Expéditeur :
Francis de Drée
Dejonckerstraat 46, 1060 Brussels, Belgium

bpost
PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE

HOSPITALS·BE

COVID-19:

NIEUWE UITDAGINGEN

VOOR DE LABORATORIUMINFORMATICA



DÉPARTEMENT INFIRMIER:

IMPACT DE LA PANDÉMIE COVID-19

2,20
TRIMESTRIEL
Juillet | Septembre 2020
DRIEMAANDELIJKS
Juli | September 2020

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

Je oude medische apparaten, gerecycleerd in een paar kliks



Zitten de kasten op je werk vol met oude medische apparaten? En weet je niet wat je ermee moet aanvangen? Smartloop, een onlineplatform van Recupel, brengt je in contact met erkende ophalers. Zo worden je oude toestellen gerecycleerd zoals de wet dat voorschrijft. Makkelijk en handig!

Op het werk recycleren we ook oude elektro!

Smartloop.be

Een initiatief van Recupel

TABLE DES MATIÈRES
INHOUDSOPGAVE



4>5 Voorwoord / Édito

Francis De Drée



6>13 Faible continuité des soins psychiatriques en Belgique

Pablo Nicaise

Une étude comparative portant sur la continuité des soins pour les patients psychiatriques chroniques dans cinq pays européens montre que la Belgique est moins performante que ses voisins.



16>23 PRIMUZ: het geïntegreerde EPD van het UZ Brussel

Michelle Cooreman

PRIMUZ is het softwarepakket van het UZ Brussel voor het geïntegreerde patiëntendossier (EPD). Wat zijn de troeven en hoe wordt de implementatie georganiseerd?



26>30 «Beaucoup d'engagement mais aussi du désarroi»

Dominique Gainvorste

Comment le département infirmier a-t-il vécu l'afflux de patients atteints de COVID-19? Le témoignage de Dominique Gainvorste, directrice du département infirmier au CH EpiCURA.



32>39 Nieuwe uitdagingen voor de laboratoriuminformatica

Matthias Weemaes, Steven Martens, Ann K.L.C. Verdonck

Begin maart 2020 oversteeg het aantal uit te voeren SARS-CoV-2 PCR-testen al snel de maximale verwerkingscapaciteit van het laboratorium van het UZ Leuven. Er werd een crisismanagementteam opgericht …

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

www.hospitals.be

Revue officielle de Hospitals.be
Officieel tijdschrift van Hospitals.be
ISSN: 1379-7786
Membre de la Fédération internationale des Hôpitaux
Lid van de Internationale Federatie der Ziekenhuizen
Membre de la Fédération de la Presse périodique de Belgique
Lid van de Federatie van de Periodieke Pers van België

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

Président/Voorzitter:
Francis de Drée - e-mail: francis.dedree@hospitals.be
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: francis.dedree@hospitals.be
Coordination de la rédaction/Redactiecoördinatie:
Michelle Cooreman
Secrétariat de rédaction/Eindredactie: Ghislaine Cockaerts

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

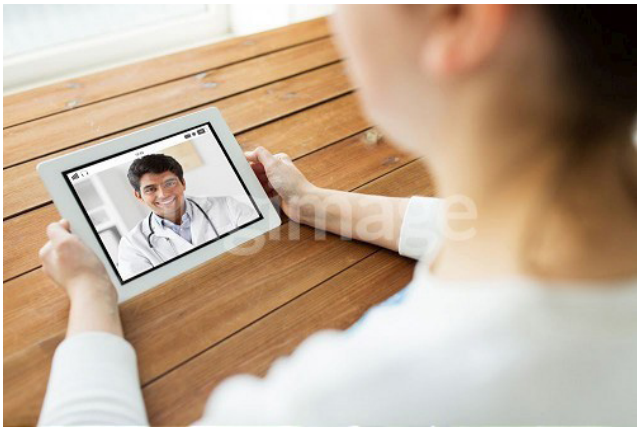
DE UITDAGING IS IMMENS



Francis de Drée

Voorzitter van hospitals.be

Nu de opeenvolgende fasen in de versoepeling van de coronamaatregelen de deuren – die op 17 maart werden gesloten – geleidelijk weer openen, blijven de uitdagingen voor de ziekenhuizen talrijk. Terwijl COVID-19-patiënten verdere zorgen krijgen en striktere protocollen worden opgezet om alle leden van de ziekenhuisgemeenschap te beschermen, is een race tegen de klok ingezet. We moeten de achterstand 'inhalen' voor patiënten die een raadpleging, een operatie, een hospitalisatie of een technisch onderzoek hebben uitgesteld.



Hervatting en plafond

De ziekenhuizen starten hun activiteiten weer op, voor het welzijn van de patiënten. De eerste epidemiologische studies lijken aan te tonen dat het stoppen of vertragen van de follow-up van de volksgezondheid inderdaad gevolgen heeft, zoals werd gevreesd. Zo wijzen gegevens uit Île-de-France (Frankrijk) op een verdubbeling van het aantal hartstilstanden buiten het ziekenhuis en een daling met bijna 50% van de follow-up van die patiënten.

De hervatting, die net als in andere delen van de maatschappij geleidelijk gebeurt, botst op allerlei moeilijkheden. De ruimten zijn vaak onaangepast, de procedures complex, de beschermingsmaatregelen duur. In die context dwingt het ziekenhuispersoneel, alle beroepen samen, bewondering af.

De grote onbekende zit in het niveau dat we zullen behalen voor we het plafond hebben bereikt. Terwijl sommigen een snelle terugkeer naar de 'vroegere' situatie voorspellen, zien anderen dan weer een heel verschillend scenario, met patiënten die hun fysieke passage in het ziekenhuis afbouwen, terwijl de technologie het overneemt.

Versnelling van de innovatie

Want tijdens de crisis hebben innovaties hun nut aangetoond, met een voortrekkersrol voor teleconsultaties. De herinrichting van onthaal- en zorgzones, het gebruik van 3D-printers, werken op afstand, zijn andere symbolische voorbeelden. Het nemen van snelle beslissingen heeft het mogelijk gemaakt om die hoe dan ook in een systeem van minimale zorgverlening te integreren.

De duurzaamheid van de innovaties staat nu op de agenda, met de onontkoombare vragen die ermee gepaard gaan: welke investeringen zijn nodig? Hoe ze integreren in een samenwerkingsmodus, in de ziekenhuisnetwerken en daarbuiten? Hoe de wijzigingen begeleiden voor professionele zorgverleners en voor patiënten? Met welk financieringssysteem? De uitdaging is immens.

Nieuwe datum voor het congres van hospitals.be: donderdag 17 december

De COVID-19-crisis heeft ons verplicht ons jaarlijks congres, oorspronkelijk gepland in juni, uit te stellen. We nodigen jullie nu uit op 17 december, om samen te komen en te debatteren rond een boeiend thema: 'Innovatie in de ziekenhuizen: is er nog een piloot?'

LE DÉFI EST IMMENSE



Francis de Drée
Président de hospitals.be

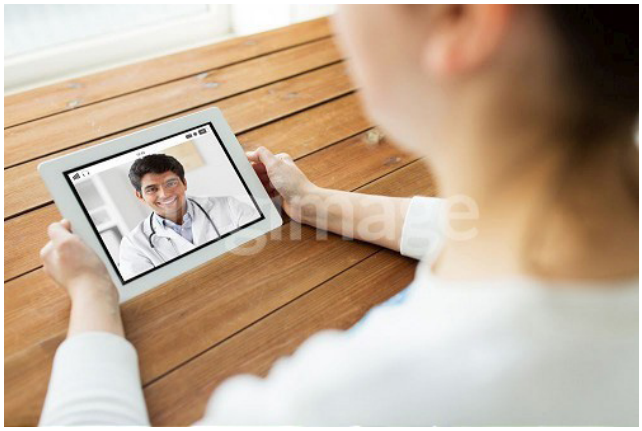
Alors que les étapes successives du plan de déconfinement entrouvrent progressivement la porte fermée à double tour le 17 mars, les défis auxquels sont confrontés les hôpitaux restent nombreux. Tout en continuant à soigner les patients atteints de la Covid-19 et à mettre en place les protocoles les plus stricts en vue de protéger tous les membres de la communauté hospitalière, une course contre la montre s'est enclenchée. Il nous faut «rattraper» le retard pour les patients qui ont retardé leur visite en consultation, leur opération, leur hospitalisation ou leur examen technique.

Reprise et plafond

Les hôpitaux relancent leurs activités, pour le bien des patients. En effet, les premières études épidémiologiques semblent indiquer que l'arrêt ou le ralentissement du suivi de santé de la population a, comme redouté, des conséquences. En Île-de-France par exemple, les données indiquent deux fois plus d'arrêts cardiaques en dehors de l'hôpital et une baisse de près de 50% de la survie de ces patients.
Cette relance, forcément progressive, comme les autres pans de la société, se heurte à toutes sortes de difficultés. Les espaces sont souvent inadaptés, les procédures complexes, les mesures de protection coûteuses. Dans ce contexte, le personnel hospitalier, tous métiers confondus, force l'admiration.
La grande inconnue résulte dans le niveau qui sera atteint avant de se considérer au plafond. Quand certains prédisent un retour rapide à la situation «d'avant», d'autres avancent un scénario très différent, avec des patients réduisant leur passage physique à l'hôpital, la technologie prenant le relais.

Accélération de l'innovation

Car des innovations ont démontré leur utilité durant la crise, avec les téléconsultations en fer de lance. Le réaménagement des zones d'accueil et de soins, l'utilisation des imprimantes 3D, le travail à distance, sont d'autres exemples emblématiques. Des prises de décision rapides ont permis de les intégrer vaille que vaille dans un dispositif de soins minimum.
La pérennisation de ces innovations est maintenant à l'agenda, avec les inévitables questions qui les



accompagnent: quels investissements sont nécessaires? comment les intégrer dans un mode collaboratif, au sein des réseaux hospitaliers et au-delà? comment accompagner ces changements pour les professionnels de la santé et pour les patients? avec quel système de financement? Le défi est immense.

Nouvelle date pour le congrès de hospitals.be: le jeudi 17 décembre

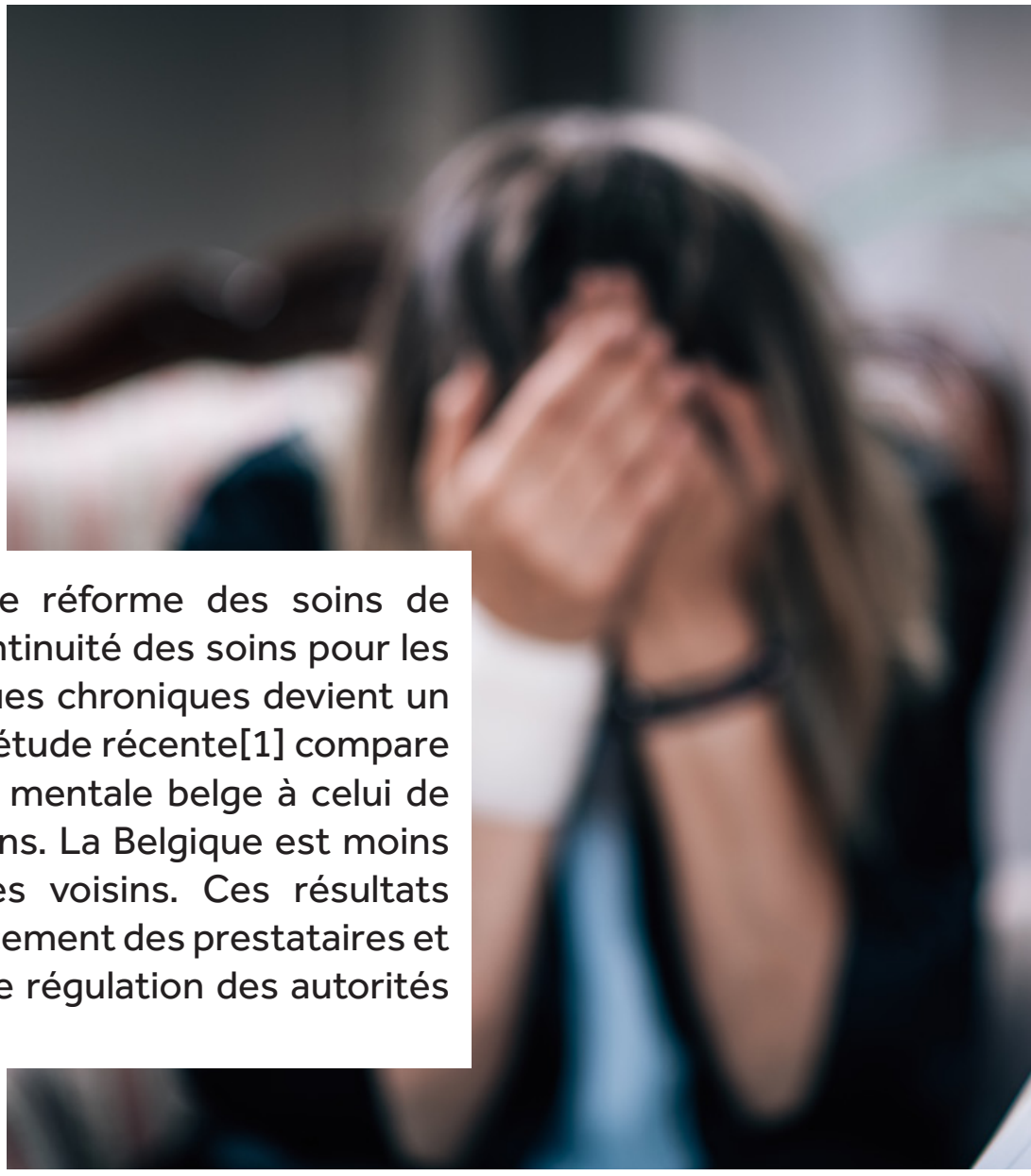
La crise de la covid-19 nous a obligés à reporter notre congrès annuel, initialement prévu au mois de juin. Nous vous convions désormais le jeudi 17 décembre, pour nous retrouver et débattre d'un thème passionnant: «L'innovation dans les hôpitaux: y a-t-il encore un pilote?».

SANTÉ MENTALE

FAIBLE CONTINUITÉ DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN BELGIQUE

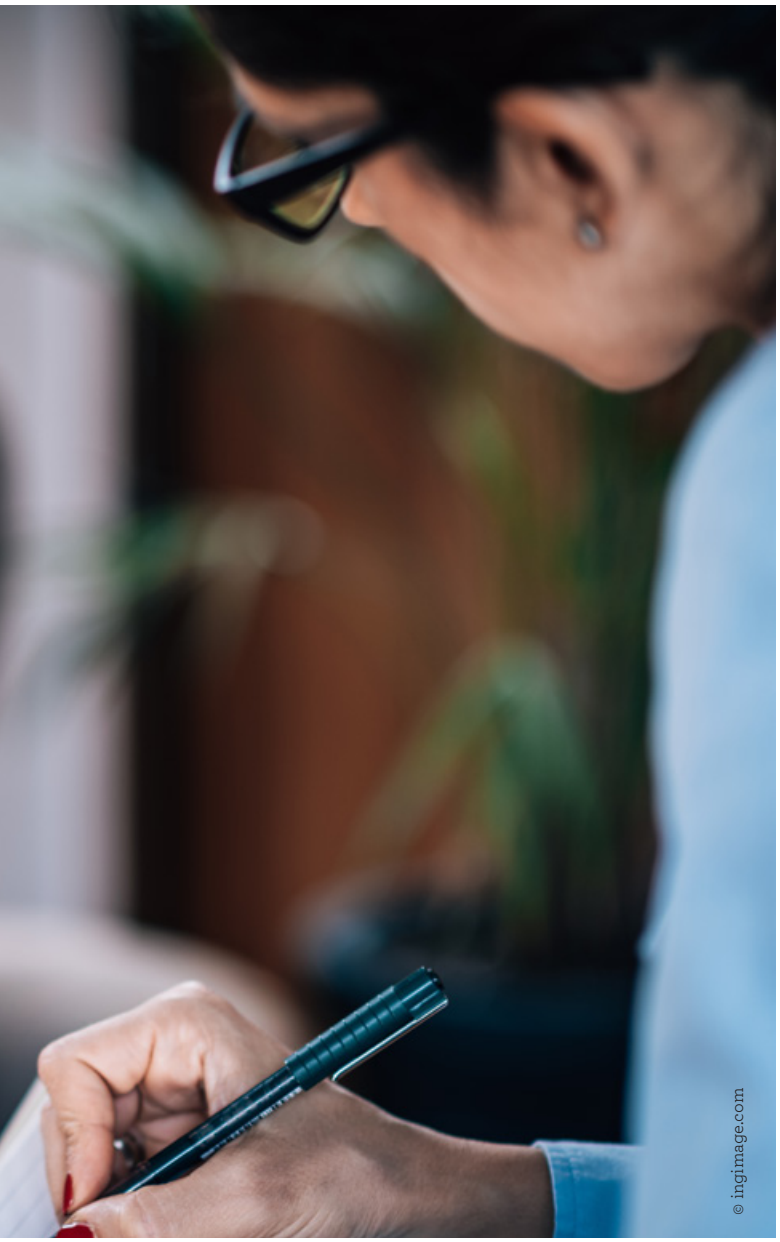


Pablo Nicaise
Docteur en Santé Publique
Institut de Recherche Santé et Société (IRSS), UCLouvain
pablo.nicaise@uclouvain.be
+32 (0)2 764 32 68



Dans le contexte de réforme des soins de santé mentale, la continuité des soins pour les patients psychiatriques chroniques devient un objectif majeur. Une étude récente[1] compare le système de santé mentale belge à celui de quatre pays européens. La Belgique est moins performante que ses voisins. Ces résultats seraient liés au financement des prestataires et à la faible capacité de régulation des autorités publiques.

