Expéditeur :
Association Belge des Hôpitaux
Belgische Vereniging der Ziekenhuizen
Dejonckerstreet 46, B 1060 Brussels, Belgium

bpost
PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE

HOSPITALS.be

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

HET TOEKOMSTMODEL VOOR

REVALIDATIE IN VLAANDEREN



CAPACITÉS ET POSSIBILITÉS DES

CENTRES POUR BRÛLÉS

EN BELGIQUE

1.20
TRIMESTRIEL
Janvier | Mars 2020
DRIEMAANDELIJKS
Januari | Maart 2020

Bureau de dépôt: Bruxelles X - Hospitals.be - n° d'agrégation: P910197 - Afgiftekantoor: Brussel X - Hospitals.be - Goedkeuringsnummer: P910197 - E.R. : Dejonckerstreet 46, B 1060 Brussels, Belgium

THUISVERPLEGING NODIG?

BESOIN DE SOINS À DOMICILE?



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

Onze verpleegkundigen werken samen met alle mutualiteiten.

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

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

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

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

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





mederi

CONTACTEER ONS - CONTACTEZ-NOUS

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

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

WWW.MEDERI.BE

TABLE DES MATIÈRES
INHOUDSOPGAVE



4>5 Voorwoord / Édito
Francis De Drée



8>15 Revalidatieziekenhuis Inkendaal
Michelle Cooreman
Vandaag is Inkendaal een autonoom Vlaams supraregionaal expertisecentrum voor de revalidatie van kinderen en volwassenen, zowel tijdens hospitalisatie als ambulant. Het verhaal van een lange strijd …



18>23 Réponses aux catastrophes liées au feu en Belgique
Serge Jennes, Maria Moitinho de Almeida, Mustafa Al-Shamsi, Linda Nyanchoka, Debarati Guha-Sapir
Quelles sont les capacités matérielle et humaine des centres belges pour brûlés ? Quel est l'apport du plan BABI lors d'une catastrophe par le feu ?



24>27 Gezocht voor de zorgsector: lean-experts met breed perspectief
Alain Antierens, Ann Van Hecke, Dimitri Beeckman, Sofie Verhaeghe
Om te komen tot een duurzame implementatie van lean als managementsysteem, blijken lean-experts een van de succesfactoren. Hoe kan het 4P-model van Toyota helpen bij de keuze van de expert?



30>34 La différenciation de fonction pour plus de qualité et de sécurité au chevet du patient ?
Sébastien Ninite
La majorité des hôpitaux est confrontée à la difficulté de recrutement et de rétention du personnel infirmier. Quelles sont les limites et les difficultés inhérentes à la différenciation de fonction ?

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

www.hospitals.be

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

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

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

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

RÉDACTION/REDACTIE
Éditeur responsable/Verantwoordelijke uitgever
Rédacteur en chef/Hoofdredacteur:
Francis de Drée
Rue Dejoncker 46 Dejonckerstraat, Bruxelles 1060 Brussel
e-mail: fdedree@gmail.com
Coordination de la rédaction/Redactiecoördinatie:
Michelle Cooreman
Secrétariat de rédaction/Eindredactie: Ghislaine Cockaerts

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

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

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

VOOR 2020 WENST DE BVZ U DE KRACHT OM TE INNOVEREN

Velen voorspellen dat we aan de vooravond staan van een nieuw tijdperk van radicale vernieuwingen. Zal de gecombineerde kracht van vijf grote innoverende domeinen – telegeneeskunde, robotica, genomics, stamcellen en artificiële intelligentie – een omwenteling teweegbrengen in het ziekenhuis?



Francis de Drée

Voorzitter van de Belgische Vereniging der Ziekenhuizen

Het ziekenhuis is altijd een plek voor vernieuwing geweest, of toch bijna. Keren we even terug naar het Europa van de 19de eeuw, de gouden eeuw van de 'moderne' ziekenhuisvernieuwingen. In Parijs en elders wordt in de ziekenhuizen asepsis afgedwongen – het verhinderen dat een zone of een oppervlakte besmet wordt door vreemde micro-organismen zoals bacteriën. Dat is onder meer te danken aan het onderzoek van Louis Pasteur. Parallel hiermee verwelkomen artsen een nieuw tijdperk, waarin de studie van het menselijk lichaam een prominente plaats inneemt. Orgelpunt daarbij is de uitvinding door René Laennec van de stethoscoop, die vandaag nog steeds wordt geprezen. Of nog, tijdens de Krimoorlog, waar de Engelse Florence Nightingale de basis legt voor een moderne definitie van het beroep verpleegkundige.

Hoe ziekenhuisinnovatie stimuleren?

De ziekenhuizen staan voor een geweldige uitdaging: over de capaciteit beschikken om de veranderingen in de behandelingen, zorgtrajecten en innoverende processen te integreren en te leiden. Hoe ziekenhuisinnovatie stimuleren?
In eerste instantie door middelen ter beschikking te stellen. De sector heeft sinds lang bewezen dat het de capaciteit heeft om het welzijn van de bevolking te verbeteren, maar ook om bij te dragen tot de economische ontwikkeling van het land. We moeten de sector dus niet in een turbulentiezone zetten, waar besparingen en onzekerheden over de toekomt de capaciteit tot innoveren beknotten. Veeleer moeten we pleiten voor nieuwe modellen, die stabieler zijn en zich voor de gezondheid in brede zin interesseren.
Vervolgens door de ziekenhuizen in een vereenvoudigde administratieve en juridische omgeving te zetten. Het ziekenhuispersoneel klaagt over de druk van de (her)transcripties, en andere (opnieuw) in te vullen formulieren. Ze vinden het bijzonder jammer dat ze de verloren tijd niet met hun patiënten kunnen doorbrengen. Naast een volledige screening van de te verzamelen administratieve gegevens moeten we de grote innovatiedomeinen, en meer bepaald artificiële intelligentie, gebruiken om te vereenvoudigen waar het kan.
Ten slotte, door het contact van jonge innoverende ondernemingen met de ziekenhuiswereld te bevorderen. In die zin werden er platformen gelanceerd en de eerste effecten zijn al merkbaar: 'health start-ups' benaderen steeds vaker de ziekenhuizen, ze ontstaan er zelfs. Want innovatie zit midden in het ziekenhuis.

Afspraak op donderdag 18 juni

Ook voor de BVZ is het tijd om te innoveren. Reeds meer dan 300 personen hebben zich ingeschreven op het nieuwe platform hospitals.be, waar ziekenhuisactualiteit kan worden uitgewisseld. U bent allemaal uitgenodigd. Het hele jaar door zullen we nieuwigheden onthullen. Duid nu al donderdag 18 juni aan in uw agenda! Op de 37ste editie van het jaarlijkse congres van de BVZ willen we het uiteraard hebben over innovatie in de ziekenhuizen, onder alle vormen en gericht op alle beroepen.



POUR 2020, L'ABH VOUS SOUHAITE D'INNOVER

Beaucoup prédisent que nous sommes à l'aube d'une nouvelle ère d'innovations radicales. La puissance combinée de cinq grands domaines innovants – la télémédecine, la robotique, la génomique, les cellules souches et l'intelligence artificielle – va-t-elle révolutionner l'hôpital?



Francis de Drée

Président de l'Association Belge des Hôpitaux

L'hôpital est un lieu d'innovation depuis toujours, ou presque. Replongeons-nous quelques instants dans l'Europe du XIXe siècle, âge d'or de l'innovation hospitalière « moderne ». À Paris et ailleurs, l'asepsie, qui consiste à empêcher la contamination d'une zone ou d'une surface par des micro-organismes étrangers comme des bactéries, s'impose dans les hôpitaux grâce aux travaux de Louis Pasteur notamment. Parallèlement, les médecins inaugurent une nouvelle ère où l'étude du corps humain reprend une place prépondérante, avec en point d'orgue l'invention par René Laennec du stéthoscope, toujours plébiscité de nos jours. Ou encore, durant la guerre de Crimée, où l'anglaise Florence Nightingale pose les jalons d'une définition moderne du métier infirmier.

Comment stimuler l'innovation hospitalière ?

Les hôpitaux sont au-devant d'un formidable défi : avoir la capacité d'intégrer et de mener les changements dans les traitements, les trajets de soins et les processus innovants. Comment stimuler l'innovation hospitalière ?



En premier lieu, en lui donnant les moyens. Le secteur a prouvé depuis longtemps sa capacité à améliorer le bien-être de la population mais aussi à contribuer au développement économique du pays. Ne le plaçons donc pas dans une zone de turbulences où les économies et les incertitudes sur l'avenir obèrent sa capacité d'innovation. Mais plaidons plutôt pour de nouveaux modèles, plus stables et qui s'intéressent à la santé au sens large.
Ensuite, en plaçant les hôpitaux dans un environnement administratif et juridique simplifié. Les personnels hospitaliers se plaignent de la lourdeur des (re)transcriptions, et autres formulaires à (re)remplir. Ils regrettent amèrement le temps perdu qu'ils ne peuvent passer auprès de leurs patients. Au-delà d'un screening complet des données administratives à collecter, utilisons les grands domaines d'innovation et en particulier l'intelligence artificielle pour simplifier tout ce qui peut l'être.
Enfin, en favorisant le rapprochement des jeunes entreprises innovantes avec le monde hospitalier. Des plateformes ont été lancées en ce sens et les premiers effets se font déjà sentir : les « health start-ups » viennent de plus en plus à la rencontre des hôpitaux, voire même en proviennent. Car l'innovation est au cœur de l'hôpital.

Nous vous donnons rendez-vous le jeudi 18 juin

Pour l'ABH aussi, le temps est à l'innovation. Plus de 300 d'entre vous ont déjà rejoint la nouvelle plateforme hospitals.be qui permet d'échanger sur l'actualité hospitalière. Vous y êtes tous invités. Nous vous dévoilerons d'autres nouveautés tout au long de l'année.
Entourez déjà le jeudi 18 juin dans votre agenda ! Pour la 37e édition annuelle du congrès de l'ABH, nous parlerons évidemment d'innovation dans les hôpitaux, sous toutes ses formes et à l'adresse de tous les métiers.

Worden ziekenhuizen CO_2-neutraal?

Ziekenhuisgebouwen die vandaag worden opgeleverd, werden in de regel al meer dan 10 jaar geleden ontworpen. Er was toen van 'CO_2-neutraal' nog helemaal geen sprake. Toch raakt de energietransitie iedereen, dus ook de ziekenhuizen. Het is een groeiende maatschappelijke bezorgdheid en een belangrijke doelstelling van onze overheden, met de focus op openbare gebouwen. Een aantal ziekenhuizen heeft al maatregelen genomen, maar is dat voldoende? Is een CO_2-neutraal ziekenhuis vandaag, of zelfs in de toekomst, haalbaar?

"Een CO_2-neutraal ziekenhuis moet op termijn zeker een haalbare kaart worden," meent Gilbert Bejjani, "want we zien nu al grote vooruitgang. We hebben de CO_2-uitstoot van het nieuwe Deltaziekenhuis al sterk kunnen beperken. Onze oppervlakte is met 30% vergroot, maar we konden de energiekostprijs per m^2 met 15-20% reduceren, al levert dat dus finaal wel steeds een verhoging op. In onze oudere sites zoals Basiliek, waar de gebouwen 50 à 60 jaar oud zijn, hebben kleine acties ook een duidelijke verbetering van het verbruik tot gevolg gehad: een betere isolatie, het vervangen van de ramen, overgang naar LED en het inzetten van bewegingsdetectoren voor de sturing van verlichting … "

"Op dezelfde manier heeft de Jolimont Group sinds 2014 ongeveer twintig projecten uitgevoerd die gericht zijn op het verminderen van de CO_2-impact en het verbeteren van de energieprestaties van het bestaande gebouw, dat soms 100 jaar oud is zoals het "kasteel" van het Jolimont-ziekenhuis. UREBA-subsidies hebben het mogelijk gemaakt om in onze ziekenhuizen zolders en gevels te isoleren, krachtige ketels en hydraulische productie te vervangen, lampen te vervangen door LED, in sommige gevallen gepaard met een gecentraliseerd beheer. De sites van Jolimont en Nijvel kunnen nu rekenen op warmtekrachtkoppeling, waarvan de geproduceerde groene stroom volledig zal worden gebruikt voor de behoeften van het ziekenhuis", onderstreept Antoine Dubbelman. "Tegelijkertijd streven we ernaar ons energieverbruik te beheersen door de technieken zo dicht mogelijk bij de reële behoeften af te regelen".

Ook het UZ Brussel heeft al belangrijke stappen gezet, onder meer bij de renovatie van hun 40 jaar oud hoofdgebouw. Marc Noppen: "Vijf jaar geleden werd in ons strategisch plan een pijler duurzaamheid opgenomen. Die stelde dat we ons energieverbruik niet verder willen laten stijgen, en dat ondanks onze groei van 2% per jaar, met een extra oppervlakte van 35.000 m^2 als gevolg. We doen dat onder andere door gebruik te maken van warmtekrachtkoppeling, zonnepanelen, geothermie (aardwarmte) en rheothermie (warmte die vrijkomt als de viscositeit van een vloeistof wordt gewijzigd). De cijfers tonen dat we erin slagen om ons verbruik constant te houden, zelfs met het bijplaatsen van bijkomende MRI- en CT-toestellen die enorm veel elektriciteit verbruiken."

Nieuwbouw versus bestaande gebouwen

De problematiek is niet dezelfde voor bestaande ziekenhuizen als voor nieuwbouw. "De bestaande ziekenhuizen zoeken naar energiebesparende maatregelen. Daar zijn vandaag grote stappen te zetten, zeker daar waar er in het verleden weinig aandacht aan werd besteed," legt Henk Vincent uit. "Zo zal isoleren de energiekost reduceren. De energiefactuur bij nieuwbouwziekenhuizen is daarentegen niet gedaald, integendeel, en dat omdat van het nieuwe gebouw een behoorlijk hoger niveau van comfort wordt geëist. Nieuwe technieken, zoals de permanente ventilatie die daarvoor nodig is, vergen heel veel energie. De ziekenhuizen die vandaag worden opgeleverd, zijn ook geen voorbeelden van duurzame gebouwen omdat ze circa 15 jaar geleden werden ontworpen." Als we het vandaag willen hebben over het CO_2-neutraal ziekenhuis van de toekomst, dan zal dat binnen 10 jaar opengaan. Om die doelstelling te bereiken, zullen naast de bouwheren, ook de studiebureaus en architecten mee moeten gaan in het verhaal, evenals de leveranciers van koelgroepen en ventilatoren ... Concreet betekent dat radicaal andere oplossingen voorstellen.



