et dissimuler les éléments saillants.

L'objectif est d'améliorer le quartier et le site hospitalier tout en respectant le contexte urbain. La nouvelle façade, en teinte chaude et naturelle, s'intègrera mieux dans l'environnement. Le projet vise également à résoudre les problèmes de lisibilité et d'accessibilité du site, en facilitant les parcours de la patientèle.

À terme, l'aile Q comprendra trois étages de consultations ambulatoires neuves, un service des urgences rénové et un laboratoire au 5e étage, le sous-sol étant dédié aux espaces logistiques et techniques.

Het ziekenhuis, gekenmerkt door opeenvolgende sloop- en wederopbouwprojecten, heeft een uiteenlopend uiterlijk. Het Q-blok, met een typische brutalistische uitstraling uit de jaren 70, contrasteert met de andere gebouwen. assar architects stelt een stilistische modernisering voor door integratie van natuurlijke elementen zoals houten gevelbekleding en groendaken om de volumetrie te verzachten en de uitstekende elementen te verbergen.

Het doel is om de wijk en de ziekenhuislocatie te verbeteren met respect voor de stedelijke context. De nieuwe gevel, in warme en natuurlijke tinten, zal beter in de omgeving passen. Het project is er ook op gericht om problemen met leesbaarheid en toegankelijkheid op te lossen, door het makkelijker te maken voor patiënten om hun weg te vinden.

Op termijn zal de Q-vleugel bestaan uit drie verdiepingen met nieuwe poliklinische consultatieruimtes, een gerenoveerde spoedafdeling en een laboratorium op de vijfde verdieping, terwijl de kelder zal worden gebruikt voor logistieke en technische ruimtes.



MESURER POUR AMÉLIORER
OU POUR FINANCER AFIN D'AMÉLIORER

DES INDICATEURS QUALITÉ POUR RÉPARTIR LE BUDGET DES HÔPITAUX... VRAIMENT?

En Belgique, l'organisation du système de santé est complexe. Cette situation résulte en partie de la succession de réformes institutionnelles, mais pas uniquement. Notre modèle de cogestion et de concertation, bien que bénéfique à de nombreux égards, contribue également à cette complexité. Quant au financement de notre système, il est à l'image de son organisation: complexe et peu lisible. Même si de nombreux chantiers ont été lancés pour simplifier les choses, il reste encore beaucoup à faire pour atteindre l'objectif de simplification visé.

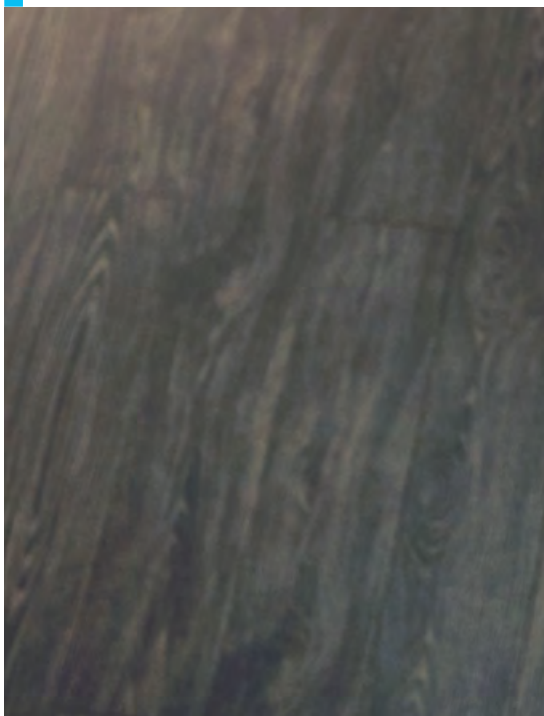


Denis Herbaux
Directeur
PAQS ASBL
Clos Chapelle-aux-Champs, 30
Bte 1.30.30
1200 Bruxelles
+32 492 973 244
denis.herbaux@paqs.be
www.paqs.be

Comme chaque année, les hôpitaux belges ont reçu leur notification BMF (Budget des Moyens Financiers) le 1er juillet. Depuis 2018, une ligne relative au P4P (Paiement à la Performance) apparaît dans le BMF.

Le P4P dans le BMF

Le P4P n'est pas un concept neuf. Des programmes de paiement à la performance sont apparus dans de nombreux systèmes de santé du monde au tournant des années 2000. Ils reposent sur une hypothèse simple (voire simpliste): une relation causale existerait entre l'incitation financière et la performance d'une institution de soins. En Belgique, ce système est plus spécifiquement appliqué au domaine de la qualité des soins (paiement à la qualité).



© stockadobe.com

La littérature scientifique révèle une hétérogénéité notable des programmes P4P sur de nombreux aspects, mais surtout une absence d'évaluation pour bon nombre d'entre eux. Lorsque des évaluations sont menées, les résultats montrent que ces programmes apportent, au mieux, des améliorations modestes à court terme. L'incertitude quant à l'impact des programmes P4P est en grande partie due à la difficulté d'isoler ces programmes des autres facteurs influençant la performance. Outre les résultats mitigés des programmes évalués, les études mettent en lumière des conséquences imprévues, notamment lorsque les programmes souffrent de problèmes de conception. Il semble donc primordial que les décideurs s'assurent avant toute chose que les avantages potentiels de l'introduction d'un programme P4P surpassent les risques propres au contexte de déploiement de ce programme.

En Belgique, une telle analyse n'a pas été menée, ce qui suggère que l'introduction du système de P4P relève davantage d'une décision politique que d'une approche scientifique. Et c'est ainsi que depuis six ans, le SPF Santé Publique définit annuellement un ensemble d'indicateurs, dont la composition a varié au cours du temps. Les hôpitaux se voient alors attribuer un budget sur base de leur performance relative à ces indicateurs.

Nouveautés 2024 du P4P

Cette année, deux nouvelles caractéristiques de ce système méritent d'être soulignées.
La première concerne l'augmentation significative du budget alloué au P4P. En 2024, ce budget passe de 6 à 40 millions d'euros. Toutefois, contrairement à d'autres pays, ce budget supplémentaire n'est pas un



Les P4P reposent sur une hypothèse simple (voire simpliste): une relation causale existerait entre l'incitation financière et la performance d'une institution de soins

nouveau financement, mais provient de la sous-partie B2 du budget hospitalier. Cela signifie qu'un hôpital «moins performant» que les autres va perdre de l'argent. Est-ce vraiment judicieux? Un tel hôpital n'a-t-il pas, au contraire, besoin de plus de soutien?

La seconde est l'introduction du taux de mortalité standardisé comme indicateur. Si personne ne remet en cause la nécessité absolue pour une institution de soins de suivre ce taux et de l'analyser, y compris en se comparant aux autres, utiliser celui-ci comme variable pour déterminer le financement est bien plus problématique. Au-delà de la logique questionnable de pénaliser les «moins bons» abordée ci-dessus, la comparabilité des contextes et la capacité statistique à contrôler les différences existantes sont des enjeux cruciaux et loin d'être résolus.

