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

bpost
PB-PP
BELGIE(N) - BELGIQUE

HOSPITALS·BE

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

DE ZIEKENHUISAPOTHEKER IN DE SCHIJNWERPERS



IMPACT DE LA COVID-19 SUR LA CHARGE DE TRAVAIL INFIRMIER À L'USI

2.21
TRIMESTRIEL
Avril | Juin 2021
DRIEMAANDELIJKS
April | Juni 2021

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

PHARMACEUTICAL RESEARCH RESONATES IN OUR LIVES.



SCIENCE SERVING LIFE

pharma.be

TABLE DES MATIÈRES
INHOUDSOPGAVE



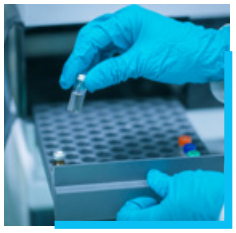
4>5 Voorwoord / Édito
Elke Van Hoof

8>13 Quel a été l'impact sur la charge de travail infirmier à l'USI?

Arnaud Bruyneel, Magali Pirson
L'objectif de cette étude est de comparer le ratio I/P calculé, via l'échelle NAS, entre des patients infectés par la COVID-19 et des patients en soins intensifs sans le virus dans 5 USI en Belgique. Et de tirer des conclusions...

16>23 De ziekenhuisapotheker in de schijnwerpers

Michelle Cooreman
Hoe gaat het er vandaag in een ziekenhuisapotheek aan toe? In wat verschilt hun werking met die van de officina? De antwoorden zijn van Jo Swartenbroekx (UZA en voorzitter van de VZA).

26>29 Les objectifs de l'EAHP COVID-19 Resource Centre

Petr Horák, András Süle, Aida Batista
Plusieurs membres de l'EAHP ont uni leurs forces pour élaborer un «COVID-19 drugs calculation tool» européen (ECDCT). Cet outil aide à évaluer les besoins potentiels en médicaments essentiels.

30>32 Het EAHP COVID-19 Resource Centre

Petr Horák, András Süle, Aida Batista
Om ziekenhuisapothekers tijdens deze COVID-19-pandemie te helpen, startte de European Association of Hospital Pharmacists (EAHP) met het verzamelen van data en het delen van initiatieven voor een goede praktijkvoering.

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: Claudine De Kock

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/Notre Dame à la Rose
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

LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉRITENT AUSSI DES SOINS APPROPRIÉS

Chers professionnels de la santé,

Nous voilà plus d'un an après que la COVID-19 ait complètement chamboulé notre monde. Et vous êtes en première ligne depuis le jour 1. Pendant le premier confinement vous avez été salués et acclamés, et aussi, à juste titre, régulièrement applaudis. Ces applaudissements se sont tus petit à petit. Les drapeaux blancs ont aussi progressivement disparu de nos rues. Malheureusement, ce n'est pas le cas de la COVID-19 et de ses corolaires, le stress et la charge de travail. Et cette dernière était déjà tellement élevée avant la crise du coronavirus.

Osez faire confiance à votre propre force

Au début, vous étiez mus par l'adrénaline et la motivation de maîtriser la crise le plus vite possible. Cette motivation est encore toujours présente, mais la fatigue, le manque de perspective et un sentiment général de malaise réclament désormais leur dû.
Pourtant, je sais que vous allez tenir. Sur la base d'études internationales et nationales, on estime que la majorité des professionnels de la santé traverseront la crise du coronavirus sans dommages physiques ou mentaux. Vous montrez ainsi que les gens, et les professionnels de la santé en particulier, disposent d'une solide capacité d'adaptation et de résilience. Je le savais déjà en tant que psychologue traumatologue, mais cela m'impressionne encore chaque jour, maintenant que j'en vois la confirmation à une aussi grande échelle.
Ce que vous avez réalisé lors de l'année écoulée, et que vous réalisez encore toujours, chaque jour à nouveau, est incroyablement magnifique. Les applaudissements ont disparu, les drapeaux blancs aussi, mais vous continuez. C'est dû au fait qu'en tant que professionnels de la santé, vous êtes animés par une motivation fondamentale ancrée au plus profond de vous. Soyez conscients de cette force. Osez lui faire confiance.

Prenez bien soin de vous et les uns des autres

Et quid avec les professionnels de la santé qui souffriraient de l'impact de la crise? Cela peut aller de la moins bonne qualité de sommeil, de l'augmentation des symptômes de stress et des problèmes physiques à la défaillance et à l'absence de longue durée. Quel que soit votre ressenti, vous aussi, vous méritez une plus grande attention et des soins appropriés. Chez les professionnels de la santé, le seuil pour demander de l'aide est (encore) plus élevé que chez une personne «ordinaire», c'est dans vos gènes. C'est pourquoi je vous demande d'être encore plus attentifs dans les prochains mois. À vous et aux autres.
J'applique moi-même une règle d'or. Vous n'arrivez plus à fonctionner normalement dans votre vie de tous les jours? Dans ce cas, il est temps de demander de l'aide. Parlez avec votre supérieur ou avec le conseiller en prévention aspects psychosociaux. Ou allez chez votre médecin généraliste.
J'ai aussi dû passer à la vitesse supérieure lors de l'année écoulée, sans avoir la ligne d'arrivée en vue. Comment je tiens? En donnant la priorité aux soins à ma personne: manger sain, bouger (le meilleur psychiatre!), dormir suffisamment et essayer de lâcher prise à temps. Ce dernier point est le plus difficile, et je n'y arrive pas tous les jours. Mais je me sens énormément inspirée par votre force et votre résilience. Un grand merci pour ça.



Pr Elke Van Hoof

Psychologue clinicienne (VUB)
Experte auprès du Conseil supérieur de la santé
Tél. 0479 991 219
Elke.Van.Hoof@vub.be

OOK ZORGPROFESSIONALS VERDIENEN GEPASTE ZORG

Beste zorgprofessionals,

Intussen zijn we ruim een jaar verder sinds COVID-19 onze wereld volledig op stelten zette. Vanaf dag één staan jullie in de vuurlinie. Tijdens de eerste lockdown werden jullie bejubeld en bejuicht, en weerklonk er regelmatig een welverdiend applaus. Dat applaus stierf stilaan weg. Ook de witte vlaggen verdwenen gaandeweg uit het straatbeeld Helaas geldt dat niet voor COVID-19 en de bijbehorende stress en werkdruk. En die laatste was voor de coronacrisis al zo hoog.

Durf te vertrouwen op je eigen kracht

In het begin werden jullie gedreven door adrenaline en de motivatie om de crisis zo snel mogelijk onder controle te krijgen. Dat laatste is er nog steeds, maar vermoeidheid, gebrek aan perspectief en een algemeen gevoel van onwelbevinden eisen hun tol.
Toch weet ik dat jullie dit gaan volhouden. Op basis van internationale en nationale studies schatten we in dat de meerderheid van de zorgverleners de coronacrisis zonder fysieke of mentale kleerscheuren zal doorkomen. Hiermee tonen jullie aan dat mensen in het algemeen, en zorgprofessionals in het bijzonder, over een sterk aanpassingsvermogen en veerkracht beschikken. Als traumapsycholoog wist ik dat natuurlijk al, maar ik ben nog elke dag onder de indruk, nu ik dit op zo'n grote schaal bevestigd zie.
Wat jullie het afgelopen jaar gerealiseerd hebben, en nog steeds doen, elke dag opnieuw, is ongelofelijk knap. Het applaus mag dan verdwenen zijn, net als de witte vlaggen, jullie blijven ervoor gaan. Dat komt omdat je als zorgverlener wordt gedreven door een fundamentele motivatie die diep in jezelf zit. Wees je bewust van die kracht. Durf erop te vertrouwen.

Zorg goed voor jezelf en voor elkaar

En wat met de zorgverleners die mogelijk wél last hebben van de impact van de crisis? Dat kan gaan van minder goed slapen, een toename van stressklachten en fysieke ongemakken, tot uitval en langdurige afwezigheid. Hoe je het ook ervaart: ook jij verdient nu extra aandacht en de juiste zorg. Voor zorgprofessionals ligt de drempel om hulp te vragen (nog) hoger dan bij een "doorsnee" mens, dat zit in je DNA. Daarom wil ik jullie vragen om de komende maanden extra oplettend te zijn. Voor jezelf, en voor elkaar.
Zelf hanteer ik een gouden regel. Kun je in je dagelijkse leven niet meer functioneren zoals normaal? Dan is het tijd om hulp te vragen. Praat met je leidinggevende of met de Preventieadviseur Psychosociale Aspecten. Of ga langs bij je huisarts.
Ook via het platform dezorgsamen.be staat een heel team voor jou klaar: externe preventiediensten, eerstelijnspsychologen en centra voor geestelijke gezondheidszorg bundelen er hun krachten om jou snel en deskundig te ondersteunen. Na het invullen van de zorgscreener kom je met enkele muisklikken bij de juiste hulpverlener terecht. Voor een adviesgesprek, begeleiding of een luisterend oor.
Ook ik heb het afgelopen jaar een stevig tandje moeten bijsteken, zonder zicht te hebben op een eindmeet. Hoe ik het volhoud? Door zelfzorg op de eerste plaats te zetten: gezond eten, bewegen (de beste psychiater!), voldoende slapen en op tijd proberen los te laten. Dat laatste is het moeilijkste, en het lukt me zeker niet elke dag. Maar ik voel me enorm geïnspireerd door jullie kracht en doorzettingsvermogen. Een dikke dankjewel daarvoor.

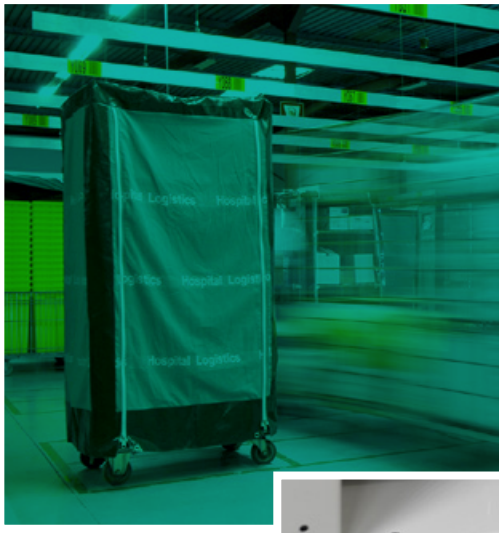


Prof. dr. Elke Van Hoof

Klinisch psycholoog (VUB)
Expert binnen de Hoge Gezondheidsraad
Tel. 0479 99 12 19
Elke.Van.Hoof@vub.be

Des objectifs stratégiques à la crise du coronavirus et inversement

Depuis la mi-2019, un nouveau CEO est à la tête de Hospital Logistics, l'entreprise spécialisée dans la logistique pour le secteur des soins. Il succède à Eric Dewaet qui a occupé cette place pendant 14 ans et a fortement boosté la croissance de l'entreprise. Désormais, une «scale-up» est à l'ordre du jour, notamment en raison de l'arrivée de H. Essers dans l'actionnariat en 2016. Jeroen D'Espallier a été engagé pour réaliser cette augmentation du chiffre d'affaires.









Après une longue carrière chez bpost, où il a dirigé la réorganisation des tournées de distribution du courrier dans notre pays et est ensuite passé à la logistique, Jeroen D'Espallier est entré dans le secteur hospitalier en tant que directeur opérationnel d'un groupe hospitalier bruxellois. «Chez HL, j'associe ma connaissance de la logistique à celle du marché du secteur des soins. Quand j'ai pris mes fonctions à l'été 2019, mon objectif principal était de fixer le budget pour 2020 ainsi que de déterminer la stratégie à suivre.»

Des objectifs stratégiques définis

D'après son nouveau CEO, l'entreprise peut être subdivisée en trois business units: Hospital Care, orientée sur les hôpitaux; Residential Care, axée sur les maisons de repos et de soins, les soins à domicile et les grands cabinets; et Supplier Care, encore à développer. «Alors que les hôpitaux concluent eux-mêmes les contrats d'achat des marchandises avec les fournisseurs, HL s'en charge dans l'unité Residential Care. Dans les deux cas, nous nous occupons des commandes, du suivi, du stockage et de la distribution. Avec notre unité Supplier Care, nous souhaitons aussi assister ces fournisseurs, par exemple en ce qui concerne le stockage, le reconditionnement, la logistique fine…»

Par-dessus ces trois business units, l'entreprise HL se charge de trois types d'activités: transport (avec ses propres camions), warehouse (du stockage dans ses entrepôts au fine picking au niveau des départements dans l'hôpital même), et system. «Le but stratégique en ce qui concerne les activités de transport est l'évolution vers le transport à maillage plus fin, à plus petite échelle, maintenant que la part des soins infirmiers et de l'hospitalisation à domicile augmente. Ce qui se traduit dans la pratique par des camionnettes plus petites qui se rendent dans différents points et y livrent des marchandises.» Dans les activités d'entreposage, nous devons continuer à (1) automatiser pour être plus productifs et plus efficaces, et (2) évoluer vers des produits plus complexes soumis à une réglementation stricte, comme la déblistérisation des médicaments, les marchandises stériles… «Dans le cadre des activités de systématisation, nous faisons depuis des années de la simplification administrative dans l'unité Hospital Care: toutes les marchandises sont livrées chez HL et gérées de façon à ce que l'hôpital ne reçoive plus qu'une seule facture collective. Nous voulons stratégiquement nous appuyer sur cette expérience et réfléchir à si, par exemple en temps de crise, nous devons produire nous-mêmes des marchandises (par ex. des masques buccaux) ou les acheter nous-mêmes, comme nous l'avons fait il y a peu directement en Chine via notre actionnaire Essers pour du matériel de protection…»

Journal de bord de la crise du coronavirus

Début mars 2020, les objectifs stratégiques ont dû être mis sur pause et tout le monde était sur le pont pour livrer le matériel aux hôpitaux afin qu'ils puissent aménager des unités COVID. La demande de certains produits a fortement augmenté. «Notre mission était de ne pas nous arrêter, de garder le taux de malades sous contrôle et de protéger nos collaborateurs. Nous sommes restés en rotation, et nous avons même organisé des équipes du soir et du week-end (ce que nous ne faisons normalement pas) pour pouvoir distribuer les marchandises. Mais nos stocks, et par la suite aussi ceux de tous les fournisseurs européens, se sont épuisés, tandis que la demande d'autres produits est fortement retombée – étant donné que seuls des soins aigus étaient encore administrés. Tout cela a mis notre productivité sous pression.»

Puis les longues années d'expérience de l'entreprise sont venues à la rescousse. Il n'était pas question de rester à ne rien faire. «Via le réseau que nous avions constitué auprès des fournisseurs, nous nous sommes mis à chercher des produits nous-mêmes, parallèlement aux autorités publiques. Avec notre actionnaire Essers, nous avons pu acheter des équipements de protection depuis l'usine en Chine et les amener jusqu'à nos clients et prospects. C'est ainsi que pour un certain nombre de produits nous sommes devenus □prefered supplier□ de la task force du gouvernement.»