Van links naar rechts:
Antoine Dubbelman, Paul Meyer, Gilbert Bejjani, Paul d'Otreppe,
Dirk Thielens, Jef Peeters, Henk Vincent en Marc Noppen.

De meeste ziekenhuizen die de afgelopen 10 jaar vernieuwbouwd zijn, deden dat met de technieken van jaren terug. Dat was het geval in Brussel. “De vijf oude gasturbines in het UVC Brugmann werden vervangen door twee nieuwe met een hogere performantie. We hebben een warmtekrachtkoppelingcentrale laten installeren en nog een aantal kleine maatregelen genomen, maar dat is beslist onvoldoende om ons ziekenhuis CO_2-neutraal te maken,” weet Dirk Thielens. “Door alle daken van het UZ Brussel en de Faculteit Geneeskunde en Farmacie vol te leggen met zonnepanelen kunnen we op jaarbasis gemiddeld 7% van onze energie zelf produceren”, voegt Marc Noppen eraan toe. Dat helpt, maar lost het verschil niet op.

Federaal versus regionaal

De manier van financiering van ziekenhuisgebouwen helpt hier evenmin: waar de vergoeding voor de exploitatie van de ziekenhuizen in handen blijft van de federale overheid, zijn investeringen nu volledig een regionale bevoegdheid geworden. En dat matcht dus niet: er bestaat niet meteen een link tussen duurder investeren en goedkoper exploiteren. Het overheidskader kan dus beter, maar de ziekenhuizen kunnen ondertussen wel besparende maatregelen nemen, die meteen impact hebben op hun exploitatie.
Het UZ Brussel heeft zo zelf al het initiatief genomen en met een aantal partners in Zellik een Green Energy Park opgericht, om samen met de universiteit nieuwe oplossingen te bedenken voor energie en mobiliteit (meer daarover op www.greenenergypark.be).
In Wallonië legt de financiering duidelijker de verantwoordelijkheid bij de ziekenhuizen. Bij het plannen van nieuwe infrastructuur speelt ook de vorming van netwerken een rol. Paul d’Otreppe: “In St-Luc Bouge zijn we het daarom eens geworden om vandaag minimaal te investeren in infrastructuur, juist genoeg om tegemoet te komen aan de medische noden. We doen dat tot ons toekomstplaatje duidelijk is. We weten niet wat de noden in de toekomst zullen zijn om daar nu al een dure infrastructuur met een lange investeringstermijn aan te koppelen.”

Nieuwe technieken

In de toekomst moeten gas en stookolie plaats ruimen voor een brede mix van verwarmingstechnieken. De klassieke airco wordt vervangen door warmtewisseling en ook airco op basis van ammoniak, die veel efficiënter de warmte capteert.
Co-generatie (= warmte- of krachtbron om elektriciteit te genereren en tegelijkertijd bruikbare warmte) maakt het nu al mogelijk om zelf energie te produceren, al zal dat in de toekomst meer nodig zijn. Voeg daarbij nog het grotere energieverbruik voor medische processen en uitrusting, en het is duidelijk dat de CO_2-balans voor het ziekenhuis op die manier enkel via besparing niet neutraal kan worden gemaakt.
Om CO_2-neutraal te zijn, is het dus nodig om de productie van groene energie te verhogen. In het kader van haar studie heeft ENGIE uitgerekend dat, om CO_2-neutraal te zijn, een ziekenhuis van 1000 bedden met zo’n 135.000 m^2 oppervlakte in 2050 daartoe, bijvoorbeeld, de energie van 2 windturbines van 3 megawatt of 110.000 m^2 zonnepanelen (het equivalent van 17 voetbalvelden!) nodig zal hebben. Er moet dus nog behoorlijk wat worden geïnnoveerd in productie, maar ook in opslag, bijvoorbeeld in H2 of waterstof, om dat ook rendabel te maken. Ook hier kunnen de experten van ENGIE ziekenhuizen bijstaan in het nemen van de juiste beslissingen in functie van de behoeften.

Andere opties voor minder CO_2-uitstoot

In een ziekenhuis laten we vandaag nog veel warmte verloren gaan, zoals het oververhitte water van de centrale sterilisatieafdeling dat in de riool verdwijnt, of de warmte in de serverrooms. Een wettelijk kader dat volledigere recuperatie en een duurzamer afvalbeheer mogelijk maakt, zou ook bijdragen tot minder CO_2-uitstoot.
En wat met de bredere milieu-impact van de werking van het ziekenhuis, los van het energieverbruik? “Elke ecologische actie zou idealiter inderdaad onderdeel moeten zijn van een meer holistisch perspectief. Logistieke efficiëntie maakt deel uit van de strategie van Jolimont, dat verspreid ligt over verschillende sites. Onze groene ruimtes kunnen we dan ook aantrekkelijker maken voor de patiënten en we kunnen meer biodiversiteit integreren. Het park naast het Jolimont-ziekenhuis nieuw leven inblazen is het plan” legt Antoine Dubbelman uit.
Het verminderen van het aantal consultaties in het ziekenhuis zelf door het invoeren van teleconsultaties en telemonitoring zou niet alleen de totale kost maar ook de CO_2-voetafdruk verminderen. Het zou bovendien ook de gezondheid ten goede komen door het milieu minder te belasten. Men kan dus niet alleen het gebouw, maar ook de up- en downstream aanpakken.

Besluit

Duurzaam omspringen met energie behoort tot de maatschappelijke verplichting van het ziekenhuis, en het scheelt in de kosten, die toch al onder druk staan. De uitdaging om een CO_2-neutraal ziekenhuis te realiseren, vergt bijdragen van alle stakeholders, maar ligt finaal bij het ziekenhuis zelf. Als bouwheer kunnen ziekenhuizen vooruitziender zijn, studiebureaus kunnen innovatieve ontwerpen voorstellen, leveranciers van medische en ondersteunende uitrusting kunnen hun toestellen minder energieverslindend maken, enz. De overheden kunnen een kader scheppen om de energietransitie te faciliteren. Zeker is dat de energiehuishouding van een ziekenhuis in de toekomst nog meer expertise zal vergen. Ook daar zijn openheid en innovatie nodig. Kan het ziekenhuis alle expertise morgen nog zelf in huis hebben, of moet ook daar, zoals in de industrie, in partnerships met experten worden gedacht? De energietransitie heeft vele gezichten. De weg is nog lang, maar de technologieën bestaan om er vandaag aan te beginnen.

Deelnemers aan het rondetafelgesprek:

- **Dirk Thielens**, algemeen secretaris van de BVZ en algemeen directeur van CHU Brugmannziekenhuis en HUDERF, Brussel;
- **Henk Vincent**, directeur masterplan nieuwbouw AZ Nikolaas, Sint-Niklaas;
- **Marc Noppen**, gedelegeerd bestuurder UZ Brussel;
- **Gilbert Bejjani**, medisch directeur CHIREC-site Basiliek;
- **Paul d’Otreppe**, algemeen directeur Clinique St-Luc Bouge;
- **Antoine Dubbelman**, milieuadviseur (energie- en afvalbeheer) Groupe Jolimont;
- **Jef Peeters**, verantwoordelijke Healthcare voor ENGIE, en moderator.

ENGIE als partner in de energietransitie

“Investeren in zero-emissie-gebouwen, het energie-efficiënter maken van medische en ondersteunende technologieën, evenals nadenken over ecologische koelsystemen zijn cruciaal om de gezondheidssector CO_2 neutraal te maken. Maar er zal altijd nog energie nodig zijn, waarbij zoveel mogelijk moet worden gekozen voor groene energie,” vat Jef Peeters van ENGIE samen.
Recent publiceerde ENGIE een studie over het CO_2-neutrale ziekenhuis van morgen (download de studie via www.engie.be/healthcare), waaruit blijkt dat voor eenzelfde aantal bedden het ziekenhuis van morgen heel wat meer oppervlakte nodig heeft. Reden? Denk aan meer eenpersoonskamers met individueel sanitair, een groter debiet van patiënten met meer onderzoeken en ingrepen op een kortere ligduur, technologische innovaties zoals MRI, PET die allemaal energie vragen. Om de bijkomende vraag aan energie te compenseren, stelt ENGIE energiebesparende diensten voor, onder meer op het vlak van verwarming, sanitair warm water en verlichting. Met deze oplossingen is het mogelijk om tot 30% van het verbruik te besparen.

Ontdek er alles over op engie.be/healthcare

ENGIE

HET TOEKOMSTMODEL VOOR REVALIDATIE IN VLAANDEREN

REVALIDATIEZIEKENHUIS INKENDAAL: HOSPITALISATIE EN AMBULANTE ZORG

Michelle Cooreman



Sofie Blancquaert
Algemeen directeur



Prof. Dr. Bernard Dan
Medisch en paramedisch directeur

www.inkendaal.be
info@inkendaal.be
Tel. 02 531 51 11

Het UZ Brussel en het Revalidatieziekenhuis Inkendaal hebben hun samenwerking versterkt door de oprichting van de 'Ziekenhuisgroepering Inkendaal-UZ Brussel'. Wat betekent die samenwerking in de praktijk? Eerst maken we kennis met Inkendaal: hoe is deze instelling – intussen 111 jaar oud – geëvolueerd van voornamelijk liefdadigheid voor kinderen in het begin van de 20ste eeuw naar het supraregionale expertisecentrum voor revalidatie van kinderen en volwassenen dat het vandaag is?

"De geschiedenis van Inkendaal begint in 1909 met de oprichting van 'De Bijtjes' in Brussel, een privéproject rond voedselbedeling voor kinderen. In 1921 verhuist de instelling naar Piétrebais in Waals-Brabant om een sanatorium voor kinderen te worden", legt algemeen directeur Sofie Blancquaert uit. Na 25 jaar krijgt 'De Bijtjes' de toelating om de titel 'Koninklijke Instelling' te dragen, een titel die het steeds heeft behouden.

Focus op revalidatie

In 1949 vestigde de instelling zich officieel in 'Château d'Inkendael' in Vlezenbeek, een deelgemeente van Sint-Pieters-Leeuw, in het Pajottenland. De behandelde aandoeningen waren toen tbc, rachitis, polio, myopathie, spina bifida en hersenverlamming. In 1967 besliste de directie om zich minder toe te leggen op heelkunde (orthopedie, scoliose ...) en meer op revalidatie. 'De Bijtjes' wordt omgevormd tot



genees- en heelkundig instituut, gespecialiseerd in de behandeling van kinderen met motorische en neuromusculaire aandoeningen, met een centrum voor functionele revalidatie (toenmalig Rijksfonds voor Sociale Reclassering van Mindervaliden).

Parallel hiermee werd in 1970 een uniek initiatief gestart: een ziekenhuisschool type 5 avant la lettre, zodat onderwijs samen met revalidatie kon worden aangeboden. Die is er nu nog steeds. "We hebben een type 5 school voor kleuters, basisonderwijs en daarnaast hebben we van de Vlaamse minister van Onderwijs uitbreiding gekregen voor een BuSO (buitengewoon secundair onderwijs) voor 15 adolescenten. Daarvan hebben we nu recent ook een steunpunt in het UZ Brussel geopend, onder governance van de Inkendaal-Cardijnschool, zodat ook daar de combinatie onderwijs en revalidatie voor jongeren mogelijk is."
In 1978 krijgt 'De Bijtjes' erkenning als gespecialiseerd ziekenhuis 'S', in 1994 omgezet in 'Sp'. Bij de ingebruikname van de eerstefasenieuwbouw in 1994 en na overname van een aantal bedden wordt 'De Bijtjes' een Sp-ziekenhuis met 148 bedden en vier zorgprogramma's (Sp-neurologisch, Sp-locomotorisch , Sp-cardiopulmonair en Sp-chronisch) voor kinderen en volwassenen, met bijzondere specialisatie in de behandeling van patiënten met niet aangeboren hersenletsels (NAH). Tegelijk start een pilotproject 'partiële daghospitalisatie voor kinderen in Sp-dienst'.
Na een tweede overname in 2002 en reconversie van een aantal bedden is 'De Bijtjes' – sinds 2004 omgedoopt tot 'Inkendaal' – een categoraal Sp-ziekenhuis met 178 bedden voor neurologische, locomotorische en cardiopulmonaire revalidatie van kinderen en volwassenen, gehospitaliseerd of ambulant. 'Daardoor is het nu de grootste revalidatie-instelling in België'.
De ambulante revalidatie van kinderen, met een 60-tal plaatsen, is een uniek zorgmodel van partiële daghospitalisatie voor revalidatie met geïntegreerd onderwijs. De recente nieuwbouw, gesubsidieerd door de Vlaamse Gemeenschap als gezamenlijk project van de departementen Gezondheid en Onderwijs, werd in 2014 ingehuldigd door H.K.H. Prinses Astrid. De ambulante revalidatie van volwassenen heeft nog geen financiering en wordt nu al 20 jaar met eigen middelen georganiseerd.

Existentiële keuze

In 2014 stelde toenmalig Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeurzen de vraag om al dan niet mee over te stappen in de zesde staatshervorming. In tegenstelling tot Wallonië en Brussel verkozen de 8 revalidatieziekenhuizen en het revalidatiecentrum Pulderbos autonoom te blijven onder Vlaamse bevoegdheid. Prof. dr. Bernard Dan, medisch en paramedisch directeur: "Dat was toen een existentiële keuze: blijven we een autonoom revalidatieziekenhuis of gaan we naar een fusie met een algemeen ziekenhuis? Onze keuze was zeer bewust: ja, we denken dat het belangrijk is om een autonoom revalidatieziekenhuis te blijven onder een Vlaamse visie." Maar een Vlaamse beleidsvisie, een decretale basis en een Vlaams financieringsbesluit ingevolge de zesde staatshervorming moesten in de vorige legislatuur allemaal worden uitgewerkt door de Vlaamse overheid. Sofie Blancquaert werkte mee aan het lobbywerk namens de 9 instellingen voor de Vlaamse overheid. "Samen met de Vlaamse koepel van ziekenhuizen Zorgnet-Icuro hebben we in eerste instantie gewerkt aan het opstellen van een zorgportfolio van de 1200 naar Vlaanderen overgedragen Sp-bedden. Daarna werd met de Vlaamse koepel en de universitaire, algemene en categorale ziekenhuizen samen voor revalidatie een voorstel van normenkader geschreven, bestaande uit: 1. De revalidatiefunctie, 2. Het basiszorgprogramma revalidatie, 3. Het zorgprogramma voor gespecialiseerde revalidatie.* Daarin werd uitgewerkt hoe we de revalidatie in Vlaanderen na de zesde staatshervorming verder gerealiseerd wilden zien, d.w.z. een functie revalidatie op elk ziekenhuisniveau zodat een goede triage mogelijk is van welke revalidant best in welk revalidatiebed/zorgprogramma terechtkomt." Prof. Dan verduidelijkt nog: "Dat betekende ook een nieuwe

up-to-date definitie van revalidatie: wat moet revalidatie vandaag in de praktijk zijn?" De directeur vervolgt: "Tot eind december 2018 zaten we in een overgangsprotocol, maar we hadden nog geen juridische basis vanuit Vlaanderen. Bijgevolg werd het overgangsprotocol verlengd met een jaar. Dan kwam het decreet voor de Vlaamse sociale bescherming en specifiek voor onze 9 revalidatieziekenhuizen een overnamedecreet. Het BFM dat samen met de zesde staatshervorming is overgekomen, werd in een besluit gegoten, wat continuïteit bood op het vlak van financiering. Pas begin 2019 werd op de valreep de Vlaamse conceptnota 'De Vlaamse revalidatie: op weg naar een gestroomlijnd, geïntegreerd Vlaams revalidatiebeleid' uitgewerkt. We hopen op de implementatie van die conceptnota door de huidige Vlaamse regering. Sowieso blijft de noodzaak bestaan om in het kader van de netwerkvorming af te stemmen met het federale niveau, omdat veel Sp-bedden nog federaal worden gefinancierd".