Les indicateurs sont indispensables, car on ne peut améliorer que ce qu'on mesure. Mais souhaite-t-on mesurer pour améliorer ou mesurer pour financer en espérant que cela induise une amélioration? Cette question mérite réflexion et dépasse la simple rhétorique.

Faire des indicateurs qualité un outil clé

En Flandre, la Déclaration de Politique Régionale de 2009 a donné un coup d'accélérateur à l'utilisation des indicateurs qualité, avec la volonté de faire de la transparence la norme dans le secteur des soins de santé. Cette dynamique a été renforcée en 2017 par la création du Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) qui a pour mission d'identifier, de définir, de calculer et de



Les indicateurs sont indispensables, car on ne peut améliorer que ce qu'on mesure. Mais souhaite-t-on mesurer pour améliorer ou mesurer pour financer en espérant que cela induise une amélioration?

© stockadobe.com

mettre à disposition du public des indicateurs de qualité. À Bruxelles et en Wallonie, l'histoire est différente. Lors de la création de la Plateforme pour l'Amélioration de la Qualité des Services de santé (PAQS) en 2013, l'accréditation était LE sujet central pour lequel les hôpitaux sollicitaient un soutien. À l'époque, la question des indicateurs qualité n'était que peu abordée. Dix ans plus tard, la situation a considérablement évolué. Lors d'une réflexion stratégique menée par la PAQS il y a un peu plus d'un an, dont l'objectif était notamment d'assurer l'alignement des activités proposées avec les besoins du terrain, une demande unanime a émergé: le besoin de benchmarking basé sur des indicateurs qualité et le soutien à l'amélioration sur cette base. On observe donc une évolution claire de la culture de la mesure.

Cette évolution est liée à de multiples facteurs. L'augmentation de la culture qualité, grâce notamment aux plans Patient Safety du SPF-SP (entre 2007 et 2018) et au déploiement presque généralisé de l'accréditation, y a largement contribué. Les multiples crises que le secteur a traversées ces dernières années ont également favorisé l'adoption d'une gestion plus «data-driven». Enfin, l'apparition ou le renforcement de dispositifs réglementaires basés sur des indicateurs, tant au niveau régional que fédéral, a certainement joué un rôle de catalyseur.

On ne peut améliorer que ce qu'on mesure (et qu'on compare). Le secteur en est aujourd'hui pleinement conscient, et exprime une demande pour des avancées significatives sur le sujet.

Un rôle réinventé pour la PAQS

Avec la mise en œuvre de sa nouvelle stratégie, la PAQS propose désormais aux institutions de soins un accompagnement structuré autour de trois «domaines» liés spécifiquement aux indicateurs.

Le premier concerne le set commun d'indicateurs qualité publié en 2018 par la PAQS à la demande des autorités régionales bruxelloises et wallonnes. Nous accompagnons les hôpitaux dans la construction d'un tableau de bord «qualité» basé sur ces indicateurs, afin de mesurer, comparer, échanger et améliorer les pratiques. Il est essentiel de noter que ces indicateurs sont, pour la plupart, pris en compte dans des dispositifs réglementaires (actuels et à venir), tant au niveau régional que fédéral.

Les deux autres portent sur l'évaluation de la perception et du vécu des acteurs du système, à savoir les professionnels de santé et les patients.

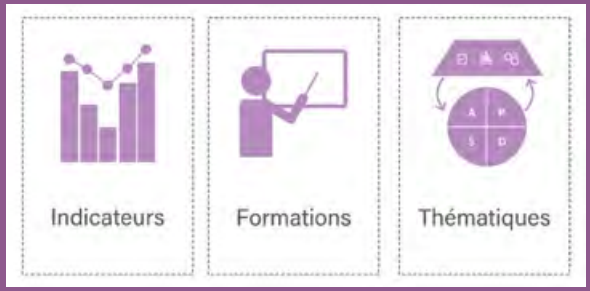
Plus spécifiquement, il s'agit de :

- l'expérience des usagers. Les patients évaluent leur interaction avec le système de santé en utilisant des outils éprouvés tels que le PPE-15 et le PRIM. La PAQS assure l'analyse et accompagne les hôpitaux qui le souhaitent, tout en continuant d'assurer le transfert des indicateurs du P4P pour les hôpitaux concernés.
- l'engagement du personnel (SCORE). Les professionnels de terrain sont au centre de la mesure de la culture de sécurité et de l'engagement, grâce au déploiement de

Soutenir l'amélioration continue des soins de santé en Wallonie et à Bruxelles

La PAQS est une asbl dédiée à soutenir les institutions de soins bruxelloises et wallonnes dans l'amélioration de la qualité des services de santé. Pour accomplir cette mission, nos activités reposent sur trois piliers fondamentaux: Former, Mesurer et Améliorer.

1. Formations: Notre programme de formation vise à enrichir et développer les compétences des acteurs du secteur de la santé, les soutenant ainsi dans leurs démarches d'amélioration continue.
2. Indicateurs: L'amélioration passe par la mesure. Nous travaillons sur trois domaines d'indicateurs: l'engagement du personnel, l'expérience des usagers et l'accompagnement des institutions dans la création d'un tableau de bord «qualité». Ces indicateurs permettent de monitorer et d'améliorer continuellement la qualité.
3. Collaboratifs d'apprentissages: Basés sur le Modèle pour l'Amélioration, ces accompagnements portent sur des thématiques spécifiques définies en collaboration avec le secteur, offrant un soutien sur mesure pour chaque institution.



Pour toute question, n'hésitez pas à consulter notre site web (www.paqs.be) ou à nous contacter via notre formulaire de contact en ligne.

En Flandre, la Déclaration de Politique Régionale de 2009 a donné un coup d'accélérateur à l'utilisation des indicateurs qualité



La PAQS propose un accompagnement structuré autour de trois «domaines»: les indicateurs qualité, l'expérience des usagers et l'engagement du personnel.

© stock.adobe.com

l'outil SCORE au sein des hôpitaux et des maisons de repos. C'est un enjeu majeur pour les systèmes de santé, qui dépendent d'un personnel engagé et motivé pour fonctionner de manière optimale.

En conclusion

L'évolution vers un système de santé davantage axé sur la mesure et l'amélioration de la qualité est indéniable et nécessaire. Toutefois, il est primordial que les outils et les indicateurs utilisés pour évaluer les performances des institutions de soins soient choisis et appliqués avec rigueur et discernement. Le financement basé sur la performance, bien qu'il puisse encourager certaines améliorations, ne doit pas se faire au détriment des hôpitaux les plus vulnérables, qui ont souvent besoin de plus de soutien, et non de pénalités. À la PAQS, nous privilégions donc une approche centrée sur l'auto-évaluation temporelle ainsi que la comparaison et l'échange de bonnes pratiques. Cette approche fondée sur le modèle de l'amélioration continue encourage le suivi de la performance des processus à l'aide d'outils tels que les Run Charts et les Control Charts, incitant ainsi les équipes de terrain à innover pour améliorer les résultats dans le temps. Cela permet au système de santé dans son ensemble de progresser de manière équitable et durable.

