



**COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE DE
BRUXELLES-CAPITALE**

Avant-projet d'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune fixant les normes complémentaires que les hôpitaux doivent respecter et [les procédures]

Le Collège réuni de la Commission communautaire commune,

Vu l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019 relative à l'agrément, à la programmation et aux procédures d'agrément des hôpitaux, des formes de collaboration hospitalière ou des activités hospitalières, l'article 3 ;

Vu l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 9 juillet 2019 déterminant la procédure d'agrément, de retrait d'agrément et de fermeture des hôpitaux, des collaborations hospitalières et des activités hospitalières ;

Vu l'avis de la Section des hôpitaux et de la Section des institutions et services de santé mentale du Conseil consultatif de la Santé et de l'Aide aux personnes de la Commission communautaire commune, donné le (date) ;

Vu le rapport de la Cour des Comptes, donné le XXX 2022 ;

Vu l'avis de l'Autorité de Protection des données n° XXX/2022, donné le (date) ;

Vu l'avis n° (...) du Conseil d'Etat, donné le (date) en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition des Membres du Collège réuni, compétents pour la politique de la Santé ;

**GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE VAN
BRUSSEL-HOOFDSTAD**

Voorontwerp van besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie tot vaststelling van de aanvullende normen die de ziekenhuizen moeten naleven en [van de procedures]

Het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie,

Gelet op artikel 3 van de ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 4 april 2019 betreffende de erkenning, de programmatie en de erkenningsprocedures van de ziekenhuizen, vormen van samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen of ziekenhuisactiviteiten;

Gelet op het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 9 juli 2019 tot bepaling van de procedure van erkenning, intrekking van erkenning en sluiting van de ziekenhuizen, samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en ziekenhuisactiviteiten;

Gelet op het advies van de afdeling Ziekenhuizen en van de afdeling Instellingen en diensten voor geestelijke gezondheidszorg van de Adviesraad voor Gezondheids- en Welzijnszorg van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, gegeven op (datum);

Gelet op het verslag van het Rekenhof, gegeven op XXX 2022;

Gelet op het advies nr. XXX/2022 van de Gegevensbeschermingsautoriteit, gegeven op (datum);

Gelet op het advies nr. (...) van de Raad van State, gegeven op (datum) met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de leden van het Verenigd College bevoegd voor het beleid inzake Gezondheid;

Après délibération,

ARRÊTE

Chapitre 1^{er}. – Définitions et champ d'application

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, l'on entend par :

1° antenne 107 : antenne de coordination 107 en santé mentale sur le territoire bilingue de la Région de Bruxelles-Capitale ;

2° le site hospitalier : l'unité architecturale fonctionnelle au sein de laquelle des soins hospitaliers sont prodigués et abritant des lits hospitaliers agréés ;

3° le réseau : le réseau hospitalier clinique locoregional ;

4° la déclaration d'admission : le document d'admission visé à l'arrêté royal du 17 juin 2004 concernant la déclaration d'admission à l'hôpital ;

5° plateforme bruxelloise pour la santé mentale : la plateforme qui passe annuellement une convention avec la commission communautaire commune sur base des arrêtés royaux du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques et du 08 juillet 2003 fixant les critères de programmation applicables aux associations comme plateformes de concertation, d'institutions et de services psychiatriques ;

6° la Loi : la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008 ;

7° ambassadeurs en santé mentale de première ligne : les ambassadeurs désignés comme coordinateurs locaux dans le cadre de la convention entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et le réseau de santé mentale concernant le financement des fonctions psychologiques dans la première ligne par le biais de réseaux et de partenariats locaux multidisciplinaires.

Na beraadslaging,

BESLUIT

Hoofdstuk 1. – Definities en toepassingsgebied

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder:

1° antenne 107: coördinatieantenne 107 in de geestelijk gezondheidszorg op het tweetalige grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest;

2° de ziekenhuissite: de architecturale functionele eenheid waarbinnen ziekenhuiszorg wordt verleend en waarin erkende ziekenhuisbedden zijn ondergebracht;

3° het netwerk: het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

4° de opnameverklaring: het opnamedocument dat beoogd wordt in het koninklijk besluit van 17 juni 2004 betreffende de verklaring bij opname in een ziekenhuis;

5° brussels platform geestelijk gezondheid: het platform die jaarlijks een overeenkomst met de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie sluit, op basis van de koninklijke besluiten van 10 juli 1990 houdende vaststelling van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten en 8 juli 2003 houdende vaststelling van de programmatiecriteria van samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten als overlegplatformen;

6° de Wet: de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008;

7° ambassadeurs van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg: de ambassadeurs die zijn aangesteld als lokale coördinatoren in het kader van de overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en het geestelijke gezondheidsnetwerk betreffende de financiering van psychologische functies in de eerste lijn via lokale multidisciplinaire netwerken en partnerschappen.