* Te lezen op de website van Zorgnet-Icuro maar momenteel alleen voor musculoskeletale revalidatie; https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/Cahier%20Revalidatiegeneeskunde%20def.pdf.

Het zorgmodel van Inkendaal

Eens het Vlaamse zorgmodel/cahier Zorgnet-Icuro/Vlaamse conceptnota er was, werd onderzocht hoe dat in Inkendaal kon worden toegepast. De kernactiviteit anno 2019 werd afgetoetst aan de internationale trends van integrated care en epidemiologische evoluties. Dat leidde tot het opzetten van een vijftal hospitalisatiediensten en twee diensten voor ambulante zorg, resp. voor kinderen en volwassenen. Prof. Dan: "We werken met een revalidatietraject. Een persoon met revalidatienoden volgt een traject dat al begint vóór het revalidatieziekenhuis, net na de acute aandoening in de acute setting. We denken dat het daar al belangrijk is om vooruit te kijken naar hoe de revalidatie verder zal verlopen." Daar duikt al meteen een probleem op in ons land. "Het traject begint in de acute setting en vandaar gaan de mensen naar een gespecialiseerde setting – dat kan een Sp-bed in de revalidatiedienst in een algemeen ziekenhuis zijn – maar sommige mensen hebben nood aan complexe revalidatie en dan moeten ze naar een revalidatieziekenhuis." Voor goede zorg moet de triage in het acuut ziekenhuis zo goed mogelijk gebeuren. Maar doordat heel veel ziekenhuizen Sp-bedden hebben en de ligduur elders omlaag moet, wordt de revalidatie vaak eerst in de eigen Sp-bedden opgestart. En daar speelt de K-nomenclatuur een rol: als de prestaties opgebruikt zijn in die Sp-bedden, kan de revalidant in de gespecialiseerde revalidatiesetting minder multidisciplinaire behandelingen krijgen. "Dat is nieuw omdat we nu beseffen wat de reële noden van die mensen zijn. Van een medisch model waarin de beperkingen van een persoon werden beschouwd, kijken we nu eerder naar wat die persoon nog wel kan, naar wat zijn persoonlijke doelen zijn, naar wat realistisch is. We zijn dus meer naar

Een persoon met revalidatienoden volgt een traject dat al begint vóór het revalidatieziekenhuis.



© ING images
© stock.adobe.com



AZ MONICA HOSPITAL, Deurne, Belgium



CHIREC DELTA HOSPITAL, Brussels, Belgium

ASSAR ARCHITECTS

BUILDING TOGETHER

Brussels Antwerp Liège Luxembourg



CHC - MONTLÉGIA HOSPITAL, Liège, Belgium

> De patiënten worden revalidanten genoemd – dat is synoniem, maar daarmee tonen ze dat de dynamiek niet dezelfde is

een bio-psychosociaal model overgestapt." De hospitalisatie is trouwens geen einde, het is een deel van het traject en daarna volgt hopelijk nog ambulante revalidatie, en dan terug naar huis of een thuisvervangende situatie. "We willen de mensen die actoren waren in de maatschappij opnieuw naar een actieve rol in die samenleving brengen. Misschien in dezelfde rol als vroeger, maar vaak echter niet, al streven we wel naar een actieve rol. Dat is onze taak. We noemen hen ook geen patiënten maar revalidanten – dat is synoniem, maar daarmee tonen we dat de dynamiek niet dezelfde is. De mensen zelf staan mee aan het stuur, aan de regie."

Sterktes in een netwerk

Er moest ook worden gezorgd voor continuïteit. Zo werden alle Vlaamse revalidatieziekenhuizen op 31 december 2019 'leeggemaakt' om op 1 januari 2020 met een nieuw RIZIV-nummer volledig onder de Vlaamse Zorgkas te komen, het nieuwe model van de Vlaamse sociale bescherming (VSB). "Dat betekent eigenlijk dat we in de voorbije vijf jaar ook onze positie rond netwerken hebben moeten bepalen. We behoorden enerzijds tot een club van andere zorgaanbieders (samen met Ouderenzorg, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap ...), maar anderzijds waren alle ziekenhuizen die onder federaal minister De Block bleven, bezig met netwerkvorming. In oktober 2019 kregen we eindelijk uitsluitsel: de revalidatieziekenhuizen, net als de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, waren niet verplicht mee in een netwerk te stappen. Integendeel, de locoregionale netwerken zijn verplicht om met ons af te stemmen," gaat Sofie Blancquaert verder.
Vandaag is Inkendaal een Vlaams revalidatieziekenhuis gespecialiseerd in revalidatie voor kinderen en volwassenen, met een sterk uitgebouwde poot van ambulante zorg naast de hospitalisatie. Dit samengaan van hospitalisatie en ambulante revalidatie is het toekomstmodel.



Inkendaal beschikt over specifieke faciliteiten binnen zijn infrastructuur zoals een hoogtechnologisch ganglabo.

De keuze van een partner

Vanaf het begin is het UZ Brussel een partner geweest opdat Inkendaal een ziekenhuis zou kunnen worden. Er moesten immers een aantal basisvoorzieningen, zoals spoed, voorhanden zijn. "Als revalidatieziekenhuis moet je steeds functionele contracten maken met andere instellingen om bijv. mensen in een acute setting te kunnen transfereren naar een ziekenhuis om die pathologie op te vangen."
Historisch had Inkendaal met het UZ Brussel dus al langer samenwerkingsakkoorden afgesloten: een overkoepelend raamakkoord, verschillende RIZIV-conventies (cerebral palsy, autisme, neuromusculair referentiecentrum, ademhalingsondersteuning thuis, COS ...), wetenschappelijke projecten, stageplaatsen voor diverse (medische en paramedische) opleidingen en samenwerking in bedrijfsondersteuning (apotheek, CSA, hr, radiologie, laboratoria ...). In het kader van het nieuwe Vlaamse revalidatiebeleid werden de sterktes van Inkendaal opgelijst en werd besloten om geen MS-revalidatie meer te includeren. Respiratoire revalidatie daarentegen, die historisch is gegroeid, blijft een van de speerpunten.


© Inkendaal

"Zo hebben we de recente Vlaamse erkenning van het COS, het Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen bij kinderen, te danken aan onze samenwerking met het UZ Brussel. We deden al langer de onderzoeken voor het stellen van de diagnose van een ontwikkelingsstoornis. Vanuit het UZ Brussel stuurden ze zelfs kinderen naar ons door. Maar we hadden er de financiële middelen niet voor. Nu betalen de mensen niets meer, er is een quasi volledige terugbetaling", licht prof. Dan toe. Op die anticiperende manier werken ze in Inkendaal wel vaker. Als ze een aspect belangrijk vinden, voeren ze het ook uit, zonder financiering. Achteraf wordt dan gezocht om er de nodige middelen voor bij elkaar te krijgen. Inkendaal was al een referentiecentrum voor autisme, dat nu Vlaams is geworden en door de samenwerking met het UZ Brussel ook als dusdanig erkend.

Personeelsbestand en activiteiten

In Inkendaal komen de complexere casussen terecht, vaak met grote comorbiditeit, wat een intensieve multidisciplinaire aanpak vergt. Sofie Blancquaert: "Ik ben hier 5 jaar geleden gestart, met managementervaring in een acuut ziekenhuis. Het eerste wat mij opviel in de cijfers was het grote aantal paramedici die hier erg multidisciplinair werken, samen met verpleegkundigen."
Op een totaal van 308 FTE personeelsleden werkten er in 2018 gemiddeld 132 verpleegkundigen en 105 paramedici.

Inkendaal beschikt over specifieke faciliteiten binnen zijn infrastructuur zoals een hydrotherapiebad, een polyvalente sportzaal, een hoogtechnologisch ganglabo (foto), een revalidatiespeeltuin, een revalidatie-auto, een therapeutische keuken en een therapeutisch appartement waar revalidanten kunnen testen of ze klaar zijn voor de terugkeer naar huis.
Naar aanleiding van zijn 100-jarig bestaan stelde Inkendaal een boek samen over zijn geschiedenis, waarin tal van getuigenissen werden opgenomen. Het boek is digitaal raadpleegbaar op de website www.inkendaal.be.



Air Liquide HEALTHCARE

Au service de la protection de la vie....
... tant à l'hôpital, qu'à domicile.

Contact: AIR LIQUIDE Medical s.a
tél: 02/431.72.00 - fax:02/251.93.74
mail:Sales.ALMBelux@airliquide.com

In de Ziekenhuisgroepering zijn de taken complementair: het UZ Brussel revalidatie in de acute fase, Inkendaal doelgerichte complexe revalidatie

Voordelen van de groepering

De Ziekenhuisgroepering die met het UZ Brussel werd opgericht – de vraag voor erkenning werd op 15 oktober 2019 ingediend bij de Vlaamse overheid – moet de complementariteit en de voordelen die er al waren door de historische samenwerking, duurzamer maken. "Eigenlijk doen we aan taakverdeling. Dat staat ook zo in de oprichtingstekst: 'de samenwerking zal zich toespitsen op revalidatie (en alle specialismen die daarbij betrokken worden). Daarbij organiseert Inkendaal de zorg voor de multidisciplinaire revalidatie van revalidanten met hogere doelstellingen inzake revalidatie of noden binnen onze diensten en onze drie grote zorgprogramma's. Het UZ Brussel zal de revalidatie doen in de acute fase, om te voldoen aan de behoeften van de bevolking en om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.' Het UZ Brussel heeft niet zoveel Sp-bedden, maar het beschikt wel over onderliggende universitaire diensten, die we voor ons type van pathologie al kunnen inzetten.

Ondercapaciteit in Sp-bedden

De huidige acht Vlaamse revalidatieziekenhuizen en één revalidatiecentrum liggen verspreid over heel Vlaanderen:
- Kei en BZIO aan de kust,
- Inkendaal en Nationaal MS Centrum Melsbroek in Vlaams-Brabant,
- Revalidatie & MS Centrum Overpelt, ReVarte, De Dennen en Revalidatiecentrum Pulderbos in de provincie Antwerpen,
- Provinciaal Zorgcentrum Lemberge in Oost-Vlaanderen.

Tegen 2025 verwacht het KCE een ondercapaciteit van 119 Sp-bedden in de categorale ziekenhuizen. (https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/Download%20de%20synthese%20in%20het%20Nederlands%20%2888%20p.%29.pdf)

Daarnaast was er nood aan een meer academische onderbouw naar opleiding (met stageplaatsen) en wetenschappelijk onderzoek".
Inkendaal onderhoudt ook goede contacten met het Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis Aalst, het Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst en het AZ Sint-Maria Halle, drie ziekenhuizen die met het UZ Brussel een locoregionaal klinisch netwerk vormen. In dit netwerk zal de samenwerking UZ Brussel-Inkendaal een toegevoegde waarde krijgen. Zo kan Inkendaal zijn supraregionale rol – "we hebben ook patiënten uit het Gentse, uit Leuven, Wallonië en Brussel" – als referentiecentrum blijven vervullen. "Door onze supraregionale poot te versterken in het netwerk denken we dat we daarbuiten mee kunnen wegen, en dat past volledig in het verhaal dat de Vlaamse overheid na de staatshervorming heeft willen schrijven. Maar we willen ook de samenwerking met tweedelijnscentra behouden, om een case-mix te hebben voor het personeel. De cijfers tonen aan dat we die ook vanuit de regio krijgen."

Praktisch

Om opgenomen te worden in Inkendaal, moet de aanvraag door een arts gebeuren. Er moet een duidelijke revalidatiedoelstelling zijn. Valt die doelstelling in een van de doelgroepen van de gedefinieerde revalidatietrajecten (NAH, locomotorisch, chronische neurologie, kinderrevalidatie), dan is Inkendaal de beste plaats voor die persoon. Door digitalisering van het opnameproces weet de aanvrager binnen de 24 uur of zijn patiënt in een traject kan of niet. De gemiddelde verblijfsduur is er langer dan bij een gewone hospitalisatie (hij varieert van 4 maanden tot 2 jaar) en wordt bepaald door de nomenclatuur of door de RIZIV-conventie waarin de revalidant terechtkomt.
"De mensen kunnen blijven zolang er revalidatienood is. Als die er niet meer is, moeten ze naar een andere instelling. Chronische revalidatie bestaat, maar niet in Inkendaal. Hier is het de bedoeling mensen te helpen via een revalidatietraject. Als het te statisch wordt, helpen we hen in de zoektocht naar alternatieve pistes. De moeilijkheid is echter vaak dat de patiënten niet steeds medisch stabiel zijn: na het doorlopen van

een respiratoire revalidatie, zijn er niet veel MPI's die patiënten met bijv. een respiratoire canule willen en kunnen opnemen. Een ander voorbeeld is dat van een kind met een spieraandoening waardoor het respiratoir afhankelijk is. Inkendaal beschikt over de nodige expertise. Het kind zou dan ook hier kunnen blijven, maar we willen dat het in real life terechtkomt en niet in de kunstmatige omgeving van een ziekenhuiskamer blijft, met alle technologie die daarbij hoort. Voor zulke personen moet men de juiste plaats vinden: soms is dat thuis met ondersteuning, soms is dat een andere instelling."