Kwaliteitsindicatoren om het ziekenhuisbudget te verdelen … Serieus?

P4P (Pay for Performance) is niet nieuw maar dit jaar werden 2 nieuwigheden ingevoerd: het significant verhogen van het budget en het introduceren van de gestandaardiseerde mortaliteit als indicator. De auteur stelt zich evenwel de vraag of dit de minder goede leerlingen van de klas (lees: ziekenhuizen) zal ten goede komen. Moeten we meten om de zorkwaliteit te verbeteren of meten om te financieren en hopen dat daardoor verbetering wordt geïnduceerd?
De evolutie van het meten van zorgkwaliteit loopt niet gelijk in Vlaanderen, Brussel en Wallonië. Terwijl het Vlaams Instituut voor de Kwaliteit in de Zorg (VIKZ) al sinds 2017 met indicatoren voor zorgkwaliteit werkt, gaat de aandacht van het Plateforme pour l'Amélioration de la Qualité des Services de santé (PAQS) in 2013 voornamelijk naar het ondersteunen van accreditering. Het is pas 10 jaar later dat de nood aan benchmarking gebaseerd op kwaliteitsindicatoren en ondersteuning ter verbetering hiervan unaniem naar voor kwam. Run Charts en Control Charts moeten nu de teams op het terrein stimuleren om te innoveren en zo hun kwaliteitsresultaten op termijn te verbeteren.

HYGIËNE EN VEILIGHEID:

WELKE KRANEN IN ZORGINSTELLINGEN GEBRUIKEN?

In gezondheidsinstellingen en publieke ruimten is het bestrijden van bacteriegroei in het waternetwerk een voortdurende uitdaging. Slecht gecontroleerde netwerkhygiëne kan ernstige infecties veroorzaken. Daarom is het plaatsen van een mengkraan dicht bij het aftappunt een doeltreffende techniek om dit probleem aan te pakken.



PROBLEEM: BACTERIEGROEI IN HET WATERNETWERK

Van de bacteriën die van nature aanwezig zijn, kunnen Legionella en Pseudomonas Aeruginosa nosocomiale infecties (of ziekenhuisinfecties) veroorzaken. Deze betekenen vaak een dodelijke afloop voor mensen met een zwak immuunsysteem.
In 2021 werden in Europa door de European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) 3,5 miljoen gevallen van nosocomiale infecties bij patiënten in zorginstellingen vastgesteld. Deze infecties veroorzaakten 90.000 doden, waarvan 3.000 in België en tonen de omvang van het probleem in waternetwerken.
Het Vlaamse Agentschap voor Zorg en Gezondheid heeft deze problematiek aangepakt door een beheersplan met de Best Beschikbare Technieken (BBT) op te stellen voor het ontwerp en de werking van sanitaire voorzieningen, evenals een verplichting om de bacteriologische kwaliteit van het water te meten.
Om bacteriegroei te voorkomen zijn twee maatregelen nodig: stilstaand water in het waternetwerk tot een minimum beperken en ervoor zorgen dat de warm watertemperatuur op elk punt van de installatie boven de 55°C blijft.
Met een aftakking op het warm waternetwerk, wordt de inhoud van de leiding enkel tot aan de sanitaire toestellen ververst wanneer ze in gebruik zijn. Wanneer deze niet regelmatig gebruikt worden, stagneert het water in de leiding en koelt het af tot een temperatuur die bevorderlijk is voor bacteriegroei. Dit geldt voor instellingen die periodes met lage bezoekfrequentie hebben (ziekenhuizen, seizoensgebonden toerisme enz.). De regelgeving inzake openbare gebouwen verbiedt daarom de aanwezigheid van meer dan 3 liter gemengd water tussen de warm waterkringloop en het aftappunt.

Het water zo dicht mogelijk bij het aftappunt mengen laat toe de warm waterringleiding nabij de sanitaire uitrusting te brengen. Dit zorgt ervoor dat het water aan een hoge temperatuur circuleert om de groei van micro-organismen te voorkomen. Eenmaal genesteld in de leidingen zijn bacteriekolonies moeilijk te verwijderen: preventie in de ontwerpfase is dus een strategie die loont.
Het is bovendien essentieel dat de kranen regelmatig gespoeld worden om het water te verversen en de hygiëne in het netwerk op een hoog peil te houden. Daarom zijn alle elektronische kranen van DELABIE uitgerust met een automatische periodieke spoeling die elke 24 uur na het laatste gebruik plaatsvindt.

AANGEPASTE OPLOSSINGEN VOOR ZORGINSTELLINGEN

DELABIE biedt wastafel- en douchemengkranen die stilstaand water minimaliseren en tegen verbranding beschermen:

1. H9741 thermostatische douchemengkraan: Thermostatisch binnenwerk zorgt voor stabiele temperatuur, automatische afsluiting bij koud wateronderbreking, Securitouch technologie houdt het kraanlichaam koud om brandwonden te voorkomen.
2. 2621EP wastafelmengkraan met drukcompensatie: Zonder uitloop om de waterinhoud in het kraanlichaam te minimaliseren, thermische spoelfunctie en drukcompenserend binnenwerk zorgen voor stabiele temperatuur waardoor brandwonden voorkomen worden.
3. PREMIX NANO thermostatische mengautomaat: Compacte thermostatische mengautomaat, handhaaft temperatuurstabiliteit bij schommelende koud waterdruk, geschikt voor twee wastafels of één douche.

Deze oplossingen bieden een betrouwbare hygiëne en veiligheid voor zorginstellingen.

DELABIE



PERSONEELSUITVAL AANPAKKEN

WAT ZIJN EFFECTIEVE MIDDELEN?

Het tekort aan gezondheidspersoneel is een wereldwijd probleem. In totaal zouden er 5,9 miljoen verpleegkundigen en 4,3 miljoen artsen te weinig zijn. Als belangrijkste oorzaken wordt verwezen naar de COVID 19-pandemie en de moeilijkheid om jonge mensen voor de job aan te trekken.

Nederlandse en Belgische auteurs voerden een systematische literatuurreview uit (2012 tot juli 2022) naar interventies die de uitval van personeel (meer bepaald artsen en verpleegkundigen) binnen het ziekenhuis beperken. Hiervoor kregen ze via het project METEOR (MenTal HEalth: fOcus on Retention of healtcare workers) Europese funding.