Depuis plusieurs dizaines d'années, les sociétés occidentales font face à une recrudescence de problèmes liés aux pathologies chroniques et complexes. Ces dernières font partie des pathologies les plus invalidantes entraînant une charge de morbidité importante et un coût social lourd[2]. Les systèmes de santé ont cependant été conçus pour prendre en charge les pathologies aiguës[3] et ne récompensent pas les soins de longue durée à basse intensité, la collaboration entre prestataires de soins divers et la place active des patients et de leur entourage dans l'organisation des soins; toutes choses nécessaires pour une bonne prise en charge des maladies chroniques et complexes[4]. La continuité des soins est un élément-clé pour des soins chroniques de qualité, notamment en psychiatrie[5]. La continuité des soins recouvre trois dimensions: une dimension transversale qui concerne la capacité de soignants aux spécialités diverses à intervenir ensemble, de manière cohérente, pendant un épisode de soins; une dimension longitudinale qui concerne l'accompagnement des patients au cours du temps; et une dimension relationnelle qui concerne la qualité de la relation thérapeutique entre les soignants et le patient. En psychiatrie, une articulation essentielle est constituée par la continuité des soins entre l'hôpital et les soins ambulatoires[6]. Une bonne organisation de celle-ci est marquée par les caractéristiques du système de santé en termes d'organisation de l'offre de soins, de modes de financement des prestataires et de couverture sociale, et de capacité de régulation de la part des autorités publiques. Toutefois, les systèmes de santé sont très complexes, et en évaluer la performance reste un défi. Ils sont aussi très différents d'un pays à l'autre.

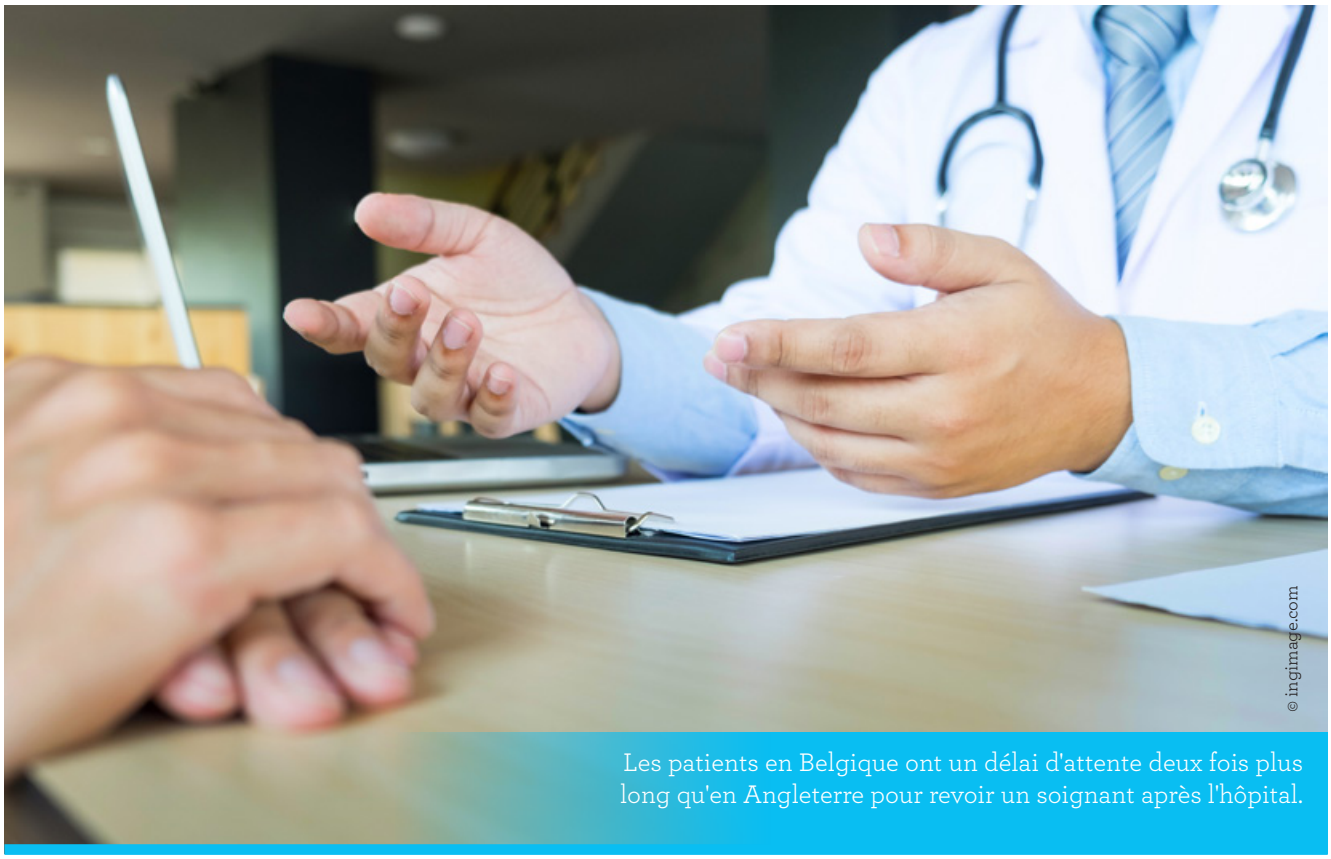

© ingimage.com

Différents systèmes de santé

L'Europe est caractérisée par deux grandes familles de systèmes de santé: les systèmes de type «National Health System» (NHS), comme en Grande-Bretagne, en Scandinavie ou dans les pays du sud tels que l'Espagne et l'Italie, et les systèmes dits «de marché régulé», comme en Allemagne, en Europe centrale ou en Belgique. On trouve aussi une multitude de systèmes hybrides, comme en Pologne, où des prestataires de soins publics et privés coexistent bien qu'ils soient tous contractualisés par un fonds d'assurance maladie étatique.

Les systèmes NHS sont basés sur une couverture universelle financée par des taxes sur l'ensemble de la population. La délivrance des soins est gratuite à la prestation, et les prestataires de soins sont souvent salariés ou contractualisés par l'État. Il en résulte que l'État possède un fort pouvoir de régulation de l'offre de soins. Il peut, par exemple, limiter la concurrence entre prestataires de soins actifs sur un territoire, limiter l'accès des patients aux prestataires d'un territoire, et mettre en place des mécanismes d'échelonnement entre la médecine générale et la médecine spécialisée. Bien que ces mécanismes semblent limiter l'autonomie de choix, ils faciliteraient la collaboration et l'échange d'informations entre prestataires multiples. Alors que le NHS anglais est souvent critiqué pour sa capacité face aux pathologies aiguës – sous-financement, faible accessibilité aux soins spécialisés, longues listes d'attente –, il disposerait de meilleurs outils pour les pathologies chroniques et pour offrir une bonne continuité des soins entre des prestataires multiples.

À l'inverse, les systèmes de marché régulé sont le plus souvent basés sur un système de sécurité sociale obligatoire. Si ceux-ci laissent beaucoup plus d'autonomie de choix, tant aux prestataires qu'aux patients, cette autonomie ne faciliterait pas la collaboration systématique. En revanche, un certain nombre d'études indiquent que les systèmes de marché régulé seraient plus performants pour la délivrance des soins aigus ou requérant un haut niveau d'intensité et de technologie[7]. Il s'agit



Les patients en Belgique ont un délai d'attente deux fois plus long qu'en Angleterre pour revoir un soignant après l'hôpital.

toutefois d'études de cas limitées, et on manque globalement de preuves empiriques pour appuyer de telles hypothèses.

Les contraintes du système belge

Dans les systèmes de marché régulé, les prestataires sont souvent des acteurs privés, avec ou sans recherche de profit, le plus souvent payés à l'acte, et qui ont dès lors des marges de manœuvre au sein d'un cadre négocié avec les autorités en ce qui concerne leurs tarifs. Le financement à l'acte ne facilite pas l'envoi de patients vers d'autres prestataires. En outre, les médecins, en particulier les généralistes, continuent le plus souvent à travailler en solitaires, contrairement aux pratiques courantes dans les systèmes «NHS». Les patients peuvent quant à eux librement accéder à divers prestataires, indépendamment de la spécialité ou du territoire, et comparer les avis et les coûts, les soins étant remboursés par la sécurité sociale. Cependant, en Belgique en particulier, entre 25 et 40% des coûts à charge des patients sont destinés à payer les consultations médicales, la part la plus élevée des cinq pays étudiés, et c'est le seul pays parmi ceux-ci où les prix peuvent varier entre deux prestataires du même niveau, bien que l'information sur les tarifs soit peu accessible aux patients[8]. Enfin, dans ces systèmes, le pouvoir de régulation des autorités est beaucoup plus faible, car les politiques de santé font l'objet de négociations avec les acteurs concernés, et ceux-ci défendent chacun leur intérêt particulier. En outre, en Belgique, la fragmentation des compétences politiques entre le Fédéral et les entités fédérées affaiblit encore la capacité des autorités à fixer des objectifs de santé publique. La réforme des soins de santé mentale de 2010, dite «article 107», en est un bel exemple: des principes ont été fixés pour créer des réseaux de collaboration entre l'hôpital psychiatrique et les soins ambulatoires, mais leur opérationnalisation a été laissée aux acteurs volontaires, menant à une grande diversité de situations[9] aux résultats mitigés[10, 11].

Comparaison entre cinq pays

Les données de l'étude européenne COFI («Comparing policy, framework, structure, effectiveness, and cost-effectiveness of functional and integrated systems of mental health care»)[12] ont été collectées entre 2014 et 2016. 7.302 patients hospitalisés en psychiatrie pour des troubles chroniques et complexes ont été recrutés dans 57 hôpitaux en Angleterre et en Italie, deux pays ayant des systèmes NHS, en Allemagne et en Belgique, deux pays ayant des systèmes de marché régulé, et en Pologne qui a un système mixte. 6.418 d'entre eux (88%) ont pu être recontactés un an après leur admission à l'hôpital afin d'évaluer leurs parcours de soins après leur séjour hospitalier. Pour la Belgique, 1.043 patients ont été recrutés dans 10 hôpitaux des trois régions, dont 743 (71%) ont été recontactés un an plus tard. La continuité des soins a été mesurée avec des indicateurs empiriques simples, tels que le temps écoulé entre la sortie de l'hôpital et le premier contact suivant avec un soignant pour la continuité longitudinale, le nombre et le type de prestataires et de services rencontrés pendant l'année

helena

La plate-forme de collaboration autour du patient et avec le patient



Helena pour la collaboration autour du patient

Helena permet aux prestataires de soins de générer, de manière entièrement automatisée et structurée, des messages **contenant des données issues du dossier médical**, et ce **en fonction des desiderata du destinataire.** Cette solution est disponible dans les progiciels les plus courants pour médecins généralistes, notamment HealthOne, Windoc, Daktari et CareConnect.

Aujourd'hui, plus de 11 000 médecins généralistes utilisent cette solution pour créer chaque mois plus de 400 000 messages électroniques structurés, tels que :

- des lettres d'envoi vers un service ou un spécialiste d'un hôpital ;
- des formulaires de demande d'imagerie médicale (générale et IRM) ;
- des demandes de téléconsultation de dermatologie avec un dermatologue (en milieu hospitalier), y compris accompagnées d'images ;
- des prescriptions de soins infirmiers ou de kinésithérapie pour des patients ;
- etc.

Cette solution permet également aux prestataires de soins de poursuivre une **collaboration multidisciplinaire** sur un formulaire. Chaque membre de l'équipe soignante dispose à tout moment des informations les plus complètes et les plus récentes. Outre l'enregistrement structuré et qualitatif des soins, bientôt une **fonctionnalité «chat»** favorisera la collaboration entre les membres de l'équipe soignante.



Helena pour la collaboration avec le patient

Souvent, les prestataires de première ligne doivent aussi **communiquer directement** avec le patient **par voie électronique**, mais malheureusement, les e-mails ne constituent pas un moyen de communication sécurisé. La plate-forme Helena offre une solution totalement sécurisée qui permet au prestataire de soins de communiquer directement avec son patient dans le cadre d'une relation de soins.

Helena est entièrement intégrée à HealthOne et CareConnect. Autrement dit, environ 9 000 médecins généralistes peuvent aujourd'hui envoyer à leurs patients des messages personnels avec des rapports, des attestations, des prescriptions et des formulaires d'orientation en pièces jointes.

Les **spécialistes exerçant en milieu hospitalier** peuvent, eux aussi, utiliser cette solution pour entrer directement en contact avec le patient. Le patient peut répondre uniquement si le médecin l'y autorise.

Afin de limiter les contacts physiques ou d'éviter les déplacements inutiles chez le médecin, une fonctionnalité de consultation vidéo a récemment été ajoutée. Le médecin et le patient sont connectés en direct via une communication 100% sécurisée avec l'image et le son. Le médecin lance la **consultation vidéo directement à partir de son dossier médical.**

Par le biais d'Helena, le prestataire de soins peut également gérer son **profil en ligne** et ainsi définir la manière dont les patients peuvent le retrouver (spécialisation, accessibilité, agenda en ligne). Si le médecin dispose d'un agenda en ligne, le patient peut prendre rendez-vous directement. Ce dernier a ainsi les cartes en main et peut choisir lui-même la personne qui pourra consulter ses données médicales, et ce toujours dans le respect du libre choix du patient.

Helena : une plate-forme de collaboration sécurisée à la pointe de la technologie

Toutes les mesures de sécurité requises ont été prises :

- Seuls les prestataires de soins agréés disposant d'un visa valide peuvent accéder à la plate-forme Helena via leur certificat eHealth.
- Le patient accède à Helena par le biais du mécanisme d'authentification agréé par les pouvoirs publics (carte d'identité électronique + code PIN, itsme, etc.).
- Les données résident dans un centre d'hébergement belge conforme à la certification ISO 27001 en matière de gestion de la sécurité de l'information. Toutes les mesures et procédures de sécurité prescrites sont en place pour empêcher tout accès non autorisé aux données.
- Par le biais d'une déclaration réciproque entre utilisateurs, HealthConnect s'engage à ce que les données ne puissent pas être utilisées à d'autres fins, de quelque manière que ce soit, sans le consentement explicite du prestataire de soins ou du patient.



Si vous souhaitez en savoir plus sur la plate-forme, visitez la page Web Helena (https://fr-info.helena.care) ou téléchargez le pack de démarrage Helena et testez-le vous-même.

Les systèmes de santé de type NHS semblent mieux outillés que les systèmes de marché régulé pour offrir une bonne continuité des soins

de suivi pour la continuité transversale, et la satisfaction du patient ou l'alliance thérapeutique pour la continuité relationnelle. À la suite de l'examen des mécanismes des cinq systèmes de santé, on s'attendait à ce que les pays à système de marché régulé (Allemagne et Belgique) soient moins performants que les pays NHS (Angleterre et Italie), avec la Pologne en position intermédiaire. Les résultats confirment globalement cette hypothèse, bien que l'Allemagne ait des résultats proches des pays NHS sur plusieurs dimensions, tandis que la Pologne et la Belgique sont les pays aux performances les plus faibles.

Différences importantes dans la continuité des soins

Ainsi, en contrôlant les résultats pour les caractéristiques individuelles des patients et en tenant compte des effets liés aux sites de recrutement, les pays à système de marché régulé sont globalement moins performants que les pays NHS en ce qui concerne la continuité des soins longitudinale et transversale: les patients des pays de la première catégorie ont significativement des délais plus longs entre la sortie de l'hôpital et le premier contact ambulatoire suivant, de l'ordre de 3 à 4 semaines en moyenne dans les pays NHS, plus de 7 semaines en Belgique, le délai le plus long de tous les pays étudiés. Ils sont 15% à attendre plus de deux mois en Belgique et 21% en Pologne, alors qu'ils ne sont que 4% dans cette situation en Italie. Et si les patients belges accèdent à un nombre comparable de professionnels aux spécialités différentes (médecins, psychologues, travailleurs sociaux), ils ont 1,5 fois moins de chances d'accéder à des services différents. C'est particulièrement le cas en ce qui concerne les services d'hébergement, auxquels seuls 5% des patients belges accèdent, contre près de 30% en Italie. Certes, cela peut être dû à une meilleure situation des patients en Belgique en matière de logement, mais même à conditions égales, les patients en Belgique ont quatre fois moins de chances d'accéder aux services d'hébergement qu'en Angleterre. Sur l'ensemble des mesures de la continuité des soins, c'est le système italien qui est le plus performant. En Belgique, le psychiatre reste le pivot de l'accompagnement des



Le mécanisme qui permettrait d'améliorer la continuité des soins serait une autorité de coordination des soins sur le plan local.

© ingimage.com



KeyHos

L'accueil complet de vos patients au travers d'une borne

La borne d'accueil KeyHos, développée par la société SBIM, permet la prise en charge administrative des patients dès leur arrivée à l'hôpital. Rapide, simple et efficace, ce système a pour but d'alléger vos services d'accueil, de diminuer les files d'attentes et de mener directement vos patients jusqu'au service de consultation et ce, munis des documents indispensables au médecin.