Niet alles is koek en ei

Het zorglandschap verandert en ook Inkendaal beseft dat het mee moet blijven evolueren. De Vlaamse visie is er nu, maar niet alles is al duidelijk. Zo stelt Sofie Blancquaert zich vragen bij de PVF (persoonsvolgende financiering) die Vlaanderen aan het uitwerken is in het kader van de sociale bescherming voor de Vlaamse ziekteverzekering. "De PVF wordt nu uitgerold voor de gehandicaptensector en de ouderenzorgsector. Het Vlaams regeerakkoord voorziet dat ook de revalidatieziekenhuizen tijdens deze legislatuur onderworpen zullen worden aan een te ontwerpen model van PVF. Maar we zijn een beetje bevreesd voor dat model van financiering. Zo zijn onze honoraria nog steeds federaal (RIZIV) en daar is het model van zorgvraag anders. Bij ons is het niet zo dat iedereen de regie van zijn zorgvraag in handen heeft. We hebben veel cognitieve revalidatie, revalidanten die beademd zijn of met een verminderd bewustzijn … en voor hen is het 'rugzakmodel' niet echt geschikt. We zijn daarover in overleg, samen met de koepel en het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Ook voor een constructie zoals de ziekenhuisgroepering en netwerkvorming in het algemeen zal dat veel complexiteit met zich meebrengen. Vandaar mijn pleidooi voor eensgezindheid en afstemming tussen het Vlaamse en het federale niveau over het revalidatiebeleid. We willen geen revalidatie met twee snelheden. Een ander beleid voor de Sp-bedden in algemene ziekenhuizen dan voor de 1200 Sp-bedden in categorale ziekenhuizen moet dus worden vermeden." De Vlaamse en de federale overheid moeten het eens worden over het revalidatiemodel in dit land en daarop de nodige structuren en financiering enten. Om dat te realiseren, is er dringend een evidence-based wetenschappelijk onderbouwde studie nodig over het Sp-gebeuren, zeker nu steeds meer commerciële initiatieven worden opgestart.

Le centre hospitalier de revalidation Inkendaal

L'UZ Brussel et le Revalidatieziekenhuis Inkendaal ont renforcé leur collaboration par la fondation du groupement hospitalier « Ziekenhuisgroepering Inkendaal-UZ Brussel ». En quoi consiste cette collaboration dans la pratique ? Faisons d'abord connaissance avec Inkendaal : comment cet établissement – qui compte désormais 111 ans – a-t-il évolué d'institution de charité pour enfants au début du XXe siècle en centre d'expertise suprarégional pour la revalidation des enfants et des adultes aujourd'hui ?
Contrairement à la Wallonie et à Bruxelles, les 8 centres hospitaliers de revalidation et le centre de revalidation Pulderbos ont choisi, dans la perspective de la sixième réforme de l'État, de rester autonomes en relevant de la compétence de la Flandre, un choix existentiel à l'époque.

DOCTEUR, VOUS CHERCHEZ UNE BONNE SECRETAIRE ?



Notre école, le
CENTRE DE CULTURE ET DE FORMATION, (C.C.F)
est spécialisée dans la formation de
secrétaires médicales.

Gratuitement,
nous aidons nos élèves diplômées à trouver un emploi.

Gratuitement,
partout en Belgique, nous pouvons vous aider à trouver votre secrétaire.
Que vous la souhaitiez bilingue ou non, à temps complet ou partiel,
n'hésitez pas à nous téléphoner ou à nous écrire.

CENTRE DE CULTURE
ET DE FORMATION

Bd du Souverain, 198 - 1160 Bruxelles - tel : 02/ 673 35 57



Het probleem van het verdwijnen van voorwerpen in ziekenhuizen.

Het verdwijnen van persoonlijke bezittingen van patiënten in een ziekenhuisomgeving zet ziekenhuizen en hun personeel in een slecht daglicht.

Context

Inderdaad, het aantal schadeaangiftes in verband met het verdwijnen van persoonlijke spullen van patiënten groeit gestaag de laatste jaren. Ongeveer de helft van de dossiers gaat over het verlies van tandprotheses.

Deze problematiek raakt aan essentiële uitdagingen rond patiëntenzorg, onder meer de vertrouwensrelatie tussen enerzijds de instelling en haar personeelsleden en anderzijds de patiënt, maar ook het imago en de reputatie van zowel de instelling als het zorgpersoneel staan op het spel. Bovendien verhogen deze gevallen de schadelast van het ziekenhuis.

Juridische regeling

Wanneer een vergoeding wordt gevorderd bij de verzekeraar, vraagt hij zich af, vóór hij de vraag aanvaardt of weigert, of het ziekenhuis al dan niet in gebreke is gebleven in zijn toezichts- en teruggaveverplichtingen.

Hoewel we van het zorgpersoneel niet kunnen eisen dat ze permanent waakzaam zijn over elke patiënt, moeten ze alert zijn op bepaalde momenten tijdens het ziekenhuisverblijf: de opname, de verplaatsingen naar bijvoorbeeld een andere kamer, het onderhoud van de kamer, de maaltijden en het moment van het slapengaan.

Enkele opties om dit probleem op te lossen

De volgende voorstellen kunnen worden geformuleerd:

1. Raad je patiënt af om persoonlijke waardevolle voorwerpen, die niet noodzakelijk zijn, mee te brengen tijdens het verblijf in het ziekenhuis.
2. Waarschuw de patiënt op het inschrijvingsdocument dat het ziekenhuis elke verantwoordelijkheid afwijst in geval van diefstal of verlies van persoonlijke bezittingen.
3. Stel een inventaris op die bij het patiëntendossier wordt gevoegd en waarin de informatie over prothesen en andere persoonlijke voorwerpen nauwkeurig wordt opgenomen. Vermeld ook de 'gewoonten' van de patiënten.
4. Geef de patiënt een zichtbare en herkenbare houder voor zijn kunstgebit, gehoortoestel of bril. De bedoeling is te voorkomen dat voorwerpen in kopjes, op dienborden bij maaltijden, in handdoeken of tussen beddengoed terecht komen. Stel een procedure op voor het geval een persoonlijk voorwerp verdwijnt.
5. Bewaar kledij of waardevolle voorwerpen (tassen, juwelen, portefeuilles, cash geld, laptops, gsm's, ...) in een kluis of een afgesloten kast, die ter beschikking gesteld wordt van de patiënt.
6. Sensibiliseer het personeel voor het probleem van het verlies van persoonlijke bezittingen van patiënten, en vooral van prothesen.
7. Stel een procedure op voor het geval een persoonlijk voorwerp verdwijnt.
8. Zorg voor een beveiligde afsluiting na de bezoekuren en voer een bewakingssysteem in[1].
9. Voer een systeem in om voorwerpen op te sporen om te vermijden dat ze in de wasserij of bij het afval terechtkomen[2].

Conclusie

Ongeacht of de verzekeraar de vergoeding aanvaardt of niet, komen dergelijke dossiers vaak voor. Ze geven aanleiding tot conflicten tussen de patiënt en de verzekeraar enerzijds en de zorginstelling anderzijds.

De laatste jaren is het aantal dossiers van verlies van persoonlijke bezittingen toegenomen. Gemiddeld tellen we een tiental aangegeven dossiers van verloren en gestolen voorwerpen per jaar en per ziekenhuis

Hoewel een nulrisico een ideaal is dat moeilijk te verwezenlijken is, denken we dat een goede sensibilisering van het personeel en de invoering van systematische interne procedures (inventaris, houders, kluizen, incidentbeheer, enz.) kunnen bijdragen tot het verminderen van het aantal verloren of gestolen voorwerpen.

Pierre-Antoine Lazarski

Ontdek het volledige artikel op
www.amma.be/nl/medisch-risicobeheer/probleem-verdwijnen-voorwerpen-ziekenhuizen

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



La problématique de la disparition d'objets en milieu hospitalier

Les disparitions d'effets personnels de patients, fréquentes en milieu hospitalier, nuisent à l'hôpital et son personnel.

Le contexte

En effet, ces dernières années une augmentation du nombre de déclarations de sinistres en lien avec la disparition des effets personnels du patient en milieu hospitalier a été constatée. Près de la moitié de ces dossiers concernent une perte de prothèses dentaires.

Cette problématique touche à des enjeux essentiels liés à la prise en charge du patient dont notamment le lien de confiance entre l'institution, ses préposés et le patient mais aussi la réputation tant de l'établissement que du personnel soignant. Par ailleurs, ces cas alourdissent la sinistralité de l'hôpital.

Le régime juridique

Lorsque l'assureur est sollicité pour une demande d'intervention, avant d'accepter ou de décliner, il se demande si, en l'espèce, l'hôpital a manqué ou non à ses obligations de surveillance et de restitution.

Si nous ne pouvons exiger du personnel soignant une vigilance permanente pour chaque patient, certaines étapes de l'hospitalisation doivent attirer l'attention du personnel : l'admission, les transferts, l'entretien de la chambre, les repas et le coucher.

Quelques pistes pour résoudre cette problématique

Les propositions suivantes peuvent être formulées :

1. Déconseiller au patient d'apporter des objets personnels de valeur qui ne sont pas indispensables au séjour du patient.
2. Avertir le patient par le biais du formulaire d'admission qu'en cas de vol ou de perte de ses effets personnels l'hôpital décline toute responsabilité.
3. Etablir un inventaire annexé au dossier du patient dans lequel les informations relatives aux prothèses et aux autres objets personnels sont indiquées avec précision. Indiquer également les habitudes des patients.
4. Mettre à la disposition du patient un réceptacle visible et identifiable pour ses prothèses dentaires, auditives ou ses lunettes. Le but est d'éviter les objets égarés dans les gobelets, les plateaux-repas, les serviettes, ou les draps du lit.
5. Placer les vêtements ou les objets de valeur (sacs, bijoux, portefeuilles, espèces, PC portables, GSM,...) dans un coffre sécurisé ou dans une armoire fermant à clé mis à la disposition du patient dans la mesure du possible.
6. Sensibiliser le personnel à la problématique de la perte des effets personnels des patients et en particulier des prothèses.
7. Etablir une procédure en cas de disparition d'un objet personnel.
8. Mettre en place des mécanismes de fermeture sécurisée des unités de soins après les heures de visite et un système de gardiennage[1].
9. Mettre en place un système de détection des objets afin d'éviter qu'ils passent à la blanchisserie ou qu'ils soient jetés à la poubelle[2].

Conclusion

Que l'assureur accepte ou non la prise en charge, ces dossiers sont nombreux et donnent lieu à des conflits avec le patient d'une part avec la compagnie et d'autre part avec l'institution de soins.

Ces dernières années le nombre de dossiers concernant une perte d'effets augmente. Nous recensons en moyenne une dizaine de perte et de vol d'objets par an et par hôpital.

Bien que le risque zéro soit un idéal difficilement atteignable, une bonne sensibilisation du personnel et la mise en place de procédures systématiques en interne (inventaire, réceptacles, coffre-fort, gestion des incidents, ...) permettraient de réduire le nombre de perte ou de vol.

Pierre-Antoine Lazarski

1 https://www.rtbf.be/info/regions/detail_liege-l-hopital-de-la-citadelle-prend-des-mesures-contre-le-vol?id=8340924

2 http://www.lalibre.be/actu/sciences-sante/meme-pas-peur-d-egarer-mon-dentier-560aac973570b0f19efea563

Découvrez l'intégralité de l'article sur
amma.be/fr/gestion-des-risques-medicaux/problematique-disparition-objets-milieu-hospitalisatio

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

CAPACITÉ ET POSSIBILITÉS DES CENTRES DES BRÛLÉS BELGES

RÉPONSES AUX CATASTROPHES LIÉES AU FEU EN BELGIQUE



Serge Jennes,
MD[1]



Mustafa Al-Shams
MD, MPH[2]



Maria Moitinho de Almeida,
MD, MPH[2]



De l'extrapolation des chiffres relevés aux États-Unis on estime qu'en Belgique 1,2 % de la population est victime chaque année de brûlures, soit 120.000 personnes. Près de 10.000 (0,1 %) nécessitent des soins en milieu hospitalier, dont 800 devront être transférés en centre spécialisé.* L'objectif de cette étude est d'évaluer les capacités matérielle et humaine (personnel compétent) des CBB (Centres Brûlés Belges) et d'explorer les défis et les possibilités mis en évidence lors des calamités liées au feu.

* Fondation des Brûlés, www.brulures.be


© stockadobe.com

Au cours des trente dernières années, la Belgique a été confrontée à plusieurs calamités avec de nombreuses victimes brûlées : attentat de l'auditoire de pharmacie de l'UC Louvain à Woluwe en 1990, incendie du Switel Hotel à Anvers en 1995, explosion de l'usine Cockerill à Liège en 2003, explosion d'un gazoduc à Ghislenghien en 2004 et attentats de Bruxelles en 2016. Le traumatisme thermique est l'un des plus sévères que l'homme puisse avoir à endurer. Sa gravité s'accroît avec la profondeur et la surface de la brûlure. Lorsque la brûlure dépasse 40 % de la surface corporelle totale, le pronostic vital est fortement engagé et les soins à ces brûlés requièrent d'importantes ressources matérielles et humaines. Une ventilation équilibrée sur plusieurs CB (Centre des Brûlés) de tels patients est primordiale afin de leur garantir le maximum de chances de survie. Malgré l'importance du triage, de la priorisation et de l'évacuation des grands brûlés, les exercices de simulation de catastrophes et les formations aux techniques de triage et de transport en situation de catastrophe sont habituellement sous-financés vu leur rareté.

De la Belgique à l'Europe

En Belgique, six centres des brûlés ont été identifiés (Anvers, Charleroi, Gand, Liège, Louvain et Neder-over-Heembeek). Leur capacité en lits varie de 6 à 26 (12, 10, 6, 6, 12, 26) avec un total de 72 lits. La capacité de réponse des 6 centres des brûlés belges aux catastrophes liées au feu (Mass Burn Casualty Disaster ou MBCD) a fait l'objet, en 2018, d'une étude par un étudiant de l'UCLouvain (Université Catholique de Louvain) (1). Cette étude souligne le rôle important du Plan BABI (Burn Association for Burn Injuries) et des B-Teams (Burn-Team). Depuis l'évacuation d'une quarantaine de grands brûlés de Bucarest en 2015, la Commission européenne a compris l'intérêt d'un plan de réponse au MBCD ainsi que des B-Teams et a libéré les premiers fonds destinés à soutenir la mise en œuvre de ce plan.