En juin 2020, les activités ont petit à petit commencé à reprendre. Les stocks sont repassés à la normale. Le temps était venu pour une première évaluation: qu'est-ce qui pouvait encore être amélioré lors de la vague suivante? Le modèle utilisé par HL s'intéresse à l'automatisation du principe d'allocation des stocks, la gestion du stock d'urgence des équipements de protection, la vitesse d'action et la gestion du personnel en période de crise.

Ode aux collaborateurs

Il faut le souligner, «dans nos entrepôts nos collaborateurs s'épaulent, et quand tout le monde restait chez soi, je leur ai demandé des équipes du soir et du weekend supplémentaires et aux chauffeurs des livraisons dans des hôpitaux où l'épidémie faisait rage. Les camions et les conteneurs qui revenaient chez nous des unités COVID devaient être désinfectés par des collaborateurs portant des équipements de protection adéquats… Je suis très fier du fait que jusqu'ici nous n'avons eu aucun cas de COVID-19. Il aurait été bien plus facile de tout arrêter. Mais nous avons continué à travailler parce que nous avons considéré que c'était notre tâche. J'étais à mon bureau tous les jours de la crise du coronavirus et une centaine de personnes sont littéralement venues à ma porte (et pas plus loin) et nous avons ainsi poursuivi notre travail.»



Van strategische doelen naar coronacrisis en terug



Sinds midden 2019 heeft Hospital Logistics, het bedrijf dat aan logistiek voor de zorgsector doet, een nieuwe CEO. Hij volgt Eric Dewaet op die de taak 14 jaar lang op zich nam en het bedrijf sterk deed groeien. Nu is een 'scale-up' aan de orde, mede doordat H. Essers in 2016 als nieuwe aandeelhouder is ingestapt. Om die omzetverhoging te realiseren werd Jeroen D'Espallier aangetrokken.







Jeroen D'Espallier
Directeur opérationnel HL
Operationeel directeur HL

Na een lange carrière bij bpost, waar hij de reorganisatie van de Belgische distributierondes heeft geleid en daarna de logistiek, maakte Jeroen D'Espallier de overstap naar de ziekenhuiswereld en werd operationeel directeur in een Brusselse ziekenhuisgroep. "Bij HL combineer ik mijn logistieke kennis met de kennis van de markt in de zorgsector. Toen ik in de zomer van 2019 aan de job begon, was het bepalen van het budget voor 2020 en de te volgen strategie mijn hoofddoel."

Afgelijnde strategische doelen

Volgens de nieuwe CEO kan HL worden opgedeeld in drie businessunits: Hospital Care, dat gericht is op de ziekenhuizen, Residential Care gericht naar de woonzorgcentra, de thuiszorg en de grote praktijken, en het nog te ontwikkelen Supplier Care. "Terwijl de ziekenhuizen zelf de contracten sluiten voor de aankoop van de goederen bij de leveranciers, doet HL dat in de Residential Care. In beide gevallen zorgt HL voor de bestellingen, de opvolging, de opslag en de distributie. Met Supplier Care willen we nagaan of we ook voor die toeleveranciers iets kunnen betekenen, zoals opslag, herverpakking, fijnmazige logistiek…"
Over deze drie businessunits houdt HL zich bezig met drie soorten activiteiten: transport (met eigen vrachtwagens), warehouse activiteiten (van opslag in hun magazijnen tot fijnmazige picking op afdelingsniveau in het ziekenhuis) en systeemactiviteiten. "Het strategische doel voor transport is de evolutie naar fijnmaziger, kleinschaliger transport nu het aandeel thuisverpleging en -zorg groter wordt. Vertaald naar de praktijk betekent dat kleinere bestelwagens die ad hoc naar verschillende punten rijden en daar goederen afleveren." In de warehouse activiteiten moet er verder worden (1) geautomatiseerd om productiever en efficiënter te zijn, en (2) geëvolueerd naar complexere producten die onderhevig zijn aan strikte regelgeving , zoals medicatieverknipping, steriele goederen… "Onder systeemactiviteiten doen we al jaren aan administratieve vereenvoudiging in de Hospital Care: alle goederen worden bij HL aangeleverd en beheerd zodat het ziekenhuis nog slechts één verzamelfactuur krijgt. Daarop willen we strategisch voortbouwen en nadenken of we, bijv. in tijden van crisis, zelf producten moeten produceren (bijv. mondmaskers), of zelf goederen inkopen, zoals we voor beschermingsmateriaal via onze aandeelhouder Essers rechtstreeks uit China onlangs hebben gedaan…"

Logboek van de coronacrisis

Begin maart 2020 moesten de strategische doelen op on hold worden gezet en was het alle hens aan dek om de ziekenhuizen het materiaal te leveren zodat ze corona-afdelingen konden inrichten. De vraag naar bepaalde producten steeg enorm. "Onze opdracht was dan om niet stil te vallen, het ziektepercentage onder controle te houden en onze werknemers te beschermen. We zijn in roulatie gebleven, en hebben zelfs avond- en weekendshiften georganiseerd (wat we normaal niet doen) om de goederen verdeeld te krijgen. Maar onze voorraden, en later ook die van alle Europese leveranciers, geraakten uitgeput, terwijl de vraag voor andere producten drastisch terugviel - vermits alleen nog acute zorg werd verleend. Daardoor kwam onze productiviteit onder druk te staan."
Dan is de jarenlange ervaring van het bedrijf ter hulp geschoten. Niets doen was niet aan de orde. "Door het netwerk dat we hadden opgebouwd bij de leveranciers zijn we zelf producten beginnen zoeken, in parallel met de overheid. Samen met onze aandeelhouder Essers hebben we vanaf de fabriek in China beschermingsmiddelen kunnen aankopen en brengen tot bij onze klanten en prospects. Voor een aantal producten zijn we zo 'prefered supplier' geworden van de task force van de overheid."
In juni 2020 zijn de activiteiten stilaan terug op gang gekomen. De voorraden werden terug normaal. Tijd voor een eerste evaluatie: wat kan er nog beter bij de volgende golf? In het model dat HL hanteert, wordt er nagedacht over het automatiseren van het voorraadallocatieprincipe, het beheren van de noodstock aan beschermingsmiddelen, de snelheid van handelen en people management in crisistijd.

Ode aan de werknemers

Want het mag gezegd, "in de loodsen staan onze werknemers schouder aan schouder, en toen iedereen thuis bleef, vroeg ik van hen extra avond- en weekendshiften en van de chauffeurs leveringen in ziekenhuizen waar de epidemie volop woedde. Vrachtwagens en containers die uit de COVID-afdelingen bij ons terugkwamen, moesten worden ontsmet door werknemers die adequate beschermingsmiddelen droegen… Ik ben heel fier op het feit dat we tot vandaag geen geval van covid-19 hebben gehad. Het zou veel gemakkelijker geweest zijn om alles stil te leggen. Maar we zijn blijven verder werken omdat we dat als onze taak beschouwen. Ik heb elke dag van de coronacrisis aan mijn bureau gezeten en honderd man zijn letterlijk tot aan mijn deur geweest en zo hebben we ons werk voortgezet."

HOSPITAL LOGISTICS
everything for healthcare

Industriezone A118
Gaston Geenslaan 33 | 3200 Aarschot
E-mail: info@hospitallogistics.eu
Tel. +32 (016) 56 47 44 | Fax: +32 (016) 56 87 86

LORS DE LA PREMIÈRE VAGUE DE COVID-19

QUEL A ÉTÉ L'IMPACT SUR LA CHARGE DE TRAVAIL INFIRMI



La pandémie de COVID-19 a augmenté significativement – de 20% en moyenne – le temps de travail infirmier aux soins intensifs (USI) et le ratio infirmier/infirmière par patient idéal est proche du 1/1. Par conséquent, nous recommandons d'augmenter en urgence le personnel infirmier en soins intensifs afin de faire face à de potentielles vagues de COVID-19 ou à d'autres éventuelles pandémies de pathologies infectieuses.

© stock.adobe.com

ER À L'USI?



Arnaud Bruyneel
Infirmier aux soins intensifs au CHU Tivoli et assistant/doctorant en Santé Publique à l'Université Libre de Bruxelles, dans le Centre de recherche en Économie de la santé, Gestion des institutions de soins et Sciences infirmières
arnaud.bruyneel@ulb.be
+32(0)495 753 004



Magali Pirson
Professeure en Sciences de la Santé Publique (PhD) à l'Université Libre de Bruxelles et directrice du Centre de recherche en Économie de la santé, Gestion des institutions de soins et Sciences infirmières

Depuis mars 2020, l'Europe fait face à la pandémie de COVID-19, causée par le virus SARS-COV-2[1]. En Belgique, le Plan d'Urgence Hospitalier (PUH) a été déclenché le 13 mars 2020. Le pic de l'épidémie s'est produit vers le 10 avril 2020 environ, le pays ayant compté plus de 1.500 patients hospitalisés dans les USI pour la COVID-19 sur une capacité augmentée à 2.000 lits d'USI [2].

Ces patients COVID-19 nécessitent régulièrement de la ventilation mécanique, une position ventrale, voire une oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) [3]. L'augmentation significative de ces patients critiques influence certainement la charge de travail infirmier aux soins intensifs [4] et une gestion optimale du rapport personnel infirmier/patient (I/P) est essentielle afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins. En effet, des études démontrent l'association entre le rapport I/P inadéquat et la mortalité à l'hôpital [5-7]. Plus spécifiquement dans les USI, on constate une association entre la diminution du rapport I/P et une augmentation des incidents et des événements indésirables [8, 9], une augmentation des infections nosocomiales [5, 8, 9], une augmentation des escarres [10], une augmentation des durées de séjour à cause des complications chirurgicales [11, 12] et, enfin, une augmentation des pneumonies acquises sur ventilation mécanique [13]. Cette association s'explique par une augmentation des soins manquants* lorsque le ratio I/P est inadéquat [14]. Les complications sont plus marquées dans les USI que dans les unités de soins classiques à cause du caractère critique et urgent des soins qui y sont prodigués [14]. En Belgique, une étude récente menée dans 16 hôpitaux, avant la pandémie de COVID-19, a démontré un écart important entre le ratio I/P suggéré par l'échelle Nursing Activities Score (NAS) (1/1,5) et le ratio de la législation belge (1/3) [15].

L'objectif de cette étude est de comparer le ratio I/P calculé, via l'échelle NAS, entre des patients infectés par la COVID-19 et des patients en soins intensifs sans le virus dans 5 USI en Belgique et d'analyser les facteurs qui augmentent la charge de travail.

Un outil validé: le score NAS

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective comparative menée dans 3 hôpitaux de Belgique francophone pour un total de 42 lits. Les patients admis entre le 2 septembre 2019 et le 16 mars 2020 composaient le groupe non COVID-19 et ceux admis du 16 mars au 17 mai 2020 composaient le groupe COVID-19. Le diagnostic de COVID-19 a été posé via un test de réaction en chaîne par polymérase (PCR) à partir d'un écouvillon nasopharyngé et/ou d'un scanner thoracique.

Le NAS englobe 81% des activités infirmières et est indépendant de la gravité des pathologies. De plus, les 19% d'activités restantes sont comptabilisés proportionnellement dans le score. Cette échelle rétrospective spécifique aux soins intensifs peut être encodée par pause ou par jour (24 heures). Cet outil a été validé dans pas moins de 99 USI de 15 pays et est repris dans un nombre important de publications internationales [16]. Le score est exprimé en pourcentage et varie de 0 à 177%. Il représente la proportion de temps infirmier nécessaire pour prodiguer les soins au patient (100% = 1 infirmier/infirmière). L'échelle NAS utilisée dans cette étude a été traduite et adaptée à la Belgique. Cette version de l'échelle a été publiée dans une étude précédente par Bruyneel et al. [17]. Le score a été encodé via un outil informatique (Epimed Monitor®) à la fin de chaque pause de travail par le personnel infirmier. Le score NAS par 24 heures a été obtenu en

* NDLR: Le terme «soins manquants» est la traduction de «missing care». Quand les infirmiers/infirmières ont une charge de travail élevée, ils/elles ne se désinfectent plus les mains, ne font plus les pansements, etc.

L'augmentation de la charge de travail par rapport aux patients non COVID-19 est principalement due à un score plus élevé dans trois items: la surveillance, les mobilisations et les soins d'hygiène

prenant le maximum de chaque item enregistré par pause de travail [16].
Nous avons choisi le NAS comme outil car il est utilisé dans le monde entier [18] et n'est pas chronophage pour l'encodage [17]. Enfin, les auteurs d'une récente revue de la littérature rapportent que le NAS est le meilleur instrument pour définir la dotation en soins infirmiers aux soins intensifs [19].
Des analyses de régression logistique multiple ont été effectuées afin d'isoler des prédicteurs de charge de travail infirmier aux soins intensifs. Nous avons dichotomisé (valeurs élevées ou faibles) les variables continues en nous référant soit à la médiane (ex.: NAS > 74,6%), soit à l'un des seuils internationaux pour l'indice de masse corporelle (IMC). Tous les comités d'éthique hospitaliers ont été consultés et nous avons obtenu l'autorisation des comités locaux des trois hôpitaux. En raison de la nature observationnelle de l'étude et de l'anonymisation des données, le consentement écrit des patients ou des proches n'était pas requis.

Différences significatives

L'étude a inclus 95 patients avec la COVID-19 et 1.604 patients sans la COVID-19 hospitalisés en USI. La durée de séjour (médiane: 9 vs 2 jours), la proportion d'hommes (70 vs 54%), l'IMC (médiane: 29,4 vs 26,7 kg/m²) et la durée de ventilation mécanique (médiane: 11 vs 2 jours) sont significativement plus élevés chez les patients COVID-19. Concernant les scores de gravité médicale, l'Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II (APACHE II) (17 vs 11 points) est significativement plus élevé chez les patients COVID-19. Par contre, aucune différence n'est observée entre les deux groupes pour le Simplified Acute Physiology Score 3 (SAPS 3). Le taux de décès est également plus élevé (24 vs 11%) dans le groupe COVID-19. Enfin, les diagnostics les plus présents dans le groupe non COVID-19 sont les surveillances postopératoires (25%), les chocs cardiogéniques (15%) et le sepsis (10%).
Au total, 905 NAS dans le groupe COVID-19 et 5.453 NAS dans l'autre groupe ont été inclus dans l'étude. Le NAS moyen augmente significativement de 20% pour le groupe COVID-19 (92,0 ± 16,1 vs 71,7 ± 18,2, p < 0,0001) et avec un NAS plus élevé à l'admission en USI. La distribution du score NAS est également significativement différente. Les activités infirmières diffèrent significativement également, les patients avec la COVID-19 demandent plus de temps en surveillance, en mobilisation et pour les soins d'hygiène. La COVID-19 fait augmenter significativement le NAS dans les trois hôpitaux et sur les deux shifts (jour et nuit). Cette augmentation est plus marquée la nuit que le jour (respectivement 27 vs 21%).
Concernant l'analyse multivariée, la présence d'une dialyse en continu (OR = 10,3; IC 95%: 2,4-20,4), l'APACHE II (OR = 6,37; IC 95%: 1,8-31,7), les patients décédés (OR = 1,62; IC 95%: 1,6-6,9) sont associés significativement à un NAS plus élevé. Concernant les patients non COVID-19, l'IMC > 30 kg/m², la présence d'une dialyse en continu, le SAPS 3 > 46, l'APACHE II > 14 et la ventilation mécanique sont associés significativement à un NAS plus élevé. Enfin, pour l'ensemble de l'échantillon, la COVID-19 est fortement significativement associée à un NAS plus élevé (OR = 4,8; IC 95%: 3,6-6,4).