Geert Ledeganck, chef de projet KeyHos, nous explique le processus classique d'un patient ayant un rendez-vous pour une consultation : « *Dans la plupart des hôpitaux, le patient doit obligatoirement passer par le secrétariat où tous les renseignements le concernant sont vérifiés et où tous les documents nécessaires lui sont remis. Dans certains cas, le paiement de sa consultation lui est demandé. Notre borne est capable de réaliser toutes ces tâches. Elle est conçue pour s'adapter aux processus d'accueil rencontrés dans les hôpitaux selon leurs particularités.* »

FLEXIBILITÉ GARANTIE

L'adaptation du processus peut également être réalisée en plusieurs étapes. En effet, l'hôpital peut débuter avec un flux d'accueil simple et ensuite intégrer progressivement de nouvelles fonctionnalités. A titre d'exemple, KeyHos peut à présent imprimer l'attestation de soins (modèle A) du patient, ce qui lui permettra de se faire rembourser auprès de sa mutuelle sans délai et, à l'hôpital, d'éviter des frais d'envoi et de logistique.

« *Actuellement, Keyhos est capable de gérer plus de 50% des processus d'accueil du patient. On parle ici d'actions simples comme : lire une carte d'identité électronique, modifier certains renseignements, valider le dossier au RSW, visualiser les différents rendez-vous, exécuter un paiement, imprimer les documents nécessaires à la consultation (étiquettes, ticket de présence, attestation, etc). Notre but est d'atteindre rapidement 70% des cas à traiter. Quoiqu'il arrive, il n'est pas question de supprimer l'accueil principal qui restera toujours nécessaire pour la gestion des cas plus complexes (patients étrangers, patients non (re)connus de l'hôpital ou non en ordre de mutuelle, etc)* », précise Geert Ledeganck.

INTÉGRATION AU SYSTÈME D'INFORMATION HOSPITALIER (SIH)

La borne est directement connectée au système central de l'hôpital (SIH) auquel elle est totalement intégrée. « *En fait, nous rendons disponibles sur la borne les différentes tâches exécutées régulièrement aux accueils* », explique Florence Libotte.

C'est dans cette optique que SBIM étudie avec l'hôpital son mode de fonctionnement, ses différents besoins et ses objectifs avant toute installation. Ce dossier d'analyse permet ainsi aux équipes de SBIM d'intégrer le flux sur la borne. Cette intégration continuera à évoluer pendant les tests mais également une fois en production, sur base des retours statistiques.

Au-delà des aspects fonctionnels, SBIM a mis au point diverses techniques permettant d'augmenter l'intuitivité de la solution notamment en épurant les menus, en recourant à des pictogrammes, en simplifiant les messages et en signalant par des témoins lumineux l'endroit où une action est en attente (insertion de la carte d'identité, de la carte de paiement, retrait des différents documents, etc). La recherche et le développement consacrés à cette borne ont permis d'offrir aujourd'hui un outil que le patient maîtrisera facilement.

UNE VÉRITABLE OFFRE « ALL-IN »

SBIM veut offrir la plus grande sécurité possible à l'hôpital, tant en matière budgétaire, qu'en matière fonctionnelle. C'est pourquoi SBIM a opté pour un mode HaaS (Hardware As A Service) qui d'une part, proposera une enveloppe financière prédéfinie et ferme sans supplément (et donc sans mauvaise surprise) et d'autre part, fournira un SLA sérieux garantissant une intervention rapide en cas de panne, une évolution technologique des différents éléments constitutifs de la borne et une possibilité d'adaptation des différents processus d'accueil entre autres.

Autant d'atouts qui permettront à la borne KeyHos de devenir l'outil idéal de vos patients lors de leur arrivée…

sbim
Medical IT
Avenue Paul Pastur 361 bte 2
6032 Charleroi - Belgique
Tél. : +32 (0)71.299 191
Fax : +32 (0)71.299 189
info@sbim.be



© ingimage.com

patients, psychiatre que la plupart des patients revoient en consultation entre les murs de l'hôpital. En revanche, dans les pays NHS, le patient est suivi dans des services de psychiatrie ambulatoires par des équipes pluri-disciplinaires, ce qui facilite la prise en charge d'une fourchette plus large de problématiques, y compris sociales, comme le logement et l'emploi.

Moins satisfaits de la continuité relationnelle

En matière de continuité relationnelle, les résultats sont plus mitigés. Certes, le système belge est aussi le moins performant sur cette dimension: seuls 63% des patients en Belgique sont satisfaits du délai du premier contact avec un soignant après la sortie de l'hôpital, alors que ce taux atteint 81% en Allemagne et en Pologne, et 86% en Italie. Les patients belges attribuent aussi le score le plus faible à l'alliance thérapeutique – la sensation d'être écoutés et compris par les soignants –, 32/50, contre 40/50 dans les autres pays. Toutefois, dans ces domaines, l'organisation du système de soins a moins d'impact: on trouve des niveaux de satisfaction plus élevés tant en Allemagne qu'en Pologne et en Italie, alors que les patients sont moins satisfaits ou ont la sensation d'être moins écoutés en Belgique, mais aussi en Angleterre.

Forces et faiblesses

Ces faibles résultats ne doivent cependant pas jeter l'opprobre sur le système de soins belge dans son ensemble. Celui-ci, souvent considéré comme l'un des plus performants par ailleurs, possède de nombreuses forces, comme l'a encore rappelé le KCE en 2019[13]. Mais, en raison de leur complexité, chaque système possède ses faiblesses, et la continuité des soins pour les pathologies chroniques est l'une des failles de notre système de soins. Celui-ci a été pensé et a évolué dans une logique de concertation et de compromis entre une multitude d'intérêts particuliers, à l'image de la Belgique dans son ensemble, mais il trébuche face à des problématiques transversales de santé publique. En témoignent la fragmentation complexe des compétences de santé entre les divers niveaux d'autorité, mais aussi la fragmentation des secteurs de soins et d'assistance marquée par le corporatisme, l'absence de mécanismes de collaboration formelle tels que les systèmes partagés de données sur les patients, et le manque de mécanismes financiers transversaux qui soutiendraient la collaboration.
C'est en tout cas la première fois qu'une étude tente d'évaluer la performance de systèmes de santé en matière de continuité des soins avec des données empiriques sur plusieurs systèmes et avec des mesures validées scientifiquement. Les résultats de cette étude sont par ailleurs consistants avec d'autres résultats récents. La même étude COFI a montré que les durées de séjour

En Belgique, jusqu'à 40% des coûts à charge des patients sont destinés aux consultations médicales, mais l'information sur les tarifs est peu accessible aux patients

en hôpital psychiatrique en Belgique sont significativement plus longues que dans les autres pays[14], que la collaboration entre les prestataires au sein des réseaux de santé mentale repose sur les aspects informels entre individus bien plus que sur des mécanismes formels[15] ou encore que les patients et les familles se sentent peu et mal informés, ce qui limite leur accès aux services nécessaires[16, 17].

Qu'en est-il des circuits de soins?

Pour y remédier, il faudrait pouvoir mettre en place des mécanismes adaptés sur le plan de la gouvernance et sur le plan du financement des soins pour les patients chroniques et complexes. La réforme «article 107» a engendré des transformations de l'offre de soins, en établissant des équipes mobiles de soins et des fonctions de coordination, mais le pouvoir de décision des prestataires de soins et les mécanismes de financement des prestataires, des services et des soins sont restés inchangés[11]. Dans ses principes toutefois, la réforme prévoyait la mise sur pied de circuits de soins aux côtés des réseaux d'équipement. Ce concept de circuit de soins a parfois été réduit, à tort, à une sorte de trajectoire de soins formalisée ou obligatoire que les patients seraient tenus de parcourir. La notion de circuit de soins est pourtant bien différente: il s'agit de créer un cadre organisationnel pour y inclure les prestataires volontaires participa nt à la prise en charge d'un groupe-cible spécifique de patients, d'y inscrire également les patients volontaires au sein de ce groupe-cible, et de mettre en place des procédures et des mécanismes organisationnels et financiers adaptés à leurs besoins. Par exemple, ce pourrait être l'attribution d'un case-manager qui aurait la capacité de coordonner les soins d'un patient, ou un mécanisme de financement à l'épisode de soins plutôt qu'à l'acte, pour les patients pris en charge dans le cadre du circuit de soins uniquement. En tout état de cause, le mécanisme qui semble le plus déterminant pour améliorer la continuité des soins serait une autorité de coordination des soins sur le plan local, ce à quoi les réseaux de santé mentale actuels ne peuvent qu'inciter, sans pouvoir la formaliser. Il faudrait aussi que les entités fédérées, qui disposent désormais de leviers importants en matière de politique de santé, se dotent de plans cohérents pour une meilleure coordination dans les soins. La Flandre a pris ce chemin depuis plusieurs années. Bruxelles semble aller dans ce sens. La situation reste moins claire en Wallonie à ce sujet.

Zwakke zorgcontinuïteit in de Belgische psychiatrie

Als we het over een hervorming van de mentale gezondheidszorg hebben, wordt zorgcontinuïteit voor psychiatrische patiënten een hoofddoel. In een recente studie [1] vergelijkt de auteur het Belgische mentale gezondheidssysteem met dat van vier andere Europese landen; hij komt tot de vaststelling dat we minder performant zijn dan onze buren. Zo moeten de psychiatrische patiënten in ons land tweemaal langer wachten om een zorgverlener na een ziekenhuisverblijf te kunnen zien dan bijv. in Engeland het geval is. Belgische patiënten hebben viermaal minder kans om toegang te krijgen tot onderdak en anderhalf keer minder kans om van andere soorten diensten gebruik te kunnen maken. Daarbij komt nog dat ze minder tevreden zijn over de continuïteit in de therapeutische relatie. Deze resultaten zouden verband houden met de financiering van de prestaties en de zwakke capaciteit van de openbare overheden om regels op te leggen.

[1] Nicaise P, Giacco D, Soltmann B, et al. Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries. Health Policy 2020; 124:25-36.
[2] Vos T, Barber RM, Bell B, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2015; 386:743-800
[3] Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindsmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. Health Aff 2001; 20:64-78.
[4] Mechanic D, Rochefort DA. Comparative Medical Systems. Ann Rev Sociol. 1996; 22:239-70.
[5] Burns T, Catty J, White S, et al. Continuity of care in mental health: Understanding and measuring a complex phenomenon. Psychol Med 2009; 39:313-23.
[6] Giacco D, Bird VJ, Ahmad T, et al. The same or different psychiatrists for in- and out-patient treatment? A multi-country natural experiment. Epid Psychiatr Sci 2020; 29:e10.
[7] Wendt C. Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. J Eur Soc Pol 2009; 19:432-45.
[8] Paris V, Devaux M, Wei L. Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010.
[9] Lorant V, Nazroo J, Nicaise P. Optimal Network for Patients with Severe Mental Illness: A Social Network Analysis. Adm Policy Ment Health 2017; 44:877-87.
[10] Lorant V, Grard A, Van Audenhove C, Leys M, Nicaise P. Effectiveness of Health and Social Service Networks for Severely Mentally Ill Patients' Outcomes: A Case–Control Study. Adm Policy Ment Health 2019; 46:288-97.
[11] Nicaise P, Dubois V, Lorant V. Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. Health Policy 2014; 115:120-7.
[12] Giacco D, Bird VJ, McCrone P, et al. Specialised teams or personal continuity across inpatient and outpatient mental healthcare? Study protocol for a natural experiment. BMJ Open 2015; 5:e008996.
[13] Devos C, Cordon A, Lefèvre M, et al. Performance du système de santé belge – Rapport 2019. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE); 2019.
[14] Dimitri G, Giacco D, Bauer M, et al. Predictors of length of stay in psychiatric inpatient units: Does their effect vary across countries? Eur Psychiatr 2018; 48:6-12.
[15] Nicaise P, Grard A, Leys M, Van Audenhove C, Lorant V. Key dimensions of collaboration quality in mental health care service networks. J Interprof Care 2020 [in advance].
[16] Klingemann J, Welbel M, Priebe S, et al. Personal continuity versus specialisation of care approaches in mental healthcare: experiences of patients and clinicians—results of the qualitative study in five European countries. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2019 [in advance]
[17] Walker C, Nicaise P, Thunus S. Parcours.Bruxelles : Évaluation qualitative du système de la santé mentale et des parcours des usagers dans le cadre de la réforme Psy 107 en Région de Bruxelles-Capitale. Bruxelles: Observatoire de la Santé et du Social; 2019.

Continuité des soins infirmiers à domicile: aussi pendant la crise du coronavirus

Au fil des ans, Mederi est devenu le leader du marché des soins infirmiers indépendants à domicile en Belgique, avec une croissance moyenne sur une base annuelle de près de 15%. Pour son directeur, Willy Vertongen, le plus grand atout de Mederi est le label de qualité que les cabinets indépendants de soins infirmiers à domicile peuvent obtenir via son intermédiaire..





Willy Vertongen
directeur

Les cabinets indépendants de soins infirmiers à domicile peuvent s'affilier à Mederi pour bénéficier de ses services de support. «Pour nous rejoindre, les cabinets de soins doivent atteindre le top tant au niveau de la qualité de leur gestion que de celle de leurs prestations en matière de soins. Ce qui signifie en fin de compte qu'ils doivent décrocher trois étoiles. On commence par la remise en question de sa propre pratique infirmière. S'ensuit un screening interne par Mederi, puis un screening externe par des experts indépendants afin d'évaluer la qualité en toute objectivité.»
Aujourd'hui, Mederi regroupe près de 200 cabinets infirmiers, soit environ 1.300 prestataires de soins dans toute la Flandre et à Bruxelles.

LE PARTENAIRE IDÉAL

Mederi ne reprend pas le cabinet infirmier, mais le soutient en fonction de ses besoins et de ses demandes. La société dispose pour ce faire d'une trentaine de collaborateurs qui coordonnent les demandes de soins, dispensent des formations, se chargent de la facturation et de la tarification, se tiennent au courant des lois et règlements en vigueur dans le secteur… «Nous expliquons toutes les nouveautés qui s'appliquent potentiellement aux soins infirmiers à domicile dans un langage compréhensible aux prestataires de soins infirmiers. De leur côté, ils savent qu'ils peuvent s'adresser à nous pour toute explication, par ex. à propos de la nomenclature INAMI. Les collaborateurs de Mederi disposent d'un vaste éventail de compétences: nous avons nos propres juristes, spécialistes IT pour un support permanent, une demi-douzaine de personnes qui ont expérimenté toutes les phases de la pratique; nous aidons aussi les ressources humaines dans les cabinets et nous possédons notre propre coordinateur qualité.»

UNE ADAPTATION DE L'ORGANISATION

«En raison de l'épidémie de COVID-19, nous avons dû adapter notre mode de fonctionnement», poursuit Willy Vertongen. Mederi a supervisé les cabinets en interne afin d'organiser des tournées par cohorte et participer aux structures intermédiaires de décontamination, tandis que les malades chroniques non COVID ont continué à recevoir les soins appropriés et de qualité. En outre, de nombreux cabinets ont aussi aidé à compenser la pénurie de main-d'œuvre dans les maisons de repos et de soins par exemple. «Tout cela a demandé une adaptation de notre organisation mais aussi des infirmiers. Nous avons pu observer à cette occasion que nos soignants ont une motivation et une faculté d'adaptation énormes. Dans les cabinets, certains prestaires ont continué à administrer les soins aux patients non infectés et d'autres ont fait des tournées séparées pour les patients infectés, tout en respectant scrupuleusement l'absence totale de contacts entre collaborateurs sur les tournées avec des patients infectés et collaborateurs sur les autres tournées.»

L'ENTREPRENEURIAT AU SERVICE DES SOINS

Normalement, Mederi ne s'occupe pas de la vente de matériel. «C'est un choix délibéré car la plupart des infirmiers préfèrent commander leur matériel localement. Mais, dès le début de la crise du coronavirus, l'offre était inexistante. Nous sommes alors parvenus via des achats à grande échelle à approvisionner nos cabinets en matériel de protection adéquat et en quantité suffisante et, de plus, au juste prix!»
Face aux informations quelque peu confuses données initialement à propos de l'hygiène, Mederi a demandé des explications auprès d'experts de différents secteurs. «De cette façon, nous étions certains que notre approche était correcte dès le premier jour. Par la suite, nous avons veillé à ce que nos collaborateurs puissent être testés afin qu'ils sachent au moins s'ils avaient été contaminés après un contact à haut risque.»

MISER SUR LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITÉ

Indépendamment de la crise du coronavirus, les soins de haute technologie ne cessent d'augmenter. Dans ce cadre, Mederi mise fortement sur le principe de subsidiarité. Ce qui signifie que les soins sont dispensés au niveau le plus bas tout en étant encore parfaitement réalisables qualitativement. Dans le temps, il était impensable que la chimiothérapie soit administrée à la maison, ce qui arrive fréquemment aujourd'hui. Afin de veiller au bon déroulement de l'exécution technique et de l'approche projectuelle d'un groupe cible déterminé, Mederi établit avec l'hôpital les procédures à suivre. Celles-ci sont ensuite expliquées aux cabinets dans le cadre d'une formation et d'un perfectionnement.
Idem avec les trajets de soins. Alors qu'auparavant ils étaient essentiellement réalisés en intra-muros, ils s'effectuent aujourd'hui de plus en plus souvent en extra-muros. Ce n'est possible que moyennant la conclusion de bons accords avec l'hôpital portant sur qui doit être contacté en cas de quels symptômes.

POUR CONCLURE

«Nous sommes aujourd'hui deux mois plus tard et nous arrivons encore à peine à nous souvenir de la situation au début de la crise du coronavirus. Ce qui est certain par contre, c'est que chez Mederi nous avons réussi à maintenir la même qualité des soins dans nos cabinets infirmiers, et les chiffres à ce jour indiquent qu'il y a très peu de patients infectés dans les soins à domicile et parmi les infirmiers à domicile», conclut Willy Vertongen.

mederi

Continuïteit in thuisverpleging, ook in coronatijd



Mederi is uitgegroeid tot marktleider op het gebied van zelfstandige thuisverpleging in België met een gemiddelde groei op jaarbasis van zo'n 15%. Voor directeur Willy Vertongen is hun grootste troef het kwaliteitslabel dat de zelfstandige praktijken thuisverpleging via Mederi kunnen behalen.