Selectie en thema's

Drie elektronische databases werden uitgepluisd met focus op interventies om zorgpersoneel aan boord te houden. De selectie was streng, want op basis van 5117 artikels gevonden in de literatuur werden er slechts 55 weerhouden voor inclusie in de systematische review: 85,5% waren kwantitatieve onderzoeken, 9% kwalitatieve onderzoeken en 9% gemengde studies. 46 studies betroffen verpleegkundigen, 4 artsen, 2 beide, en 4 andere gezondheidswerkers. De meeste studies werden gevoerd in de VS (43,6%) of Azië (27,3%).
De interventies werden opgedeeld in verschillende thema's, waaronder onboarding, overgangsprogramma naar andere eenheid, omgaan met stress, sociale ondersteuning, extra personeel inzetten, omgaan met de eisen van de patiëntzorg, werkrelaties, carrièremogelijkheden en technologische innovaties.

Aan boord houden

De overgang van de verpleegschool naar de klinische praktijk is voor veel pas afgestudeerden een grote stap. Een goed geïnstrueerde begeleider/mentor in het ziekenhuis die veel ondersteuning geeft, kan wel degelijk een verschil maken.
Een jaarprogramma om personeel te behouden met het sturen van gepersonaliseerde boodschappen, het publiceren van succesverhalen in een newsletter, het invoeren van maandelijkse chatmomenten, het organiseren van educatieve events, het delen van ervaringen... blijkt kosten-effectief.

Omgaan met stress

Significant om stress bij verpleegkundigen te verminderen, waren: workshops rond creativiteit (visueel, muziek, schrijven, bewegen), mindfulness, ethische competenties en weerbaarheid verhogen, training in zelf-doeltreffendheid, en het bijschaven van de medische kennis (op de Intensieve Zorg).
Het engageren van niet-medisch geschoold personeel heeft geen significante impact op de onboarding van verpleegkundigen.
Ziekenhuizen die zich inzetten om beter te presteren (excellence plan), behouden gemakkelijker hun personeel. Tevredenheid over de werkplek heeft geen invloed, al zal een aangename architecturale omgeving wel de intentie om op te stappen verminderen.
Kortom, het is mogelijk om met goed geselecteerde interventies (op maat van uw personeel en overeenkomend met de missies van uw ziekenhuis) de turnover van verpleegkundigen te verminderen.

De Vries N, Lavreysen O, Boone A, Bouman J, Szemik S, Baranski K, Godderis L, De Winter P. Retaining Healthcare Workers: A Systematic Review of Strategies for Sustaining Power in the Workplace. Healthcare (Basel). 2023 Jun 29;11(13):1887. doi: 10.3390/healthcare11131887. PMID: 37444721; PMCID: PMC10341299.

Comment réduire efficacement la perte de personnel?

La pénurie de personnel soignant est une préoccupation croissante. Cette revue systématique conclut qu'il est possible de réduire le turnover infirmier grâce à des interventions bien sélectionnées (adaptées à votre personnel et cohérentes avec les missions de votre hôpital).

Règlement Européen relatif aux dispositifs médicaux (MDR)

La stratégie pro-active de TRB !

Le nouveau règlement européen relatif aux dispositifs médicaux (Medical Devices Regulation, MDR) vient d'entrer en vigueur avec effet immédiat. Il suscite un intéressant débat. Certaines parties prenantes saluent cet important amendement favorisant une harmonisation des règles nationales, et pensent qu'il contribuera à retirer du marché certains dispositifs médicaux dont les preuves d'efficacité et les contrôles de qualité sont limités.

D'autres acteurs font remarquer que par le passé, c'est moins la présence de lacunes dans la législation que l'application déficiente des directives qui a donné lieu à une situation critique et fait émerger le besoin d'un nouveau règlement MDR. D'autres encore avancent que quelques-unes des nouvelles dispositions, plus restrictives, pourraient s'avérer préjudiciables à l'innovation. Ainsi, la plupart des logiciels médicaux, appartenant anciennement à la classe de risque I, entrent désormais dans la classe Ia ou supérieure – une requalification qui exerce une pression sur de nombreuses start-ups et applications médicales.

Indépendamment de toute opinion personnelle concernant ce règlement, les processus d'examen plus exigeants ont pour objectif de garantir des solutions plus sûres et plus efficaces pour la santé des patientes et des patients.

Voici une liste non exhaustive des principaux changements ayant un impact sur nos produits et documents:

- classification des risques des dispositifs médicaux et champs d'application des dispositions légales
- examens cliniques et études d'efficacité
- obligations et exigences réglementaires pour les entreprises
- traçabilité
- identification
- étiquetage et notices d'utilisation

Vous trouverez un aperçu plus complet des changements dans la «Fiche d'information à l'intention des professionnels de la santé et des établissements de santé» publiée par la Commission européenne, que vous pouvez retrouver sur notre site www.trbchemedica.com

Notre siège TRB Chemedica Suisse met un point d'honneur à respecter certaines des normes de qualité les plus élevées au monde et garder une longueur d'avance.
C'est pourquoi nous avons pris une position pro-active pour être en conformité MDR avec notre gamme de produits OSTENIL® , ceci déjà depuis le 1er semestre 2022.

- Traitement de l'arthrose
- Diminue les douleurs articulaires
- Améliore la fonction articulaire

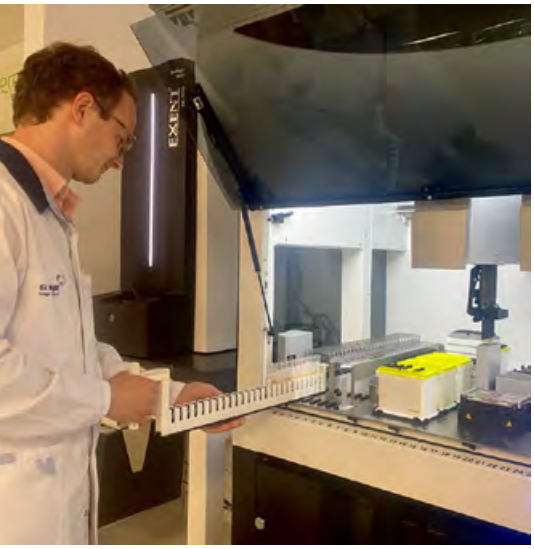


TRB Your experience Your expertise Your expectations

www.trbchemedica.be

Implementatie van innovatieve en minder invasieve technieken voor de diagnose en monitoring van multipel myeloom

Recent lanceerde de diagnostische firma The Binding Site het EXENT® systeem, om met massaspectrometrie in serum het M-proteïne bij patiënten met multipel myeloom gevoeliger te detecteren. Deze zomer werd een eerste toestel geïnstalleerd in het AZ Sint-Jan te Brugge. Aan het woord Prof. Martine Vercammen, arts klinisch bioloog in de dienst Laboratoriumgeneeskunde in het AZ Sint-Jan Brugge sinds 2016 en gastprofessor aan de VUB.