Discussion

Dans cette étude, la proportion d'hommes, l'IMC, la durée de séjour plus longue, le score moyen de l'APACHE II, la durée de ventilation mécanique et la mortalité sont plus élevés chez les patients COVID-19. Ceci a déjà été observé dans d'autres études sur la COVID-19 (3, 20, 21) et ces résultats démontrent que la COVID-19 change fondamentalement l'activité médicale en soins intensifs.
Le NAS moyen chez les patients COVID-19 (92% ± 16%) est très important par rapport à d'autres NAS publiés de manière internationale (18). Dans une étude italienne auprès de 15 patients COVID-19, les auteurs avaient trouvé un score moyen (84% ± 10%) légèrement plus bas que dans notre étude. Dans notre étude, les activités infirmières sont significativement plus élevées dans les items monitoring et titration, en mobilisation et pour les soins d'hygiène. Ceci s'explique par le fait que les patients COVID-19 sont plus critiques, par l'utilisation du décubitus ventral et par les mesures d'isolement nécessitant beaucoup de temps en soins directs. Le score NAS par shift est légèrement plus faible la nuit

(médiane le matin: 90% et médiane la nuit: 83%) comme déjà démontré dans une étude précédente [15]. En effet, en Belgique, une majorité des soins d'hygiène sont réalisés pendant la journée, ce qui explique cet écart. Le score NAS augmente chez les patients COVID-19 de manière assez uniforme dans les 5 USI.

Selon le score NAS, les patients COVID-19 demandent donc un ratio I/P idéal proche de 1/1 alors que le ratio I/P légal en Belgique en USI est de 1/3. Le NAS chez les patients non COVID-19 (72% ± 18%) est fort semblable à une autre étude publiée récemment en Belgique (69% ± 15%) [15].

Concernant les facteurs associés à la charge de travail infirmier, trois facteurs sont associés à un score NAS plus élevé dans le groupe COVID-19: présence d'une dialyse en continu, l'APACHE II, les patients décédés. A contrario, les patients plus âgés sont associés à un NAS plus faible. Ceci peut s'expliquer peut-être par des limitations thérapeutiques chez les personnes âgées. Dans le groupe non COVID-19, on retrouve d'autres facteurs associés à un score NAS plus élevé, l'IMC, le SAPS 3, les patients sous ventilation mécanique. Nous trouvons des facteurs différents dans les deux groupes car les patients COVID-19 ont une sévérité plus importante, un NAS moyen très élevé et sont sous ventilation mécanique plus régulièrement.

Recommandations

Selon une étude publiée en 2019 dans 16 hôpitaux belges, il convient d'adapter en urgence le staffing infirmier en soins intensifs en Belgique pour maintenir une qualité des soins [15]. De plus, vu les résultats de cette étude et vu la possibilité d'autres vagues de COVID-19 [22], il serait judicieux d'adapter le ratio I/P à cette situation. D'autant qu'une étude belge récente trouve une association entre l'augmentation du nombre de lits de soins intensifs et la mortalité des patients COVID-19 [23]. Le lien entre ces deux études est probable, la charge de travail du personnel infirmier aux soins intensifs et l'inadéquation de la formation du personnel auraient pu augmenter la mortalité des patients avec la COVID-19. Une solution pour gérer cette augmentation de ratio I/P exceptionnelle en cas de pandémie serait d'avoir une équipe mobile formée régulièrement et de manière continue aux soins critiques. Le nouveau fonds Blouses blanches pourrait être utilisé à cette fin dans les hôpitaux. De plus, avoir un cadastre infirmier avec des compétences spécifiques, comme les soins critiques, pourrait guider les autorités à faire appel à du personnel infirmier inactif pendant les plan PUH.

Dans cette étude, nous avons identifié des prédicteurs qui influencent la charge de travail infirmier aux soins intensifs. Ces facteurs peuvent donc aider les managers à répartir les patients dans l'équipe infirmière, voire à guider les transferts entre hôpitaux dans le cadre d'un plan PUH pour équilibrer la charge de travail infirmier.

L'aspect économique est souvent un prétexte pour limiter le rapport I/P. Mais si on regarde à long terme, une étude suisse démontre qu'augmenter le nombre d'infirmiers/infirmières est économiquement rentable à long terme grâce à la diminution des complications infectieuses, de la durée de séjour et des réadmissions à l'hôpital [24]. Une autre étude américaine démontre que les hôpitaux disposant de meilleures ressources infirmières ont obtenu des résultats plus favorables sur la qualité des soins et sur l'absentéisme du personnel infirmier sans pratiquement aucune différence de coût [25]. Enfin, un nombre limité d'infirmiers/infirmières au chevet du patient n'est pas un coût efficace comme le démontre une étude anglaise [26]. Cependant, le coût du personnel soignant aux soins intensifs représente environ 60% des coûts fixes, un système de financement prenant en compte la charge de travail des infirmiers/infirmières serait plus représentatif de l'activité et des besoins en personnel aux soins intensifs. C'est utilisé en Allemagne et en Autriche via des anciennes échelles (TISS-28 et NEMS) [27] et le NAS a montré qu'il pouvait-être utilisé comme système de financement en Norvège [28].

Au vu de ces résultats, il est également important de lutter contre

Le NAS moyen (± déviation standard) d'un patient COVID-19 dans l'étude est de 92% (± 16) et nécessite donc un ratio infirmier/infirmière par patient proche de 1/1.



© stock.adobe.com

La charge de travail était significativement plus élevée chez les patients plus jeunes, lors d'une dialyse en continu, auprès des patients décédés, et lorsque la sévérité du patient, mesurée via le score APACHE II, était plus élevée

la pénurie infirmière en Belgique. Selon un cadastre infirmier réalisé en 2017 par le SPF Santé Publique, nous avons 210.000 infirmiers/infirmières diplômé(e)s en Belgique. Cependant, bon nombre d'entre eux/elles quittent précocement la profession et le temps moyen de travail est de 0,82 ETP. Au total, nous n'avons donc plus qu'environ 120.000 ETP d'infirmiers/infirmières actifs/actives en Belgique. En parallèle, on constate une diminution des inscriptions dans les différents cursus de soins infirmiers. En janvier 2020, le centre d'expertise belge (KCE) a publié un rapport demandant d'investir de manière urgente dans la profession [29]. La conclusion du rapport est qu'il est nécessaire de mettre en place une politique fixant un nombre légal maximum de patients par infirmier, et d'y investir les moyens nécessaires, afin d'améliorer à la fois les conditions de travail du personnel infirmier et la sécurité des soins. Les tâches qui ne relèvent pas des soins infirmiers devraient être prises en charge par d'autres professionnels. Comme on le voit dans d'autres pays, ces mesures permettraient d'augmenter l'attrait de la profession, d'y attirer un plus grand nombre de nouvelles recrues et de diminuer le nombre d'abandons.

Limites

Cette étude présente évidemment certaines limites. Premièrement, nous avons un nombre de patients COVID-19 limités (95 patients) et seulement 3 hôpitaux. Il serait intéressant de refaire cette étude avec plus de patients et plus d'USI afin d'améliorer la représentativité et la puissance statistique. Deuxièmement, il manque des facteurs pour expliquer l'association avec un NAS élevé. Par exemple, nous n'avons pas de patients sous ECMO et nous n'avons pas extrait les séances de décubitus ventral. Finalement, nous avons comparé des patients à des périodes de l'année différentes. Cependant, une étude a démontré que le score NAS n'est pas significativement différent entre l'hiver et l'été [15].

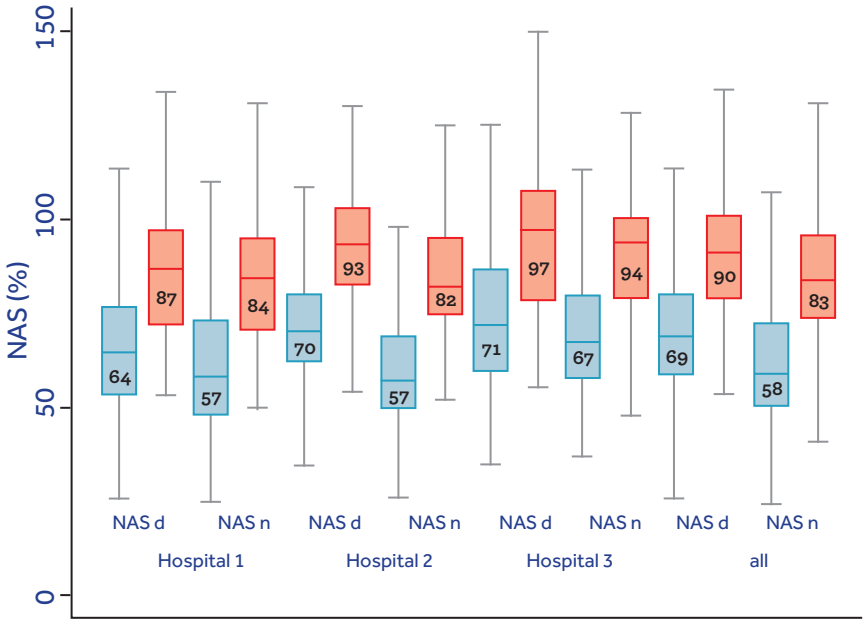
[1] Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. Acta Bio Medica Atenei Parmensis 2020; 91: 157–60.
[2] Sciensano. BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE DU 20 JUIN 2020. https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/Dernière%20mise%20à%20jour%20de%20la%20situation%20épidémiologique.pdf (accessed June 4, 2020).
[3] Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, et al. Baseline Characteristics and Outcomes of 1591 Patients Infected With SARS-CoV-2 Admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. JAMA 2020; 323: 1574.
[4] Lucchini A, Giani M, Elli S, Villa S, Rona R, Foti G. Nursing Activities Score is increased in COVID-19 patients. Intensive and Critical Care Nursing 2020; : 102876.
[5] Needleman J, Liu J, Shang J, Larson EL, Stone PW. Association of registered nurse and nursing support staffing with inpatient hospital mortality. BMJ Qual Saf 2020; 29: 10–8.
[6] Neuraz A, Guérin C, Payet C, et al. Patient Mortality Is Associated With Staff Resources and Workload in the ICU: A Multicenter Observational Study*. Critical Care Medicine 2015; 43: 1587–94.
[7] Margadant C, Wortel S, Hoogendoorn M, et al. The Nursing Activities Score Per Nurse Ratio Is Associated With In-Hospital Mortality, Whereas the Patients Per Nurse Ratio Is Not*: Critical Care Medicine 2020; 48: 3–9.
[8] Daud-Gallotti RM, Costa SF, Guimarães T, et al. Nursing Workload as a Risk Factor for Healthcare Associated Infections in ICU: A Prospective Study. PLoS ONE 2012; 7: e52342.
[9] Venier A-G, Leroyer C, Slekovec C, et al. Risk factors for Pseudomonas aeruginosa acquisition in intensive care units: a prospective multicentre study. Journal of Hospital Infection 2014; 88: 103–8.
[10] Cremasco MF, Wenzel F, Zanei SS, Whitaker IY. Pressure ulcers in the intensive care unit: the relationship between nursing workload, illness severity and pressure ulcer risk: Pressure ulcers in the ICU. J Clin Nurs 2013; 22: 2183–91.
[11] Amaravadi RK, Dimick JB, Pronovost PJ, Lipsett PA. ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. Intensive Care Med 2000; 26: 1857–62.
[12] Dang D, Johantgen ME, Pronovost PJ, Jenckes MW, Bass EB. Postoperative complications: Does intensive care unit staff nursing make a difference? Heart & Lung 2002; 31: 219–28.
[13] Jansson MM, Syrjälä HP, Ala-Kokko TI. Association of nurse staffing and nursing workload with ventilator-associated pneumonia and mortality: a prospective, single-center cohort study. Journal of Hospital Infection 2019; 101: 257–63.
[14] Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, et al. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. International Journal of Nursing Studies 2018; 78: 10–5.
[15] Bruyneel A, Tack J, Droguet M, et al. Measuring the nursing workload in intensive care with the Nursing Activities Score (NAS): A prospective study in 16 hospitals in Belgium. Journal of Critical Care 2019; 54: 205–11.
[16] Miranda DR, Nap R, de Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G. Nursing activities score: Critical Care Medicine 2003; 31: 374–82.
[17] Bruyneel A, Guerra C, Tack J, Droguet M, Maes J, Miranda DR. Traduction sémantique en français et implémentation du Nursing Activities Score en Belgique. Méd Intensive Réa 2018; 27: 260–72.
[18] Padilha KG, Stafseth S, Solms D, et al. Nursing Activities Score: an updated guideline for its application in the Intensive Care Unit. Rev esc enferm USP 2015; 49: 131–7.
[19] Hoogendoorn ME, Margadant CC, Brinkman S, Haringman JJ, Spijkstra JJ, de Keizer NF. Workload scoring systems in the Intensive Care and their ability to quantify the need for nursing time: A systematic literature review. International Journal of Nursing Studies 2020; 101: 103408.
[20] Zou X, Li S, Fang M, et al. Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II Score as a Predictor of Hospital Mortality in Patients of Coronavirus Disease 2019. Critical Care Medicine 2020; 48: e657–65.
[21] Quah P, Li A, Phua J. Mortality rates of patients with COVID-19 in the intensive care unit: a systematic review of the emerging literature. Crit Care 2020; 24: 285.

Conclusions

Les résultats de cette étude appuient la nécessité de mettre en place une politique fixant un nombre légal maximum de patients par infirmier/infirmière aux soins intensifs, et d'y investir les moyens nécessaires, afin d'améliorer à la fois les conditions de travail du personnel infirmier et la sécurité des soins. De plus, vu l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la charge de travail infirmier, il serait également judicieux d'avoir une réserve de personnel infirmier compétent et formé pour les soins critiques et facilement mobilisables dans l'hôpital. Enfin, le système de financement du personnel soignant et la lutte contre la pénurie infirmière sont des éléments à réformer pour adapter le ratio I/P aux soins intensifs.

[22] Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the postpandemic period. Science 2020; 368: 860–8.
[23] Taccone FS, Vangoethem N, Depauw R, et al. The role of organizational characteristics on the outcome of COVID-19 patients admitted to the ICU in Belgium. The Lancet Regional Health - Europe 2020; : 100019.
[24] For the INTERCARE Research Group, Muench U, Simon M, et al. Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: evidence from Switzerland. Int J Public Health 2019; 64: 1273–81.
[25] Lasater KB, McHugh MD, Rosenbaum PR, et al. Evaluating the Costs and Outcomes of Hospital Nursing Resources: a Matched Cohort Study of Patients with Common Medical Conditions. J GEN INTERN MED 2021; 36: 84–91.
[26] Griffiths P, Saville C, Ball JE, Jones J, Monks T. Beyond ratios - flexible and resilient nurse staffing options to deliver cost-effective hospital care and address staff shortages: a simulation and economic modelling study. International Journal of Nursing Studies 2021; : 103901.
[27] Bittner M-I, Donnelly M, van Zanten AR, et al. How is intensive care reimbursed? A review of eight European countries. Ann Intensive Care 2013; 3: 37.
[28] Stafseth SK, Tønnessen TI, Fagerström L. Association between patient classification systems and nurse staffing costs in intensive care units: An exploratory study. Intensive and Critical Care Nursing 2018; 45: 78–84.
[29] Van den Heede K, Bruyneel L, Beeckmans D, et al. Safe nurse staffing levels in acute hospitals. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019; KCE Reports 325: D/2019/10.273/75.