Willy Vertongen
directeur

Zelfstandige thuisverpleegkundige praktijken kunnen voor ondersteuning aansluiten bij Mederi. "Om aan te sluiten moet de praktijk zowel in kwaliteit van bedrijfsvoering als in kwaliteit van zorgverlening de top halen. En dat betekent uiteindelijk drie sterren. Alles begint met het in vraag stellen van de eigen verpleegkundige praktijk. Dan volgt een interne screening door Mederi en later een externe screening door buitenstaanders om de kwaliteit in alle objectiviteit te beoordelen."
Vandaag groepeert Mederi een 200-tal verpleegkundige praktijken met zo'n 1.300 aangesloten verpleegkundigen over heel Vlaanderen en Brussel.

DE IDEALE PARTNER

Mederi neemt de verpleegkundige praktijk niet over, maar ondersteunt op maat van de noden en vragen. Om dat te doen beschikt de organisatie over een 30-tal medewerkers. Ze coördineren de zorgaanvragen, geven opleidingen, factureren en tariferen, volgen de relevante wet- en regelgeving, … "We zullen alle nieuwigheden die potentieel van toepassing zijn in de thuisverpleging in begrijpelijke taal aan onze verpleegkundigen uitleggen. Anderzijds weten ze dat ze voor iedere uitleg bij ons terecht kunnen, bijv. over de RIZIV-nomenclatuur. De competenties van de mensen die bij Mederi werken zijn breed: we hebben eigen juristen, IT-ers voor continue ondersteuning, een 5-tal mensen die alle fases van praktijkvoering hebben doorlopen, we ondersteunen ook de human ressources binnen een praktijk, en hebben een eigen kwaliteitscoördinator."

ORGANISATORISCHE AANPASSING

"De COVID-19 uitbraak heeft ervoor gezorgd dat we onze werking hebben moeten aanpassen", gaat Willy Vertongen verder. Mederi heeft de praktijken intern begeleid om cohorttoeren op te starten en te participeren in schakelzorgcentra, terwijl de chronische niet-COVID-zieken verder de correcte en kwalitatieve zorg kregen. Daarnaast hebben heel wat van de praktijken ook geholpen om de tekorten aan mankracht in bijvoorbeeld woonzorgcentra op te vangen. "Dat heeft een aanpassing gevergd van onze organisatie maar ook van de verpleegkundigen zelf. Maar het is duidelijk geworden dat onze zorgverleners een enorme motivatie en aanpassingskracht hebben. Binnen de praktijken waren er mensen die verder zorg hebben toegediend aan de niet-besmette patienten en anderen die aparte toeren hebben gemaakt voor de besmette patiënten, goed wetende dat iemand die op een toer met besmette patiënten stond, geen contact mocht hebben met mensen die op een andere toer stonden."

VANUIT ZORGONDERNEMERSCHAP

In normale omstandigheden houdt
Mederi zich niet bezig met de verkoop van materiaal. "Dat is een bewuste keuze omdat de meeste verpleegkundigen verkiezen om lokaal hun materiaal te bestellen. Maar bij de start van de coronacrisis was het aanbod er niet. We zijn er dan in geslaagd om via aankopen op grote schaal onze praktijken te bedienen van het juiste en voldoende beschermingsmateriaal, en bovendien aan de juiste prijs."
Over de warrige begininformatie rond hygiëne zocht Mederi verduidelijking bij deskundigen uit verschillende sectoren. "Zo wisten we zeker dat onze aanpak vanaf de eerste dag correct was. Later hebben we ervoor gezorgd dat onze mensen konden worden getest op COVID-19 zodat ze tenminste wisten of ze na een hoogrisicocontact besmet waren."

INZETTEN OP SUBSIDIARITEIT

Los van de coronacrisis, neemt hoogtechnologische zorg alsmaar toe. Daarbij zet Mederi sterk in op subsidiariteit. Dat betekent dat de zorgverlening gebeurt op het laagste niveau dat nog perfect kwalitatief haalbaar is. Zo was het vroeger ondenkbaar dat chemotherapie thuis werd toegediend, wat nu al frequent gebeurt. Om de technische uitvoering en de projectmatige benadering van een bepaalde doelgroep goed te laten verlopen, schrijft Mederi samen met het ziekenhuis de te volgen procedures uit. Die worden dan in het kader van vorming en opleiding aan hun praktijken uitgelegd.
Hetzelfde gebeurt met zorgpaden. Terwijl die vroeger hoofdzakelijk intramuraal waren, lopen ze nu steeds vaker extramuraal door. Dat kan alleen als goede afspraken worden gemaakt met het ziekenhuis over wie bij welke signalen moet worden gecontacteerd.

KORTOM

"We zijn nu twee maanden verder en kunnen ons nog met moeite voorstellen hoe het er in het begin van de coronacrisis aan toe ging. Zeker is dat we er bij Mederi in geslaagd zijn om de zorgkwaliteit binnen onze verpleegkundige praktijken verder te continueren, en de cijfers op vandaag zeggen dat er zeer weinig besmette patiënten in de thuiszorg zijn en onder de thuisverpleegkundigen", besluit Willy Vertongen.

mederi

DIGITALISERING VAN HET PATIËNTENDOSSIER

PRIMUZ: HET GEÏNTEGREERDE EPD

Michelle Cooreman

De informatica is niet meer weg te denken uit ons dagelijks leven. Dat is niet anders in de ziekenhuizen. Het e-Gezondheidsplan van de overheid stelde dat in 2019 alle ziekenhuizen moeten werken met een geïntegreerd elektronisch patiëntendossier (EPD). Het UZ Brussel ontwikkelde hiervoor in het begin van de jaren 1990 een eigen softwarepakket (PRIMUZ), dat nog steeds wordt bijgestuurd en intussen aan acht andere ziekenhuizen ter beschikking wordt gesteld.



© UZ Brussel

VAN HET UZ BRUSSEL



Tom Coolen
Directeur ICT,
Biotechniek, Kwaliteit en
Patiëntenadministratie
UZ Brussel
www.uzbrussel.be



Ann Vansichen
Managing director
CTG Health Solutions
https://be.ctg.com

Vroeger werden alle medische en administratieve gegevens van patiënten op papier bijgehouden. Intussen is ons ziekenhuislandschap overwegend geïnformatiseerd. Dat betekent dat de meeste ziekenhuizen hun werking, of althans een gedeelte ervan, gedigitaliseerd hebben. Dat kan het medische en/of het verpleegkundige dossier zijn, of soms ook enkel bepaalde diensten zoals het operatiekwartier, intensive care, spoeddiensten, waarvoor nichepakketten worden aangewend. "Dat zijn allemaal afzonderlijke pakketten", legt Tom Coolen uit. "Soms met enkele interfaces, maar vaak beperkt tot wat we een contextkoppeling noemen. Daarbij wordt vanuit een administratief dossier doorgelinkt naar het medische dossier, of vanuit het medische dossier naar het elektronische voorschrift. Zo kunnen de patiëntgegevens van de ene applicatie naar de andere worden meegenomen, terwijl het toch twee verschillende toepassingen zijn. De integratie stopt ook meestal daar."



Het geïntegreerde patiëntendossier

In het geval van een geïntegreerd EPD werkt iedereen in het ziekenhuis op hetzelfde dossier, weliswaar met een verschillende interface. Zo zijn de gegevens die centraal worden geregistreerd – denkaanallergieën,antecedenten, medicatiegebruik, administratieve gegevens … – via koppelingen beschikbaar voor alle gebruikers van het EPD. Een voorbeeld: bij het lanceren van een labo- of beeldvormingsorder wordt de klinische informatie direct meegenomen. Daardoor verloopt de integratie tussen de verschillende delen van het EPD vlotter dan wanneer het verschillende entiteiten zijn. Een ander voorbeeld: wanneer een medicatie-allergie geïntegreerd is in het EPD geeft de software de arts die de medicatie wil voorschrijven een signaal, wat bij een niet-geïntegreerd EPD niet het geval is.

Ann Vansichen verklaart hoe de verschillende rol-gebaseerde schermen in de praktijk werken: "Alle medewerkers in het ziekenhuis krijgen de specifieke schermen te zien waarmee ze voornamelijk te maken krijgen. Het is de bedoeling om hen de instrumenten aan te reiken waarmee ze courant moeten werken. Als ze daarvoor de rechten hebben, kunnen ze gegevens ingeven die dan door anderen verder kunnen worden geraadpleegd. Dat betekent dat dezelfde informatie op meerdere verschillende schermen toegankelijk is, naargelang de nood. De apotheekassistent ziet de informatie van het medicatievoorschrift dat de arts heeft ingegeven, in een ander soort scherm dan de verpleegkundige die het de medicatie later zal toedienen. De informatie wordt op een andere manier voorgesteld, afhankelijk van de gebruiker op het moment. Zo neemt de verpleegkundige bij opname de vitale parameters van de patiënt op. Als de arts het dossier oproept, kan hij de ingegeven vitale parameters zien en gaat hij daar verder mee aan de slag voor zijn diagnose of therapie. Dezelfde gegevens kunnen ook in de brief naar de huisarts meegenomen worden. Zo kan bij een kind de informatie over het gewicht, ingegeven bij opname, meegenomen worden wanneer dat gewicht belangrijk is om de dosis van de medicatie te bepalen."

Voor alle duidelijkheid

Een hub is een regionaal uitwisselingsnetwerk bedoeld voor de veilige uitwisseling van gezondheidsgegevens tussen zorgverleners, huisartsen en specialisten, in ziekenhuis en privépraktijk.
In België zijn de hubs opgedeeld per gewest:
- voor Vlaanderen zijn er het Collaboratief Zorgplatform (CoZo), met inbegrip van de Antwerpse Regionale Hub (ARH) en het Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven (VZN);
- voor Brussel: het Brussels GezondheidsNetwerk (Abrumet);
- voor Wallonië: het Réseau Santé Wallon (RSW).

Het federale e-Health platform fungeert als metahub en verbindt alle netwerken waardoor het zoeken/consulteren wordt vereenvoudigd.



De toegangsmatrix bepaalt de rol van de gebruiker binnen het ziekenhuis en de toegangen die men krijgt.

© ingimage.com

Toegangen en beperkingen

De toegang tot het EPD wordt geregeld via een matrix. Nogmaals Tom Coolen: "De toegangsmatrix bepaalt de rol van de gebruiker binnen het ziekenhuis en de toegangen die men krijgt. Voor de verpleegkundigen is die toegang gekoppeld aan de afdelingen waar ze werken. Komt er een patiënt op hun afdeling, dan krijgen ze toegang tot zijn dossier. Voor artsen is dat tot op heden in het UZ Brussel breder ingesteld: artsen kunnen alle dossiers openen, omdat men ze op alle diensten kan inzetten. We hebben die keuze gemaakt omdat het nodig kan zijn in urgentie het EPD van een patiënt te raadplegen."

Er is wel een controlesysteem ingebouwd: alles wat de gebruiker doet, wordt gelogd. Daardoor is een a posteriori toezicht mogelijk op basis van de logs, zodat men kan oproepen wie zich tot wat toegang heeft verschaft. Daarnaast zijn bepaalde patiëntendossiers afgeschermd, namelijk van bekende personen, personeelsleden en patiënten die dat expliciet hebben gevraagd. Om dergelijke dossiers te openen, moet de gebruiker een extra wachtwoord invoeren.
"Maar, in het kader van de PRIMUZ-samenwerking, waarbij we met enkele andere ziekenhuizen ons EPD gezamenlijk verder willen uitbouwen, zijn we wel aan het kijken om het principe van de therapeutische relatie meer softwarematig in het EPD te verwerken. Zodat als een arts een afspraak heeft met een patiënt, hij in het dossier van die patiënt in consult wordt geroepen en zijn gegevens kan raadplegen. Daarnaast willen we ook een intelligent auditlogboek opzetten. Als bijvoorbeeld een verpleegkundige werkzaam op geriatrie een dossier opent in het EPD van een patiënte die op de materniteit verblijft, wordt er een notificatie uitgestuurd."

Hoe het begon

Eind jaren 1980, begin jaren 1990 begonnen enkele ziekenhuizen met de ontwikkeling van eigen software voor het elektronisch patiëntendossier. "In die periode waren commerciële pakketten minder aanwezig op de Belgische markt en de universiteiten zagen het opzetten ervan ook meer in het kader van wetenschappelijk onderzoek. De uitbouw van een eigen patiëntendossier blijft vrij uniek. Want bij mijn weten zijn wij, samen met het UZ Leuven, het CHU Charleroi en het CHU Liège, de enige vier ziekenhuizen die een eigen geïntegreerd EPD hebben opgebouwd en dit tot op vandaag nog onderhouden", aldus Tom Coolen. "Zowel het UZ Leuven als wij zagen op een bepaald moment in dat we, om dat te kunnen blijven doen zonder te moeten overstappen op een commercieel pakket, andere gebruikers van ons patiëntendossier moesten zoeken." (zie kader) Het UZ Brussel heeft dan de keuze gemaakt om de samenwerking met een aantal ziekenhuizen op te starten en zo het product samen te onderhouden en te innoveren. Rekening houdend met de eigenheden van de Belgische markt, is het toch wel een troef om het EPD

helena

Samenwerken rond en met de patiënt



Helena voor het samenwerken rond de patiënt

Helena maakt het mogelijk voor zorgverstrekkers om geheel automatisch en gestructureerd berichten aan te maken **met data uit het medisch dossier** en dit **volgens de wensen van de bestemmeling**. Deze oplossing is beschikbaar in de meest courante huisartsenpakketten nl. HealthOne, Windoc, Daktari, CareConnect, e.a.

Vandaag maken meer dan 11.000 huisartsen via deze oplossing meer dan 400.000 gestructureerde elektronische berichten aan per maand, zoals:

- Een algemene verwijsbrief van een huisarts naar een departement of een specialist in een ziekenhuis;
- De aanvraag voor medische beeldvorming (Algemeen & MRI)
- De mogelijkheid voor een huisarts om een teleconsultatie dermatologie aan te vragen bij een dermatoloog (in het ziekenhuis), inclusief beeldmateriaal;
- Een kinesitherapeutisch of verpleegkundig voorschrift van een huisarts voor een patiënt;
- Enz.

Via deze oplossing is het eveneens mogelijk voor de zorgverstrekkers om **multidisciplinair samen te werken** op een formulier. Elk lid van het zorgteam beschikt op elk moment over de meest volledige en recente informatie. Naast de gestructureerde & kwalitatieve zorgregistratie wordt de samenwerking binnenkort ondersteund door een **"chat" functie** tussen de leden van het zorgteam.



Helena voor het samenwerken met de patiënt

Vaak is er vanuit de 1ste lijn ook nood aan **rechtstreekse elektronische communicatie** met de patiënt en via e-mail communiceren is helaas niet veilig. Het Helena platform biedt een 100% veilige oplossing voor de rechtstreekse communicatie van de zorgverstrekker met zijn/haar patiënt in de context van een zorgrelatie tussen beiden.

Helena is volledig geintegreerd in HealthOne en CareConnect m.a.w. ± 9000 huisartsen kunnen vandaag persoonlijke berichten publiceren naar de patiënt met daarbij verslagen, attesten, voorschriften en doorverwijzigingen in bijlage. Ook **specialisten in een ziekenhuis** kunnen via deze oplossing rechtstreeks in communicatie treden met de patiënt. De patient kan enkel antwoorden indien dit door de arts mogelijk wordt gemaakt.

In functie van het beperken van fysiek contact of het vermijden van onnodige verplaatsingen naar de arts, werd recent ook een video-consultatie functionaliteit toegevoegd. Arts & patiënt staan live met mekaar in verbinding via een 100% beveiligde communicatie met zowel beeld als geluid. De arts lanceert de video-consultatie **rechtstreeks vanuit zijn medisch dossier**.

Daarnaast kan de zorgverstrekker via Helena zijn **online profiel** beheren. Het online profiel bepaalt op welke wijze de arts terug te vinden is door patiënten (specialisatie, bereikbaarheid, online agenda). Indien de arts zijn online agenda instelt, kan de patiënt rechtstreeks een afspraak inplannen. Zo heeft de patiënt alle touwtjes in handen en bepaalt hij zelf wie zijn medische data kan inzien. En dit steeds met respect voor de vrije keuze van de patiënt.

Helena een state-of-the-art beveiligd samenwerkingsplatform

Alle vereiste beveiligingsmaatregelen werden genomen:

- Enkel erkende zorgverleners met een geldig visum kunnen via hun eHealth certificaat toegang krijgen tot het Helena platform.
- De patiënt krijgt toegang tot Helena via het door de overheid erkende authenticatiemechanisme (eId + pincode, It'sMe, enz.).
- De data staan in een Belgisch hostingcentrum dat voldoet aan de ISO 27001 certificering voor informatiebeveiliging. Alle voorgeschreven beveiligingsmaatregelen en procedures zijn in voege om onrechtmatige toegang tot de gegevens te verhinderen.
- Via een wederzijdse gebruikersverklaring onderschrijft HealthConnect dat op geen enkele wijze de gegevens voor andere doeleinden kunnen gebruikt worden behoudens de expliciete toestemming van de zorgverlener of de patiënt.