"Ik heb in alle fases van mijn carrière als klinisch bioloog gestreefd naar een combinatie van diagnostiek en wetenschap. Immunologie is mijn grote passie. Aan de VUB en in het UZ Brussel heb ik gewerkt op autoimmuniteit en immuuntolerantie tijdens zwangerschap; in het Pasteur Instituut op de immuunrespons tegen de parasiet Toxoplasma gondii, mijn doktoraatsonderwerp. Ik ben ook sinds jaar en dag sterk geïnteresseerd in monoclonale gammopathie, zowel in de pathofysiologie als de diagnostische mogelijkheden. Toen er zich mogelijkheden voordeden om de diagnostiek van monoclonale gammopathie aan de hand van massaspectrometrie te verbeteren, een grote meerwaarde voor de patiënt, heb ik onze interesse laten blijken om deze techniek in ons centrum te introduceren. Op dit uitgelezen moment bood zich apotheker Louis Nevejan aan om als resident klinisch bioloog ons team te versterken en tegelijkertijd een onderzoeksproject uit te werken in het kader van een doktoraat aan de KUL. Het onderwerp werd de diagnostiek van monoklonale gammopathieën met verschillende soorten massaspectrometrie, met promotor professor Xavier Bossuyt van UZ Leuven."

Kan u een korte voorstelling geven van de functie van uw lab, gelinkt aan de specialisatie hematologie binnen het ziekenhuis?

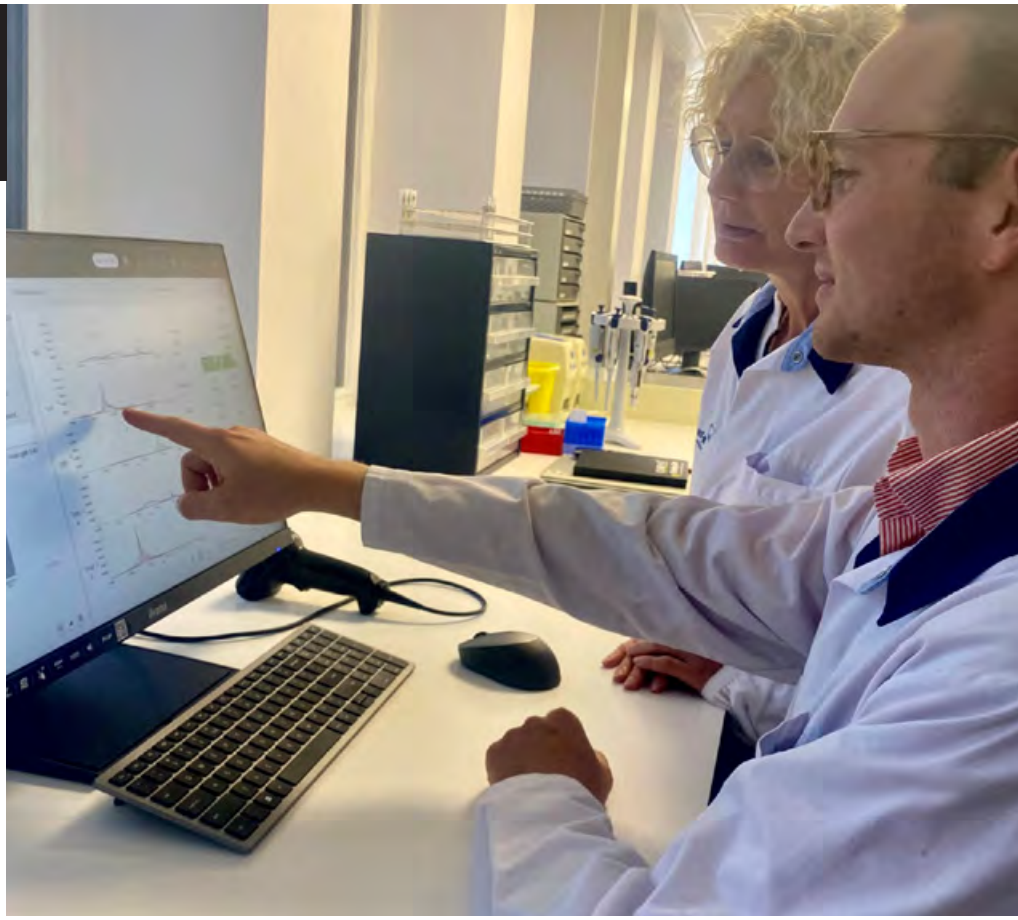
De dienst Laboratoriumgeneeskunde van het AZ Sint-Jan Brugge voerde in 2023 meer dan 13 miljoen analyses uit, dit zowel op monsters van opgenomen patiënten binnen ons ziekenhuis als van ambulante patiënten, maar ook op monsters verstuurd vanuit andere instellingen of laboratoria. Onze dienst volgt een systeem van Integrale Kwaliteitszorg in overeenstemming met de ISO 15189:2012 norm en is geaccrediteerd binnen verschillende deeldomeinen. Daarnaast omvat onze dienst 3 erkende banken voor menselijk lichaamsmateriaal, o.a. voor hematopoëtische stamcellen.
Sinds jaar en dag is er een nauwe samenwerking tussen de dienst Laboratoriumgeneeskunde en de dienst Hematologie in ons ziekenhuis. De diversiteit en complexiteit van pathologieën binnen deze discipline creëren een uitdagende patiëntenpopulatie, waarvoor o.a. stamceltransplantatie en CAR-T therapie worden aangeboden, evenals innovatieve labotechnologieën. Wij streven ernaar om nieuwe ontwikkelingen die de patiënt ten goede komen snel te implementeren. De patiënt staat voor ons centraal Zo hebben we in 2024 als tweede centrum in België de Belgische Accreditatie (BELAC)-procedure succesvol doorlopen voor genetische diagnose van acute myeloïde leukemie (AML) en acute lymfatische leukemie (ALL) door middel van Optische Genoom Mapping.

Wat zijn de huidige challenges voor het ziekenhuis (en de patient) bij de diagnose en monitoring van MM patienten en welke rol speelt het lab hierin?