[Figure 1] Boîte à moustaches représentant le NAS médian selon la pause de travail et l'hôpital



Bleu: patients USI et rouge: patients COVID-19; NAS d = jour NAS; NAS n = nuit NAS. Toutes les comparaisons sont significatives (p < 0,001).

Article basé sur une étude: Bruyneel A, Gallani MC, Tack J et al. Impact of COVID-19 on nursing time in intensive care units in Belgium. Intensive and Critical Care Nursing, 2021, vol. 62, p. 102967. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102967.
Étude réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat en Sciences de la Santé Publique à l'Université Libre de Bruxelles par Arnaud Bruyneel sous la supervision de la Pre Magali Pirson.

De impact van COVID-19 op de werklast van verpleegkundigen op IZ

Tijdens de eerste golf van de COVID-19-pandemie werd vastgesteld dat de verpleegkundige werktijd op Intensieve Zorg (IZ) significant toenam – met gemiddeld 20% – en dat de ideale ratio verpleegkundige/patiënt dicht bij 1/1 lag. Die toename van de werklast, in vergelijking met niet-COVID-19-patiënten, was hoofdzakelijk te wijten aan een hogere score op drie thema's: bewaking, mobilisatie en hygiënische zorg. Ze was ook significant hoger voor jongere patiënten, tijdens continue dialyse, bij overleden patiënten, en wanneer de ernst van de patiënt – gemeten met de APACHE II-score – hoger was.
De resultaten van deze studie wijzen op de nood voor het vastleggen van een legaal maximum aantal patiënten per verpleegkundige op IZ. Bovendien moeten de nodige middelen worden geïnvesteerd om zowel de arbeidsvoorwaarden van de verpleegkundigen als de veiligheid van de zorg te verbeteren. Gelet op de impact van de COVID-19-pandemie op de verpleegkundige werklast is het eveneens raadzaam om over een reserve aan competent en gevormd verpleegkundig personeel te beschikken, dat snel kan worden ingezet op IZ.

«Ce qu'un hôpital achète n'est pas nécessairement le choix le plus efficient pour l'assurance maladie»

Publireportage

L'analyse MAHA réalisée par Belfius le démontre. Les hôpitaux sont de plus en plus dépendants de la marge financière réalisée par la pharmacie. Une marge qui devient de plus en plus importante. Un entretien avec Joris Van Assche et Pieter Boudrez de Medaxes, l'organisation coupole des producteurs de médicaments génériques, biosimilaires et des produits self-care, sur les défis que cela soulève.

Quelle est l'importance du secteur hospitalier pour vous ?

JVA: «Nos membres veulent contribuer à des soins de santé accessibles à tous. Cela s'applique aussi à l'approvisionnement des hôpitaux. De nombreux médicaments sont génériqués. Les biosimilaires ont eux aussi un avenir prometteur. En permettant à la concurrence de s'exercer par le biais d'appels d'offres, les hôpitaux peuvent obtenir un avantage lors de l'achat. Nos membres se distinguent par la concurrence sur les prix et la qualité du service rendu. Pendant la crise COVID-19, nous avons perçu une énorme responsabilité de nos membres afin de trouver des solutions pour les hôpitaux.»

PB: «Cependant, ce rôle pourrait être encore plus déterminant. Les génériques n'ont qu'une part de marché de 18% dans les hôpitaux belges, là où la part de marché atteint le double, voire le triple partout en Europe. Il reste encore du chemin à parcourir, surtout quand on voit que les dépenses en médicaments dans les hôpitaux - surtout dans les centres de jour - augmentent fortement d'année en année.»

Alors pour vous, que doit-il se passer exactement au niveau politique?

PB: «Nous attendons avec impatience les prochaines étapes de la réforme du financement des hôpitaux. Nous préconisons d'y examiner la composante médicaments aussi. Après tout, la disponibilité continue des médicaments essentiels est également liée à la politique d'achat des hôpitaux. Ce qu'un hôpital achète n'est pas nécessairement le choix le plus efficient pour l'assurance maladie. Nous parlons pourtant de la même autorité de gestion, non?»

JVA: «Il serait en tout cas bon que l'accent mis sur des médicaments meilleurs marché et biosimilaires, dans l'accord de gouvernement, se traduise également dans les hôpitaux. Le financement via le BMF (SPF Santé publique) et le budget médicaments de l'INAMI doivent être alignés. Aujourd'hui, cette transversalité fait défaut. Il existe même dans notre sécurité sociale une incitation à opter pour des médicaments plus chers, en dehors du forfait.»

PB: «C'est aussi quelque chose qui doit être mentionné explicitement dans le pacte avec l'industrie pharmaceutique.»

Quelles actions allez-vous entreprendre vous-mêmes à cet égard?

PB: «Nous visons une table ronde réunissant tous les acteurs pour réfléchir à l'optimisation de l'organisation des marchés publics afin de réaliser une réduction de la charge administrative. Nous devons également nous attaquer aux effets indésirables, tels que la pression exercée sur la disponibilité des médicaments essentiels, par exemple les produits de la chaîne du froid ou les préparations stériles.»

JVA: «En effet, un débat est nécessaire sur un processus d'adjudication équitable et en temps utile, favorisant une concurrence maximale et transparente entre les originaux et les génériques/biosimilaires. Rien que dans betransparent.be, on voit qu'en environ 250 millions d'euros de transferts de valeur sont effectués de l'industrie vers le secteur de la santé. Ce débat important justifie de donner la parole à notre secteur.»



Joris Van Assche, Managing Director, (à gauche) et Pieter Boudrez, Public Affairs Director, chez Medaxes

Sint-Amandsstraat 2 | 1853 Strombeek-Bever | T 0032 3 820 14 88 | E info@medaxes.be

Medaxes
Association for accessible medicines

“Wat een ziekenhuis aankoopt, is niet noodzakelijk de meest kostefficiënte keuze voor de ziekteverzekering”

Publireportage

De MAHA-analyse van Belfius wees het uit. Ziekenhuizen worden steeds afhankelijker van de gerealiseerde financiële marge in de ziekenhuisapotheek. Een marge die daarenboven belangrijker wordt. Een gesprek met Joris Van Assche en Pieter Boudrez van Medaxes, de koepel voor generische, biosimilaire en zelfzorg geneesmiddelenproducenten, over de uitdagingen hierbij.

Hoe belangrijk is de ziekenhuissector voor jullie?
JVA: “Onze leden willen bijdragen aan een voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg. Dit geldt ook in de toelevering aan ziekenhuizen. Heel wat geneesmiddelen, of het nu om pijnstillers of oncolitica gaat zijn gegeneriseerd. Ook biosimilars kennen hopelijk een enorme toekomst. Door de concurrentie te laten spelen via aanbestedingen kunnen de ziekenhuizen voordeel halen bij de aankoop van een medicijn. Onze leden diversifiëren zich hoofdzakelijk op basis van prijsconcurrentie en kwaliteit van dienstverlening. Ook tijdens de COVID-19-crisis voelen we een enorme verantwoordelijkheid van onze leden om oplossingen te vinden voor ziekenhuizen.”

PB: “Die rol zou nochtans nog meer uitgesproken kunnen zijn. Generische geneesmiddelen hebben slechts een marktaandeel van 18% in Belgische ziekenhuizen waar dat overal in Europa minstens het dubbele en zelfs meestal het driedubbele betreft. Er is nog een weg af te leggen, zeker als je ziet dat de uitgaven voor geneesmiddelen, vooral in het dagziekenhuis, sterk stijgen jaarlijks.»

Wat moet er dan precies gebeuren op beleidsniveau?
PB: “Wij kijken ook uit naar de volgende stappen in de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. We pleiten ervoor om ook de component geneesmiddelen hier van nabij te bekijken. De blijvende beschikbaarheid van noodzakelijke geneesmiddelen hangt immers ook samen met de aankooppolitiek van ziekenhuizen en aankoopgroepen. Wat een ziekenhuis aankoopt, is niet noodzakelijk de meest kostefficiënte keuze voor de ziekteverzekering. We spreken toch over dezelfde financierende overheid?”

JVA: “Het zou goed zijn dat het inzetten op meer goedkope en biosimilaire geneesmiddelen, zoals in het regeerakkoord staat, ook vertaald geraakt in de ziekenhuizen. De financiering via BFM (FOD Volksgezondheid) en het budget geneesmiddelen van het RIZIV moeten met mekaar in lijn gebracht worden. Die transversaliteit ontbreekt vandaag of werkt zelfs averechts. Er zit vandaag een incentive in onze sociale zekerheid om buiten het forfait voor duurdere geneesmiddelen te opteren.”

PB: “Dat is ook iets wat integraal moet benoemd geraken in het pact met de geneesmiddelenindustrie.”

Welke acties gaan jullie zelf ondernemen hiertoe?
PB: “Een rondetafelgesprek met alle actoren verenigd om na te denken over het optimaliseren van het organiseren van overheidsopdrachten zodat de administratieve last kan teruggedrongen worden is een doel. Daarnaast moeten we ook ingaan op de negatieve bij-effecten van aanbestedingen zoals druk op beschikbaarheid van die noodzakelijke geneesmiddelen. We denken bijvoorbeeld aan cold chain producten of steriele bereidingen.”

JVA: “Inderdaad, een debat over een fair en tijdig aanbestedingsproces waar de concurrentie maximaal en transparant kan spelen tussen originele en generische of biosimilaire geneesmiddelen is noodzakelijk. Als je alleen al ziet dat in betransparent.be om en bij de 250 miljoen euro aan waardetransfers vanuit de industrie naar de gezondheidssector gaan, dan besef je wel dat dit een belangrijke factor is voor onze leden.”



Joris Van Assche, Managing Director, (links) en Pieter Boudrez, Public Affairs Director, bij Medaxes

Sint-Amandsstraat 2 | 1853 Strombeek-Bever | T 0032 3 820 14 88 | E info@medaxes.be

Medaxes
Association for accessible medicines

OFFICINA VERSUS ZIEKENHUISAPOTHEEK

DE ZIEKENHUISAPOTHEKER IN DE SCHIJNWERPERS

Michelle Cooreman



Jo Swartenbroekx
Directeur Apotheek en Logistieke diensten, UZA
Tel. 03 821 51 88
Jo.Swartenbroekx@uza.be

Voorzitter van de Vlaamse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (VZA)
www.vza.be

Dat innovatieve technologieën binnen dit en vijf jaar hun ingang zullen hebben gevonden in de ziekenhuisapotheek, is een zekerheid. Maar hoe gaat het er vandaag in een ziekenhuisapotheek aan toe? En in wat verschilt hun werking met die van de officina, naar analogie met huisarts ook huisapotheek genoemd? We vroegen het aan Jo Swartenbroekx, directeur Apotheek en Logistieke diensten, UZA (Antwerpen) en voorzitter van de Vlaamse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (VZA).

"Een eerste groot verschil tussen een officina en een ziekenhuisapotheek is het aantal patiënten met wie de apotheker rechtstreeks individueel contact heeft. In de ziekenhuisapotheek is dat aantal beperkt, al hebben we wel een aantal patiënten die hun medicatie ambulant moeten komen afhalen. Vaak gaat het om nieuwe geneesmiddelen die, in het kader van de terugbetaling, alleen via de ziekenhuisapotheek aan de patiënten kunnen worden verstrekt. De grote groep aan wie wij medicatie afleveren, zijn gehospitaliseerde patiënten. Gelukkig komen die niet allemaal een voor een met hun bed aan mijn balie. Ook de hoeveelheid en het gamma aan geneesmiddelen waarover we in het ziekenhuis beschikken, wijken af van dat van de huisapotheek. In het ziekenhuis wordt medicatie bovendien vaak parenteraal toegediend, waardoor bepaalde antibiotica alleen in de ziekenhuisapotheek beschikbaar zijn. En dan is er nog de medicatie die typisch in het OK of op de ICU wordt gebruikt, of door de anesthesist en de radioloog (contrastmiddelen)", gaat Jo Swartenbroekx van start.

Nog meer verschillen

In de medicatieverdeling zit nog een belangrijk verschil: "Wij zijn al jaren verplicht om de medicatie per unitdosis af te leveren, en niet per volledige verpakking. De officina's moeten nu wel individuele medicatieverdeling doen voor de rusthuizen."
De financiering is een ander verschilpunt. De zieken-



huisapotheek wordt voor haar werking niet gefinancierd vanuit de verkoop van de geneesmiddelen. Terwijl de officina's een winstmarge en afleveringshonorarium nemen om inkomsten te genereren, is de verkoopprijs van de geneesmiddelen voor gehospitaliseerde patiënten gelijk aan de aankoopprijs. De financiering gebeurt vanuit het budget financiële middelen via de verpleegdagprijs van het ziekenhuis. In die verpleegdagprijs zit een deel B5 voor de werking en personeelskost van de ziekenhuisapotheek. Een deel van de financiering van de geneesmiddelen die in het ziekenhuis worden gebruikt, is sinds 2006 ook geforfaitariseerd.

De ziekenhuisapotheker maakt dezelfde magistrale bereidingen als de huisapotheker, maar omgekeerd is dat niet het geval. Enerzijds worden er in ziekenhuizen met afdelingen pediatrie en neonatologie veel bereidingen gemaakt met lagere dosissen actieve stof dan commercieel beschikbaar. Anderzijds is er sprake van bereidingen die in de huisapotheek niet aan bod komen, zoals chemotherapieën of parenterale voedingen. Die kunnen wel in de ziekenhuisapotheek worden klaargemaakt en afgeleverd voor thuistoediening. OPAT (Out Patient Antibiotic Therapie) voor patiënten die een langdurende intraveneuze antibioticakuur moeten krijgen, en die thuis voortzetten, valt hier eveneens onder.