Wil je meer weten over het Helena platform? Neem dan een kijkje op de Helena webpagina (https://info.helena.care). Of download het Helena-starterspack en test het zelf uit.

in eigen handen te houden. "De overheid heeft immers specifieke e-Health mechanismen opgezet waarmee de EPD's moeten kunnen koppelen, zoals de werking van de hubs of de communicatie met de huisartsen. Dat zijn typisch lokale fenomenen waarbij het voor een internationaal bedrijf minder interessant is om te investeren in maatwerk voor een relatief kleine markt als België."
Het AZ Zeno (Knokke-Blankenberge), het AZ West (Veurne), het AZ H. Hart (Lier), het AZ St.-Elisabeth (Zottegem) en het UZ Brussel sloten in 2016 een samenwerkingsovereenkomst rond het gebruik van PRIMUZ. Intussen kwamen er nog vier ziekenhuizen bij: het AZ Jan Palfijn Gent, het St.-Andriesziekenhuis Tielt, het AZ Rivierenland (een overkoepeling van het AZ Heilige Familie in Rumst en de Sint-Jozefkliniek in Bornem en Willebroek) en, als enig Franstalig ziekenhuis, de Clinique Saint-Pierre in Ottignies. "Intussen zitten we in verschillende stadia van de implementatie van PRIMUZ in de diverse ziekenhuizen. Naast het UZ Brussel zijn er reeds drie perifere ziekenhuizen die PRIMUZ in productie hebben draaien."

Implementatiepartner

De implementatie van PRIMUZ in de partnerziekenhuizen is een hele klus. Om dat traject tot een goed einde te brengen, doen het UZ Brussel en de ziekenhuizen een beroep op CTG. Ann Vansichen, managing director bij CTG Health Solutions, legt uit hoe dat in zijn werk gaat. Het begint altijd met een bevraging van alle afdelingen en departementen van het ziekenhuis over hoe ze in grote lijnen werken. "Op basis daarvan stellen we het projectplan op waarin staat hoe we de implementatie zullen aanpakken. Tijdens het project wordt het ziekenhuis begeleid door enkele consultants van CTG die zowel kennis hebben van IT als van de werking van de ziekenhuissystemen. Zij kunnen de mensen begeleiden om te bepalen wat de meest geschikte aanpak is om het pakket live te brengen. Na de gap-analyse, die de actuele en de gewenste toestand heeft vergeleken, stellen we samen een plan op voor het gefaseerde opstarten. In grote lijnen brengen we eerst het administratieve deel live: dat omvat de inschrijving van binnenkomende patiënten aan het onthaal of via de kiosken, en het plannen van de afspraken via een patiëntenportaal en baliemedewerker. Vanaf dat moment begint iedereen binnen het ziekenhuis met PRIMUZ te werken. Het tweede deel dat live gaat, betreft artsen en verpleegkundigen die hun dossiervorming in PRIMUZ beginnen op te maken, inclusief de aanvragen van orders zowel naar elkaar als naar labo, radiologie, medicatievoorschrift en -toediening, planning van operatiekwartier ... De sequentie van de fasering wordt per ziekenhuis bekeken, zodat voor elke inrichting de meest aangewezen volgorde kan worden gevolgd. Dat werken we meer in detail uit op basis van werkgroepen, waarbij we ervoor zorgen dat alle configuratiemogelijkheden worden vastgeklikt. Die worden in een volgende stap uitgetest op hun functionele werking binnen het ziekenhuis: past alles in de processen, in de flow zoals er normaal wordt gewerkt? Eenmaal de applicatie wordt gevalideerd

PRIMUZ is een softwarepakket met heel wat opties. Het kan dus worden geconfigureerd op maat van het ziekenhuis, van een afdeling, van een discipline, van artsen

De ambities van PRIMUZ

"Met PRIMUZ hebben we niet de ambitie om naar een commercieel model te evolueren", verklaart Tom Coolen. "We geloven in de meerwaarde van een samenwerkingsmodel waarin elke partij evenveel zeggenschap heeft. Ongeacht hun grootte hebben alle partnerziekenhuizen evenveel stemrecht als het UZ Brussel. De basis van de samenwerking blijft medisch. We hadden in het begin een samenwerking met 3000 tot 5000 bedden vooropgesteld, inclusief die van het UZ Brussel, als ideale grootte om PRIMUZ als innoverend EPD te bestendigen. Een grotere samenwerking mag, maar is geen must. We zouden graag nog enkele ziekenhuizen erbij hebben om het project voldoende levensvatbaar te houden en een interessante groep te vormen die rond het EPD samenwerkt."





La maîtrise de la contamination : un élément essentiel en milieu hospitalier !

L'actuelle crise du COVID-19 démontre une nouvelle fois l'importance des gestes barrières et règles d'hygiène à observer en pareille situation. Des mots tels distanciation sociale, désinfection, hygiène des mains se sont invités dans nos discussions quotidiennes. Le personnel des soins de santé ainsi que celui du nettoyage se sont retrouvés en 1re ligne de cette lutte contre le virus.

L'**hygiène hospitalière** est depuis toujours un élément prépondérant au bon fonctionnement d'un hôpital, et elle va sans doute prendre une place encore plus prépondérante dans ce « monde d'après Covid-19». Les contaminations, qu'elles soient particulaires ou microbiologiques, se doivent d'être connues et maîtrisées dans les différentes zones à risques, et encore plus dans les environnements réglementés.

Disposer d'un partenaire fiable pour le nettoyage et la désinfection de ces zones est une solution, à condition qu'il maîtrise les normes et réglementations en place dans ces milieux spécifiques.

Notre **département Cleanroom** se veut être ce partenaire. Que ce soit pour les différentes zones réglementées telles que la pharmacie hospitalière, les laboratoires classifiés ; ainsi que le quartier opératoire, nous disposons de procédures spécifiques et adaptées pour vos entretiens fréquentiels.

La **formation du personnel** est au cœur de notre engagement, que ce soit pour l'hygiène hospitalière, ainsi que les spécificités liées aux salles propres.

Ayant une parfaite **maitrise des normes** liées au secteur (PIC/S, Accréditation Canada International et CSS), nous proposons des solutions sur mesure, avec du matériel, des produits et consommables appropriés.

A cela s'ajoute une gestion électronique de notre système documentaire, de même qu'une traçabilité des opérations de nettoyage et de désinfection.

La solidarité est certainement un élément essentiel dans la lutte contre le Covid-19. Beaucoup d'hommes et de femmes luttent toujours activement pour le bien-être de tous. Nous sommes convaincus que c'est ensemble que nous pouvons faire la différence.

Prenez soin de vous et des autres.

De contaminatie beheersen : een essentieel element in de ziekenhuissector !

De huidige COVID-19 crisis toont nogmaals aan hoe belangrijk barrièregebaren en hygiënevoorschriften zijn in dergelijke situaties. Woorden zoals social distancing, ontsmetting en handhygiëne maken nu deel uit van onze dagelijkse discussies. In de strijd tegen het virus stond het personeel uit de gezondheidszorg en uit de schoonmaaksector dagelijks op de frontlinie.

Ziekenhuishygiëne is altijd al een sleutelelement geweest in de goede werking van een ziekenhuis en zal ongetwijfeld een nog belangrijkere plaats innemen in deze "post Covid-19 wereld". Of het nu gaat om deeltjes- of microbiologische contaminatie, beide vormen dienen gekend en beheerst te worden in de verschillende risicozones en zeker in de gereguleerde omgevingen.

Beschikken over een betrouwbare partner voor de schoonmaak en de ontsmetting van deze zones is een oplossing, mits deze de normen en voorschriften van deze specifieke omgevingen beheerst.

Ons **Cleanroom departement** wil deze partner zijn. Of het nu gaat over de verschillende gereguleerde omgevingen zoals de ziekenhuisapotheken, de geclassificeerde laboratoria; of de operatiekwartieren, wij beschikken over specifieke en aangepaste procedures voor het frequent onderhoud van al uw zones.

De **opleiding van het personeel** is de kern van ons engagement en dit zowel op het vlak van de ziekenhuishygiëne als op het vlak van de specificiteiten behorend tot de Cleanrooms.

Dankzij een perfecte **beheersing van de sectorspecifieke normen** (PIC/S, Canada International en CSS-accreditatie), kunnen wij u op maat gemaakte oplossingen aanbieden waarbij we aangepaste materialen, producten en verbruiksartikelen zullen hanteren.

Daarbovenop beschikken we ook over een elektronisch beheer van ons documentatiesysteem, alsook een nauwkeurig traceerbaarheidssysteem voor al onze schoonmaak- en ontsmettingswerkzaamheden.

Solidariteit is een belangrijk element in de strijd tegen het Covid-19 virus. Velen strijden nog steeds dagelijks voor het welzijn van anderen. Wij zijn ervan overtuigd dat wij samen een verschil kunnen maken.

Zorg goed voor uzelf en elkaar.

LAURENTY
CLEANROOM

www.laurenty.com/cleanroom

cleanroom@laurenty.com
+32 (0)2 421 57 99



door het ziekenhuis, starten we met de opleiding van artsen en verpleegkundigen met het oog op het gebruik. Pas dan brengen we elk gedeelte live."

Maatwerk

PRIMUZ is een softwarepakket met heel wat opties. Het kan dus worden geconfigureerd op maat van het ziekenhuis, van een afdeling, van een discipline, van artsen … Zelfs binnen het UZ Brussel werkt niet elke afdeling op dezelfde manier. Elke afdeling heeft immers haar eigenheid qua pathologie en werking die een aanpasbaar pakket net tot een troef maken.
"Via configuratie van PRIMUZ kan er gewerkt worden naar een software die zo nauw mogelijk aansluit bij de door het ziekenhuis gewenste werking. Een belangrijk punt is de manier waarop we de implementatie aanpakken. We werken altijd samen met een team van 'applicatiebeheerders', dat zijn medewerkers van het ziekenhuis die we tijdens het implementatietraject aanleren om bepaalde configuratieaanpassingen te doen. Zo ligt de materniteit vandaag rechts als men het ziekenhuis betreedt, maar binnen een paar maanden verhuist ze naar de eerste verdieping. En tijdens de coronacrisis hadden sommige afdelingen niet meer dezelfde functie als die waarvoor ze voorzien waren, maar moesten ze als COVID-19-afdeling worden ingericht. Bijgevolg moet het ziekenhuis zelf de configuratie in het pakket kunnen aanpassen. Tijdens het implementatietraject hebben we de applicatiebeheerders aangeleerd om die aanpassingen door te voeren. Kortom, we implementeren de manier van werken zoals die nu is, maar we zorgen er ook voor dat we een team in het ziekenhuis opleiden om het verdere onderhoud en de aanpassing van de toepassing te blijven doen. Nog een voorbeeld is een vierpersoonskamer die na verloop van tijd een tweepersoonskamer wordt. Dat moet men administratief kunnen wijzigen, zodat het systeem weet dat er maar twee bedden beschikbaar zijn en geen vier."

Opleiding en begeleiding

Geraken de medewerkers snel vertrouwd met het EPD en hoe kun je dat proces versnellen? Ann Vansichen: "Mensen zijn gewoontedieren en dus is het handig om wat we gisteren deden ook vandaag verder te doen. Dat maakt dat verandering altijd eventjes moeilijk is, al gaat het vrij snel beter. Om het proces gemakkelijker te laten verlopen, organiseren we opleidingen. We merken wel dat het vlotter gaat als we opleidingen geven in kleine groepen. Zo kunnen de toekomstige gebruikers de bewerkingen die ze dagelijks doen zelf uitvoeren achter de pc, bijgestaan door mensen die het programma al onder de knie hebben. We werken ook met key users, dat zijn mensen op de werkvloer die we een veel grondiger opleiding geven en vroeger mee betrekken in het traject. Ze proberen de testversies uit en voelen zich daardoor al veel comfortabeler met het gebruik van het programma. Als het pakket live wordt gebracht, kunnen nieuwe gebruikers zo snel terugvallen op collega's met iets meer ervaring. Die manier van werken helpt heel goed om mensen snel wegwijs te maken. De eerste paar dagen is het voor de meesten een beetje onwennig en ongemakkelijk, maar na enkele dagen verloopt alles al veel vlotter."

Uitbreiding van het pakket

Al kan men het bestaande pakket naar wens opbouwen, het gebeurt ook dat nieuwe functionaliteiten nodig zijn, bijv. naar therapeutische relatie, of de manier om het dossier op te bouwen … "Om dat mogelijk te maken, hebben we binnen de PRIMUZ-samenwerking een overlegforum gecreëerd tussen de deelnemende ziekenhuizen waar samen wordt beslist waaraan we het onderhoudsgeld, betaald voor PRIMUZ, gaan uitgeven", gaat Tom Coolen verder. "Daar kunnen we prioriteiten stellen waarbij alle deelnemende ziekenhuizen gelijkwaardige partners zijn. Na het debat proberen we tot een consensus te komen over de besteding van de beschikbare middelen. De methodiek die daarvoor werd uitgewerkt, bestaat uit werkgroepen – we noemen ze 'roadmapwerkgroepen' – die een drietal keer per jaar samenkomen om met de experten van elk ziekenhuis te evalueren of en hoe de binnengekomen vragen worden opgenomen in het EPD. Na validatie door een stuurgroep waarin de directies van de participerende ziekenhuizen zetelen, wordt die functionaliteit

tot ontwikkeling gebracht." Zo is er nu een configureerbare werking opgemaakt voor voorzorgsmaatregelen bij geïnfecteerde patiënten per type aandoening.

Uitwisselen van gegevens

"Een belangrijke troef van PRIMUZ is dat elk ziekenhuis zijn eigen database behoudt en als het ware zijn eigen versie van PRIMUZ heeft. En ook al gebruiken ze dezelfde software, de andere ziekenhuizen hebben daar geen toegang toe. Dat onderscheidt ons van ziekenhuizen die met een gezamenlijke database werken. Wij verkozen die onafhankelijkheid, zodat iedereen aan eigen dossiervorming kan doen en zelf autonoom beschikt over de data in het EPD."
Het uitwisselen van patiëntendossiers tussen instellingen gebeurt op de klassieke manier via de hubs, met inachtname van de GDPR-regelgeving en rekening houdend met de therapeutische relatie. Huisartsen beschikken over specifieke softwarepakketten, waardoor zij via een connectie met de e-Health diensten voor hen bestemde informatie uit het EPD kunnen binnenhalen. "Vanuit ons EPD van een patiënt sturen wij dus berichten naar e-Health die gericht zijn aan zijn huisarts. Deze kan het op zijn beurt in zijn lokaal pakket binnentrekken. Daarnaast hebben we ook een apart huisartsenportaal AMIS, waarop de huisarts het dossier van zijn patiënten kan raadplegen. Via e-Health sturen we consultatie- of ontslagbrieven, en berichten van opname of overlijden door. Via het huisartsenportaal is toegang tot meer gedetailleerde informatie uit het medische dossier mogelijk."
Het UZ Brussel heeft ook een patiëntenportaal waartoe een patiënt die gekend is in het ziekenhuis, toegang heeft. Daar kan hij zijn administratieve gegevens en afspraken inplannen en consulteren, documenten downloaden (bijv. medicatievoorschriften of attesten in coronatijden) en beelden opladen (van een eerder onderzoek in een ander ziekenhuis). "Vandaag kan de patiënt via het portaal een aanvraag doen om zijn EPD in te kijken en dan wordt hem dat op een veilige manier bezorgd. Maar het uiteindelijke doel is dat de patiënt zelf, zonder het te moeten vragen, inlogt op het portaal, waar hij delen van zijn dossier kan inkijken."

Beslissingsondersteunend

Terwijl sommige partnerziekenhuizen nog in de opstartfase van PRIMUZ zitten, denken andere aan een verdere doorgroei in maturiteit van het EPD. Een van de interessante denkpistes is 'Clinical Decision Support' (CDS). "De ware return on investment van alle registraties in een EPD moet komen door CDS in te vullen in dat EPD, waarbij de arts ondersteund wordt om de juiste diagnose te stellen of de juiste therapie voor de patiënt te kiezen op grond van alle registraties in het EPD en van berekeningen die op die basis gebeuren. Een actueel voorbeeld: met de registratie van alle COVID-19-patiënten bouwen we samen met de VUB aan een machine learning model dat meehelpt om de arts te ondersteunen bij de juiste therapiekeuzes op intensieve zorgen." Let wel, het machine learning model reikt enkel argumenten aan om op basis van historische patiëntengegevens een therapiekeuze te bepalen, de beslissing blijft steeds bij de arts.
Een ander voorbeeld komt uit de oncologie, waar de therapiemogelijkheden vandaag snel evolueren. De arts kan het moeilijk hebben om alle nieuwe publicaties op de voet te volgen. Via CDS zou het mogelijk zijn om voor een specifieke patiënt met specifieke karakteristieken – een combinatie van genetische data, radiologiebeelden, en gegevens uit het EPD – een meer nauwkeurige diagnostiek en therapie in te stellen. CDS neemt nooit de beslissing van de arts over, maar kan helpen om een weloverwogen onderbouwde beslissing inzake therapie te nemen. "De return van het EPD zit vooral in het gebruik van de geregistreerde data om de arts te ondersteunen bij de complexe keuzes die hij moet maken qua diagnostiek of therapie", besluit Tom Coolen.

PRIMUZ: le DPI intégré de l'UZ Brussel

Le plan d'action eSanté du gouvernement fédéral imposait à tous les hôpitaux de fonctionner dès 2019 avec un dossier patient informatisé intégré (DPI). Et c'est dans ce but que l'UZ Brussel avait développé au début des années 90 sa propre application logicielle (PRIMUZ) qui a bénéficié d'adaptations constantes à ce jour et a depuis été mise à la disposition de huit autres hôpitaux.
Alors que certains hôpitaux partenaires sont encore dans la phase de lancement de PRIMUZ, d'autres pensent déjà à une évolution en maturité du DPI. L'une des pistes de réflexion intéressantes est le «Clinical decision support» (CDS) ou Gestion intégrée du parcours de soins (GIPS). «Le véritable retour sur investissement de toutes les données enregistrées dans un DPI doit venir de l'intégration du GIPS dans ce DPI, de façon à ce que le médecin soit soutenu dans l'établissement du bon diagnostic ou le choix de la bonne thérapie pour le patient sur la base de toutes les données enregistrées dans le DPI et des estimations effectuées sur cette base», explique Tom Coolen, Directeur ICT, UZ Brussel.