Jaarlijks worden binnen ons ziekenhuis minstens 20 patiënten gediagnosticeerd met multipel myeloom, daarnaast krijgen we jaarlijks ook meer dan 30 doorverwijzingen uit andere centra. De diagnose en opvolging van patiënten met multipel myeloom kan zeer uitdagend zijn.
De diagnose vereist een combinatie van het klinisch beeld, bloed-, urine-, beenmerganalyse, en beeldvorming, waarbij een multidisciplinair team bestaande uit hematologen, klinisch biologen, anatoom pathologen en nuclearisten geconsulteerd wordt. De symptomen van multipel myeloom zijn weinig specifiek. De diagnose wordt vaak gesteld na een toevallige vondst: een anemie, een paraproteïne op elektroforese, een radiologisch beeld van botbreuk of osteolyse. Het laboratorium speelt een belangrijke rol bij de diagnose door de kwantificatie van het aantal plasmacellen in beenmerg en door het aantonen van het paraproteïne in bloed of urine. De aanwezigheid van meer dan 10% klonale plasmacellen in beenmerg is een majeur diagnostisch criterium voor multipel myeloom. Dit percentage kan echter onderschat worden indien bij beenmergpunctie de tumor niet wordt aangeprikt (patchy disease), in geval van bloedcontaminatie bij de beenmergpunctie of bij aggregatie van plasmacellen op microscopie. Verder worden in het bloed en urine de monoklonale eiwitten (ook gekend als M-proteïnes) die geëxcreteerd worden door de klonale plasmacellen onderzocht. Ook hier wordt de diagnostiek soms bemoeilijkt door technische tekortkomingen van de huidige analysetechnieken. Bovendien kunnen myelomen ook niet secreterend zijn. Hoewel de therapeutische mogelijkheden de laatste jaren sterk verbeterd zijn, kent een groot deel van de patiënten een ziekte-herval. Multipel myeloom blijft dan ook nog steeds een ongeneesbare ziekte waarvoor frequente opvolging noodzakelijk is.

Naast de labo-technische uitdagingen bij de diagnosestelling, worden tijdens de opvolging van multipel myeloompatiënten regelmatig bloed-, urine- en beenmerganalyses uitgevoerd om de therapie-respons na te gaan. Eén van de laboratoriumanalyses die reeds meer dan 40 jaar gebruikt wordt om residuele M-proteïnes op te sporen is immunofixatie. Echter, meer dan de helft van de behandelde patiënten waarbij we geen residuele ziekte kunnen aantonen met bovenstaande laboratoriumtechniek kennen een ziekte-herval. Dit wijst erop dat de huidige analyses niet gevoelig genoeg zijn om zogenaamde minimale residuele





ziekte (MRD) op te sporen. Momenteel worden in ons laboratorium het percentage plasmacellen op beenmerg gebruikt voor opvolging. Recent werden er twee arbeidsintensieve technieken ontwikkeld om op beenmergaspiraten MRD op te sporen (m.b.v. next-generation sequencing of next-generation flow cytometrie residuele klonale plasmacellen opsporen). Voor de opvolging stellen zich dezelfde problemen van mogelijke onderschatting als bij de diagnose.

Wat was de trigger om voor het EXENT Systeem te kiezen van The Binding Site?

Een beenmergpunctie is een invasief, pijnlijk en vaak ook beangstigend onderzoek. Daarom gebeurde er heel wat research om MRD op te sporen in bloed. Initieel onderzoek uitgevoerd met de "MASS-FIX" massaspectrometrietechniek in de Mayo Clinic (VS) slaagde erin om residuele M-proteïnes veel gevoeliger te detecteren in bloed dan de conventionele immunofixatie techniek. Het IVDR gecertificeerde EXENT systeem, gecommercialiseerd door de firma The Binding Site werd ontwikkeld op basis van de Mayo Clinic methode. Het EXENT Systeem is gekoppeld aan een Optilite analyser, reeds aanwezig in ons laboratorium, om de M-proteïnen te kwantificeren met immmunoturbidimetrische IgG, IgA en IgM assays. Op dit moment is het EXENT Systeem het eerste en enige IVDR compliant toestel dat m.b.v. massaspectrometrie M-proteïnes kan detecteren. Vermits ik sinds 2007 met The Binding Site heb samengewerkt, zowel in het UZ Brussel als in het AZ Sint-Jan Brugge, en die samenwerking als zeer positief heb ervaren zowel op wetenschappelijk als op praktisch probleemoplossend vlak, heb ik de sprong gewaagd. Dit was echter niet mogelijk geweest zonder de ondersteuning van onze ziekenhuisdirectie in dit project.

Welke meerwaarde biedt het EXENT Systeem in de toekomst voor het ziekenhuis en de patienten?

Dankzij de implementatie van het EXENT Systeem in ons ziekenhuis zullen we niet alleen in staat zijn om M-proteïnes veel sensitiever te detecteren, maar ook veel specifieker. Myeloom patiënten worden heden te dage vaak behandelend met therapeutische monoklonale antilichamen (bv. daratumumab), die interfereren met de conventionele immunofixatie techniek. De interferentie van deze geneesmiddelen wordt met het EXENT Systeem zeer sterk gereduceerd. Daarnaast is het EXENT Systeem ook in staat bepaalde structurele wijzigingen van de M-proteïnes te detecteren die kunnen wijzen op een ander type plasmacel aandoening, m.n. amyloid light chain amyloïdose. De introductie van het EXENT Systeem in ons ziekenhuis kan zowel de diagnose, prognose en ziekte-opvolging van verschillende types plasmacel aandoeningen positief beïnvloeden. Mogelijks kan dankzij deze technologie de frequentie van beenmergpuncties tijdens de ziekte-opvolging verminderen, wat een enorme meerwaarde kan betekenen voor de patiënt.

Hoe zien jullie de samenwerking met andere gespecialiseerde centra? Kan u een voorbeeld geven van reeds lopende initiatieven?

Op dit moment is het EXENT Systeem het eerste en enige IVDR compliant systeem dat door middel van massaspectrometrie M-proteïnes kan detecteren. In diverse onderzoeksgroepen wordt echter nog onderzoek gedaan naar een alternatieve massaspectrometrie techniek, genaamd "klonotypische peptide" massaspectrometrie. Dit vereist een meer gesofisticeerde workflow en apparatuur, maar kan mogelijks M-proteïnes nog gevoeliger detecteren. Gezien de eventuele grote impact van deze technologie, zullen we in eerste instantie samenwerken met andere centra om te bepalen welke techniek (in bloed, in beenmerg) aangewezen is op welk moment tijdens de therapie-opvolging. Zo werd in 2023 een onderzoeksproject opgestart tussen AZ Sint-Jan Brugge, KU/UZ Leuven, UAntwerpen en VUB/UZ Brussel om een antwoord te bieden op deze onderzoeksvraag. Dit onderzoeksproject wordt gefinancierd door het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Vlaanderen (TBM-programma) en het Wetenschappelijk Fonds Hematologie. Met de resultaten van onze onderzoeksprojecten trachten we een dossier voor te bereiden om in de nabije toekomst terugbetaling te voorzien van deze analysetechnieken.

Kunt u iets vertellen over de implementatie van het EXENT Systeem in het lab? Hoe heb je dit ervaren?

Zelf staan we nog aan het prille begin van de ingebruikname van het EXENT Systeem. De eerste ervaring leert dat het systeem, door zijn uiterst sensitieve meetmethode een uiterst precieze maar toch nog gebruiksvriendelijke staalvoorbereiding vereist. Zo hebben we er tijdens de installatie veel aandacht aan besteed om stalen met een zo laag mogelijk volume te kunnen verwerken. De eerste maanden plannen we vooral het systeem uit te testen in studieverband, maar voor bepaalde patiënten kan het systeem meteen zijn nut bewijzen in routinesetting. We hopen dan ook snel onze ervaring te delen met hematologen uit andere centra om deze innovatieve techniek toegankelijk te maken voor zo veel mogelijk patiënten. Een groot voordeel hierbij is alvast de korte doorlooptijd om een analyse uit te voeren (+/- 3 uur) en de grote hoeveelheid stalen die per batch getest kunnen worden (50 stalen per batch). We kijken dan ook volop uit naar onze eerste studieresultaten.