8° gîte de naissance hospitalier : entité architecturale qui se trouve dans un hôpital qui dispose d'une maternité et dans lequel l'organisation des accouchements et des soins de postpartum directs respectent le plus strictement possible la physiologie et qui répond aux caractéristiques décrites en annexe 1.

9° qualité et sécurité des soins : plusieurs dimensions regroupées d'une part dans l'aspect « qualité au chevet du patient » et qui inclut les dimensions d'efficacité, de sécurité, et centré sur la personne, et d'autre part dans l'aspect « qualité de l'organisation » et qui inclut les dimensions d'équité, d'accessibilité, de formation, durabilité de résilience envers son personnel

10° professions de santé : les professions visées par la Loi relative à l'exercice des professions des soins de santé coordonnée le 10 mai 2015

Art. 2. Le présent arrêté s'applique aux hôpitaux généraux.

Les articles 8 à 10, 12 à 17, alinéa 1^{er}, 18 à 36 s'appliquent également aux hôpitaux psychiatriques.

Les articles 7, 9, 10, 11, ne s'appliquent pas aux:

- hôpitaux disposant uniquement de services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) et de services de gériatrie (indice G), associés ou non à des services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) ;
- hôpitaux qui ont obtenu une dérogation en vertu de l'article 2, §1bis de l'arrêté du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter

8° geboortehuis: architecturale eenheid die zich bevindt in een ziekenhuis met een kraamafdeling en waarin de organisatie van de bevalling en de directe postpartumzorg zo strikt mogelijk de fysiologie respecteert en voldoet aan de in bijlage 1 beschreven kenmerken.

9° kwaliteit en veiligheid van de zorg: verschillende dimensies worden verstaan, gegroepeerd in het aspect 'kwaliteit aan het bed van de patiënt' (dat de dimensies efficiëntie, veiligheid en persoonsgerichtheid omvat) en in het aspect 'kwaliteit van de organisatie' (dat de dimensies gelijkheid, toegankelijkheid, opleiding, duurzaamheid en veerkracht tegenover het personeel omvat).

10° gezondheidszorgberoepen : de beroepen bedoeld in de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen

Art. 2. Dit artikel is van toepassing op de algemene ziekenhuizen.

De artikelen 8 tot en met 10, 12 tot en met 17, eerste lid, 18 tot en met 36 zijn ook van toepassing op psychiatrie ziekenhuizen.

De artikelen 7, 9, 10 en 11 zijn niet van toepassing op:

- ziekenhuizen met uitsluitend gespecialiseerde behandelings- en revalidatiediensten (index Sp) en geriatrie diensten (index G), al dan niet in combinatie met psychiatrie ziekenhuisdiensten (index A, T of K);
- ziekenhuizen die een afwijking hebben verkregen krachtens artikel 2, §1bis, van het besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.

CHAPITRE 2. – Accessibilité des soins

Section 1^{ère}. – Premier accueil des urgences

Art. 3. L'hôpital dispose d'une fonction "première prise en charge des urgences", répondant aux exigences fixées par l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "première prise en charge des urgences" pour être agréée, sur au moins un de ses sites hospitaliers, sauf si les sites hospitaliers en question disposent d'une fonction "soins urgents spécialisés", répondant aux exigences fixées par l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée.

L'hôpital qui organise une liaison fonctionnelle visant à garantir la continuité de la prise en charge et des soins avec un hôpital disposant d'une telle fonction ou d'une fonction soins urgents spécialisés sur un site implanté dans un rayon de 2,5 kilomètres répond également à cette obligation.

Les modalités d'organisation de la liaison fonctionnelle visée à l'alinéa précédent font l'objet d'une convention écrite.

Section 2. – Maternité

Sous-section 1^{ère}. – Continuité des soins périnataux

Art. 4. §1^{er}. Afin d'assurer la meilleure prise en charge d'une patiente l'hôpital disposant d'un service de maternité (index M) s'assure de la transmission des informations utiles à cette prise en charge entre les professionnels de soins de santé qui ont assuré le suivi prénatal de la patiente et l'équipe hospitalière qui assure la prise en charge de la patiente.