Klinische farmacie

De term klinische farmacie wordt in het ziekenhuis gebruikt voor wat in de officina farmaceutische zorg wordt genoemd. In beide gevallen zorgt de apotheker ervoor dat de therapie die voor een bepaalde patiënt wordt voorgeschreven, zo goed mogelijk wordt toegediend of toegepast en, zeker in het ziekenhuis, wil hij dat het geheel van de therapie wordt geëvalueerd. Door het rechtstreekse contact van de officina-apotheker met de patiënt kan hij instructies geven over hoe het geneesmiddel moet worden ingenomen/toegepast, rekening houdend met interacties. "Wij doen dat ook op ziekenhuisniveau voor de gehospitaliseerde patiënten. Daarin hebben we twee mogelijkheden: we spreken van een front office klinische farmacie en een back office klinische farmacie. In de front office gaan we als klinisch apotheker samen met de arts op een afdeling multidisciplinair de therapie van de patiënt bekijken en bespreken – dat doen we in de Vlaamse ziekenhuizen al sinds 2000. In het begin was het nog een beetje zoeken, maar intussen is de functie klinische farmacie in alle Belgische ziekenhuizen actief. Om dit ziekenhuisbreed te ontplooien, ontbreekt het ons nog aan middelen. We doen het dus heel gericht, bv. voor een geriatrische afdeling waar de patiënten gewoonlijk langer verblijven. Daarnaast kan het ook voor oncologische patiënten, kinderen of bepaalde doelgroepen zoals transplantpatiënten, met een hoog medicatiegebruik en waar een multidisciplinaire evaluatie zinvol is."
Met back office klinische farmacie bedoelt men de evaluatie van de therapie die in de apotheek zelf gebeurt. De meeste ziekenhuizen doen dit voor alle gehospitaliseerde patiënten. Het is daarbij belangrijk dat er een elektronisch voorschrift is en dat alle gegevens elektronisch beschikbaar zijn. "In ons ziekenhuis zullen we dan vanuit de apotheek de therapie van de patiënt controleren voor hij een geneesmiddel toegediend krijgt: we checken een aantal interacties, trekken de dosis na volgens de nierfunctie, sporen dubbele medicatie op (twee geneesmiddelen met hetzelfde effect), spreiden de toediening in de tijd (geneesmiddelen die niet samen mogen worden gegeven, of antibiotica die over 24 uur moeten werken) … Indien nodig, nemen we contact op met de voorschrijvende arts die de therapie verder aanpast. In de praktijk doen we dat toch een tiental keer per dag, en in 75% van de gevallen staat de arts-specialist er open voor. Ook de huisapotheker zou het medicatieschema met de huisarts kunnen overleggen, maar voor dergelijk overleg is er nog veel schroom."



Steeds vaker doen apotheekassistenten het uitvoerende werk, terwijl ziekenhuisapothekers de controlerende functie hebben.

Het formularium: een vloek of een zegen?

De officina-apotheker is volledig vrij in het bepalen van zijn OTC-aanbod. Voor voorschriftplichtige geneesmiddelen moet hij het merk afleveren dat de arts voorgeschreven heeft, met uitzondering van de generische voorschriften waar hij het goedkoopste moet afleveren en het merk kan kiezen. De ziekenhuisapotheek werkt met een formularium. Het wordt binnen het ziekenhuis opgesteld door een medisch-farmaceutisch comité

De financiering van de ziekenhuisapotheek gebeurt vanuit het budget financiële middelen via de verpleegdagprijs van het ziekenhuis



waarin met artsen, apothekers, verpleegkundigen, ziekenhuishygiënist ... wordt afgesproken welke geneesmiddelen binnen de therapie nodig zijn. Welk merk dan wordt aangekocht, is de keuze van de apotheek. "We kopen één bepaald merk van het geneesmiddel aan, en niet alle specialiteiten die op de markt zijn. Daar hebben we als ziekenhuisapotheek wel een grote impact. En daar zit ook een deel winstmarge, want we kunnen prijzen onderhandelen met de leveranciers. Binnen de afspraken in ons formularium mogen we substitueren als een arts een bepaald merk voorschrijft. In ons ziekenhuis maken

De ziekenhuisapotheker is ook de eindverantwoordelijke in het centrale sterilisatieproces

artsen er geen punt meer van als ze voor een bepaald generisch product dit of dat merk krijgen."
De ziekenhuisapotheker is eveneens verantwoordelijk voor de aankoop, aflevering en facturatie van alle implantaten (implantlenzen, knieën, heupen ..., pacemakers, neurostimulatoren ...). Het soort implantaat wordt door de betrokken specialist bepaald, soms in overleg wanneer afspraken over de aankoop kunnen worden gemaakt. Idem voor de aankoop en aflevering van al het steriele materiaal in het ziekenhuis. De ziekenhuisapotheker is ook de eindverantwoordelijke in het centrale sterilisatieproces: gebruik van de juiste apparatuur voor elk materiaal en garantie van een steriel eindproduct.
Tot slot – en dat komt in de officina niet aan bod – draagt de ziekenhuisapotheker de logistieke verantwoordelijkheid voor de geneesmiddelen die in klinische studies worden gebruikt. Zeker in een universitair ziekenhuis is dat geen marginaal deel van de activiteit van de ziekenhuisapotheek: het ontvangen van de producten, het bewaren op de juiste manier (temperatuur, veiligheid), de juiste lotnummers checken (bij een dubbelblinde studie) ...

Opleidingskwesties

In een ziekenhuisapotheek werken ziekenhuisapothekers; ze hebben een basisopleiding van apotheker, gevolgd door een specialisatie tot ziekenhuisapotheker. Dit laatste is in Vlaanderen een interuniversitaire opleiding van drie jaar. Er wordt gewerkt met een

De opleiding tot apotheekassistent is dezelfde voor tewerkstelling in het ziekenhuis als daarbuiten.





Het KB van 24 september 2020 legt de normen vast die moeten worden toegepast voor steriele bereidingen, de zogenaamde PICS-normen (Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme).

numerus clausus: maximum 30 apothekers per jaar mogen de opleiding starten. Vanaf het tweede jaar krijgen de 'ziekenhuisapothekers in opleiding' sinds 2010 een tegemoetkoming van de overheid voor die beroepsbekwaming. Vandaar de beperking tot 30, want de financiering is een gesloten enveloppe. "Dat maakt dat we toch met een probleem zitten, want we stellen vast dat die 30 onvoldoende zijn om alle vacatures in te vullen. Alle afgestudeerden vinden een job waarvoor ze zijn opgeleid en dus is de overheidsfinanciering goed besteed. Dat zou misschien niet meer het geval zijn als we het aantal zouden optrekken tot 50", argumenteert de VZA-voorzitter.

Mogen in een ziekenhuis alleen ziekenhuisapothekers werken? "Eigenlijk niet, er zijn wel normen: er moet één ziekenhuisapotheker per 150 bedden zijn. Dat betekent voor het UZA dat ik volgens de norm vier ziekenhuisapothekers moet hebben. Maar ik heb er veertien ... De norm dateert van 1991 en is vandaag niet meer realistisch. Alle ziekenhuizen zitten boven die norm. Er staat ook niet letterlijk in de wet dat de apothekers in een ziekenhuis ziekenhuisapothekers moeten zijn. Als voorzitter van de beroepsvereniging ijveren we daar wel voor, onder andere wegens de opleiding in de klinische farmacie en de steriele bereidingen. Doordat er tekorten zijn, stellen we vast dat in verschillende ziekenhuisapotheken ook apothekers zonder bijkomende opleiding werkzaam zijn."

In de ziekenhuisapotheek van het UZA werken 56 mensen van wie 14 apothekers (elk met zijn specialisatie door het brede terrein van producten en procedures), 24 apotheekassistenten en verder nog magazijniers en administratieve krachten.

De opleiding tot apotheekassistent is dezelfde voor tewerkstelling in het ziekenhuis als daarbuiten en behoort tot het secundair technisch onderwijs. Er is ook een opleiding op bachelorniveau, maar die geeft minder doorstroming naar de ziekenhuizen. De verdere opleiding gebeurt in de apotheek zelf. Onder verantwoordelijkheid en toezicht van de ziekenhuisapotheker mogen de apotheekassistenten alle bereidingen maken, medicatie afleveren, anamnese afnemen bij opname van de patiënt (vragen over medicatiegebruik). "In ons ziekenhuis bijvoorbeeld worden de bereidingen allemaal door apotheekassistenten gemaakt. Het is wel de apotheker die de bereiding vrijgeeft. Steeds vaker doen apotheekassistenten het uitvoerende werk, terwijl ziekenhuisapothekers de controlerende functie hebben. Voor de klinische farmacie is de apotheekassistent onvoldoende opgeleid om de therapieën te evalueren en aan te passen."


© stock.adobe.com

Impact van digitalisering

De informatisering zal intussen wel zo ver gevorderd zijn dat alle ziekenhuizen een elektronisch voorschrijfsysteem hebben waarin artsen de therapie voor de individuele patiënt elektronisch ingeven. Dit verschilt van het elektronisch voorschrift dat huisartsen moeten gebruiken. "Het systeem dat binnen het ziekenhuis wordt gebruikt, moet aan een aantal wettelijke aspecten voldoen: de arts voert de opdracht in, zowel om de aflevering door de apotheek mogelijk te maken als om de verpleegkundige toe te laten de medicatie te verstrekken aan de patiënt. Om die laatste reden zit alle niet-voorschriftplichtige medicatie ook in ons voorschrijfsysteem."
Het elektronisch voorschrift is de basis om verdere stappen te zetten in de robotisering. Daarbij worden gegevens uit het elektronisch voorschrift gebruikt om medicatie klaar te zetten voor aflevering. Daarin bestaan twee grote mogelijkheden:

- Enerzijds, worden op de afdelingen alle mogelijke dispenserkasten geplaatst waarbij de verpleegkundige op basis van het voorschrift medicatie rechtstreeks uit de kast neemt. Voor de veiligheid moet er worden ingelogd. Alle informatie over verpleegkundige en patiënt wordt trouwens bijgehouden.

younity
ADVOCATEN

Younity, een advocatenkantoor gespecialiseerd in HR en pensioenen, heeft specifieke expertise in de ziekenhuiswetgeving en arbeidsrecht binnen ziekenhuizen.

Wij kunnen u bijstaan in de relaties tussen het bestuur en het medisch personeel, maar ook met vragen over de competenties van de Medische Raad, de Algemene Vergadering van de ziekenhuisartsen of de werking van HR-governance binnen zorginstellingen.

Ontdek onze expertise in ziekenhuiswetgeving

- Werking en structuur van een ziekenhuis
- Paritair Comité 330
- Regelgevend kader
- Geschillen
- Reorganisatie van ziekenhuizen
- Rusthuizen




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

Caroline **VAN DER REST**
caroline.vanderrest @younity.be

Younity
Vorstlaan 36 - bus 8 1170 Brussel - België
Tel : +32 2 880 77 80 - www.younity.be - www.commyounity.be
info@younity.be - VAT BE 0846.902.050



Alle ziekenhuizen hebben een elektronisch voorschrijfsysteem waarin artsen de therapie voor de individuele patiënt elektronisch ingeven.

© stock.adobe.com

- Daarnaast wordt in een volgende fase in de centrale apotheek zelf ook steeds meer gebruik gemaakt van robots en automatisering op het vlak van distributie: klassieke boxpickers, dat zijn robotarmen die doosjes picken en klaarzetten zoals in de officina al bestaan. Of meer gesofisticeerde robots die volautomatisch de medicatie per patiënt en per toedieningstijd klaarzetten, zoals de verpleegkundigen op de afdelingen doen.

Clean rooms voor steriele bereidingen

Een KB van 24 september 2020 – gepubliceerd op 24 december 2020 – vervangt een KB van 1885 over aflevering en bereiding vanuit de ziekenhuisapotheek. Het legt de normen vast die moeten worden toegepast voor steriele bereidingen, de zogenaamde PICS-normen (Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme). Daarmee werd een Europese richtlijn in Belgische wetgeving omgezet. De ziekenhuisapotheken moeten die binnen de twee jaar toepassen voor steriele bereidingen."Onze clean rooms zullen aan die redelijk strenge normen moeten voldoen. Enkele grote lijnen. De graad van (mogelijke) contaminatie moet worden gecontroleerd door het aantal partikels in de lucht te beperken. Dat kan door met zones te werken. Om van de ene zone naar de andere te gaan, moet men zich omkleden en steeds meer inpakken, en ervoor zorgen dat niet te veel personen tegelijkertijd aanwezig zijn. De bereiding zelf wordt met een LAF-kast (Laminaire AirFlow) gemaakt in partikelvrije lucht (HEPA-filters filteren alle deeltjes groter dan 22 micron eruit), zodat de omgeving aseptisch is. Drukverschillen met de omgevende zone vermijden dat er een luchtstroom is van binnen naar buiten (bv. bij chemotherapie) of van buiten naar binnen (bv. bij TPN).

De voorzitter van VZA ziet drie grote uitdagingen: focus op netwerkvorming, transmurale zorg, een stap verder gaan in de klinische farmacie

De meeste ziekenhuizen zullen zich moeten reorganiseren om aan de PICS-normen te voldoen. Hoogstwaarschijnlijk zal dat gebeuren op niveau van het netwerk. Het bouwen van clean rooms is een serieuze investering. Bovendien kost het verbruiksmateriaal voor de werking bijna evenveel als de infrastructuur zelf. Samenwerken zal dus nodig zijn."

Beroepsverenigingen voor vertegenwoordiging en opleiding

- **Vlaamse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (VZA)**
  De verdere opleiding van de leden is een van de belangrijke taken van de VZA. Via een eigen website verspreidt de vereniging informatie over de aangeboden opleidingsprogramma's naar de leden. Daarnaast zijn er binnen de VZA werkgroepen rond verschillende topics om de leden te ondersteunen in hun dagelijks werk. Bijvoorbeeld rond overheidsopdrachten, klinische farmacie, antibiotica, productinformatiefiches, pletmedicatie ... Wat pletmedicatie betreft, werd een databank samengesteld met de in België beschikbare geneesmiddelen die mogen worden geplet om de inname te vergemakkelijken (met eventuele oplosmiddelen of alternatieven). Die databank wordt eveneens graag door huisartsen en woonzorgcentra geraadpleegd.
  De VZA biedt ook juridische ondersteuning bij conflicten van ziekenhuisapothekers met de werkgever of de overheid, al komen die niet zo vaak voor.

  Alle actieve Vlaamse ziekenhuisapothekers zijn lid van de VZA (ongeveer 750 leden), mede omdat de opleiding belangrijk is in het kader van de accreditering. Om de vijf jaar moeten ziekenhuisapothekers zich bijscholen en voldoende punten halen om hun erkenning als ziekenhuisapotheker te behouden. Recent werden de statuten aangepast, zodat apothekers die in de ziekenhuisapotheek werken (maar geen ziekenhuisapotheker zijn), kunnen toetreden en deelnemen aan de activiteiten.
  www.vza.be

- **Belgische Vereniging van Ziekenhuisapothekers (BVZA)/Association belge des Pharmaciens Hospitaliers (ABPH)**
  De Franstalige en de Vlaamse verenigingen vormen samen de Belgische Vereniging die één aanspreekpunt vormt voor alle federale materies. Zo vertegenwoordigt de BVZA de ziekenhuisapothekers in comités van bijvoorbeeld het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, en binnenkort de Federale Raad van Apothekers in oprichting. De gewestelijke verenigingen zijn eerder praktisch georganiseerd.
  www.hospitalpharmacistbelgium.eu

- **Association Francophone des Pharmaciens Hospitaliers de Belgique (AFPHB)**
  https://www.afphb.org/

Uitdagingen voor het beroep

Als voorzitter van de VZA (zie kader) formuleert Jo Swartenbroekx drie grote uitdagingen voor de beroepsvereniging van ziekenhuisapothekers in de komende jaren.
1) Focus op netwerkvorming: het aanpakken van de juridische obstakels die de samenwerking tussen ziekenhuisapotheken momenteel belemmeren.
2) Transmurale zorg: de vlotte overgang voor de patiënt van eerste naar tweede lijn en andersom op het vlak van medicatie. Er is een goed contact met de eerste lijn, maar de resultaten blijven nog uit. Dit moet op een meer gestructureerde wijze worden aangepakt en initiatieven zullen in de komende jaren niet uitblijven.
3) Een stap verder gaan in de klinische farmacie, namelijk relationeel voorschrijven: dat betekent dat de apotheker, in samenspraak met de behandelende arts, toch een aantal handelingen zal kunnen doen en voorschrijven volgens een afgesproken protocol. Dit is niet bedoeld voor officina-apothekers, wel voor klinische apothekers die verschillende jaren ervaring hebben op een afdeling. Ook vereist het een wettelijk en academisch kader.