Hartelijk dank Prof ***Vercammen***,
Inge Deroy, Binding Site, part of Thermo Fisher scientific Benelux-France,
inge.deroy@thermofisher.com

The EXENT® System combines EXENT® Analyser with Immunoglobulin Isotypes (GAM) for the EXENT® Analyser.
EXENT and Optilite are registered trademarks of The Binding Site Group Limited (Birmingham, UK) in certain countries. Other brand or product names may be trademarks of their respective holders.

The EXENT® System consists of the following CE marked products:
- EXENT Analyser, IE800 (IVDR Class A, nonsterile);
- Immunoglobulin isotypes (GAM) for the EXENT Analyser - MS-R801.M (IVDR Class C),
- EXENT Immunoglobulin Isotypes (GAM) Control Pack - MSQ801.M (IVDR Class C).

WIE VERBLIJFT IN UW ZIEKENHUIS EN WAAROM?

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, heeft via drie rapporten cijfers vrijgegeven van de prevalentie van ziektebeelden, de herkomst van patiënten en het aandeel verblijven per ziekenhuis en ziekenhuisnetwerk in 2022. De bedoeling is zorgverleners te helpen om de zorgbehoeften beter te begrijpen en het zorgsysteem efficiënter te maken.

Prevalentie van ziektebeelden in een ziekenhuis

Om het aantal ziekenhuisverblijven te kennen worden de patienten volgens hun hoofddiagnose ingedeeld in 25 MDC (Medical Diagnostic Categories), dat is op basis van een orgaanstelsel of etiologie, meestal met een bepaalde medische specialiteit geassocieerd. Zo is de top drie van de meest voorkomende MDC in klassieke hospitalisatie: musculoskeletale aandoeningen en bindweefsel (14,38%), hart- en vaatstelsel (11,21%) en spijsverteringsstelsel (10,2%). In daghospitalisatie staan maligne aandoeningen, chemo- en radiotherapie op kop (22,84%), gevolgd door revalidatie, nazorg en andere factoren die de gezondheid beïnvloeden (19,23%) en spijsverteringsstelsel (12,15%).
Een tweede indeling is op basis van de APR-DRG (All Patient Refined Diagnosis Related Groups), dat is een verfijning van de MDC door gebruik te maken van gelijkaardig klinisch patiëntenprofiel en gelijkaardig profiel van zorgverstrekking. De meest voorkomende chirurgische APR-DRG in klassieke hospitalisatie is percutane procedure op het hart zonder acuut myocardinfarct (4,87%), terwijl bij de verblijven voor medische APR-DRG vaginale bevalling (7,66%) op kop staat. In daghospitalisatie zijn dat respectievelijk procedure op oog en orbita (24,82%) en chemotherapie (29,12%).
Het grootste niveau van detail is te vinden in het aantal ziekenhuisverblijven opgedeeld per ICD-diagnose, een internationaal classificatiesysteem dat codering van klinische diagnosen mogelijk maakt. Hier voeren slaapstoornissen de top 10 aan in klassieke hospitalisatie (4,44%) en contact voor nazorg en medische zorg in daghospitalisatie (21,67%).

Herkomst van de patiënten

Een tweede vrijgegeven rapport kijkt de herkomst van patiënten opgenomen in algemene ziekenhuizen in 2022 na. Ook hier opgedeeld naargelang het om een klassieke hospitalisatie of daghospitalisatie gaat, verder ook per leeftijdscategorie en woonplaats van de patiënt.
Meer dan 5 miljoen verblijven werden geregistreerd, waarbij het aantal daghospitalisaties dubbel zo groot is als het aantal klassieke hospitalisaties. Logischerwijze stijgt het aantal verblijven aanzienlijk met de leeftijd van de patiënt.

Verblijven per ziekenhuis (netwerk)

Het derde rapport gaat over het marktaandeel van de ziekenhuizen en ziekenhuisnetwerken per gemeente van woonplaats van de patiënt en per leeftijdsgroep.
Een voorbeeld: voor 2000 Antwerpen verbleven veruit de meeste patiënten zowel voor klassieke (63,7%) als voor daghospitalisatie (63,1%) in het netwerk Ziekenhuis aan de Stroom (ZNA en GZA), gevolgd door 30,8% en 31,4% in het ziekenhuisnetwerk Helix (UZA, AZ Rivierenland, Voorkempen, Monica en Klina).

U kan alle cijfers in detail nalezen op https://www.health.belgium.be/nl/news/kerncijfers-algemene-ziekenhuizen

Les rapports sur la prévalence des pathologies, l'origine des patients et la part des séjours par hôpital et réseau hospitalier en 2022 sont aussi disponibles en français via : https://www.health.belgium.be/fr/news/chiffres-cles-hopitaux-generaux.



Que dire au patient en cas d'incident ?

La qualité de la communication entre le prestataire de soins et le patient est fondamentale. L'assureur RC est souvent pointé du doigt comme étant celui qui impose le silence au praticien en cas d'accident médical. Il nous paraissait important de déconstruire ce mythe et de rappeler quelques conseils de base.

Il est crucial d'écouter et de dialoguer avec le patient. En cas de plaintes ou simplement de questions de sa part, l'écoute et le dialogue seront les meilleures manières de lui faire comprendre votre point de vue, la motivation du traitement et d'évacuer ses craintes et ses angoisses.

Le maître-mot est : soyez FACTUEL. Par rapport à des plaintes et des réclamations, ne vous exprimez jamais sur un plan juridique mais uniquement sur ce qui s'est passé, sur votre diagnostic, et sur le plan du traitement à venir.

Que peut-on dire et ne pas dire ?

Rappelons que la Loi sur les Droits du Patient (loi du 22/8/2002) oblige le praticien à une information ouverte et transparente envers le patient. Nous conseillons de vous référer aux notions d'incident et de quasi-incident.

L'incident est l'événement non intentionnel pouvant entraîner un risque de dommage au patient, qui a causé, aurait pu causer ou pourrait encore causer un dommage au patient. C'est par exemple l'erreur de médication, la compresse oubliée ou l'erreur fautive de diagnostic.

Le quasi-incident est l'événement non intentionnel pouvant entraîner un risque de dommage au patient, qui n'a pas causé, n'aurait pas pu causer ou ne pourrait plus causer un dommage au patient car les conséquences potentielles de cet événement ont été découvertes à temps. Ce serait la compresse oubliée retirée avant la fin de l'opération ou encore le mauvais médicament dont l'infirmière aurait empêché la prise.