CHIREC DELTA, Brussels
Finalist of the Mipim Awards 2020 in the category of « Best Healthcare Development »

ASSAR ARCHITECTS est une agence d'architecture implantée à Bruxelles, Liège, Anvers, Luxembourg et Paris.

Elle est actuellement structurée autour de 21 associés encadrant une équipe de près de 145 collaborateurs.
Organisée autour d'équipes pluridisciplinaires, elle dispose d'un vaste panel d'expertises dans tous les domaines de l'architecture, de l'urbanisme, du design d'intérieur et de l'architecture paysagère, ainsi que la planification de projets, les études de faisabilité, la coordination des études, et la coordination sécurité.
En réalisant de nombreux projets emblématiques d'institutions de santé, de bureaux, de logements, de centres de recherches et laboratoires, d'institutions publiques d'immeubles commerciaux et de logistique ASSAR a acquis une renommée internationale Cette reconnaissance a été maintes fois récompensée par des prix internationaux.
Dans le domaine de la santé, de nombreuses références attestent de l'expertise des équipes tant au niveau hospitalier (hôpitaux et cliniques) que des soins aux personnes dépendantes (gérontologie, psychiatrie,...).
En regard des programmes divers et complexes, les projets sont conçus avec nos partenaires et les Maîtrises d'Ouvrage. Les réponses se veulent précises, cohérentes et innovantes tout en conservant l'humain au centre de notre travail. Ecoute et collaboration garantissent des projets en adéquation avec les attentes de toutes les parties prenantes.
Sa mission est avant tout d'offrir à ses clients un service de qualité et un très haut niveau technique qui se matérialise au travers de bâtiments élégants, écologiques, harmonieux, conviviaux, dont l'entretien est aisé et surtout pérennes. La recherche d'excellence s'exprime par la fiabilité, la complémentarité d'équipes spécialisées et la maîtrise des techniques de pointe. Ces trois caractéristiques constituent son ADN.

ASSAR ARCHITECTS is een architectenbureau met kantoren in Brussel, Luik, Antwerpen, Luxemburg en Parijs.

De organisatie telt 21 partners en ongeveer 145 medewerkers en is gestructureerd rond multidisciplinaire teams met een uitgebreide expertise op alle gebieden van architectuur, stedenbouw, interieurontwerp, landschapsarchitectuur, projectmanagement, haalbaarheidsstudies, coördinatie van studies en veiligheidscoördinatie.
Het architectenbureau heeft veel emblematische projecten op zijn naam, uitgevoerd in opdracht van gezondheidsinstellingen, kantoorvastgoedbedrijven, huisvestingsmaatschappijen, onderzoekscentra en laboratoria, openbare instellingen voor bedrijfsvastgoed en logistiek, waarmee ASSAR ARCHITECTS internationale bekendheid verwierf en met diverse internationale prijzen werd beloond.
Talrijke referenties in de zorgsector getuigen van de expertise van de teams, zowel op het gebied van zorginstellingen (ziekenhuizen en klinieken) als zorgvoorzieningen voor afhankelijke personen (gerontologie, psychiatrie, enz.).
Rekening houdend met de diverse en complexe programma's, worden de projecten ontworpen in onderling overleg tussen onze partners en de opdrachtgevers. We bieden nauwkeurige, coherente en innovatieve oplossingen waarbij de mens de focus blijft van onze activiteit. Luisteren en samenwerken zijn essentieel voor de ontwikkeling van projecten die inspelen op de verwachtingen van alle belanghebbenden.
De missie van het architectenbureau is in de eerste plaats de klanten een service bieden van kwalitatief en technisch hoogstaand niveau die invulling krijgt met elegante, ecologische en harmonieuze gebouwen die gemakkelijk zijn in hun onderhoud en die vooral duurzaam zijn. Ons streven naar uitmuntendheid komt tot uiting in de betrouwbaarheid, de complementariteit van gespecialiseerde teams en de beheersing van de meest geavanceerde technieken, drie kenmerken die in ons DNA zitten.

Transforming the health sector

Certains des projets les plus marquants d'Assar sont sans aucun doute été réalisés dans le secteur médical.
Un projet particulièrement impressionnant a été l'hôpital Chirec Delta à Bruxelles, dont la construction a débuté en 2010 pour s'achever fin 2017. Ce projet a d'ailleurs été nominé pour les MIPIM Awards 2020 dans la catégorie « Best Healthcare Development ».
«Notre but principal est de donner un sens à l'humain pour lequel nous construisons. C'est crucial pour ce type d'établissement. Il a été conçu, en fait, pour ne pas ressembler, dès l'entrée à un hôpital». Malgré sa grande capacité, il a été pensé pour être «très concentré et compact», afin de donner au bâtiment un sentiment de familiarité pour les patients, les visiteurs et le personnel.
D'ici la fin mars, Assar devrait également terminer la construction de la clinique MontLégia à Liège. Pour ce projet, une «rue» médicale a été construite pour relier les unités de soins aux services médicaux et techniques, mais aussi «pour séparer clairement la circulation hospitalière», explique Renaud Chevalier, CEO.
Renaud Chevalier mentionne l'importance de la lumière naturelle - un élément clé dans le dossier de conception architecturale d'Assar. La rénovation en cours de l'hôpital William Lennox du CHN s'inscrit dans le magnifique cadre boisé du Bois de Lauzelle, avec de grandes fenêtres s'ouvrant vers le ciel.
La rénovation de HG MONICA à Deurne se poursuit, le nouveau projet sera livré en 2021.
Et enfin, Assar poursuit sur sa lancée en matière de conception de soins de santé en ayant remporté récemment la conception et le développement de la nouvelle Clinique Saint-Pierre (75 000 m²) sur un beau site à Wavre.

De meest markante projecten die Assar op zijn naam heeft, zijn ongetwijfeld in de zorgsector.
Zo was het Chirec Delta Ziekenhuis in Brussel een bijzonder indrukwekkend project waarvan de bouw in 2010 van start ging en in 2017 werd voltooid. Overigens werd dit project genomineerd voor de MIPIM Awards 2020 in de categorie «Best Healthcare Development».
«We streven ernaar zinvolle projecten te ontwikkelen voor de mens voor wie we bouwen. Dat is essentieel voor dit soort instellingen. Dit project werd namelijk ontworpen om niet de indruk te geven een ziekenhuis binnen te stappen.» Ondanks zijn grote capaciteit werd het uitgedacht om «zeer geconcentreerd en compact» te zijn, om een gevoel uit te stralen van vertrouwdheid voor de patiënten, bezoekers en personeel.
Tegen eind maart zou Assar eveneens de bouw moeten voltooien van het MontLegia-ziekenhuis in Luik. Voor dit project werd een medische «straat» aangelegd om de zorgunits te verbinden met de medische en technische diensten, maar ook «om het ziekenhuisverkeer duidelijk af te zonder», legt CEO Renaud Chevalier ons uit.
Overigens wijst hij op het belang van een natuurlijke verlichting - een sleutelfactor in Assars architecturaal ontwerp. De lopende renovatie van het ziekenhuis CHN William Lennox is gelegen in de prachtige bosrijke omgeving van het Bois de Lauzelle, met grote ramen met uitzicht op de hemel.
De renovatie van het AZ MONICA in Deurne is in uitvoering en zal in 2021 worden opgeleverd.
Tot slot vervolgt Assar zijn elan op het gebied van ontwerp in de zorgsector. Zo kreeg het architectenbureau recentelijk het ontwerp en de ontwikkeling gegund van het nieuw ziekenhuiscomplex van de Clinique Saint-Pierre (75 000 m²) op een prachtige locatie in Waver.


CHC - MONTLÉGIA CLINIC, Liège

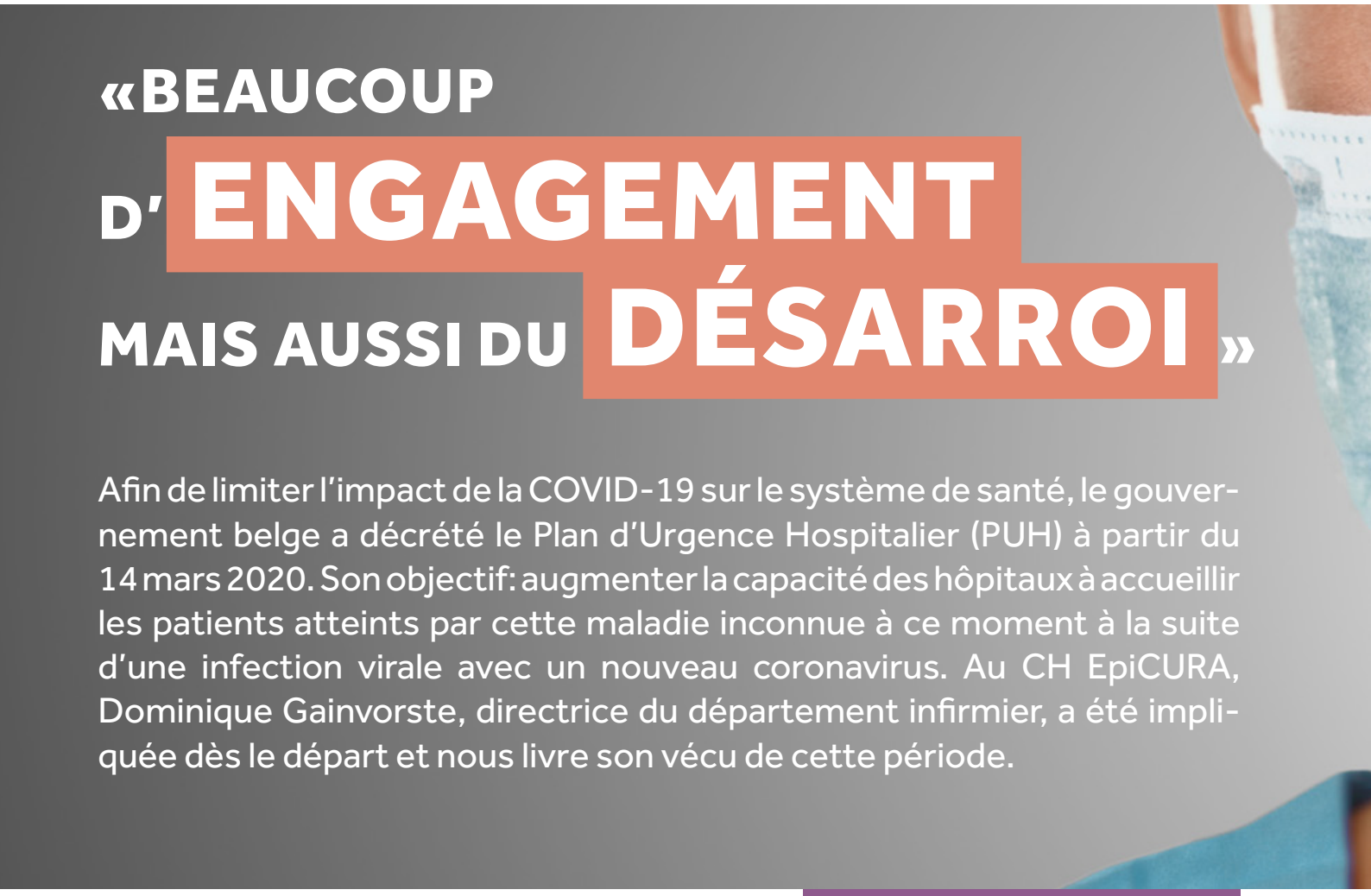


AZ MARIA MIDDELARES, GHENT


HIS - IZZ, Brussels

IMPACT DE LA PANDÉMIE COVID-19 SUR LE DÉPARTEMENT INFIRMIER

«BEAUCOUP D'ENGAGEMENT MAIS AUSSI DU DÉSARROI»



Afin de limiter l'impact de la COVID-19 sur le système de santé, le gouvernement belge a décrété le Plan d'Urgence Hospitalier (PUH) à partir du 14 mars 2020. Son objectif: augmenter la capacité des hôpitaux à accueillir les patients atteints par cette maladie inconnue à ce moment à la suite d'une infection virale avec un nouveau coronavirus. Au CH EpiCURA, Dominique Gainvorste, directrice du département infirmier, a été impliquée dès le départ et nous livre son vécu de cette période.

Dominique Gainvorste et Michelle Cooreman



Dominique Gainvorste
Directrice du département infirmier
Centre Hospitalier EpiCURA

Comme dans pratiquement tous les hôpitaux de notre pays, à EpiCURA également, des unités de soins existantes ont dû être adaptées et de nouvelles unités créées. Quelles ont été les premières démarches? «Dès le 12 mars, nous avons dû nous adapter afin de faire face à la crise sanitaire qui s'annonçait ainsi qu'au déclenchement du PUH que l'on sentait imminent. En conséquence, nous avons d'abord réfléchi à une unité de soins qui pourrait être dédiée à l'accueil des patients atteints par la COVID-19. Les patients qui séjournaient dans cette unité ont été transférés dans d'autres unités de soins en capacité de les accueillir. Avec le responsable RH, j'ai rencontré les membres du personnel. L'objectif était de leur expliquer qu'ils allaient accueillir des patients atteints de la COVID-19 et planifier leur formation en ce qui concerne les règles d'hygiène à respecter pour la prise en charge de ces patients.»

Une tâche lourde, dès les premiers jours

«L'unité de soins était prête dès le 13 mars à accueillir des patients atteints d'une pathologie que nous ne connaissions pas. Rapidement, dès le premier jour, elle s'est remplie... C'était très lourd, les patients présentaient des problèmes de santé majeurs: toux, fièvre, difficultés respiratoires... De plus, leur état se dégradait très vite.


© stock.adobe.com

Le personnel infirmier n'était pas préparé à vivre cette situation. C'était très épuisant tant sur le plan physique que psychologique.
Nous avons dû ouvrir plusieurs unités COVID afin d'accueillir tous les patients qui se présentaient au sein de notre institution pour y recevoir des soins. Les équipes ont dû être renforcées en nombre car les soins des patients étaient très exigeants. D'autant qu'ils devaient être pratiqués en respectant des règles d'hygiène strictes, dont l'habillage et le déshabillage, le port des équipements de protection individuelle (EPI)...
Vu que nous ne connaissions pas vraiment la maladie, les consignes changeaient fréquemment tant en ce qui concernait les EPI que les critères de dépistage, le temps d'incubation de la maladie, la contagion... Et le personnel devait constamment s'adapter, autant de facteurs de stress supplémentaires qui venaient s'ajouter à la lourdeur des prises en charge. Sans oublier le manque de matériel de protection dont nous avons été victimes, ce qui a entraîné une distribution contrôlée.»

Les soins intensifs

«Comme les patients se dégradaient rapidement au niveau pulmonaire et nécessitaient des soins intensifs pour assistance ventilatoire, voire ECMO, notre unité de soins intensifs a rapidement été saturée et nous avons dû ouvrir des lits intensifs en salle de réveil.
En parallèle, les consultations non urgentes et non indispensables ont été annulées, idem pour les interventions chirurgicales. Nous avons dès lors pu compter sur le personnel travaillant habituellement dans les services de consultation, au bloc opératoire, voire en chirurgie, pour renforcer les équipes des unités COVID et des soins intensifs. Le personnel infirmier venu renforcer en réanimation ou dans les unités COVID a été amené à exécuter des soins qu'il n'avait pas l'habitude de pratiquer et pour lesquels il manquait parfois de formation. Une infirmière compétente en bloc opératoire a une expertise différente de celle qui travaille en soins intensifs.»

Des formations ont été organisées pour actualiser les connaissances, et les équipes ont été mélangées afin de mixer également les compétences.

Réorganisation des horaires

«À EpiCURA, nous n'avons pas dû réquisitionner de personnel soignant, il s'est porté volontaire. Certains ont annulé des congés programmés pour venir renforcer les équipes. Nous avons veillé à ne pas épuiser le personnel, à donner des récupérations dès que c'était possible. Cela s'est avéré parfois très difficile car nous avions de nombreuses collègues souffrantes.

Les soins des patients devaient être pratiqués en respectant des règles d'hygiène strictes, dont l'habillage et le déshabillage, le port des équipements de protection individuelle (EPI).



© ingimage.com

Des liens très forts se sont noués entre les soignants. Tous étaient solidaires, unis pour prendre en charge les patients qui nous étaient adressés.
Les horaires ont été modifiés à de nombreuses reprises pour faire face aux absences ou à la charge de travail. Nous sommes passés à des pauses de travail de 12 heures. Le personnel avait son horaire à la semaine: charge de travail, absences...
Le travail d'équipe était une force, même si beaucoup de membres du personnel travaillaient dans une unité de soins qui n'était pas la leur.»