Zoom sur le pharmacien hospitalier

Les différences entre le fonctionnement d'une pharmacie hospitalière et celui d'une officine sont nombreuses, nous explique dans cet article Jo Swartenbroekx, directeur Apotheek en Logistieke diensten UZA (Anvers) et président de la Vlaamse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (VZA). Le nombre de patients avec lesquels le pharmacien hospitalier est individuellement en contact direct est limité. La quantité et la gamme de médicaments dont il dispose diffèrent cependant fortement. Une autre différence réside dans la distribution des traitements: «Nous sommes obligés depuis de nombreuses années à délivrer les médicaments par dose unitaire et non par boîte.» De plus, le financement de la pharmacie hospitalière est généré au départ du budget des ressources financières via le prix de la journée d'hospitalisation et non au départ de la vente des médicaments.
Le terme «pharmacie clinique» est utilisé à l'hôpital pour ce qu'on appelle «soins pharmaceutiques» en officine. Dans les deux cas, le pharmacien veille à ce que la thérapie soit administrée ou appliquée du mieux possible et, d'autant plus à l'hôpital, à ce que l'ensemble de la thérapie soit évaluée.

La **Belgique**, pilier **biopharmaceutique** en **Europe**



Caroline Ven,
CEO pharma.be

Malgré la crise sanitaire qui secoue le monde entier depuis plus d'un an, notre pays continue de faire honneur à sa réputation de pilier biopharmaceutique en Europe et dans le monde. Les entreprises pharmaceutiques ont investi massivement dans la recherche et le développement de traitements et de vaccins contre la COVID-19, tout en assurant l'approvisionnement nécessaire en médicaments.

La pandémie de COVID-19 a démontré de manière dramatique à quel point notre vie socio-économique est fragile si nous n'arrivons pas à combattre une maladie grave voire même mortelle. La collaboration entre les centres de recherche aussi bien universitaires que des entreprises, et des énormes moyens publics et privés qui ont été mis à disposition à court terme, ont permis, en moins d'un an, une percée en matière de développement de vaccins adéquats. Le traitement de la maladie est, lui aussi, bien plus au point qu'il ne l'était au début de la pandémie, avec plusieurs traitements en cours d'approbation par l'EMA.

VISER LA DISPONIBILITÉ

Dès le début de la crise, pharma.be a participé à une commission sur la prévention des pénuries de médicaments, instituée au sein de l'AFMPS. En collaboration avec les autorités et les pharmaciens hospitaliers, un système de quotas basé sur l'échange de données entre l'AFMPS et les entreprises a permis de cartographier les besoins et la disponibilité des produits essentiels. Ceci a permis de déterminer les besoins de chaque hôpital et de livrer les quantités adéquates de médicaments contre la COVID-19.

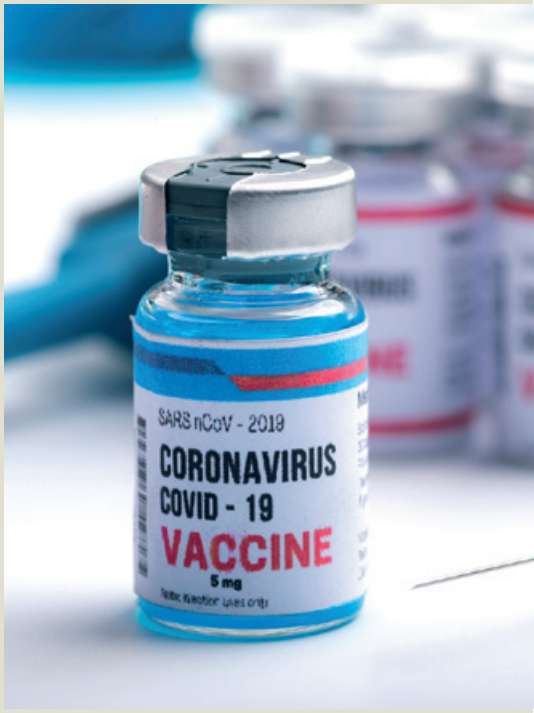
Par ailleurs, l'industrie fait face à un défi sans précédent ; celui de vacciner 7 milliards de personnes. Afin de répondre à ce défi, la rapidité de production d'un lot de vaccins a été doublée, tenant compte du fait que la moitié de ce temps est consacrée au contrôle de qualité. Ceci représente un réel exploit sachant qu'un vaccin peut contenir près de 300 composants, issus de dizaines de sites situés partout dans le monde.

INNOVATION CONTINUE

Les entreprises ont malheureusement aussi fait le constat – tout comme les hôpitaux et le personnel de santé de première ligne – que nombre d'autres thérapies ont été et sont toujours reportées ou annulées. Malgré cela, les entreprises belges s'efforcent de maintenir le rythme des essais cliniques dans les autres champs thérapeutiques et mettent tout en œuvre pour assurer une capacité optimale de soins pour les patients en Belgique.

C'est ainsi qu'une étude récente* a mis en lumière l'impact positif des médicaments innovants sur la vie des patients et la société. Au cours de ces 20 dernières années, le taux de mortalité prématurée en Belgique pour les accidents vasculaires cérébraux, le diabète de type I et l'insuffisance cardiaque, a diminué respectivement de 17, 30 et 40% grâce aux médicaments innovants, principaux traitements pour ces maladies. Nos entreprises continuent d'intensifier leurs efforts pour lancer des traitements innovants plus ciblés et plus personnalisés. Mais ces challenges nécessitent une approche intégrée. La COVID-19 nous l'a appris: ce n'est qu'en collaborant avec toutes les parties prenantes que nous continuerons à apporter de la valeur aux patients belges et à notre système de soins de santé.

* «Twenty years of high societal impact – The Value of Medicines in Belgium», Seboio, 2020.



pharma.be, l'Association générale de l'Industrie du Médicament, regroupe en son sein plus de 125 entreprises pharmaceutiques innovantes actives en Belgique. Ces dernières se concentrent sur la recherche et le développement de nouveaux médicaments, tant à usage humain que vétérinaire, et emploient plus de 38.500 travailleurs dans le secteur pharmaceutique innovant.

pharma.be
ASSOCIATION GÉNÉRALE DE L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT
ALGEMENE VERENIGING VAN DE GENEESMIDDELENINDUSTRIE

België, een biofarmaceutische pijler in Europa



Caroline Ven,
CEO pharma.be

Ondanks de gezondheidscrisis die de wereld al meer dan een jaar op zijn grondvesten doet schudden, blijft ons land zijn reputatie als biofarmaceutische pijler in Europa en de wereld waarmaken. De farmaceutische bedrijven hebben zwaar geïnvesteerd in het onderzoek naar en de ontwikkeling van behandelingen en vaccins voor COVID-19, terwijl zij ook de nodige geneesmiddelen hebben geleverd.



pharma.be, de Algemene Vereniging van de Farmaceutische Industrie, verenigt meer dan 125 innoverende farmaceutische bedrijven die in België actief zijn. Deze bedrijven richten zich op onderzoek naar en ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, zowel voor menselijk als voor diergeneeskundig gebruik, en bieden werk aan meer dan 38.500 mensen in de innovatieve farmaceutische sector.

Glaverbel Building
Terhulpsesteenweg/
Chaussée de La Hulpe 166
1170 Brussel/Bruxelles
www.pharma.be | info@pharma.be

De COVID-19-pandemie heeft op dramatische wijze aangetoond hoe kwetsbaar ons socio-economische leven is als wij er niet in slagen een ernstige en zelfs dodelijke ziekte, snel te bestrijden. De samenwerking tussen onderzoekscentra, zowel universitair als commercieel, en de enorme publieke en particuliere middelen die op korte termijn beschikbaar werden gesteld, maakten in minder dan een jaar een doorbraak mogelijk bij de ontwikkeling van geschikte vaccins. De behandeling van de ziekte is ook veel verder gevorderd dan bij het begin van de pandemie: voor verscheidene behandelingen is de goedkeuring van het EMA in voorbereiding.

STREVEN NAAR BESCHIKBAARHEID

Van bij het begin van de crisis heeft pharma.be deelgenomen aan een commissie ter voorkoming van geneesmiddelentekorten, opgericht binnen het FAGG. In samenwerking met de autoriteiten en de ziekenhuisapothekers heeft een quotasysteem, gebaseerd op de uitwisseling van gegevens tussen het FAGG en de ondernemingen, het mogelijk gemaakt de behoeften en de beschikbaarheid van essentiële producten in kaart te brengen. Dit heeft het mogelijk gemaakt de noden van elk ziekenhuis vast te stellen en de juiste hoeveelheden COVID-19-geneesmiddelen naar beschikbaarheid te leveren.
Bovendien staat de industrie voor een ongekende uitdaging om 7 miljard mensen te vaccineren. Om deze uitdaging aan te gaan, is de snelheid waarmee een vaccin "batch" wordt geproduceerd verdubbeld, rekening houdend met het feit dat de helft van deze tijd wordt besteed aan kwaliteitscontrole. Dit is een hele prestatie als men bedenkt dat een vaccin tot 300 bestanddelen kan bevatten die afkomstig zijn van tientallen locaties over de hele wereld.

VOORTDURENDE INNOVATIE

Helaas hebben bedrijven - evenals ziekenhuizen en werknemers in de gezondheidszorg - ook moeten constateren dat veel andere therapieën zijn uitgesteld of nog steeds worden geannuleerd. Desondanks streven Belgische bedrijven ernaar het tempo van klinische proeven in andere therapeutische gebieden te handhaven en doen zij hun uiterste best om een optimale patiëntenzorgcapaciteit in België te waarborgen.
Een recente studie* heeft het positieve effect van innovatieve geneesmiddelen op het leven van patiënten en de samenleving belicht. In de afgelopen 20 jaar is het aantal vroegtijdige sterfgevallen in België als gevolg van beroertes, diabetes type I en hartfalen met respectievelijk 17, 30 en 40% gedaald dankzij innovatieve geneesmiddelen, de belangrijkste behandelingen voor deze ziekten. Onze bedrijven blijven hun inspanningen opvoeren om meer gerichte en gepersonaliseerde innovatieve behandelingen op de markt te brengen. Maar deze uitdagingen vereisen een geïntegreerde aanpak. Covid-19 heeft ons geleerd dat we alleen door samen te werken met alle belanghebbenden, waarde kunnen blijven creëren voor de Belgische patiënten en ons gezondheidszorgsysteem.

* «Twenty years of high societal impact - The Value of Medicines in Belgium», Seboio, 2020.

UN OUTIL DESTINÉ AUX PHARMACIENS HOSPITALIERS AFIN DE LES AIDER À ADMINISTRER LES MEILLEURS SOINS POSSIBLES AUX PATIENTS

LES OBJECTIFS DE L'EAHP COVID-19 RESOURCE CENTRE



Petr Horák
Président EAHP



András Süle
Président Élu EAHP



Aida Batista
Vice-Présidente EAHP

www.eahp.eu

Article original en anglais



Personne ne contestera que 2020 a été une année difficile pour les pharmaciens hospitaliers et les autres professionnels de la santé dans le monde entier. La pénurie de moyens de protection individuels, de désinfectants pour les surfaces et la peau, et de médicaments ainsi que l'incertitude quant aux options de traitement ont caractérisé le travail de ce groupe de professionnels lors de la première vague de la pandémie de coronavirus. L'European Association of Hospital Pharmacists (EAHP) a monitoré de près, avec l'assistance de ses membres, tous les développements liés à ce nouveau coronavirus. Elle a commencé par la collecte de données et le partage des initiatives de bonnes pratiques afin de soutenir le travail des pharmaciens hospitaliers.



© ingimage.com

L'EAHP COVID-19 Resource Centre a été l'une des contributions déterminantes pour une meilleure préparation des pharmaciens hospitaliers aux obstacles qu'ils pourraient rencontrer à cause du nouveau coronavirus. Fondé à la mi-mars 2020, son objectif est d'assister les membres de l'EAHP et les pharmaciens hospitaliers individuels dans l'administration des meilleurs soins possibles à leurs patients en mettant à leur disposition des informations et un suivi up-to-date portant sur les mesures de protection, la surveillance et les options de traitement pour les patients infectés. L'EAHP COVID-19 Resource Centre est divisé en dix sections. Il vise à collecter un éventail d'informations sur différents aspects de la pandémie, y compris – mais pas exclusivement – les conseils des autorités nationales compétentes, des institutions européennes et internationales mais aussi des associations de professionnels de la santé et des revues scientifiques. Grâce au support de tous ses membres et d'autres parties intéressées, les informations collectées par le Resource Centre ont augmenté très rapidement et continuent de le faire avec de nouveaux documents ajoutés chaque semaine.