(1) Al-Shamsi M, Moitinho de Almeida M, Nyanchoka L, Guha Sapir D, Jennes S. Assessment of the capacity and capability of burn centers to respond to burn disasters in Belgium: a mixed-method study. JBCR 2019;40: 869-877

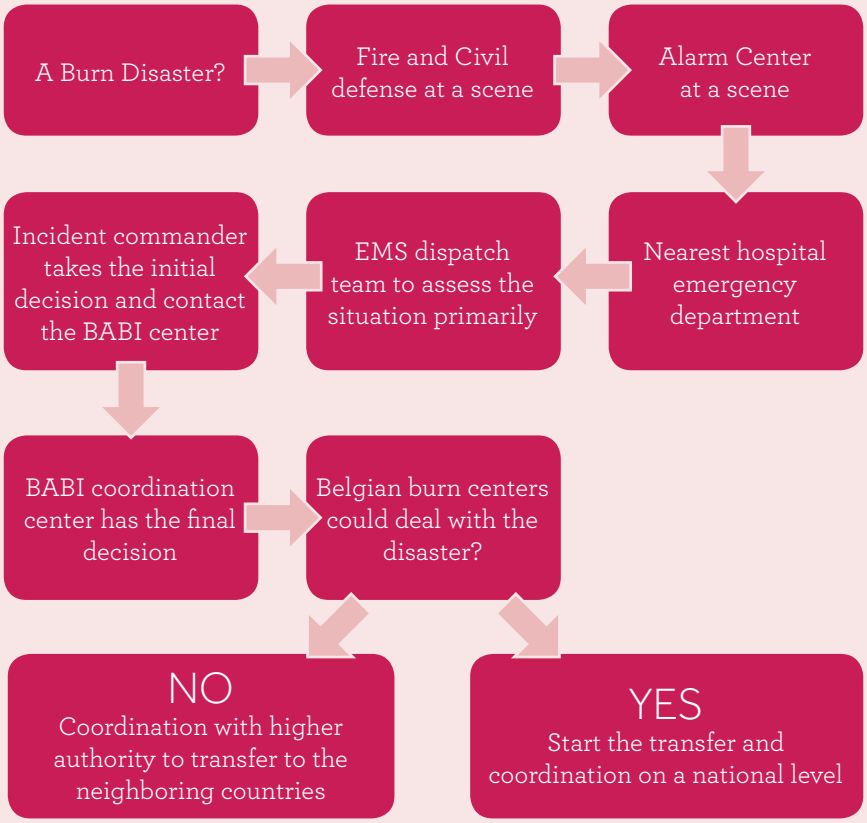


Debarati Guha-Sapir
PhD[2]

Linda Nyanchoka[3,4]

1 Président de la Burn Association for Burn Injuries (BABI), Centre des brûlés du Grand Hôpital de Charleroi, site Loverval, rue de Villers 1- 6280 Charleroi et Centre des brûlés de Bruxelles. sergejennes@hotmail.com
2 Centre de recherche pour l'épidémiologie des catastrophes (CRED), Institut de Recherche Santé et Société, Université Catholique de Louvain, Bruxelles
3 Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Faculté de médecine, Paris, France ; INSERM, UMR 1153,
4 Epidemiology and Statistics Sorbonne Paris Cite Research Center (CRESS) Team METHODS Paris France.

Figure 1 : Communication et hiérarchie des transferts en cas de catastrophe



Méthodologie

Il s'agit d'une étude descriptive transversale qui utilise des méthodes mixtes : une enquête quantitative et un questionnaire qualitatif semi-structuré ont été appliqués simultanément. L'enquête quantitative a été développée sur base d'une analyse approfondie de la littérature pertinente pour la préparation et la gestion des catastrophes causées par des brûlures dans d'autres pays. Nous avons identifié 60 questions liées à la préparation et à la gestion de ces calamités. Par la suite, le questionnaire a été examiné par l'équipe de recherche, qui a sélectionné 32 questions finales organisées en huit domaines. L'entretien semi-structuré consistait en des questions ouvertes, organisées en cinq thèmes. Au total, cinq centres des brûlés sur six ont participé à l'étude et neuf personnes ont participé à l'entretien, dont trois médecins principaux dans trois centres des grands brûlés. Dans le quatrième centre, les médecins adjoints et le médecin d'urgence ont été interrogés. Pour le dernier centre, l'auteur a interrogé le médecin adjoint ainsi que le gérant en cas de catastrophe, l'infirmier chef et les infirmiers adjoints de l'unité des brûlés. Les entretiens qualitatifs ont été transcrits intégralement et envoyés à toutes les personnes interrogées afin qu'elles les examinent et les confirment. Nous avons comparé les données recueillies lors de l'enquête quantitative avec les entretiens qualitatifs, et synthétisé cette information sous la forme d'une narrative organisée en cinq thèmes prédéfinis.

Préparation et plan

Le Plan BABI, appelé ainsi car il émane de la Burn Association for Burn Injuries, est un plan spécifique aux catastrophes avec brûlés. La BABI est une ASBL scientifique créée en 1987 et regroupant les 6 CBB. Le Plan BABI est tenu à jour par cette association. C'est un complément au plan médical d'intervention fédéral. C'est essentiellement un plan de coordination et de régulation des lits pour brûlés en Belgique et d'aide mutuelle entre CBB. Il est uniquement activé en cas de catastrophe avec de nombreux brûlés réels ou potentiels. La régulation des lits en situation de catastrophe est gérée par une centrale, appelée la Centrale BABI. Elle est située au sein du département d'intervention de l'Hôpital militaire et fonctionne 24/7. Elle tient à jour quotidiennement la disponibilité en lits pour brûlés sur notre territoire national. Le Plan BABI peut être activé par les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), les centrales 100, l'Inspecteur Fédéral de la Santé, voire par des autorités sanitaires d'autres pays comme ce fut le cas lors de l'incendie d'un café à Volendam aux Pays-Bas en 2001. Les CBB avaient alors admis au total 21 grands brûlés néerlandais. Une fois le Plan BABI activé, les CBB tendent à augmenter leur capacité en lits. La Centrale enregistre les modifications de disponibilité en lits de chaque centre afin d'assurer une régulation fluide et éviter des saturations et des déséquilibres. S'il appert que la capacité en lits en Belgique est insuffisante, les autorités sanitaires belges sont averties et des transferts

médicalisés vers les pays limitrophes sont organisés avec ou sans le concours des CBB. Tous les CBB sauf un ont leur propre plan d'urgence et sont intégrés dans le plan d'urgence hospitalier. Aucun des CBB n'a de plan catastrophe pour brûlés pédiatriques. Les participants à l'étude ont relevé des difficultés de standardisation des traitements et des protocoles, des problèmes de coordination, le risque de manque de lits lié à un haut taux d'occupation. L'étude a également montré que l'accueil de plus de trois grands brûlés simultanément est considéré par tous les CBB comme un grand défi et que les médecins urgentistes amenés à assurer la prise en charge et le triage commettaient plus d'erreurs dans l'évaluation de la surface brûlée.

Commandement et communication

Actuellement, un seul CBB a la possibilité de dépêcher une Burn-Team ou B-Team sur le lieu de la catastrophe. Cette B-Team est constituée d'experts – infirmiers et médecins – en brûlures. Elle sera surtout envoyée dans les hôpitaux sans centre pour le traitement des brûlés, ayant accueilli des brûlés, pour assurer le triage et le conditionnement des victimes, au cours des 12 à 24 premières heures suivant une catastrophe majeure. Les autres fonctions de la B-Team sont le suivi et l'évacuation des victimes hospitalisées en dehors de CB, la dispensation de conseils et d'avis, le transport de grands brûlés. La B-Team peut aussi participer à l'évaluation du nombre de lits disponibles en interaction avec la Centrale BABI et servir de conseiller technique au « directeur médical des services d'intervention sur le lieu de la catastrophe » (DirMed). Tous les CBB ont la possibilité, en situation de calamité, de faire appel à un vecteur aérien civil ou militaire pour évacuer des brûlés vers d'autres CB belges ou étrangers. La Centrale régule les transferts des hôpitaux et des postes médicaux avancés vers les CB belges ou étrangers et constitue donc un point de passage obligé de toutes les informations concernant les mouvements des victimes. Les autres communications peuvent emprunter le réseau sécurisé ASTRID attribué aux acteurs des situations d'urgence et exceptionnelles.

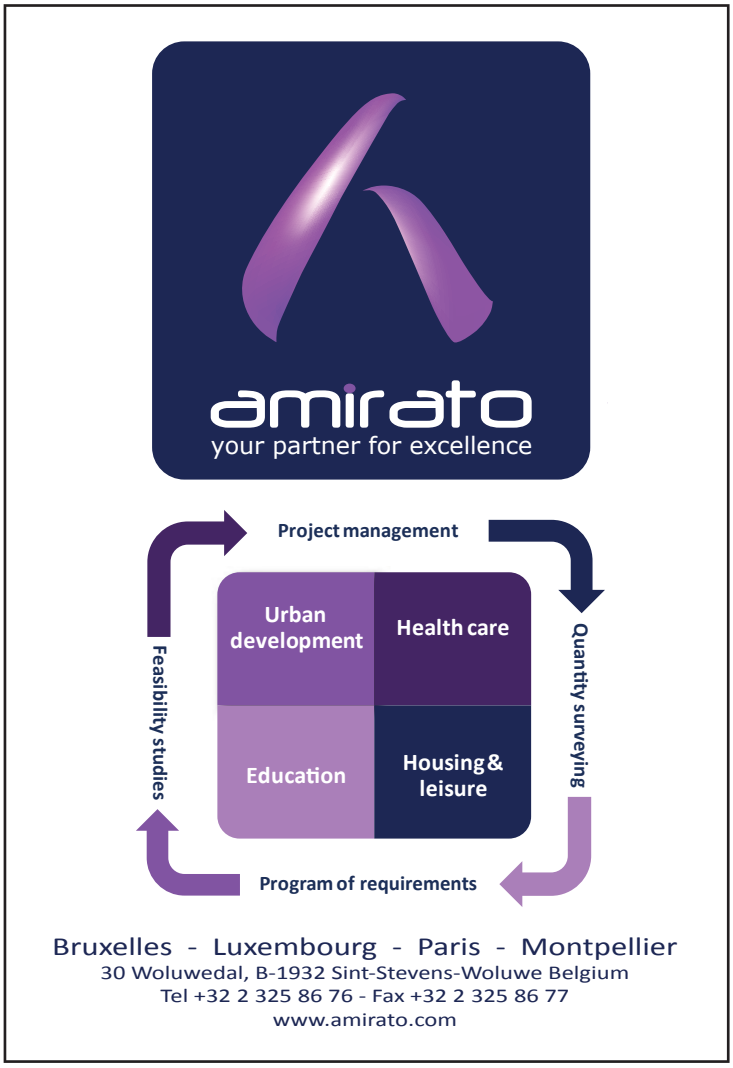
Triage et transfert

Le triage sur le terrain est souvent effectué par les médecins urgentistes selon leur expérience et leur protocole propres. Il n'existe pas de table de triage prédéfinie qui pourrait servir de référence ni de pistage électronique contrairement à d'autres pays voisins.

Ce sont également généralement les urgentistes qui effectuent le transfert des victimes brûlées vers des CBB sous le contrôle du DirMed en coordination avec la Centrale BABI [Figure 1]. Des hôpitaux non spécialisés peuvent aussi être victimes d'un afflux massif inopiné de brûlés correspondant aux évacuations sauvages décrites dans la littérature et observées lors des trois dernières catastrophes belges (Anvers, Ghislenghien et Bruxelles). Ce ne fut pas le cas de l'explosion à Cockerill. Tous les patients y avaient bénéficié d'un triage primaire suivi d'une évacuation régulée.

Compétences, capacités et stratégies de traitement

Les équipes paramédicales et médicales des CBB peuvent être augmentées temporairement par du personnel venant d'autres unités et services de l'hôpital, la plupart des CBB étant hébergés dans des hôpitaux universitaires ou de grandes structures hospitalières non universitaires. Néanmoins, le personnel de renfort manque d'expérience dans les soins spécifiques aux brûlés et doit être supervisé.
L'augmentation du nombre de lits disponibles et de plages opératoires fait partie de la stratégie de montée en puissance du Plan BABI. Le matériel et les produits pharmaceutiques sont jugés suffisants pour assurer la prise en charge optimale d'un plus grand nombre de brûlés. Les facteurs limitant l'accroissement



du nombre de lits dans un centre pour brûlés sont le nombre de respirateurs dans le centre mais surtout le nombre limité d'infirmiers expérimentés en soins aux brûlés. Le nombre maximum de brûlés sévères par CBB oscille entre 3 et 5. Aucun des CCB ne dispose de la télémédecine.

Formation

Étant donné que la Belgique est un pays sûr, les participants déclarent que les autorités accordent moins d'importance au financement de formations et d'exercices en relation avec des activités de type catastrophe. Deux CBB ont la possibilité de faire de tels exercices, mais seul un CBB a effectué un tel exercice par le passé dans le cadre d'un scénario catastrophe interne à tout l'hôpital (plan d'urgence hospitalier). Les participants ont le sentiment que ces exercices de plan catastrophe sont une nécessité pour l'ensemble du personnel ainsi qu'un cours de type ATLS (Advanced Trauma Life Support). Mais le temps et les moyens financiers font défaut.

Points forts par rapport à d'autres pays

À notre connaissance, c'est le premier article en anglais [1] sur le plan belge de management des catastrophes liées au feu, appelé Plan BABI. Dans l'étude, seuls des responsables des centres des brûlés ont été interrogés. Les professionnels chargés de la mise en œuvre sur le terrain n'ont pas été interviewés. Il s'agit donc d'une étude qui porte plus sur l'aspect stratégique qu'opérationnel. Le Plan BABI régule la réponse entre les différents CBB au niveau préhospitalier. Il s'est montré efficace lors des dernières catastrophes majeures, comme Ghislenghien en 2004 et les attentats de Bruxelles en 2016. En outre, il a aussi été mis en œuvre dans le décours de l'incendie du café de Volendam aux Pays-Bas en 2001 avec l'admission de 20 jeunes grands brûlés dans les CBB et lors de l'incendie du nightclub Colectiv à Bucarest en 2015 avec l'admission de 8 grands brûlés dans le CB de Bruxelles. Le concept du Plan BABI est similaire au plan calamité liée au feu à l'étranger. Ce plan est placé sous la tutelle des militaires qui disposent de beaucoup de moyens et qui sont bien équipés. Ils peuvent ainsi faire face à des catastrophes de grandes ampleurs. En outre, grâce au Plan BABI, les CBB répondront comme une seule entité en situation de catastrophe. C'est un point fort qu'on ne retrouve pas dans d'autres pays.

Les B-Teams peuvent être rapidement déployées dans les hôpitaux (quelques heures à quelques jours) et remplir plusieurs fonctions comme conseiller, trieur, renfort paramédical et médico-chirurgical, transporteur, régulateur des évacuations, voire DirMed. Il a été démontré que ces B-Teams permettaient d'améliorer la réponse à un désastre. Ce concept de B-Team existe dans d'autres pays.

La coordination des transferts est assurée par la Centrale de la BABI en accord avec le DirMed sur le terrain afin d'assurer une distribution équilibrée et appropriée des victimes vers les différents CBB en fonction de leur possibilité et de leur capacité.