En cas de quasi-incident, il n'est pas nécessaire de prévenir le patient mais d'analyser les faits et d'en retirer les enseignements pour éviter qu'ils ne se reproduisent ultérieurement.

L'incident appelle par contre à la réaction comme en cas de plainte. La conduite à tenir peut être résumée en 5 conseils.

Conseils en matière de communication :

1. **Témoignez votre empathie**. Adoptez une attitude franche et faites en sorte que vos mains soient bien visibles. Prenez des notes, mais **gardez le contact visuel**, surtout dans les moments à forte charge émotionnelle. Répétez les messages difficiles et assurez-vous que ceux-ci ont bien été reçus et compris.
2. **N'exprimez aucun jugement négatif sur des collègues**. Ne rejetez la faute sur personne. Restez calme. Ne vous montrez pas sur la défensive. Ne fuyez pas la discussion.
3. **Faites savoir au patient que vous êtes vraiment désolé de la situation dans laquelle il se trouve**.
4. **Tenez-vous en aux faits médicaux** et ne donnez jamais votre propre interprétation des faits. **Ne vous exprimez jamais en terme de faute, de culpabilité, de reproches ou de responsabilité.** N'évoquez jamais la possibilité d'un dédommagement. Laissez cela à votre assureur.
5. **Prévoyez d'éventuelles mesures de suivi et veillez à respecter les rendez-vous convenus.** Montrez bien que vous prenez le patient au sérieux et que vous allez évaluer la situation.

Une communication ouverte et sincère aura pour effet d'éviter ou de dissiper les malentendus ou la méfiance, et diminuera les risques d'escalade éventuels.

Découvrez également l'article sur :
www.amma.be/fr/gestiondesrisquesmedicaux

Le contenu de cet article est purement informatif. AMMA ne peut donc pas être tenu responsable sur cette base et de tout dommage pouvant résulter de l'utilisation de l'information. Tous les droits de propriété intellectuelle relatifs à cet article appartiennent à AMMA. La copie, la distribution et toute autre utilisation totale ou partielle de cet article, sous quelque forme que ce soit, ne sont pas autorisées sans l'accord écrit exprès d'AMMA.

Vous souhaitez plus d'informations sur le sujet ? Contactez Olga Apaligan | T.: 02/274.53.73 | olga.apaligan@amma.be
Vous souhaitez plus d'informations sur nos assurances ? Contactez AMMA Assurances | T.: 02/209.02.21 | consult@amma.be



Wat vertelt u de patiënt bij een incident?

Een goede communicatie tussen de zorgverlener en de patiënt is ontzettend belangrijk. Vaak wordt de BA-verzekeraar met de vinger gewezen als diegene die de arts het zwijgen oplegt bij een medisch ongeval. Wij vinden het belangrijk die mythe te ontkrachten en enkele essentiële adviezen in herinnering te brengen.

Als zorgverlener is het belangrijk naar de patiënt te luisteren en met hem te praten. Als hij klachten of vragen heeft, zijn een luisterend oor en dialoog de beste manier om hem uw standpunt en de reden voor de behandeling duidelijk te maken. Op die manier kunt u ook zijn bezorgdheid en angst wegnemen.

Een gouden raad: houd u aan de FEITEN. Doe bij klachten nooit juridisch getinte uitspraken, maar praat alleen over wat er is gebeurd, uw diagnose, de behandeling.

Wat mag u wel en niet zeggen?

De wet op de rechten van de patiënt (wet van 22 augustus 2002) bepaalt dat de beroepsbeoefenaar de patiënt op een open en transparante wijze moet informeren. Wij raden aan de begrippen 'incident' en 'bijna-incident' te gebruiken.

Een **incident** is een onbedoelde gebeurtenis met kans op schade aan de patiënt, die tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden. Dat kan bijvoorbeeld een medicatiefout, een vergeten kompres of een foutieve diagnose zijn.

Een **bijna-incident** is een onbedoelde gebeurtenis met kans op schade aan de patiënt, die niet tot schade aan de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden omdat de gevolgen ervan tijdig zijn onderkend. Denk aan een vergeten kompres dat nog voor het einde van de operatie wordt verwijderd of het verkeerde geneesmiddel waarvan de verpleegkundige de inname heeft kunnen vermijden.

Bij een bijna-incident hoeft de patiënt niet te worden ingelicht. U moet wel de feiten analyseren en er lering uit trekken om te vermijden dat ze zich in te toekomst nog voordoen.

Een incident vergt echter een reactie, op dezelfde manier als wanneer een klacht wordt ingediend. De te volgen gedragslijn kan worden samengevat in 5 raadgevingen.

Raadgevingen op het vlak van communicatie:

1. **Geef blijk van inlevingsvermogen.** Neem een oprechte houding aan en zorg ervoor dat uw handen goed zichtbaar zijn. Maak aantekeningen, maar **houd oogcontact**, vooral op emotionele momenten. Herhaal moeilijke boodschappen en vergewis u ervan dat ze goed werden ontvangen en begrepen.
2. **Doe geen negatieve uitspraken over collega's.** Geef niemand de schuld. Blijf rustig. Ga niet in het verweer. Ga de discussie niet uit de weg.
3. **Vertel de klant dat het u oprecht spijt dat hij zich in deze situatie bevindt.**
4. **Beperk u tot de medische feiten** en geef nooit uw eigen interpretatie van de feiten. **Spreek u nooit uit over schuld of aansprakelijkheid, maak niemand verwijten**. Breng nooit de mogelijkheid van een schadeloosstelling ter sprake. Laat dat aan uw verzekeraar over.
5. **Plan eventuele follow-up maatregelen en houd u aan de gemaakte afspraken.** Laat duidelijk merken dat u de patiënt ernstig neemt en dat u zijn situatie zal evalueren.

Open en oprechte communicatie kan misverstanden of wantrouwen voorkomen of wegnemen en de kans op escalatie verminderen.

Ontdek ook hier het artikel op:
www.amma.be/nl/medischrisicobeheer/

De inhoud van dit artikel is louter informatief. AMMA kan op basis hiervan dus niet aansprakelijk worden gesteld en AMMA kan dus niet verantwoordelijk worden gesteld voor schade die uit het gebruik van de informatie zou kunnen voortvloeien. Alle rechten van intellectuele eigendom betreffende dit artikel liggen bij AMMA. Kopiëren, verspreiden en elk ander geheel of gedeeltelijk gebruik van dit artikel, onder welke vorm ook, is niet toegestaan zonder de uitdrukkelijke schriftelijke toestemming van AMMA.

Wenst u meer informatie over dit onderwerp? Neem contact op met Olga Apaligan | T.: 02/274.53.73 | olga.apaligan@amma.be
Wenst u meer informatie over onze verzekeringen? Neem contact op met AMMA Verzekeringen | T.: 02/209 02 21 | consult@amma.be