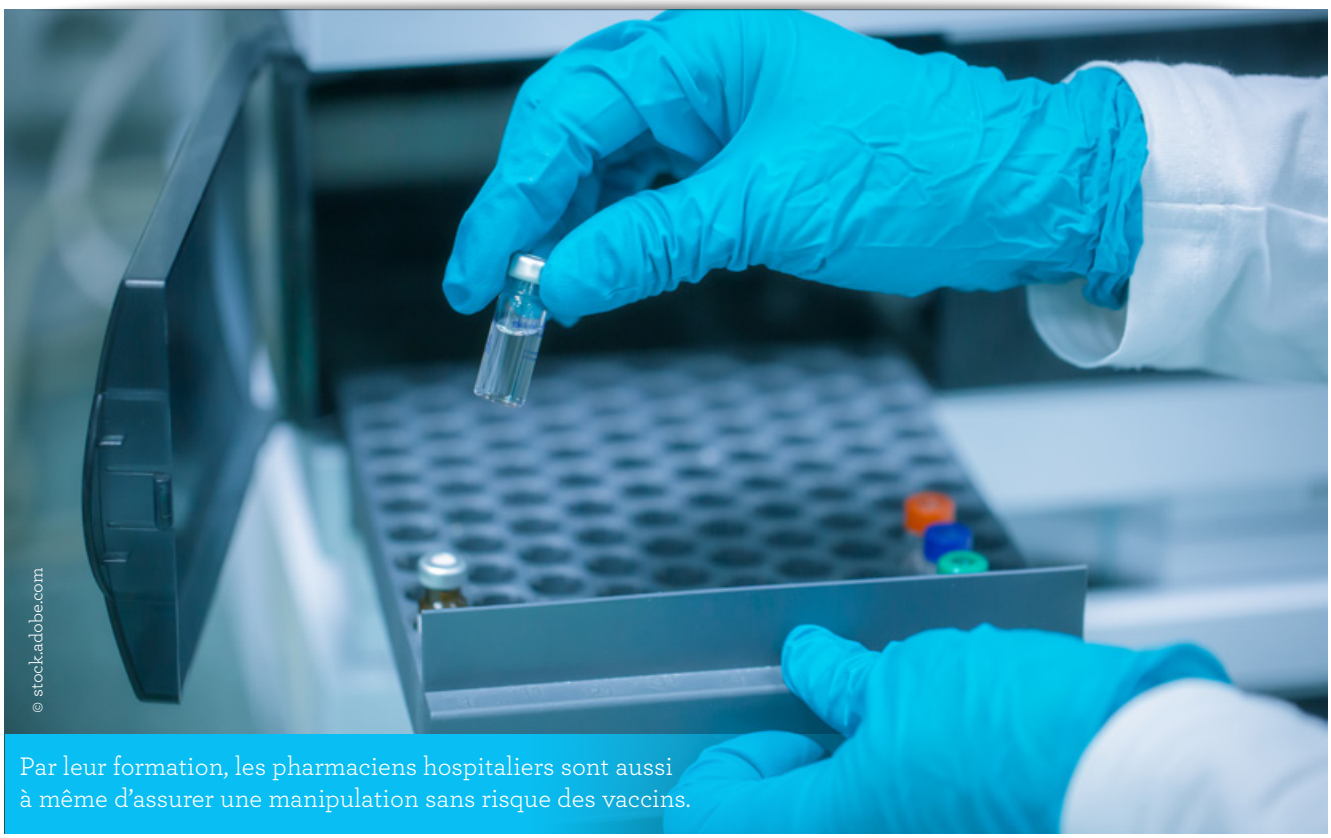
L'EAHP vise à collecter un éventail d'informations sur différents aspects de la pandémie

Et c'est alors que sont arrivés les vaccins

Depuis l'approbation du premier vaccin par l'Agence européenne des médicaments (EMA) en décembre 2020, un aperçu des informations sur les vaccins approuvés dans l'UE a également été proposé. Ces informations sont importantes pour les pharmaciens hospitaliers parce que, comme ils font partie des équipes de vaccination, ils sont préoccupés par la sécurité du vaccin, et ils doivent transmettre ces informations de façon claire aux citoyens concernés. Ils jouent aussi un rôle significatif dans la transmission à leurs collègues professionnels de la santé des informations à propos des vaccins, de leur développement, de leurs différences et des modes d'administration, et ils peuvent ainsi exercer une influence sur la perception des vaccins et leur importance dans la lutte contre les maladies. Par leur formation, les pharmaciens hospitaliers sont aussi à même d'assurer une manipulation sans risque des vaccins et de garantir la traçabilité et la vigilance des vaccins contre la COVID-19. Dans le contexte des programmes nationaux de sensibilisation à la vaccination avec les vaccins contre la COVID-19, il est important de recourir à l'expertise des professionnels de la santé en tant que sources d'informations fiables pour l'information adéquate du public. Ces aspects et d'autres aspects importants concernant les vaccinations étaient abordés dans le document «EAHP's Opinion on COVID-19 Vaccine Programmes and their Implementation» publié en décembre 2020. En plus des doutes sur les vaccins, l'EAHP y traite aussi des défis engendrés par la distribution des vaccins contre la COVID-19 et leur administration, attire l'attention sur les conditions de transport et de stockage et souligne l'importance de bons processus logistiques et administratifs.

Une plus grande collaboration européenne

Outre les informations collectées dans son COVID-19 Resource Centre, l'EAHP encourage aussi la collaboration et le partage des bonnes pratiques entre ses membres et avec d'autres organisations européennes de pharmaciens. Plusieurs membres de l'EAHP ont uni leurs forces pour élaborer un «COVID-19 drugs calculation tool» européen (ECDCT). Ce dernier vise à aider les confrères, les institutions de soins locales, les



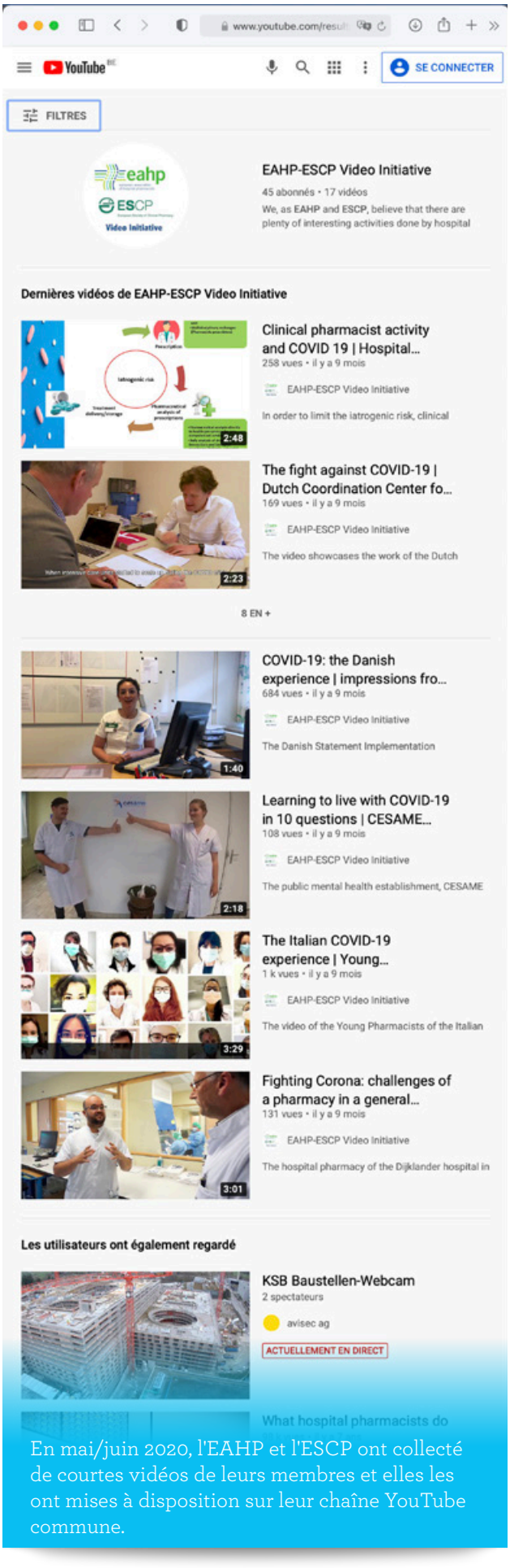
© stock.adobe.com

Par leur formation, les pharmaciens hospitaliers sont aussi à même d'assurer une manipulation sans risque des vaccins.

autorités publiques, les partenaires et les autres parties impliquées à évaluer les besoins potentiels en matière d'approvisionnement en médicaments essentiels dans l'actuelle pandémie de COVID-19. L'ECDCT génère une évaluation des médicaments nécessaires sur une période de temps variable, pouvant aller jusqu'à 1 an. Les médicaments nécessaires sont calculés sur base d'une prévision de la courbe épidémiologique. Cet outil et une vidéo (avec explication du mode d'emploi) sont disponibles sur le site web de l'EAHP afin que le plus grand nombre de pharmaciens hospitaliers puissent l'implémenter dans leur travail quotidien. Pour une diffusion plus large des exemples de bonnes pratiques des services de pharmacie clinique et hospitalière qui font la différence pour les patients pendant la pandémie de COVID-19, l'EAHP collabore aussi avec l'European Society of Clinical Pharmacy (ESCP). En mai/juin 2020, les deux associations ont collecté de courtes vidéos de leurs membres et elles les ont mises à disposition sur leur propre chaîne EAHP-ESCP sur YouTube afin de montrer comment les pharmaciens cliniques et hospitaliers ont géré les défis du nouveau coronavirus. Des contributions ont été envoyées de toute l'Europe, par exemple à propos de la préparation des agents désinfectants, de la mise en place de nouvelles méthodes de travail ou de la résolution des problèmes de pénurie de médicaments. Le 29 octobre 2020, une sélection a été présentée à l'occasion d'un webinaire consacré aux soins hospitaliers pharmaceutiques COVID-19. Ce webinaire a également proposé aux participants un update sur la pharmacothérapie COVID-19.

Garder le cap

Malgré le démarrage des vaccinations, la pandémie est loin d'être terminée. Par conséquent, il est important pour les pharmaciens hospitaliers de rester up-to-date avec les tout derniers développements, tant sur le plan des vaccinations que sur celui du traitement des patients COVID-19. L'EAHP continue dès lors à encourager les pharmaciens hospitaliers à lui transmettre des ressources utiles via l'adresse e-mail covid19@eahp.eu. Les pharmaciens hospitaliers peuvent transmettre le matériel dans leur langue maternelle, mais il doit être associé à une courte description en anglais et une traduction du nom du document aussi en anglais afin de donner une indication aux utilisateurs du Resource Center. Les informations transmises à l'EAHP sont mises à disposition dans l'EAHP COVID-19 Resource Centre afin de permettre au plus grand nombre de pharmaciens hospitaliers possible de bénéficier des bonnes pratiques qui sont appliquées dans d'autres hôpitaux européens. Si vous ne l'avez pas encore fait, l'EAHP vous invite à visiter son site web (www.eahp.eu) afin d'en savoir plus sur le COVID-19 Resource Centre, l'ECDCT et les bonnes pratiques collectées avec l'ESCP.



En mai/juin 2020, l'EAHP et l'ESCP ont collecté de courtes vidéos de leurs membres et elles les ont mises à disposition sur leur chaîne YouTube commune.

EEN HULPMIDDEL VOOR ZIEKENHUISAPOTHEKERS OM PATIËNTEN DE BEST MOGELIJKE ZORG TE GEVEN

HET EAHP COVID-19 RESOU



© stock.adobe.com

Een van de determinerende bijdragen om ziekenhuisapothekers beter voor te bereiden op de hinderpalen die ze door het nieuwe coronavirus zouden tegenkomen, was het EAHP COVID-19 Resource Centre. Opgericht midden maart 2020, is het de bedoeling om EAHP-leden en individuele ziekenhuisapothekers bij te staan in het geven van de best mogelijke zorg aan hun patiënten, door hen up-to-date informatie en begeleiding aan te bieden over beschermingsmaatregelen, surveillance en behandelingsopties voor geïnfecteerde patiënten. Het EAHP COVID-19 Resource Centre is opgedeeld in tien secties. Het probeert een waaier aan informatie te verzamelen over verschillende aspecten van de pandemie, waaronder, maar niet uitsluitend, advies van nationaal bevoegde instanties, van Europese en internationale instellingen, naast van verenigingen van professionele zorgverstrekkers en uit wetenschappelijke tijdschriften. Dankzij de ondersteuning van al haar leden en andere belanghebbenden groeide de informatie in het Resource Centre vrij snel aan en ze breidt nog verder uit met nieuwe, wekelijks toegevoegde documenten.

En toen kwamen de vaccins

Sinds de goedkeuring van het eerste vaccin door het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA) in december 2020, werd ook een overzicht van de informatie rond de in de EU goedgekeurde vaccins aangeboden. Die informatie is belangrijk voor ziekenhuisapothekers



Petr Horák
EAHP President



András Süle
EAHP President-Elect



Aida Batista
EAHP Vice President

www.eahp.eu

Origineel artikel in het Engels

RCE CENTRE

2020 was wereldwijd ongetwijfeld een uitdagend jaar voor ziekenhuisapothekers en andere professionele zorgverstrekkers. In de eerste golf van de coronapandemie hebben het tekort aan persoonlijke beschermingsmiddelen, aan ontsmettingsmiddelen voor oppervlakten en huid, en aan geneesmiddelen, evenals de onzekerheid over de behandelingsopties, het werk van deze beroepsgroep bepaald. De European Association of Hospital Pharmacists (EAHP) heeft met haar leden alle ontwikkelingen in het kader van dit nieuwe coronavirus van nabij gemonitord. Er werd gestart met het verzamelen van data en het delen van initiatieven voor een goede praktijkvoering om zo het werk van de ziekenhuisapothekers te ondersteunen.

omdat ze, als leden van de vaccinatieteams, bezorgd zijn over de vaccinveiligheid. Die informatie moeten ze dan ook duidelijk overbrengen aan de bezorgde burgers. Ze spelen verder een significante rol in het doorspelen van informatie aan hun professionele collega's zorgverleners over de vaccins, hun ontwikkeling, verschillen en toedieningswijzen, en kunnen zo de perceptie van vaccins en hun belang in de strijd tegen ziekten beïnvloeden. Door hun opleiding kunnen ziekenhuisapothekers ook een veilige manipulatie van de vaccins garanderen en instaan voor traceerbaarheid en vigilantie van de COVID-19-vaccins. In de context van de bewustmakingsprogramma's voor nationale vaccinatie met de COVID-19-vaccins, is het betrekken van de expertise van professionele zorgverstrekkers als betrouwbare informatiebron belangrijk voor het adequaat informeren van het publiek. Deze en andere belangrijke aspecten rond vaccinaties kwamen aan bod in een 'EAHP's Opinion on COVID-19 Vaccine Programmes and their Implementation' dat in december 2020 werd gepubliceerd. Naast de twijfels over de vaccins, werden ook de uitdagingen besproken die de distributie van COVID-19-vaccins en de toediening ervan met zich meebrengen. De EAHP vestigt de aandacht op transport- en opslagvoorwaarden, en onderstreept het belang van goede logistieke processen en administratie.



Ziekenhuisapothekers kunnen de perceptie van vaccins en hun belang in de strijd tegen ziekten beïnvloeden.

Meer Europese samenwerking

Naast de informatie in het COVID-19 Resource Centre, stimuleert de EAHP ook de samenwerking en het delen van goede praktijkvoering tussen haar leden en met andere Europese organisaties van apothekers. Verschillende EAHP-leden hebben hun krachten gebundeld om een Europees "COVID-19 drugs calculation tool" (ECDCT) op te zetten. Dit moet collega's, lokale zorgvoorzieningen, overheden, partners en andere betrokkenen helpen om de potentiële noden in de voorziening van essentiële geneesmiddelen in de huidige COVID-19-pandemie in te schatten. De ECDCT genereert een inschatting van de nodige geneesmiddelen over een variabele termijn, tot één jaar. De vereiste geneesmiddelen worden berekend op basis van een voorspelling van de epidemiologische curve. Het instrument en de video (met uitleg over de gebruikswijze) zijn beschikbaar op de EAHP-website, zodat veel ziekenhuisapothekers dit in hun dagelijkse werk kunnen implementeren. Voor de verdere verspreiding van goede praktijkvoorbeelden van klinische en ziekenhuisapotheekdiensten die voor patiënten het verschil maken tijdens de COVID-19 pandemie, werkt de EAHP ook samen met de European Society of Clinical Pharmacy (ESCP). In mei/juni 2020 verzamelden beide verenigingen korte video's van hun leden en stelden die ter beschikking op een eigen EAHP-ESCP videokanaal op YouTube, om te tonen hoe klinische en ziekenhuisapothekers omgingen met de uitdagingen van het nieuwe coronavirus. Bijdragen werden aangebracht van over heel Europa, bijvoorbeeld over de bereiding van ontsmettingsmiddelen, het opzetten van nieuwe werkwijzen of het oplossen van problemen met geneesmiddelentekorten. Op 29 oktober 2020 werd een selectie gepresenteerd in een webinar over COVID-19 farmaceutische ziekenhuiszorg. Het webinar gaf de deelnemers eveneens een update van de COVID-19-farmacotherapie.