Le manque de personnel est un facteur négatif bien connu dans la prise en charge efficace d'afflux massif de victimes. L'apport, voire la réquisition, de personnel supplémentaire est souvent une nécessité en cas de très grand nombre de brûlés.

Défis et limitations

Les MBCD sont rares et cela conduit à une relative apathie dans le suivi et les mises à jour du plan catastrophe. Malgré les avantages certains du Plan BABI, il persiste des défis et des limitations.

Premièrement, le manque de coordination entre les hôpitaux avec et sans CB. En cas de MBCD, il pourrait s'avérer nécessaire d'orienter des patients vers les hôpitaux non spécialisés pour éviter la sursaturation des CB. Il serait utile d'avoir des accords et collaborations préalables.

Deuxièmement, le manque de plan pédiatrique spécifique. Le volet pédiatrique est essentiel à tout plan catastrophe. Un incendie dans une école ou une crèche peut rapidement conduire à un afflux massif de brûlés pédiatriques.

Troisièmement, l'absence de financement des activités du Plan BABI. L'intégration du Plan BABI dans les plans d'intervention fédéraux pourrait conduire à un financement. Actuellement, il dépend de la bonne volonté des membres de cette ASBL et de celle des hôpitaux qui les emploient.

Quatrièmement, beaucoup d'étapes décisives reposent sur des contacts personnels.

Finalement, il n'existe pas encore de système de traçabilité des victimes de catastrophes contrairement aux Pays-Bas.

Points forts et points faibles de l'étude

Un CBB sur six n'a pas participé à l'étude. Dans la technique d'interview utilisée, les participants tentent d'orienter les réponses en fonction de leurs objectifs. Cet écueil bien connu de cette technique d'interview est atténué par l'anonymat conféré aux participants. Initialement, l'objectif était d'interroger tous les chefs de CB. Le chercheur n'a pas pu tous les interroger. Il a interrogé parfois un responsable des situations d'urgence du même hôpital, ce qui a pu biaiser les réponses. Le questionnaire n'avait pas été validé pour la Belgique, mais avait été validé par un expert belge en brûlures. En outre, l'interview a été menée en anglais qui n'est la langue maternelle ni du chercheur ni de l'interviewé. Enfin, l'enquête concernait les autorités des CBB et non pas les gens de terrain qui sont directement confrontés à la catastrophe. Il s'agit d'une étude d'ordre stratégique et non pas opérationnel.

À retenir

Il y a un plan dédié aux catastrophes liées au feu en Belgique. C'est le Plan BABI. Il s'agit de la première publication [1] sur ce plan catastrophe, né en 1987 de la collaboration entre tous les CBB et La Défense. Le système belge de gestion de ces catastrophes liées au feu est avancé et comparable à celui des autres pays à revenu élevé. Une fois le Plan BABI activé, les CBB agissent comme une seule entité. Les B-Teams sont des équipes professionnelles déployées pour assurer le triage secondaire et aider à la prise en charge des victimes brûlées dans les hôpitaux. Des défis dans les domaines du triage, du transfert, de la communication, du financement et de la formation persistent et peuvent faire l'objet d'amélioration. Les points faibles de ce plan sont l'absence de volet pédiatrique, de protocole/tableau de triage et de priorisation, de financement des activités du BABI et d'un système de traçabilité des victimes.
Les auteurs de l'article recommandent des révisions fréquentes du plan, une meilleure communication entre les chefs des CB et les autorités, des exercices de mise en situation et des formations afin d'améliorer la préparation des staffs des CBB aux MBCD. Ils espèrent aussi que cette étude servira de référence aux autorités dans la préparation et la réponse au MBCD en Belgique et dans d'autres pays européens.
La BABI a entamé cette année une révision de son plan, qui datait de 2009, en se basant notamment sur les observations de cette étude et en adoptant la nouvelle terminologie. Les recommandations de la BABI pour la prise en charge des brûlés en dehors de CBB, éditées en 2007, vont aussi bénéficier d'une mise à jour prochaine.
La DG ECHO de l'Union européenne soutient le développement d'un plan européen de réponse à la catastrophe (European Response Plan to MBCD) et finance la formation de Burn Assessment Teams (BAT) pour la première fois. Ces BAT seront intégrées à l'European Medical Corps au même titre que les Emergency Medical Teams qui comprennent notamment au niveau belge les équipes B-FAST. Le Plan BABI était-il avant-gardiste ? En tout cas, il a fait des émules...

Belgisch antwoord op brandgerelateerde rampen

Het BABI-plan is een ontwerp van de Burn Association for Burn Injuries (BABI), een in 1987 opgerichte wetenschappelijke vzw waarin de zes Belgische brandwondencentra zetelen. Het plan, dat een aanvulling vormt op het federaal medisch interventieplan, betreft hoofdzakelijk de coördinatie en regeling van bedden voor patiënten met brandwonden met de hulp van de Belgische brandwondencentra, die als één eenheid op de ramp zullen reageren. Bij een ramp met veel daadwerkelijke of potentiële slachtoffers met brandwonden wordt het plan geactiveerd. Zo wordt de opvang van slachtoffers in de verschillende brandwondencentra op prehospitaal niveau geregeld. Deze studie [1] heeft als doel de materiële en menselijke capaciteit van de Belgische brandwondencentra bij een brandgerelateerde ramp te evalueren.

[1] Al-Shamsi M et al. Assessment of the capacity and capability of burn centers to respond to burn disasters in Belgium: a mixed-method study. J Burn Care Res 2019 June 17.



NAAR EEN BETERE ZORGKWALITEIT

GEZOCHT VOOR DE ZORGSECTOR: LEAN-EXPERTS MET BREED PERSPECTIEF



Alain ANTIERENS,
RN, MSc, PhD-kandidaat Universiteit Gent
CNO, BZIO Revalidatieziekenhuis, Oostende, België
PhD-Kandidaat, Universitair Centrum voor Verpleegkunde en Vroedkunde, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent



Ann VAN HECKE,
RN, MSc, PhD, FEANS
Universitair Centrum Voor Verpleegkunde en Vroedkunde, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent
Verpleegkundig Department, Universitair ziekenhuis Gent

Zorgorganisaties implementeren in toenemende mate lean-principes om de efficiëntie en kwaliteit van zorg te verhogen [1]. Om de transformatie naar lean in de praktijk van de gezondheidszorg duurzaam te implementeren, blijken de inzichten van lean-experts van groot nut. Wie wordt daarvoor best aangesproken: experts met of zonder opleiding in de gezondheidszorg?



Lean is afgeleid van het Toyota Productie Systeem en wordt zowel in de industriële productieomgeving als in andere sectoren steeds meer toegepast.

Lean in de zorgsector

Lean wordt door Liker[2] gedefinieerd als "een organisatiebreed managementsysteem met focus op totale klanttevredenheid, in een evolutieve omgeving van teamwork en verbetering."
Zoals in andere sectoren wordt lean binnen de zorgsector vaak herleid tot het gebruik van lean tools en/of sommige elementen van het systeem [3-6]. Om te komen tot een duurzame implementatie van lean als managementsysteem, geven Harrison M et al. [7] aan dat de mogelijkheid tot betrekken van lean-experts een van de succesfactoren is.

Over de gebruikte methode

Als onderdeel van een grotere studie werden dertien lean-experts uitgenodigd om te participeren in een focusgroep. Zeven van de dertien experts hadden een zorgdiploma (verpleegkundigen), de andere zes hadden diploma's van uiteenlopende aard (ingenieur, letterkundige, economist). Negen experts waren vast verbonden aan een zorgorganisatie en vier werkten als extern consulent. Allen hadden minstens vijf jaar ervaring met lean in de zorgsector.
Aan de lean-experts werd gevraagd om de voor hen essentiële componenten die de lean-maturiteit van een zorgorganisatie bepalen, te noteren. In totaal werden 182 componenten opgesomd. Deze werden door de moderators van de focusgroep geordend volgens het 4P-Model van Toyota [2]. Het 4P-Model bestaat uit vier secties: (1) 'Philosophy' verwijst naar de langetermijnvisie van de organisatie en het streven naar perfectie; (2) 'Process' duidt op het schrappen van verspilling uit de processen; (3) 'People & Partners' beschrijft het respect voor medewerkers en partners met wie wordt samengewerkt; en (4) 'Problem-solving' focust op het continu verbeteren van de productieprocessen. Vervolgens werden de componenten verder onderverdeeld volgens de 14 Toyota Way Principles (TWPs), wat een meer specifieke en concrete uitwerking is van het 4P-Model [2].



© stock.adobe.com

Wat leren de resultaten?

Hoewel de lean-experts voldoende componenten opgaven om de vier secties van het 4P-Model te verzekeren, waren de componenten in aantal niet gelijkmatig verdeeld over alle secties. Wanneer de componenten werden geordend volgens de veertien TWPs, bleek dat bijna 80% van de componenten konden worden toegewezen aan slechts vijf van de veertien TWPs. De overige TWPs werden weinig tot helemaal niet aangebracht door de experts.

INSTITUT REINE FABIOLA a.s.b.l.
ENSEIGNEMENT PROFESSIONNEL SECONDAIRE

NOUVELLE ADRESSE
Rue des champs 41
1040 Etterbeek
T. 02/629.00.40 • F. 02/629.00.41
Mail : info@irf-ecole.be
www.institutreinefabiola.be

2ème DEGRE: -3ème et 4ème Services sociaux
3ème DEGRE: -5ème et 6ème Puériculture
-7ème Puériculteur(trice)
-5ème et 6ème Aide familial(e)
-7ème Aide-soignant(e)
-7ème Agent(e) médico-social(e)
-7ème Professionnel C (C.E.S.S.)
4ème DEGRE: -**(Hôpital Erasme)** T. 02/555.39.21
-Infirmier(ère)s Hospitalier(ère)s
Breveté(e) : 3,5 ans
- libre circulation CEE
(C.E.S.S.) en fin de 1ère année



Dimitri BEECKMAN,
RN, MSc, PhD, FEANS
Skin Integrity Research Group, Universitair Centrum Voor Verpleegkunde en Vroedkunde, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg , Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent
School of Nursing and Midwifery, Royal College for Surgeons in Ireland, Ireland
School of Health Sciences, Örebro University, Sweden
Research Unit of Plastic Surgery, Department of Clinical Research, Faculty of Health Sciences, Southern Denmark
School of Nursing and Midwifery, Monash University, Australia



Sofie VERHAEGHE,
RN, MSc, PhD
Universitair Centrum Voor Verpleegkunde en Vroedkunde, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Universiteit Gent
Departement Gezondheidszorg, VIVES Hogeschool, Roeselare

AUTEURSBIJDRAGEN
Alle auteurs hebben bijgedragen aan het concept, het ontwerp en het schrijven van het artikel. Alle auteurs hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan het opstellen en herzien van het artikel. Met dank aan Sam Scherpereel en Liesbeth Pauwels.

De vijf meest geciteerde TWPs waren:
* TWP 1: Baseer uw managementbeslissingen op een langetermijnfilosofie, zelfs ten koste van financiële doelstellingen op korte termijn (18,7% van alle componenten).
* TWP 7: Gebruik visuele controle zodat er geen problemen worden verborgen (12,6% van alle componenten).
* TWP 9: Laat leiders groeien die het werk grondig begrijpen, de filosofie naleven en aan anderen onderwijzen (9,9% van alle componenten).
* TWP 10: Ontwikkel uitzonderlijke mensen en teams die de filosofie van uw organisatie volgen (25,3% van alle componenten).
* TWP 14: Word een lerende organisatie door niet-aflatende reflectie en voortdurende verbetering (12,6% van alle componenten).

De lean-experts zonder een zorgdiploma spreidden hun componenten over meer TWPs, waardoor ze meer lijken te focussen op het gehele managementsysteem. Het gegeven dat lean-experts al dan niet vast verbonden zijn aan een zorgorganisatie, lijkt minder door slaggevend bij het bepalen van hun perspectief, dan de basisopleiding van de expert.
(De tabellen met de TWP-resultaten kunnen worden opgevraagd bij de redactie.)

Conclusies en implicaties voor de praktijk

Omdat niet iedereen in de zorgsector vertrouwd is met de verschillende varianten (focus op verschillende lean-principes) en mogelijke gevolgen van het niet volledig implementeren van alle lean-principes, raden sommige auteurs aan om lean-experts aan te trekken om de lean-transformatie van een zorgorganisatie te begeleiden [8,9]. Volgens Harrison et al. (2016) [7] is het een van de kritische succesfactoren voor een lonende implementatie.
Anderzijds blijkt uit dit onderzoek een ruime variatie qua perspectief te bestaan onder de lean-experts. De lean-experts met een zorgdiploma blijken vooral te focussen op wat Bortolotti et al. (2015) [10] als de 'The Soft Lean Principles' definiëren. Het gaat vnl. om die principes die medewerkers en relaties centraal plaatsen. Het merendeel van de Soft Principles bevinden zich in sectie 3 van het 4P-Model of onder principes 9, 10 en 11 van de veertien TWPs. De meer technische en analytische lean-principes zouden zo onderbelicht kunnen blijven. De bevindingen van de focusgroep sluiten aan op de bevindingen van Antierens et al. (2018) [3]. Er zijn indicaties in de literatuur gevonden dat bepaalde TWPs sterk ingebed blijken in zorgorganisaties die lean organisatiebreed hebben uitgerold, terwijl andere TWPs bijna niet geïdentificeerd kunnen worden. Dit doet vermoeden dat lean in de zorgsector is gereduceerd tot verschillende varianten die niet alle aspecten van het managementsysteem dekken.
De inzichten opgedaan tijdens dit onderzoek, kunnen mogelijk de minder goede resultaten m.b.t. lean binnen de zorgsector helpen verklaren en kunnen eventueel belangrijk zijn voor managers die overwegen zich te laten begeleiden door lean-experts. Om zeker te zijn dat het perspectief van de expert aansluit op de langetermijnvisie van de organisatie, is het aangewezen om bij de selectie van een lean-expert na te gaan op welke principes en elementen van lean de expert de nadruk legt.
Verder is het, op basis van de inzichten opgedaan tijdens het onderzoek, aangewezen om te kiezen voor lean-experts zonder zorgdiploma. Het kan een optie zijn om de lean-transformatie in synergie te laten begeleiden door meerdere lean-experts, elk met een aanvullende achtergrond en/of perspectief. Hoewel dat voor de organisatie een bijkomende investering is, kan het de duurzaamheid van de transformatie wellicht vergroten. Anderzijds moeten we

er ons van bewust zijn dat lean-experts met een verschillende achtergrond evenzeer kunnen botsen wanneer ze niet op één lijn zitten.