Cellule psychologique

Des soignants ont craqué en raison de la charge physique mais surtout psychologique. Ils ont pu bénéficier du soutien d'une cellule psychologique interne.
«Nous avons mis en place une cellule psychologique en interne afin de soutenir les membres du personnel de manière collective ou individuelle. Les psychologues passaient régulièrement dans les unités de soins afin de discuter avec le personnel présent, de débriefer des situations compliquées.
En collaboration avec l'Université de Mons (UMONS), une supervision de nos psychologues a été mise en place. Aujourd'hui, nos équipes soignantes débriefent leur vécu avec une cellule psychologique externe d'aide aux intervenants de première ligne. Les premiers retours que j'en ai sont très positifs.
La cellule mobile palliative a également été d'un très précieux soutien pour les équipes soignantes. Enfin, l'aide offerte par le service social a été très appréciée. Les assistantes sociales téléphonaient chaque jour aux familles pour donner des nouvelles, organisaient des appels Skype patient/famille via des tablettes, récupéraient les effets personnels des patients déposés par les familles. Cela rassurait tant les familles que le personnel. L'interdiction des visites aux patients était difficile pour les patients mais aussi pour les soignants.
Malgré les aspects à long terme méconnus de cette pandémie, un nombre considérable d'infirmiers n'ont pas hésité à (ré)apprendre, abandonner certaines fonctions, sacrifier leur vie de famille, prendre des risques pour eux et leurs proches afin de garantir les meilleurs soins à nos patients.»

Impact sur l'enseignement

Dès la mi-mars, les stages ont été annulés. «Nous n'avons plus accueilli de stagiaires en soins infirmiers jusque fin avril. Dans un premier temps, nous avons ouvert les possibilités de stage pour les années terminales

(SIAMU, pédiatrie, gériatrie, oncologie, sage-femme et 4e IRSG). Depuis la mi-mai, nous accueillons à nouveau les étudiants de 3e IRSG et de 3e année complémentaire pour les brevets en soins infirmiers. Pendant la durée de la crise, des étudiants se sont portés volontaires pour renforcer les équipes.»

De la peur et de la fierté

Le personnel soignant a été mis à rude épreuve. «J'ai constaté beaucoup d'engagement et de professionnalisme de la part de toutes les équipes mais aussi beaucoup de désarroi face aux situations rencontrées. Les équipes soignantes ont fait preuve d'une très grande collaboration médico-infirmière mais aussi avec les autres paramédicaux. Il a fallu organiser les choses dans l'urgence avec de multiples changements dans les consignes reçues des autorités fédérales: mesures de protection, dépistage, statistiques à rentrer... J'ai parfois eu peur... Je me posais des questions sur les EPI: est-ce que le personnel est bien protégé? pourrons-nous tenir encore? Mais j'ai aussi eu des moments de fierté envers le personnel infirmier au regard de leur engagement, voire dévouement, au travail dans cette période difficile. Nous avons travaillé sans relâche au niveau du comité de direction pour suivre la situation au plus près afin

Nous devons «vivre» avec une activité COVID et une activité non COVID

de faire face aux difficultés de terrain et apporter des réponses aux interrogations des uns et des autres. Au sein de l'institution, nous avons mis en place un comité de crise. Je trouvais important que les directeurs, responsables de l'hygiène et infectiologues partagent ensemble les informations. De manière journalière, le service de communication éditait un info flash destiné au personnel afin de transmettre les dernières nouvelles: consignes reçues, état de la situation en ce qui concerne le matériel disponible, éléments en réflexion au sein du comité de crise.»
Malgré la bonne volonté, certains aspects devraient être améliorés. Par exemple, «l'organisation des transferts n'était pas régulée par la centrale 100 au début de la

amirato
your partner for excellence

Project management
Urban development
Health care
Education
Housing & leisure
Feasibility studies
Quantity surveying
Program of requirements

Bruxelles - Luxembourg - Paris - Montpellier
30 Woluwedal, B-1932 Sint-Stevens-Woluwe Belgium
Tel +32 2 325 86 76 - Fax +32 2 325 86 77
www.amirato.com



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


© stock.adobe.com

crise et il était donc difficile de transférer des patients quand nous étions à saturation. C'était aussi compliqué de travailler avec des informations changeant sans cesse, à appliquer dans des délais très courts, ou avec la disponibilité des EPI tant quantitative que qualitative.»

Début du déconfinement

À partir du 4 mai, un déconfinement progressif et phasé des activités hospitalières non COVID pouvait être mis en route. Nous sommes le 15 mai, où en est-on à EpiCURA?

«Nous travaillons au déconfinement depuis maintenant 3 semaines. Il est organisé par phases en fonction des consignes fédérales mais également de nos ressources architecturales, humaines et organisationnelles. En collaboration avec les équipes d'hygiène, toutes les dispositions nécessaires pour protéger nos patients et nos collaborateurs ont été mises en œuvre. Côté patients, un gestionnaire de flux a été désigné afin d'analyser les circuits et de proposer une gestion de flux évitant aux patients de se croiser. Les plages de consultation ont été adaptées permettant une désinfection entre chaque patient et garantissant la sécurité des soins. Tout patient entrant dans l'hôpital est accueilli par du personnel soignant qui l'invite à pratiquer l'hygiène des mains, lui remet un masque et rappelle quelques règles essentielles d'éducation à la santé, concernant notamment les gestes barrières, l'élimination du masque... Les salles d'attente ont été aménagées afin d'éviter que trop de patients s'y trouvent en même temps. Un dépistage de tous les patients qui entrent à l'hôpital est prévu, plus particulièrement des patients devant subir une intervention chirurgicale ou un acte invasif. La reprise des activités chirurgicales est progressive: chaque chirurgien a été invité à revoir les interventions postposées et prioriser celles-ci. Puis, en fonction des disponibilités, il faudra recontacter les patients et les réinscrire au programme opératoire.» Par ailleurs, si l'évolution reste satisfaisante, la fermeture progressive des unités COVID est prévue avec une reprise de l'activité normale dans les unités de soins. Finalement, les équipes pourront être reconstituées.

«Les équipes sont demandeuses de reprendre une activité hospitalière "normale", mais nous devons y aller progressivement. Il est très compliqué de remettre l'activité en route en garantissant la sécurité de tous. Tous les secteurs doivent être considérés. En ce qui concerne EpiCURA, nous avons travaillé en équipe à l'instauration d'un recovery plan nous permettant de planifier la manière dont nous allons reprendre l'activité et comment nous allons monitorer les choses afin de maîtriser les risques.»

Impact van de COVID-19-pandemie op het verpleegkundige departement

Om de impact van COVID-19 op het gezondheidssysteem te beperken, zette de Belgische regering vanaf 14 maart 2020 het ziekenhuisnoodplan in werking. De bedoeling was de ziekenhuiscapaciteit verhogen. Zo kunnen alle patiënten die getroffen worden door de (toen) nog onbekende ziekte, te wijten aan een nieuw coronavirus, worden opgevangen. In het CH EpiCURA was Dominique Gainvorste, directrice van het verpleegkundige departement, van meet af aan bij alles betrokken. Zij vertelt over hoe zij die periode beleefde.

"Alle teams hebben veel engagement en professionalisme aan de dag gelegd, maar er was ook veel verwarring door wat ze beleefden. Dringende reorganisatie was nodig, met tal van wijzigingen naarmate de federale richtlijnen werden aangepast. Ik was soms wel bang ... Maar op andere momenten was ik ook trots op het verpleegkundig personeel, dat in deze moeilijke periode blijk gaf van veel engagement en toewijding bij de uitoefening van zijn taak."

hel.be
Haute Ecole Liège

Un large choix de formations menant à des professions dans le secteur de la santé !
Bacheliers : Logopédie - Orthoptie - Assistant de direction - Comptabilité - Relations publiques - Chimie - Informatique - Electronique - Sciences administratives et gestion publique
Spécialisation : Administration des maisons de repos

Portes Ouvertes
22 avril - 9 septembre
Cours Ouverts
toute l'année, consultez hel.be

info@hel.be - 04 238 38 00

Liège Enseignement

Henallux
pub

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

MANAGEMENT VAN DE COVID-19-PANDEMIE

NIEUWE UITDAGINGEN VOOR DE LABORATORIUM-INFORMATICA



Door datagedreven workflows maken laboratoriuminformatiesystemen het mogelijk om een groot aantal stalen op een efficiënte manier te verwerken en resultaten te rapporteren. Tijdens de COVID-19-pandemie ontstond er in UZ Leuven een duidelijke noodzaak om het laboratoriuminformatiesysteem uit te breiden met COVID-19-specifieke functionaliteiten om belangrijke knelpunten door het hele diagnostische proces, van aanvraag tot rapportering, te verbeteren en snelle rapportering te waarborgen. Deze COVID specifieke functionaliteiten komen niet alleen het labo ten goede maar zijn ook een belangrijke meerwaarde voor het ziekenhuis.



© ingimage.com



Matthias Weemaes*
Arts - Assistent klinisch bioloog
Laboratoriumgeneeskunde
UZ Leuven, campus Gasthuisberg



Steven Martens*
Arts - Assistent klinisch bioloog
Laboratoriumgeneeskunde
UZ Leuven, campus Gasthuisberg



Ann K.L.C. Verdonck
Apotheker - Klinisch bioloog,
LWS coördinator
Laboratoriumgeneeskunde
UZ Leuven, campus Gasthuisberg
Tel.: 016 34 70 27
ann.1.verdonck@uzleuven.be

* Gedeelde eerste auteurs

Begin 2020 werd voor het eerst het Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus (SARS-CoV-2) beschreven dat leidde tot een pandemie met nooit geziene medische en socio-economische gevolgen.[1] Na de initiële uitbraak volgden in meerdere landen een tweede en wellicht derde uitbraak [2], wat in elk geval gedeeltelijk toe te schrijven is aan de lage populatie-immuniteit.
Ook klinische laboratoria ervaren de gevolgen van de pandemie. De grote vraag naar COVID-19-testen heeft er in ons laboratorium, het Belgisch Nationaal Referentiecentrum (NRC) voor COVID-19, voor gezorgd dat de maximale capaciteit initieel werd overschreden, met als resultaat dat zowel het laboratoriumpersoneel als de infrastructuur op de proef werd gesteld.[4, 5] Deze situatie was ongewenst, aangezien vertragingen in het genereren van testresultaten konden zorgen voor overbelasting van de spoedgevallendienst en van COVID-19-isolatieafdelingen. In deze context was het dan ook belangrijk dat ons laboratoriuminformatiesysteem (LIS) maximaal benut werd om het totale analyseproces te stroomlijnen. In dit artikel beschrijven we de problemen die ons laboratorium moest aanpakken tijdens de acute fase van de COVID-19-pandemie en hoe bijkomende LIS-functionaliteiten geholpen hebben om het hele diagnostische proces te stroomlijnen. [6]

COVID-19-specifieke uitdagingen voor laboratorium-management

Bij de aanvang van de COVID-19-uitbraak was ons laboratorium het enige in België dat SARS-CoV-2 PCR-testen uitvoerde. De eerste Belgische COVID-19-casus werd in ons laboratorium bevestigd op 3 februari 2020.
De volgende maand groeide het aantal SARS-CoV-2 PCR-testen, essentieel bij COVID-diagnostiek [7], exponentieel tot >750 testen per dag.
De enorme toevloed aan stalen, zowel van onze eigen instelling als van externe ziekenhuizen en labo's, oversteeg al snel onze maximale verwerkingscapaciteit. Daarenboven diende elk staal, met het oog op terugbetaling door het RIZIV, voorzien te worden van klinische informatie en moest snelle rapportage naar de aanvrager en de overheid verzekerd zijn. Daarnaast speelde een continu gebrek aan levering van reagentia en apparatuur ons parten.

De grote vraag naar COVID-19-testen heeft er in ons laboratorium voor gezorgd dat de maximale capaciteit initieel werd overschreden.



© ingimage.com

Daarom werd bij de start van de epidemie een crisismanagementteam (CMT) opgericht, bestaande uit stafleden klinische biologie, gespecialiseerd in zowel microbiologie als LIS-ontwikkeling. In het CMT werd een analyse gemaakt van de problemen die de COVID-19-pandemie met zich meebracht en hoe die problemen op korte en lange(re) termijn konden worden aangepakt.
Het CMT implementeerde onmiddellijk een triagesysteem op basis van klinische criteria en urgentie van uitvoeren, om het gebruik van reagentia optimaal te benutten, en breidde de bestaande pool voltijdse equivalenten (VTE) binnen het personeelsbestand significant uit. Het merendeel van de extra personeelsleden, gerekruteerd uit andere delen van het labo en het ziekenhuis, werd ingezet ter ondersteuning van administratieve taken (staalreceptie, triage, patiëntenregistratie, resultatenvalidatie en -rapportage, en epidemiologische studies) en was dus niet rechtstreeks betrokken bij het expanderen van de analytische capaciteit (bijvoorbeeld PCR-analyse).
Begin april 2020 was het probleem van tekort aan reagentia en apparatuur minder acuut en kon de analysecapaciteit verhoogd worden. Er werd getracht om de administratieve druk op het laboratoriumpersoneel te verminderen, met als doel het aantal VTE's te verminderen en te herverdelen om direct mee te werken aan de uitvoering van de analysen en epidemiologische en wetenschappelijke studies. De herverdeling en afbouw van VTE's werden mogelijk dankzij gerichte IT-oplossingen die geïmplementeerd werden om de dataprocessen te stroomlijnen.

De 'computerized physician order entry' (CPOE) tool

In het begin van de COVID-19-pandemie werden laboratoriumtests (SARS-CoV-2 PCR) aangevraagd

De eerste Belgische COVID-19-casus werd in het laboratorium van UZ Leuven bevestigd op 3 februari 2020

via papieren aanvraagformulieren van het Nationaal Referentiecentrum (NRC). Die werden door administratief personeel ingevoerd in het LIS. Om eventuele begeleidende klinische informatie en contactgegevens van de aanvragende artsen, vaak handgeschreven op de formulieren, vast te leggen, werd elk document gedigitaliseerd met behulp van een beeldscanner en geüpload naar het LIS in PDF-formaat.

Het papieren aanvraagsysteem bleek een belangrijk knelpunt voor de COVID-19-stalenstroom. Ten eerste werden essentiële klinische informatie en contactgegevens vaak niet verstrekt, wat respectievelijk de triage van stalen en de rapportering van de resultaten aanzienlijk vertraagde. Ten tweede konden klinische informatie en triagecategorieën niet worden geregistreerd in onze LIS-database. Daardoor waren epidemiologie en wetenschappelijk onderzoek alleen mogelijk na hulp van bijkomend administratief personeel, dat die gegevens met terugwerkende kracht invoerde. Ten derde werden pre-analytische procedures rond bioveiligheid (drievoudige verpakking) voor vermoedelijke SARS-CoV-2-geïnfecteerde monsters maar al te vaak niet strikt gevolgd. Ten vierde liet het papieren aanvraagsysteem niet toe om snel en onmiddellijk het aanvraaggedrag te sturen op grond van de veranderende gevalsdefinitiecriteria van Sciensano en het wetenschappelijk inzicht.

Om die tekortkomingen aan te pakken, implementeerden we de COVID-aanvragen in onze intern ontwikkelde 'computerized physician order entry' (CPOE)-module. Deze CPOE-module is een elektronisch aanvraagsysteem, uniform voor alle laboratoria in het ziekenhuis, en is gelinkt aan het elektronisch patiëntendossier (EPD) [7]. Dit systeem maakt gebruik van


laboratoire HUCKERT'S INTERNATIONAL
mastered disinfection
www.huckerts.net

UMONIUM38® NEUTRALIS TISSUES, YOUR BEST WEAPON AGAINST INFECTION


UMONIUM38®
NEUTRALIS TISSUES
✓ NO PERFUME
✓ NO CHEMICAL RISK
✓ NO CORROSIVE RISK
✓ SIMPLE USE PROTOCOL
100% VALIDATION ACCORDING TO THE NEW RECOMMENDATIONS FROM THE SUPERIOR HEALTH COUNCIL CSS NO. 9446 FROM MAY 2019
INNOVATION 2019 VALIDATION HUMAN SPERM SURVIVAL ASSAY
VALIDATION MOUSE EMBRYO ASSAY
ECO FRIENDLY
pH7
✓ FORMULA FREE FROM
→ CMR COMPONENT
→ ENDOCRINE DISRUPTOR

labosets, verzamelingen van verschillende labotesten, die aangevraagd kunnen worden vanuit zorgprogramma's toegekend aan de patiënt. Die labosets worden samengesteld in overleg met clinici en klinisch biologen.
Vanaf 1 april 2018 werd de CPOE-module progressief in het ziekenhuis geïmplementeerd. Op het moment van de COVID-uitbraak was dit systeem bij 60% van de artsen en verpleegkundigen uitgerold en bijgevolg bruikbaar om het diagnostische proces rond COVID-19 te stroomlijnen.

Pre-analytische ondersteuning

Het COVID-19-testpanel

Er werd een COVID-testpanel geprogrammeerd, waarbij de arts de COVID-19 PCR kon aanvragen via het CPOE-systeem en de bijbehorende klinische indicaties op een eenvoudige manier kon ingeven. Voor ziekenhuiseenheden die ons CPOE-systeem reeds gebruikten, werd het papieren aanvraagformulier voor de COVID-19 PCR-test vervangen door het COVID-testpanel. Aangezien de klinische indicaties vervolgens ook zichtbaar waren in het LIS, kon hierdoor de triage aanzienlijk versneld en gestroomlijnd worden. Daarnaast liet dit systeem toe om, met onmiddellijke ingang, de regelmatig veranderende laboratorium- en overheidscriteria up-to-date te houden in het CPOE-systeem. Hierdoor kon er steeds gewerkt worden met de recentste criteria zonder dat het zorgpersoneel, dat met hoge frequentie op COVID-afdelingen roteerde, hiermee administratief werd belast. Naast een aanzienlijke stroomlijning van de aanvragen in de kliniek en de verwerking van de COVID-19-aanvragen in het laboratorium resulteerde dat ook in de automatische opslag van klinische metadata voor latere secundaire analyse en epidemiologisch onderzoek in onze LIS-database.[8]



Het papieren aanvraagformulier voor de COVID-19 PCR-test werd vervangen door een geprogrammeerd COVID-testpanel.