Blijven volhouden

Ondanks de start van de vaccinaties is de pandemie nog lang niet voorbij. Voor ziekenhuisapothekers is het bijgevolg belangrijk om op de hoogte te blijven van de recentste ontwikkelingen, zowel op het vlak van vaccinaties als van de behandeling van COVID-19-patiënten. Ziekenhuisapothekers worden dus aangemoedigd om nuttige middelen naar de EAHP door te sturen via e-mail: covid19@eahp.eu. Materiaal in de moedertalen kan worden gedeeld, maar dan wel samen met een korte beschrijving in het Engels en een vertaling van de naam van het document in het Engels om de gebruikers van het Resource Center een indicatie te geven. Informatie die aan de EAHP wordt bezorgd, wordt ter beschikking gesteld in het EAHP COVID-19 Resource Centre. Zo krijgen zoveel mogelijk ziekenhuisapothekers toegang tot goede praktijkvoering die in andere Europese ziekenhuizen wordt toegepast. Indien u dat nog niet gedaan hebt, nodigt de EAHP u uit om haar website (www.eahp.eu) te bezoeken en zo meer te vernemen over het COVID-19 Resource Centre, de ECDCT en de beste praktijkvoeringen verzameld samen met de ESCP.

EAHP stimuleert de samenwerking en het delen van goede praktijkvoering tussen haar leden en met andere Europese organisaties van apothekers



ANALIS: EXPERTISE ET INNOVATION BELGES POUR LES LABORATOIRES DE BIOLOGIE

L'impact de la crise du coronavirus l'a clairement démontré : les laboratoires ont dû réagir rapidement et l'importance de l 'équipement de ces laboratoires et des nouvelles technologies ont été des facteurs déterminants. Analis, distributeur et fabricant belge de matériel de laboratoire, aide ses clients afin d'accélérer le flux de travail en laboratoire pour accomplir leurs missions avec plus de rapidité et de précision.

La société Analis, qui dessert l'ensemble du marché du Benelux, propose une très large gamme d'instruments de laboratoire et «très large» n'est pas une exagération : centrifugeuses, armoires de sécurité biologique, tests rapides, appareils d'analyse diagnostique, appareils de désinfection de l'air, automate de laboratoire à commande intelligente et beaucoup plus encore ... Analis collabore avec plus de 90 fabricants à travers le monde, parmi lesquels Beckman Coulter, Esco, Randox, Sigma, Novaerus...



"Nous avons accumulé des décennies d'expérience dans le monde du diagnostic», déclare Lobke Tremmerie, Chief Sales & Marketing Officer. « Les racines de l'entreprise remontent à 1927, lorsque nous fournissions déjà des instruments à l'industrie pétrochimique. Aujourd'hui, nous équipons principalement les laboratoires cliniques, de recherche et de biotechnologie et également les laboratoires industriels.»

Expertise et partenariats

La crise actuelle du coronavirus a été une excellente occasion pour Analis de démontrer que la société dispose à la fois de l'expérience et d'une solide expertise dans le domaine des nouvelles technologies de laboratoire.
"Avec la plupart de nos fournisseurs, nous avons établi des relations durables depuis de nombreuses années», explique Lobke. «Ce sont des entreprises qui ont un une renommée mondiale dans le secteur médical. Et en cette période de crise, lorsqu'il a fallu réagir rapidement afin de répondre aux besoins des laboratoires de test, Analis a pu répondre grâce à ses partenaires de longue date et un réseau international de fournisseurs. En même temps, nous connaissions très bien ce secteur et Analis est une société reconnue pour son expertise, ce qui nous a permis d'attirer rapidement de nouveaux fournisseurs. Ce fut le cas, p. ex. pour les tests rapides covid que nous pu proposer rapidement aux laboratoires. »

Les Belges sont parfois critiques à l'égard du système de soins de santé de notre pays, mais le fait est que ce même système fait l'envie de nos pays voisins. Les soins en Belgique sont de haute qualité, accessibles et abordables pour tous», dit Lobke. «Nous pouvons en être fiers. En même temps, nous adoptons une approche pragmatique des problèmes et pouvons sortir des sentiers battus. Cette attitude nous inspire, nous donne de l'énergie pour toujours être à la pointe de la technologie et de l'innovation.»

Parler avec des robots

Stijn De Praeter, Sales &Marketing Manager, donne un exemple. «Nous avons contribué à la mise en place d'un laboratoire d'essai européen pour le COVID-19 à Heppignies», précise-t-il. «Plus de 20 000 analyses y sont effectuées chaque jour. Afin de traiter cette quantité de tests chaque jour, nous avons installé six robots qui aident à trier, manipuler, analyser et archiver les échantillons. De manière entièrement manuelle, cela aurait été irréalisable. Ce mariage entre la conception «traditionnelle» des laboratoires avec les outils informatiques et l'automatisation est une tendance qu'Analis connaît depuis plusieurs années et nous sommes totalement prêts. «L'informatisation des soins de santé est en cours depuis un certain temps et les laboratoires n'y échappent pas non plus», déclare Lobke. «Le rôle de l'informatique, de l'intelligence artificielle aux systèmes basés sur le cloud, est primordial pour l'avenir des laboratoires et les besoins sont réels. Là aussi, nous pouvons aider nos clients, et nous travaillons à cette fin avec des partenaires réputés, et aussi des sociétés belges innovantes.»
« De telles évolutions nous obligent à garder l'esprit ouvert et un sens aigu de l'innovation», commente Stijn.

«L'installation de robots en soi n'est peut être pas si difficile mais ce qui est important c'est l'analyse et l'intégration des solutions d'automatisation dans le contexte d'un laboratoire en particulier et en fonction des besoins spécifiques de ce laboratoire. Tout cela selon des normes de qualité strictes et bien souvent sous la pression en terme de délais. De véritables défis, oui, mais que nous aimons relever (rires)."



Désinfection de l'air

Pour conclure : Analis ne distribue pas uniquement du matériel de laboratoire, mais fabrique aussi du mobilier de laboratoire standard ou sur mesure. «En complément de l'installation de nos instruments, nous pouvons également fournir du mobilier de laboratoire avec un équipe de service de conception, design, installation, finition.
Nous avons également une gamme d'équipements de désinfection de l'air et de surfaces.



Grâce une technologie plasma brevetée, ces appareils de désinfection de l'air permettent d'éliminer à 99,9 % les virus (dont le COVID), bactéries, tout autres agents pathogènes et micro-organismes. Depuis le début de la pandémie, ces systèmes de désinfection ont été installés principalement dans des zones à risque tels que les hôpitaux. Nous avons maintenant de nombreuses demandes des hôtels, restaurants, pharmacies, business centers, centres sportifs...



ANALIS: BELGISCHE EXPERTISE EN INNOVATIE VOOR HET KLINISCHE LAB

De coronacrisis heeft het zonneklaar gemaakt: het belang van goed uitgeruste laboratoria die snel kunnen schakelen mag absoluut niet onderschat worden. Analis, een op en top Belgische distributeur en producent van labomateriaal, helpt zijn klanten bij het snel en nauwkeurig uitvoeren van hun opdrachten.

Analis, dat de volledige Benelux-markt bedient, verdeelt een zeer breed gamma van materiaal voor labo's. "Zeer breed" is daarbij geen overdrijving: Vanuit het hoofdkantoor in Namen vertrekken dagelijks centrifuges, bioveiligheidskasten, sneltesten, allerlei diagnostische analyseapparatuur, intelligent gestuurde laboratoriumautomaten en ongeveer alles daartussenin. Analis werkt met meer dan negentig fabrikanten samen, van Beckman Coulter tot Esco, Randox, Sigma… Elk bedrijf met enige naam in de labowereld, weet Analis wonen.



"We hebben ondertussen een decennialange ervaring in de wereld van de diagnostiek opgebouwd", zegt Chief Sales & Marketing Officer Lobke Tremmerie. "De roots van het bedrijf gaan terug tot 1927, toen we al instrumenten leverden aan de petrochemische industrie. Vandaag bedienen we vooral klinische labo's, maar ook aan onderzoekslaboratoria en de biotechwereld."

Expertise en partnerships

De huidige coronacrisis was voor Analis een uitgelezen kans om te laten zien dat het bedrijf zowel over een diepgaande expertise beschikt, als over de juiste relaties om snel te kunnen schakelen.

"Met de meeste van onze leveranciers hebben we al jarenlang duurzame relaties opgebouwd", zegt Lobke. "Het zijn bedrijven van over heel de wereld met naam en faam in de medische wereld. Toen er plots in ijltempo overal testlabo's opgericht moesten worden, konden wij die vraag volgen, precies omdat die relaties al gelegd waren en wij dus direct konden inspelen op de specifieke noden van elk testlab. Tegelijk kennen we de business goed genoeg om ook snel nieuwe leveranciers te kunnen aantrekken. Dat was bijvoorbeeld het geval bij de covidsneltests die we nu ook verdelen."

De Belg wil al wel eens kritisch zijn over de gezondheidszorg in ons land, maar het is een feit: diezelfde gezondheidszorg wordt ons in de buurlanden benijd. "Zorg in België is zeer kwalitatief, voor iedereen bereikbaar én betaalbaar", zegt Lobke. "We mogen daar gerust fier op zijn. Tegelijk gaan we pragmatisch om met problemen en kunnen we out of the box denken. Wij spiegelen ons graag aan die attitude, dat geeft ons energie."

Praten met robots

Sales & Marketing Manager Stijn De Praeter geeft een voorbeeld. "We hebben meegewerkt aan de inrichting van een Europees testlab voor COVID-19 in Heppignies", zegt hij. "Daar worden meer dan 20.000 analyses per dag uitgevoerd. Om dat aantal per dag te verwerken, hebben we zes robots geïnstalleerd die helpen bij het sorteren, manipuleren en archiveren van de stalen. Volledig manueel zou dat ondoenbaar zijn geweest."

Dat huwelijk tussen "klassieke" laboratoriuminrichting met hulpmiddelen uit de IT en de automatisatie is trouwens een trend die Analis al een tijdje voelt aankomen. En waar ze ook volledig klaar voor zijn. "De informatisering van de zorg is al langer bezig en ook de laboratoria ontsnappen er niet aan", zegt Lobke. "De rol van IT, van kunstmatige intelligentie naar cloud-gebaseerde systemen, neemt hand over hand toe. Ook daar kunnen we klanten helpen, en we werken daarvoor trouwens samen met gereputeerde en eveneens Belgische partners."

"Zulke ontwikkelingen vragen ook van ons een open geest en zin voor innovatie", pikt Stijn in. "Het installeren van robots op zich is misschien niet zo gigantisch moeilijk, alleen: dan ben je er nog niet. Je moet ook je IT-omgeving daaraan aanpassen: je moet zorgen dat je pc's met die robots kunnen communiceren, want die spreken natuurlijk mekaars 'taal' niet. Je moet dat alles ook nog eens volgens strenge kwaliteitsnormen en onder tijdsdruk kunnen doen. Dat maakt het een uitdaging, ja. Maar wel eentje die we graag aangaan (lacht)."



Lucht desinfecteren

Om af te sluiten: Analis verdeelt niet alleen labomateriaal, maar produceert ook een gamma eigen producten. "Dat gaat bijvoorbeeld over labomeubilair", zegt Lobke. "Daarmee kunnen volledige labo's ergonomisch ingericht worden. Alle aansluitingen voor bijvoorbeeld elektriciteit en afzuiging zijn daarbij uiteraard ook voorzien. Een tweede belangrijk gamma eigen producten zijn de desinfectieproducten. Niet alleen voor oppervlakten, maar ook voor het desinfecteren van de lucht. Deze toestellen zuigen de lucht aan, waarna de gepatenteerde technologie in actie treedt. Door het aanleggen van een spanningsveld worden alle micro-organismen die erdoor passeren in een milliseconde uitgeschakeld. In eerste instantie worden deze desinfectie-apparaten vooral gebruikt in ziekenhuizen en rusthuizen. Deze afdeling is de laatste maanden enorm gegroeid en krijgt nu veel aanvragen uit andere segmenten zoals hotels, restaurants, apotheken en industrie in het algemeen. Deze technologie is niet enkel bestemd om covid te bestrijden maar kan ook aangewend worden ter bestrijding van allergieën en astma."

ASSAR ARCHITECTS

BUILDING **TOGETHER**

OFFICES - HEALTH - INSTITUTIONS - INDUSTRY & RESEARCH - HOUSING & HOTELS - RETAIL & LEISURE - EDUCATION - INFRASTRUCTURE - INTERIOR DESIGN - URBANISM



CHN William LENNOX, Ottignies



AZ HEILIGE FAMILIE - Pain Clinic, Rumst



AZ MONICA - Cardio Lounge, Deurne

© Photographs : Robbe Theunis - Assar Architects

ANTWERP - BRUSSELS - LIÈGE - LUXEMBOURG - PARIS

www.assar.com



‘BEST TREASURY & CASH MANAGEMENT BANK 2021’!

ONZE EXPERTISE MAAKT OPNIEUW HET VERSCHIL.

Als Belgische bank zetten we vol overtuiging onze schouders onder de succesverhalen van onze klanten. We zijn dankbaar voor dat vertrouwen en voor de erkenning die het ons oplevert. Want naast de onderscheiding op vlak van trade finance, lauwerde het vakblad ‘Global Finance’ Belfius ook als ‘**Best Treasury & Cash Management Bank 2021**’ in België.

Een mooi bewijs dat onze strategie werkt: elke publieke instelling, ondernemer of onderneming kan bij Belfius terecht voor betalingen, ontvangsten en cash management. Met een **persoonlijke service door onze experten**, gekoppeld aan de beste digitale oplossingen op de markt, maken we voor hen het verschil.

NOTRE EXPERTISE FAIT DE NOUVEAU LA DIFFÉRENCE.

En tant que banque belge, nous œuvrons avec conviction à la réussite de nos clients. Nous les remercions de tout cœur de la confiance et de la reconnaissance qu’ils nous témoignent. Car, en plus de la distinction en matière de trade finance, le magazine professionnel ‘Global Finance’ a couronné Belfius ‘**Best Treasury & Cash Management Bank** 2021’ en Belgique.

Une belle preuve que notre stratégie fonctionne: chaque organisme public, entrepreneur ou entreprise peut s’adresser à Belfius pour ses paiements, recettes et gestion de trésorerie. Le service personnalisé de nos experts, associé aux meilleures solutions digitales sur le marché, permet de faire la différence pour eux.

Op zoek naar oplossingen om uw betaalstromen te optimaliseren? Nood aan een cash management partner die servicing centraal stelt?
Vous cherchez des solutions pour optimiser vos flux de paiement? Vous avez besoin d’un partenaire en gestion de trésorerie pour qui le service est primordial?

belfius.be/besttreasury-cash

Belfius

Belfius Bank NV, Karel Rogierplein 11, 1210 Brussel -
IBAN BE23 0529 0064 6991 - BIC GKCCBEBB - RPR Brussel BTW BE 0403.201.185 - FSMA nr. 19649 A