[1] Toussaint J. & Berry L. (2013) The promise of Lean in health care. Mayo Clin Proc 88 (1), 74-82.
[2] Liker J. (2004) The Toyota Way: 14 management principles from the world's greatest manufacturer. McGraw-Hill, New York.
[3] Antierens A., Beeckman D., Verhaeghe S., Myny D., & Van Hecke A. (2018) How much of Toyota's philosophy is embedded in healthcare at the organizational level? A literature review. Journal of Nurse Management Jan 22.
[4] Holden R., Eriksson A., Andreasson J., Williamsson A., & Dellve L. (2015) Healthcare workers' perception of lean production: A context-sensitive, mixed methods study in three Swedish hospitals. Applied Ergonomics 47, 181-192.
[5] Dannapfel P., Poksinska B., & Thomas K. (2014) Dissemination strategy for lean thinking in health care. International Journal of Health Care Quality Assurance 27 (5), 391-404.
[6] Radnor Z., Holweg M., & Waring J. (2012) Lean in healthcare: the unfilled promise? Soc Sci Med 74 (3), 64-71.
[7] Harrison M., Paez K., Carman K., Stephens J., Smeeding L., Devers K., & Garfinkel S. (2016) Effects of organizational context on Lean implementation in five hospital systems. Health Care Manage Rev 41 (2), 127-144.
[8] Isfahani M., Tourani s., & Seyedin H. (2019) Features and results of Conducted studies a lean management approach in a emergency department in a hospital. Bull Emerg Trauma 7(1), 9-20.
[9] Andersen H. & Røvik KA. (2015) Lost in translation: a case-study of the travel of lean thinking in a hospital. MBC Healt Serv Res 21(15), 101.
[10] Bortolotti T., Boscari S., & Danese P. (2015) Successful lean implementation: Organizational culture and soft lean practices. International Journal of Production Economics, 160, 182-202.
[11] Andersen H., Røvik KA., & Ingebrigtsen T. (2014) Lean thinking in hospitals: Is there a cure for the absence of evidence? A systematic review of reviews. BMJ Open 4 (1), 1-8.

Des experts du lean avec une perspective globale

Les institutions de soins implémentent de plus en plus les principes du lean afin d'augmenter l'efficacité et la qualité des soins qu'elles dispensent. Le lean est défini comme « un système de management englobant toute l'organisation focalisé sur la satisfaction totale du client, dans un environnement évolutif de travail d'équipe et d'amélioration ». Et pour continuer à implémenter la transformation vers le lean dans la pratique des soins de santé, il apparaît que les avis des experts du lean sont d'une grande utilité. À qui vaut-il mieux s'adresser pour ce faire : à des experts avec ou à des experts sans formation dans les soins de santé?

INSTITUT DE LA PROVIDENCE
WAVRE





rue de Nivelles, 52
1300 Wavre
www.providence-wavre.be
010/23 31 11

LA SANTÉ AU CŒUR DE NOS APPRENTISSAGES

- En technique de transition :
  - Sciences paramédicales
- En technique de qualification :
  - Aspirant(e) en nursing
- En professionnel de qualification :
  - Aide-soignant(e)
  - Agent(e) médico-social(e)
  - Puériculteur(trice)
  - Aide-familial(e)

PROVINCE de NAMUR Haute École
Au cœur de votre formation


INFIRMIER

SAGE-FEMME

PSYCHOMOTRICITÉ

HAUTE ÉCOLE DE LA PROVINCE DE NAMUR

Département des sciences de la santé publique et de la motricité

HEPN

WWW.HEPN.BE
+32 (0)81 77 57 84

Les hôpitaux deviendront-ils neutres en CO_2 ?

La conception des infrastructures hospitalières dont la construction s'achève aujourd'hui remonte généralement à plus d'une dizaine d'années. Il n'était pas encore question à l'époque de « neutralité en CO_2 ». Il n'empêche que la transition énergétique nous concerne tous, y compris les hôpitaux. Elle préoccupe de plus en plus notre société et constitue un objectif important de nos autorités publiques, surtout en ce qui concerne les bâtiments ouverts au public. Un certain nombre d'hôpitaux ont déjà pris des mesures en la matière, mais est-ce suffisant ? Un hôpital neutre en CO_2, est-ce réalisable aujourd'hui, ou même dans le futur ?

« La neutralité en CO_2 de l'hôpital est un objectif réalisable, certainement à terme », estime Gilbert Bejjani. « Nous observons en effet déjà aujourd'hui d'importants progrès. Nous avons pu fortement limiter les émissions de CO_2 du nouvel Hôpital Delta. Notre surface a augmenté de 30 %, mais nous avons pu réduire de 15 à 20 % le coût de l'énergie au m^2, même si au final cela se traduit bien toujours par une augmentation. Dans nos sites plus anciens, comme la Clinique de la Basilique, où les bâtiments ont entre 50 et 60 ans, de petites interventions ont aussi résulté en une nette amélioration de la consommation : une meilleure isolation avec le remplacement des châssis des fenêtres, le passage aux LED et l'installation de détecteurs de mouvements pour la gestion de l'éclairage… »

« Au même titre, depuis 2014, le Groupe Jolimont a concrétisé une vingtaine de chantiers visant à réduire l'impact CO_2 et améliorer la performance énergétique du bâtiment existant, parfois centenaire comme le château de l'hôpital de Jolimont. Des subsides UREBA ont permis, au profit notamment de nos hôpitaux, l'isolation de combles et façades, le remplacement de chaudières haut rendement et de la production hydraulique, le relampage en LED, assorti dans certains cas d'une gestion centralisée. Les sites de Jolimont et Nivelles peuvent dorénavant compter sur de la cogénération, dont l'électricité verte produite sera intégralement consommée pour les besoins de l'hôpital », souligne Antoine Dubbelman. « En parallèle, nous nous efforçons à maîtriser nos consommations en énergie en régulant les techniques au plus proche des besoins réels. »

L'UZ Brussel aussi a déjà pris des mesures importantes en la matière, notamment en ce qui concerne la rénovation de son bâtiment principal vieux de 40 ans. Marc Noppen : « Il y a cinq ans, nous avons intégré un pilier durabilité dans notre plan stratégique. Il stipulait qu'il n'était plus question de laisser notre consommation d'énergie augmenter davantage, et ce malgré notre croissance de 2 % par an, et son corollaire, une surface supplémentaire de 35.000 m^2. Pour ce faire, nous recourons notamment à la cogénération, aux panneaux solaires, à la géothermie (utilisant la chaleur interne de la terre) et à la rhéothermie (utilisant la chaleur qui se libère lorsque la viscosité d'un liquide est modifiée). Les chiffres nous indiquent que nous parvenons à garder notre consommation constante, même avec l'installation d'appareils IRM et CT supplémentaires, qui consomment énormément d'électricité ! »

Nouvelle construction versus bâtiment existant

La problématique est différente de celle des nouvelles constructions pour les hôpitaux existants. « Les hôpitaux existants sont en quête de mesures permettant d'économiser l'énergie. De grands pas sont à franchir en la matière aujourd'hui, et certainement dans les secteurs où on y accordait peu d'attention dans le passé », explique Henk Vincent. « Isoler va permettre de réduire les coûts énergétiques. En revanche, la facture d'énergie des nouveaux bâtiments hospitaliers n'a pas diminué, bien au contraire, et ce parce qu'on exige du nouveau bâtiment un niveau nettement plus élevé de confort. Les nouvelles techniques, comme la ventilation permanente nécessaire dans ce cas, exigent énormément d'énergie. Les hôpitaux dont la construction s'achève aujourd'hui ne sont pas non plus des exemples de bâtiments durables car ils ont été conçus il y a une quinzaine d'années environ. » Quand on parle aujourd'hui de l'hôpital neutre en CO_2 du futur, il faut savoir qu'il ne s'ouvrira que dans 10 ans. Pour atteindre cet objectif, en plus des maîtres de l'ouvrage, les bureaux d'études et les architectes devront aussi jouer un rôle, de même que les fournisseurs



De gauche à droite:
Antoine Dubbelman, Paul Meyer, Gilbert Bejjani, Paul d'Otreppe,
Dirk Thielens, Jef Peeters, Henk Vincent et Marc Noppen.

de groupes de refroidissement et de ventilation... Ce qui signifie concrètement qu'il faut proposer des solutions radicalement différentes.
La plupart des hôpitaux qui ont été rénovés au cours des 10 dernières années l'ont fait avec des techniques vieillies. Cela a été le cas à Bruxelles. « Les cinq anciennes turbines à gaz du CHU Brugmann ont été remplacées par deux nouvelles aux performances plus élevées. Nous avons fait installer une centrale de cogénération et nous avons pris encore un certain nombre de petites mesures, mais c'est nettement insuffisant pour que notre hôpital soit neutre en CO_2 », explique Dirk Thielens. « En couvrant tous les toits de l'UZ Brussel et de la Faculté de Médecine et Pharmacie de panneaux solaires, nous pouvons produire nous-mêmes en moyenne 7 % de notre énergie sur une base annuelle », ajoute Marc Noppen. Cela aide, mais cela ne permet pas de combler la différence.

Fédéral versus régional

Le mode de financement des bâtiments hospitaliers n'aide pas non plus dans ce cas: alors que la compensation pour l'exploitation des hôpitaux reste aux mains du fédéral, les investissements sont devenus aujourd'hui une compétence régionale à part entière. Et cela ne matche dès lors pas : il n'existe pas de lien immédiat entre investissement plus coûteux et exploitation meilleur marché. Le cadre fédéral peut donc mieux faire, mais les hôpitaux peuvent de leur côté prendre des mesures d'économie, qui ont un impact direct sur leur exploitation.
Ainsi, l'UZ Brussel a pris l'initiative et a créé à Zellik, avec des partenaires, un Green Energy Park, dans le but de développer avec l'Université de nouvelles solutions pour l'énergie et la mobilité (plus d'infos sur https://www.greenenergypark.be).
En Wallonie, le financement place plus clairement la responsabilité dans le chef des hôpitaux. La formation de réseaux joue aussi un rôle lors de la planification de nouvelles infrastructures. Paul d'Otreppe : « À Saint-Luc Bouge, nous avons dès lors convenu d'investir aujourd'hui de façon minimale dans l'infrastructure, juste assez pour répondre aux besoins médicaux. Nous agirons de cette manière jusqu'à ce que notre avenir soit clair. Comme nous ignorons quels seront les futurs besoins, nous ne pouvons pas y coupler dès à présent une infrastructure chère avec un long délai d'investissement. »

Nouvelles techniques

Dans le futur, le gaz et le mazout feront place à un large panel de techniques de chauffage. L'air conditionné classique sera remplacé par l'échange de chaleur et aussi l'air conditionné à l'ammoniac, qui capte la chaleur avec un plus grand rendement.
La cogénération (= source de chaleur ou d'énergie pour générer de l'électricité et en même temps une chaleur utile) permet déjà maintenant de produire de l'énergie soi-même, même si ce sera davantage nécessaire dans le futur. Ajoutez encore à cela la consommation d'énergie plus élevée pour les procédures et les équipements médicaux, et il est clair que le bilan CO_2 de l'hôpital ne peut pas devenir neutre de cette façon uniquement via une économie.
Pour être neutre en CO_2, il est donc nécessaire d'augmenter la production d'énergie verte. ENGIE a calculé dans le cadre de son étude que, pour être neutre en CO_2, un hôpital de 1.000 lits avec une surface de 135.000 m^2 en 2050 aura besoin de, par exemple, l'énergie de 2 éoliennes de 3 mégawatts ou de 110.000 m^2 de panneaux solaires (l'équivalent de 17 terrains de football !). Il faut donc encore pas mal innover dans la production, mais aussi dans le stockage, par exemple de l'H2 (hydrogène), pour que cela soit aussi rentable. Ici aussi les experts d'ENGIE peuvent conseiller les hôpitaux afin de prendre les bonnes décisions en fonction de leurs besoins.

Autres options pour moins d'émissions de CO_2

Aujourd'hui encore, dans les hôpitaux, beaucoup de chaleur est perdue, comme l'eau surchauffée du département de stérilisation qui part à l'égout ou la chaleur dans les salles des serveurs. Un cadre légal permettant une récupération plus complète et une gestion des déchets plus durable contribuerait aussi à réduire les émissions de CO_2.
Et quid de l'impact du fonctionnement de l'hôpital sur l'environnement plus large, indépendamment de la consommation d'énergie ? « Effectivement, notre action écologique doit idéalement s'inscrire dans une perspective holistique plus globale. Organisé multi-sites, l'efficience de la logistique s'inscrit dans la stratégie de Jolimont. Aussi, nos espaces verts représentent un potentiel d'intégration de plus de biodiversité et d'attractivité au bénéfice de nos patients. La revitalisation du parc jouxtant l'hôpital de Jolimont est en projet », explique Antoine Dubbelman.
La diminution du nombre de consultations à l'hôpital via l'instauration des téléconsultations et du télémonitoring réduirait non seulement le coût total mais aussi l'empreinte carbone. De plus, ce serait aussi tout bénéfice pour la santé en polluant moins l'environnement. Il ne faut donc pas seulement s'occuper du bâtiment, mais aussi de ce qu'il y a en aval et en amont.

Conclusion

La gestion durable de l'énergie fait partie de l'obligation sociétale de l'hôpital et elle permet de réduire les coûts, qui sont quand même déjà sous pression. Le challenge de réaliser un hôpital neutre en CO_2 exige des contributions de tous les intervenants, mais se situe en fin de compte dans le chef de l'hôpital même. En tant que maîtres de l'ouvrage, les hôpitaux peuvent être plus visionnaires, les bureaux d'études peuvent proposer des concepts novateurs, les fournisseurs d'équipements médicaux et de support peuvent rendre leurs machines moins énergivores, etc. Les autorités publiques peuvent créer un cadre pour faciliter la transition énergétique. Il est certain que la gestion énergétique d'un hôpital va exiger encore plus d'expertise à l'avenir. Là aussi, l'ouverture et l'innovation sont nécessaires. L'hôpital peut-il encore demain disposer en interne de toute l'expertise ou faut-il, comme dans l'industrie, penser en partenariats avec des experts ? La transition énergétique a de nombreux visages. La route est encore longue, mais les technologies existent pour s'y mettre dès aujourd'hui !

Les participants à la table ronde :

- **Dirk Thielens**, secrétaire général de l'ABH et directeur général du CHU Brugmann et de l'HUDERF, Bruxelles ;
- **Henk Vincent**, directeur masterplan nouvelle construction à l'AZ Nikolaas, Sint-Niklaas ;
- **Marc Noppen**, administrateur délégué de l'UZ Brussel ;
- **Gilbert Bejjani**, directeur médical du CHIREC-site Basilique ;
- **Paul d'Otreppe**, directeur général de la Clinique Saint-Luc Bouge ;
- **Antoine Dubbelman**, conseiller environnement (gestion de l'énergie et des déchets) au Groupe Jolimont ;
- **Jef Peeters**, responsable Healthcare pour ENGIE, et modérateur.