© ingimage.com

In een volgende fase werd een '1-click'-aanvraagsysteem voorzien, dat de clinici in staat stelde om meteen bij het openen van het patiëntendossier met één muisklik een COVID PCR-test aan te vragen. Het maken en valideren van de aanvraag, alsook het afdrukken van de staaletiketten, vervat in die ene muisklik, betekenden een significante tijdwinst op de afdelingen waar de screening gebeurde, alsook in de druk geconsulteerde huisartsen-triageposten verbonden aan het ziekenhuis.

COVID-19-labosets

Het CPOE-systeem werd niet alleen gebruikt voor de specifieke COVID PCR-test. Voor opname en opvolging van de COVID-positieve patiënten werden COVID-19-specifieke labosets ontworpen in samenwerking met de stafleden van infectieziekten en de spoedgevallendienst. Die COVID-19-labosets bevatten klassieke pneu-

> Het maken en valideren van de aanvraag, alsook het afdrukken van de staaletiketten, in één muisklik, betekenden een significante tijdwinst

monie-parameters, parameters geassocieerd met COVID-19 pathofysiologie, evenals labotesten voor follow-up en correlatie met klinische progressie. Aangezien de CPOE-module gekoppeld is aan zowel het LIS als aan het EPD, kon demografische informatie zoals leeftijd, geboortedatum, geslacht, woonplaats, nationaliteit, enz. automatisch worden opgehaald, wat de volledigheid van de metadata drastisch verbeterde.

Afname-instructies

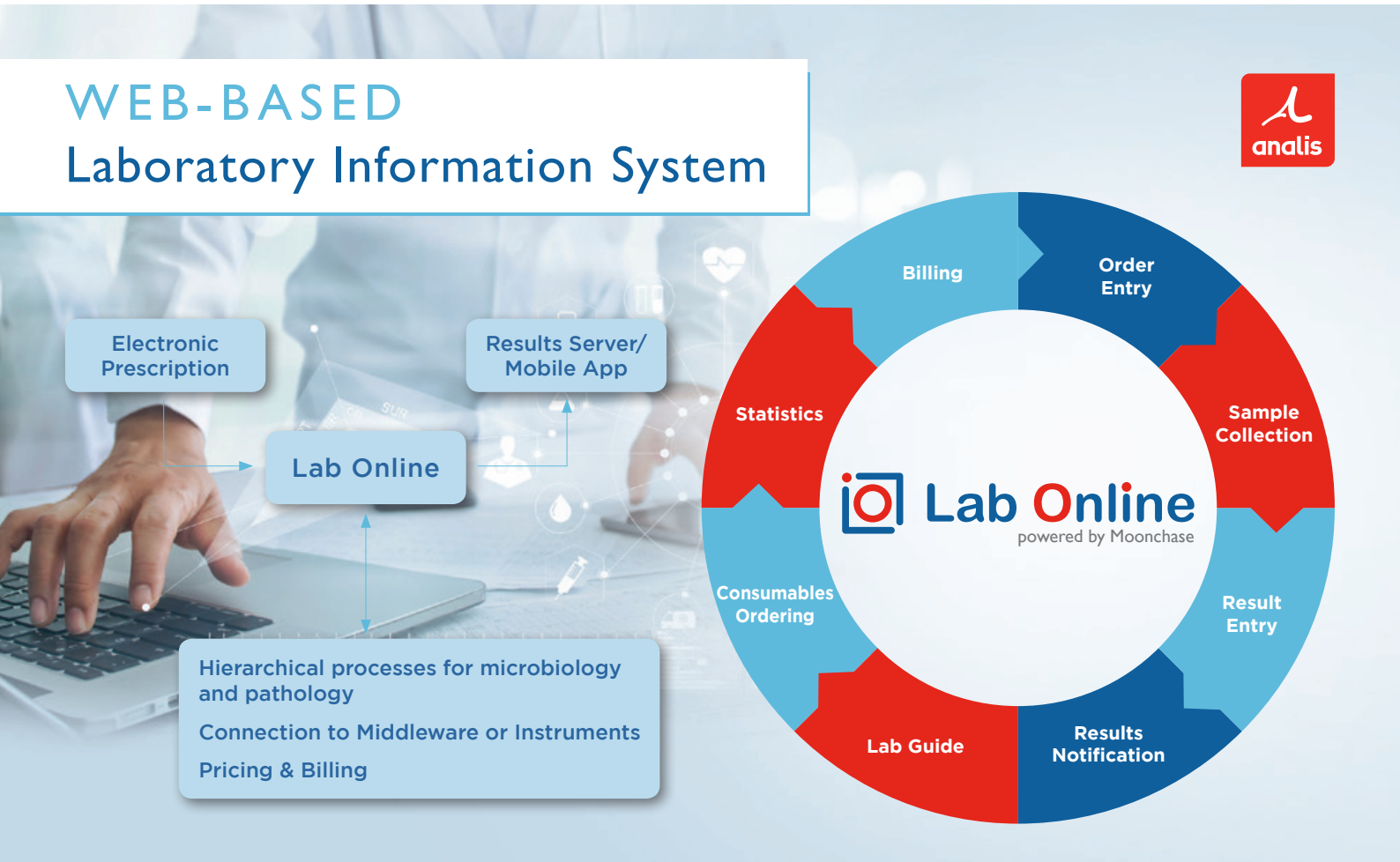
De COVID-19-module stelde het laboratorium ook in staat om proactief staalafname en transport te begeleiden via geautomatiseerde meldingen. Zo berekende het systeem algoritmisch het minimum aantal benodigde bloedbuizen om alle analyses uit te voeren (rekening houdend met niet alleen het totale bloedvolume, maar ook met intra-laboratorium monsterbehandeling en aliquotering). Het LIS informeerde vervolgens de verpleegkundige over de optimale strategie voor de bloedafname en de drievoudige verpakkingsvereisten.

Post-analytische beslissingsondersteuning

In ons ziekenhuis werden patiënten gecategoriseerd als personen met vermoeden van, maar nog niet bevestigd voor COVID-19 (test was lopende), bevestigde COVID-19 positieve patiënten en bevestigde COVID-19 negatieve patiënten. Patiënten werden volgens die categorieën opgenomen op verschillende afdelingen om de ziektetransmissie binnen het ziekenhuis te minimaliseren. Een snelle en doelgerichte communicatie van de uitslagen van SARS-CoV-2-testen was dus vereist om een adequate toewijzing van patiënten te verzekeren. Wij gaven daarom een 'COVID-19 status'-knop weer op de hoofdpagina van het EPD van elke patiënt. Die knop gaf in real time de resultaten weer van de SARS-CoV-2-laboratoriumtest, gecombineerd met het CT-scanresultaat, en zorgde ervoor dat artsen snel patiënten konden triëren en (opnieuw) toewijzen.

Geautomatiseerde rapportage van doorgestuurde SARS-CoV-2-testen

Ons laboratorium heeft een nationale referentiefunctie voor respiratoire pathogenen en verschillende andere gespecialiseerde in-vitrotesten. Maar onder normale omstandigheden is slechts ca. 2,5% van onze uitgevoerde testen voor externe laboratoria of zorgverleners buiten het ziekenhuis. Om die reden heeft ons laboratorium



Analis sa/nv - 081 25 50 50 - 09 243 77 10 - Fabrice Desalle - fed@analis.be - WWW.ANALIS.BE/LABONLINE

Tijdens de COVID-19-pandemie moesten alle laboratoria dagelijks samenvattende statistieken rapporteren

niet geïnvesteerd in en had het evenmin toegang tot een webgebaseerde CPOE-functionaliteit.
Als CPOE-alternatief voor externe stalen ontwikkelden we een LIS-specifieke tool die het voor administratief personeel mogelijk maakte om alle klinische informatie vermeld op het aanvraagformulier te registreren. Tevens hebben we onze database geüpdatet met contactgegevens en geprefereerde rapportagemethodes (fax, e-mail, elektronisch mailboxsysteem, enz.) van elk laboratorium in België en maakten we ze 'lean'. Met behulp van die ad-hoc update konden we de grote meerderheid (> 98%) van de testresultaten op een snelle en efficiënte manier rapporteren. Hoewel technisch eenvoudig, zorgde die aanpassing voor een drastische vermindering van het aantal patiënten en artsen dat ons laboratorium belde om te informeren naar testresultaten.

Geautomatiseerde epidemiologische rapportage van COVID-19-statistieken

Epidemiologische rapportage van klinisch relevante pathogenen, waaronder SARS-CoV-2, is verplicht in België en tevens een sleutelfunctie van klinische laboratoria. Onder normale omstandigheden is de epidemiologische rapportage gecentraliseerd en vertegenwoordigt het slechts een beperkte administratieve last. Tijdens de COVID-19-pandemie moesten alle laboratoria echter dagelijks samenvattende statistieken rapporteren, niet alleen voor overheidsinstanties, maar ook voor verschillende beleidsmakers en medische en ziekenhuisdirecties. Die statistieken waren nodig om de SARS-CoV-2-uitbraak te monitoren en te beheren, en hadden een rechtstreeks effect op het nationale lockdown-beleid.
Als uitbreiding op ons LIS ontwikkelden we een tool om automatisch rapporten en e-mails te genereren. Die tool las data van Excel-files en Google Sheets automatisch in en verwerkte alle gegevens, om vervolgens specifiek aangepaste rapporten, e-mails of sms-berichten te versturen naar vooraf gedefinieerde ontvangers.

IT-implementatie versnellen

In ons laboratorium heeft de COVID-19-crisis bijgedragen aan het versnelde en meer zinvolle gebruik van CPOE-gerelateerde tools. Een van de belangrijkste hinderpalen bij het bevorderen van zinvol IT-gebruik in de gezondheidszorg [9] is enerzijds de weerstand van gezondheidswerkers om hun dagelijkse procedures te veranderen en anderzijds het feit dat LIS-verbeteringen niet altijd een hoge prioriteit krijgen in de lijst van IT-projecten. De implementatie van elektronische systemen verhoogt tijdelijk de stress (emotioneel en organisatorisch) voor medisch en niet-medisch personeel, waardoor de weerstand snel toeneemt bij de adaptatie van technologische vooruitgang. Hierdoor is een sleutelaspect van succesvolle gezondheids-IT implementatie doelgericht change management.[10]
Praktische strategieën om proactief organisatorische veranderingen in de context van gezondheids-IT te realiseren, zijn grotendeels afgeleid van Kotters visie op 'change management'.[11] Kotter stelt een model van verandering in drie stappen voor. De eerste stap, het creëren van een gevoel van urgentie, is de moeilijkste, al is hij wel absoluut noodzakelijk om een omgeving te creëren die het zinvolle gebruik van IT in de gezondheidszorg stimuleert.
De COVID-19-crisis heeft onze personeelsleden enorme administratieve overlast bezorgd ten gevolge van de initiële beperkingen van ons LIS. Het besef dat de digitalisering, de automatisering en het zinvolle gebruik van ons LIS enkele van de belangrijkste administratieve knelpunten konden verlichten, zorgde voor een gevoel van nood, waardoor de ontwikkeling, implementatie en aanvaarding van nieuwe functionaliteit werden versneld. Het is belangrijk om een dergelijke dynamiek ook na de COVID-crisis te behouden om de LIS-functionaliteit te blijven bevorderen, uiteindelijk efficiëntie en kwaliteit te verhogen en de betrokkenheid van werknemers te verbeteren door repetitieve en administratieve taken te verwijderen. We verwachten dat de toepassing van de Kotter-principes of van gelijkaardige regels om een dynamische omgeving voor veranderingsmanagement te consolideren, uiteindelijk kan leiden tot een aanzienlijk snellere implementatie en acceptatie van IT op het gebied van gezondheidszorg.

Belangrijkste aanbevelingen

De ontwikkeling van robuuste IT-oplossingen heeft typisch enkele maanden nodig om geïmplementeerd te raken, wat niet snel genoeg



is voor de acute fasen van crisisbeheersing. Het is belangrijk om op korte termijn (dagen tot weken) een plan te ontwikkelen voor de implementatie van IT-tools die de administratieve lasten voor het personeel verlichten en epidemiologisch en wetenschappelijk onderzoek, evenals rapportage faciliteren. We raden daarom aan dat elke CMT niet alleen bestaat uit medewerkers die gericht zijn op het vergroten van analytische capaciteit, maar ook uit toegewijd IT-personeel. We raden verder aan om een framework voor veranderingsmanagement te gebruiken (bijvoorbeeld Kotters principes) om die nieuwe IT-tools effectief te implementeren. In ons scenario waren de meest effectieve oplossingen het stroomlijnen van de aanvragen via een CPOE-systeem en de rapportage door het ontwikkelen/updaten van een database met contactgegevens van elk laboratorium in België.

Conclusie

De COVID-19-pandemie is vooral een uitdaging voor klinische laboratoria die belast zijn met het snel en betrouwbaar testen van een aanzienlijk aantal patiëntstalen. Het personeel verlichten van repetitieve en administratieve taken via digitalisering en automatisering door gebruik te maken van ad hoc ontwikkelde LIS-functionaliteit en rapportagetools kan de staalverwerking stroomlijnen en de doorlooptijd verbeteren. Die functionaliteiten zijn niet alleen gunstig voor het laboratorium, maar vertegenwoordigen tegelijk een meerwaarde voor het hele ziekenhuis en blijven ook belangrijk na de eerste fase van de COVID-19-crisis. Inderdaad, lockdown-exit-strategieën zullen in sterke mate afhankelijk zijn van laboratoriumresultaten, inclusief de opkomende antilichaamtesten.

[1] OECD updates G20 summit on outlook for global economy. http://wwwoecdorg/newsroom/oecd-updates-g20-summit-on-outlook-for-global-economyhtm. Accessed April 22, 2020.
[2] Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. Science. 2020.
[3] Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. Lancet Glob Health. 2020;8(4):e488-e96.
[4] Lippi G, Plebani M. The critical role of laboratory medicine during coronavirus disease 2019 (COVID-19) and other viral outbreaks. Clin Chem Lab Med. 2020.
[5] Posteraro B, Marchetti S, Romano L, Santangelo R, Morandotti GA, Sanguinetti M, et al. Clinical microbiology laboratory adaptation to COVID-19 emergency: experience at a large teaching hospital in Rome, Italy. Clinical Microbiology and Infection. 2020.
[6] Weemaes M, Martens S, Cuypers L, Van Elslande J, Hoet K, Welkenhuysen J, et al. Laboratory information system requirements to manage the COVID-19 pandemic: a report from the Belgian national reference testing center. J Am Med Inform Assoc. 2020.
[7] Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020.
[8] Bush RA, Kuelbs C, Ryu J, Jiang W, Chiang G. Structured Data Entry in the Electronic Medical Record: Perspectives of Pediatric Specialty Physicians and Surgeons. J Med Syst. 2017;41(5):75.
[9] Blumenthal D, Tavenner M. The "Meaningful Use" Regulation for Electronic Health Records. New England Journal of Medicine. 2010;363(6):501-4.
[10] Sanchez-Mendiola M, Martinez-Franco AI, Rosales-Vega A, Villamar-Chulin J, Gatica-Lara F, Garcia-Duran R, et al. Development and implementation of a biomedical informatics course for medical students: challenges of a large-scale blended-learning program. J Am Med Inform Assoc. 2013;20(2):381-7.
[11] Kotter JP. Leading Change - Why Transformation Efforts Fail. Harvard Business Review. 1995

Le rôle de l'informatique de laboratoire dans la gestion de la pandémie COVID-19

Les systèmes informatiques de laboratoire permettent, via des flux de travail basés sur les données, de traiter un grand nombre de prélèvements avec efficacité et d'en rapporter les résultats.
Pendant la pandémie COVID-19, l'UZ Leuven a ressenti le besoin manifeste d'étendre le système informatique de laboratoire à des fonctionnalités spécifiques au COVID-19 afin d'améliorer des goulets d'étranglement majeurs dans l'ensemble du processus diagnostique, de la demande au rapport, et de garantir un temps d'exécution court.
Ces fonctionnalités spécifiques au COVID n'ont pas profité qu'au laboratoire, mais ont aussi constitué une importante plus-value pour l'hôpital.



Merci car, malgré les circonstances actuelles particulièrement difficiles, vous continuez à vous donner à 100%, vous ne lâchez rien et vous réalisez l'impossible. Chez Belfius, nous souhaitions aussi apporter notre soutien à l'ensemble du secteur hospitalier. Être là, à vos côtés, au cœur de votre mission quotidienne. En vous apportant des solutions concrètes, des outils efficaces et des conseils solides, comme c'est notamment le cas avec notre analyse sectorielle annuelle MAHA que nous vous présenterons le 17 novembre. En toutes circonstances, nous sommes et restons votre fidèle partenaire.

Bedankt want jullie blijven zich voor 100% inzetten, ook in de huidige situatie die zeer zwaar is. Jullie geven niet op, gaan door en realiseren het onmogelijke. Bij Belfius willen we de hele ziekenhuissector dan ook resoluut steunen. Dicht bij jullie staan, precies daar waar jullie jullie dagelijkse missie volbrengen. Door concrete oplossingen, efficiënte tools en gericht advies aan te bieden. Zoals met onze jaarlijkse sectoriële analyse MAHA bijvoorbeeld die we jullie dit jaar op 17 november presenteren. In alle omstandigheden zijn en blijven we jullie trouwe partner.

Belfius

Belfius Banque SA, Place Charles Rogier 11, 1210 Bruxelles – IBAN BE23 0529 0064 6991
BIC GKCCBEBB – RPM Bruxelles TVA BE 0403.201.185 – N° FSMA 19649 A