ENGIE, partenaire de la transition énergétique

« Pour que le secteur de la santé devienne neutre en CO_2, nous devons investir dans des bâtiments zéro émission, augmenter l'efficacité énergétique des technologies médicales et de support, et réfléchir à des systèmes de refroidissement écologiques. Mais il faudra encore toujours de l'énergie, qui devra alors être compensée autant que possible par la production d'énergie verte », résume Jef Peeters d'ENGIE.
D'après une étude récente menée par ENGIE sur l'hôpital de demain neutre en CO_2 (télécharchez l'étude sur www.engie.be/healthcare), il apparaît que pour un même nombre de lits, l' hôpital de demain aura besoin de beaucoup plus de surface. C'est dû à l'augmentation des chambres individuelles avec leurs propres sanitaires, au plus grand débit de patients en raison du raccourcissement de la durée de séjour avec plus d'examens et d'interventions, aux innovations technologiques toujours plus poussées comme l'IRM et le PET qui demandent toutes plus d'énergie. Afin de compenser cette énergie supplémentaire nécessaire, ENGIE propose des services pour économiser l'énergie, entre autres, dans les domaines du chauffage, de l'eau chaude sanitaire et de l'éclairage. Grâce à ces solutions, il est possible de réduire la consommation jusqu'à 30 %.

Découvrez plus d'info sur engie.be/healthcare

ENGIE

LA DIFFÉRENCIATION DE FONCTION ...

... POUR PLUS DE QUALITÉ ET DE SÉCURITÉ AU CHEVET DU PATIENT ?



Sébastien Ninite
Directeur du Département
Infirmier des sites Marie Curie et
Léon Neuens
Coordinateur des Directions
du Département Infirmier
des sites hospitaliers
du CHU de Charleroi - ISPPC

ISPPC
Intercommunale de Santé Publique
du Pays de Charleroi









La majorité des hôpitaux est confrontée à la difficulté de recrutement et de rétention du personnel infirmier. Ce constat est lié à la pénibilité de la profession, l'intensification des soins (augmentation du turn-over patient, diminution de la durée moyenne de séjour, travail à flux tendu, développements technologiques…), aux conditions de travail difficiles (horaires, sous-effectifs, responsabilités) mais aussi à l'image négative de la profession infirmière. La qualité des soins et la sécurité du patient sont donc mises à mal. La différenciation de fonction pourrait pallier, en partie, ce problème.

Qu'est-ce que la différenciation de fonction ?

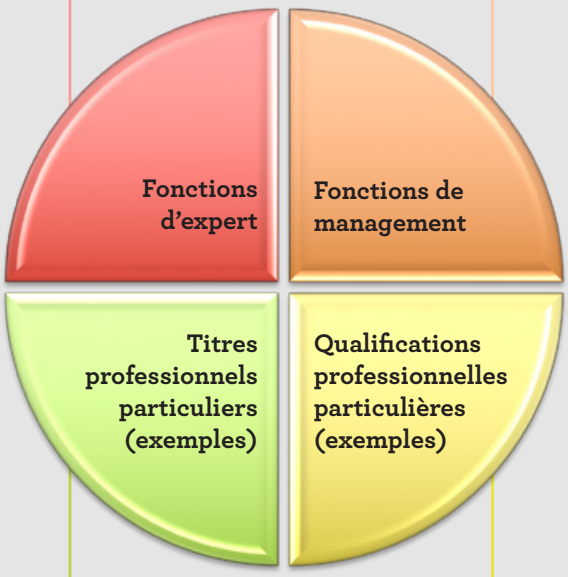
La différenciation de fonction, c'est créer au sein d'un même groupe professionnel, en l'occurrence les praticiens de l'art infirmier, des responsabilités et compétences différentes. La différenciation de fonction vise donc l'utilisation optimale des qualifications et compétences de chacun.
Les objectifs de cette différenciation sont : (1) maintenir un niveau élevé de qualité et d'efficience des soins infirmiers via une organisation adaptée et un processus de délégation respecté ; (2) promouvoir l'attractivité de la profession infirmière ; et (3) valoriser les soins infirmiers généraux.
La différenciation de fonction implique de revoir le rôle des infirmiers (connaissance du champ de compétences de chacun), l'organisation des soins tant sur le plan micro que macro, les normes d'encadrement et le financement. Les fonctions d'aide-soignant, d'assistant logistique et d'aide-infirmier administratif sont essentielles dans une unité de soins. En effet, elles permettent aux infirmiers de se recentrer sur des activités infirmières (raisonnement clinique, démarche en soins, éducation, soins…) et non logistiques ou administratives. Leur présence doit être renforcée et s'ajouter à l'encadrement infirmier.
Ces fonctions ne seront pas abordées dans le point suivant.



Figure 1.
Que comprend la différenciation de fonction infirmière ?

- Infirmier de référence
- Infirmier consultant
- Infirmier clinicien ou de pratique avancée

- Infirmier en chef
- Infirmier chef de service
- Chef du département infirmier



- Gériatrie
- Oncologie
- Soins péri-opératoires
- Pédiatrie et néonatalogie
- Santé mentale et psychiatrie
- Soins intensifs et urgences

- Santé mentale et psychiatrie
- Gériatrie
- Soins de plaies
- Soins palliatifs
- Diabétologie

Figure 2.
La différenciation de fonction pour plus de qualité et de sécurité au chevet du patient ?

Différenciation fonction

- Libérer le personnel pour les formations
- Motiver les autres collègues
- Connaître les limites / compétences de chacun
- Maintenir un climat de travail favorable
- Connaître et appliquer la législation

Organisation

- Établir une charge de travail équitable
- Répartir le travail en tenant compte de la fonction de chacun
- Transmettre et tracer les informations (! dilution de l'information !)
- Garder une vision holistique du patient

Délégation

- Savoir déléguer
- Connaître et appliquer la législation : quels actes puis-je déléguer et à qui ?
- Contrôler et évaluer -> responsabilité

La différenciation de fonction peut améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients si l'infirmier en chef a les compétences nécessaires pour mettre en œuvre les points cités ci-dessus. Il est également primordial que l'ensemble de l'organisation des soins au niveau institutionnel soit bien définie. Cette matière relève de la responsabilité du chef du département infirmier (« directeur »).

Limites et difficultés inhérentes à la différenciation de fonction

Avec le nouveau mode de rémunération (IFIC) déjà en place dans les hôpitaux privés, les titres et qualifications professionnels particuliers sont moins attrayants compte tenu de la suppression de la prime. Nous craignons d'avoir une pénurie dans les années futures, surtout pour les titres en gériatrie et en oncologie.
De plus, les fonctions d'expert (cfr exemples page suivante) ne sont pas valorisées financièrement.
Pour que la différenciation de fonction soit bénéfique et n'engendre pas de risques, l'encadrement infirmier doit être respecté (cfr normes d'agrément et de fonctionnement). Chaque fonction doit se recentrer sur son métier : l'infirmier en chef ou chef de service, l'infirmier d'une unité, l'infirmier de pratique avancée…
Déjà en 2008, le KCE Reports 86B sur la « Différentiation de fonctions dans les soins infirmiers » précisait : « Les recherches conduites aux États-Unis et au Canada sur la dotation infirmière démontrent un lien très clair entre le nombre d'infirmières dans une équipe et la qualité des soins délivrés, une plus grande satisfaction des infirmières, une charge de travail moindre, et une



diminution du niveau de stress et d'absentéisme. Une meilleure dotation d'équipe permet aussi d'accroître la productivité ».

Exemples pratiques des fonctions d'expert*

- Infirmier de référence : hygiène hospitalière, dossier infirmier, soins de plaies, étudiants… Cette fonction se limite à l'unité et comprend des missions orientées vers les patients et les collègues.
- Infirmier consultant : diabète, stomathérapie et soins de plaies, douleur, nutrition… Ses missions dépassent une unité et se situent au niveau de l'institution, voire en extrahospitalier.
- Infirmier clinicien ou de pratique avancée : hygiène hospitalière, recherche en soins infirmiers, consultation infirmière dans un domaine précis… Ce dernier participe à une amélioration continue de la qualité des soins, à la professionnalisation et au développement des soins infirmiers. Il traduit les résultats scientifiques en usages pratiques sur le terrain, guide des recherches scientifiques et élabore des projets qualité. Ses missions peuvent être en outre : direction

Notre nouvelle gamme de chariots et stations mobiles

Le résultat de +20 années d'évolution en design

BELINTRA
SAFE & SMART HEALTHCARE SOLUTIONS

Ergonomique - Stable - Performance optimale - Large gamme d'accessoires -
Choix entre 6 couleurs pour les tiroirs - Bonne maniabilité - Plusieurs options de verrouillage



plus d'info www.belintra.com

clinique, management de la qualité, recherche et enseignement. Il doit disposer au minimum d'un diplôme de master, complété d'une formation spécifique de niveau supérieur ou universitaire dans le domaine d'expertise, éventuellement sous la forme d'un doctorat.

* Rencontre infirmière SPF du 09/05/2012

Conclusions

Le maintien et l'amélioration de la qualité des soins passent par un maillon fort et indispensable : l'infirmier en chef.
À défaut, la différenciation de fonction peut être plus délétère que bénéfique au sein même d'une unité de soins. Afin d'assurer une certaine pérennité des différentes fonctions, il est essentiel de garantir une adéquation entre la réglementation, le financement et la politique des conditions de travail et de rémunération. La différenciation de fonction doit viser avant tout l'amélioration de la qualité des soins, l'attractivité ainsi que la rétention infirmière et « mettre la bonne personne à la bonne place ».

[1] AR 18/01/1994 – Liste des titres et qualifications professionnels particuliers.
[2] AR 30/07/18 modifiant l'AR du 28/12/2011 relatif à l'exécution du plan d'attractivité pour la profession infirmière en ce qui concerne les primes pour TPP et QPP et les prestations inconfortables.
[3] Différenciation de fonctions dans les soins infirmiers : possibilités et limites -KCE reports 86B. 2008.
[4] Plus de différenciation dans les fonctions infirmières s.v.p – KCE. Septembre 2008.
[5] Problématique du personnel infirmier dans les établissements de soins : avis supplémentaire axé sur la différenciation et la classification des fonctions en art infirmier. Réf. : CNEH/D/407-1. 14/06/2012.
[6] Revue française des affaires sociales. 2005/1, pages 161 à 181.

Differentiatie van de functie verpleegkundige

De meeste ziekenhuizen worden geconfronteerd met moeilijkheden bij rekrutering en behoud van verpleegkundig personeel. Die vaststelling houdt verband met de zwaarte van het beroep, de toename van de zorgverstrekking (grotere turn-over van patiënten, minder lange gemiddelde ligduur, just-in-time werk, technologische ontwikkelingen ...), de moeilijke arbeidsvoorwaarden (uurroosters, onderbemanning, verantwoordelijkheden), en daarnaast ook met de negatieve beeldvorming rond het beroep van verpleegkundige. De zorgkwaliteit en de patiëntveiligheid worden ondermijnd. Differentiatie van de functie zou dat probleem deels kunnen oplossen.

younity AVOCATS

Younity, cabinet d'avocats spécialisé en RH et pension, dispose d'une compétence spécifique en législation hospitalière et droit du travail au sein des hôpitaux.

Nous pouvons vous assister au sujet du volet relationnel entre le Gestionnaire et son corps médical, mais également pour toute question concernant les compétences du Conseil médical, de l'Assemblée générale des médecins ou du fonctionnement de la gouvernance RH au sein des institutions de soins.

Découvrez nos compétences en législation hospitalière

- Fonctionnement et structure d'un hôpital
- Commission paritaire 330
- Cadre réglementaire
- Contentieux
- Réorganisation hospitalière
- Maisons de repos




Jean-Philippe **CORDIER**
jeanphilippe.cordier @younity.be

Sophie **STENUICK**
sophie.stenuick @younity.be

Younity
Bld. du Souverain 36 - boite 8 - 1170 Bruxelles - Belgique
Tel : +32 2 880 77 80 - www.younity.be - www.commyounity.be
info@younity.be - TVA BE 0846.902.050

En quelques clics, vos vieux appareils médicaux sont récupérés et recyclés



Vos placards du boulot débordent d'appareils électros usagés et vous ne savez pas quoi en faire? Débarrassez-vous-en avec Smartloop: la plateforme en ligne développée par Recupel qui vous met en contact avec des opérateurs de collecte agréés, pour les recycler en conformité avec la loi.
Simple et efficace!

Au boulot, on recycle aussi ses électros!

Smartloop.be

Une initiative de Recupel



La fraude en ligne... ça n'arrive pas qu'aux autres
Online fraude... het overkomt niet alleen anderen

La fraude aux paiements en ligne est un phénomène en constante augmentation.

Aujourd'hui, pas moins de 8 organisations sur 10 y sont confrontées.

Et pour 10% d'entre elles, cela représente des pertes pouvant aller au-delà de 100.000 euros. Chez Belfius, votre sécurité est une priorité absolue. C'est pourquoi nous mettons tout en œuvre pour vous assurer une protection optimale. En plus de sécuriser vos transactions, nous vous accompagnons avec de nombreuses initiatives telles qu'un diagnostic de votre exposition aux risques de fraude, un logiciel antifraude, sans oublier une évaluation de vos systèmes de sécurité informatique ainsi qu'une assurance pour couvrir les pertes financières en cas de cyberattaque.

Offrez-vous la sérénité d'esprit pour toutes vos transactions.

Vous voulez passer à l'action? Contactez votre chargé de

Online betaalfraude evolueert voortdurend.

Maar liefst 8 organisaties op 10 worden er vandaag mee geconfronteerd.

En voor 10% onder hen, loopt de schade op tot meer dan 100.000 euro. Bij Belfius is uw veiligheid onze absolute prioriteit. Elke dag stellen wij alles in het werk om u een optimale bescherming te bieden. We beveiligen uw transacties en ondersteunen u met talrijke initiatieven zoals een diagnose van uw blootstelling aan fraude, een antifraudesoftware, maar ook een audit van uw beveiligingssystemen of nog een verzekering om uw financiële verliezen als gevolg van een cyberaanval te dekken.

Samen gaan we voor zekerheid bij al uw transacties.

Contacteer uw relatiebeheerder om meer te weten.

Belfius

Belfius Banque NV, Karel Rogierplein 11, 1210 Brussel - IBAN BE23 0529 0064 6991 - BIC GKCC BE BB - RPM Brussel
TVA BE 0403.201.185 - no FSMA 19649 A