À cette fin, l'hôpital s'assure que le professionnel de soins de santé qui a assuré le suivi prénatal d'une patiente remplit une feuille de liaison qui indique :

1° les coordonnées de la patiente et du professionnel de soins de santé qui a assuré son suivi prénatal ;

HOOFDSTUK 2. – Toegankelijkheid van de zorg

Afdeling 1. – Eerste opvang van spoedgevallen

Art. 3. Het ziekenhuis beschikt over een functie "eerste opvang van spoedgevallen" die voldoet aan de eisen vastgelegd bij het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "eerste opvang van spoedgevallen" moet voldoen om te worden erkend, op ten minste een van zijn ziekenhuissites, tenzij de betrokken ziekenhuissites een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" hebben die voldoet aan de eisen van het koninklijk besluit van 27 april 1998 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" moet voldoen om erkend te worden.

Een ziekenhuis dat een functionele verbinding organiseert om de continuïteit van de zorg te waarborgen met een ziekenhuis dat een dergelijke functie of een functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg heeft op een locatie binnen een straal van 2,5 kilometer, voldoet eveneens aan deze verplichting.

De organisatiemodaliteiten van de in het vorige lid bedoelde functionele verbinding worden schriftelijk vastgelegd in een overeenkomst.

Afdeling 2. – Kraamkliniek

Onderafdeling 1. – Continuïteit van de perinatale zorg

Art. 4. § 1. Om de best mogelijke behandeling voor een patiënte te waarborgen, zorgt het ziekenhuis met een kraamafdeling (index M) ervoor dat informatie die voor deze zorg van belang is, wordt doorgegeven tussen de gezondheidszorgbeoefenaars die de prenatale opvolging van de patiënte hebben verzekerd en het ziekenhuisteam dat voor de behandeling van de patiënte zorgt.

Daartoe zorgt het ziekenhuis ervoor dat de gezondheidszorgbeoefenaar die de prenatale opvolging van een patiënte verzekerd heeft, een verbindingsblad invult dat het volgende aangeeft:

1° de contactgegevens van de patiënte en van de gezondheidszorgbeoefenaar die haar prenatale opvolging heeft verzekerd;

2° des données cliniques nécessaires à la prise en charge de la patiente lors de l'accouchement.

La feuille de liaison est établie selon un modèle proposé par l'hôpital.

§2. Lorsque la patiente quitte l'hôpital, celui-ci s'assure de lui fournir un document permettant au professionnel de soins de santé qui garantit le suivi postnatal de la parturiente d'assurer la continuité des soins. Si la patiente a communiqué à l'hôpital les coordonnées du professionnel concerné et l'autorise, l'hôpital lui adresse ce document.

Sous-section 2. – Suivi postnatal à domicile

Art. 5. §1^{er}. Chaque hôpital disposant d'un service de maternité (index M) conclut une convention avec une ou plusieurs sage-femme ou équipe de sage-femmes afin d'assurer le suivi postnatal à domicile.

L'hôpital dispose de suffisamment de partenaires pour proposer le suivi postnatal adéquat à toutes les patientes qui en feraient la demande.

§2. La convention visée au paragraphe 1^{er} fixe les modalités du partenariat entre l'hôpital et l'équipe des sage-femmes en ce qui concerne la prise en charge des patientes. La convention précise :

1° la capacité de suivi de l'équipe de sage-femmes et ses disponibilités ;

2° le délai dans lequel le suivi peut commencer à partir de la demande ;

3° les modalités d'information aux patientes ;

4° les modalités d'échange d'informations entre l'hôpital et l'équipe ;

5° l'information donnée à la patiente concernant les tarifs appliqués par la sage-femme pour le suivi à domicile.

Sous-section 3. – Gîte de naissance hospitalier

Art. 6. §1^{er}. L'hôpital qui dispose d'un service de maternité (index M) dispose également d'un gîte de naissance hospitalier.

2° de nodige klinische gegevens voor de behandeling van de patiënte bij de bevalling.

Het verbindingsblad wordt opgesteld volgens een door het ziekenhuis voorgesteld model.

§ 2. Wanneer de patiënte het ziekenhuis verlaat, zorgt het ziekenhuis voor een document dat de gezondheidszorgbeoefenaar die de postnatale opvolging van de parturiënte garandeert, toelaat de continuïteit van de zorg te waarborgen. Als de patiënte het ziekenhuis de contactgegevens van de betrokken beroepsbeoefenaar heeft verstrekt en daar toestemming voor geeft, stuurt het ziekenhuis dat document naar die beroepsbeoefenaar toe.

Onderafdeling 2. – Postnatale opvolging thuis

Art. 5. § 1. Elk ziekenhuis met een kraamafdeling (index M) sluit een overeenkomst met een of meer vroedvrouwen of een team van vroedvrouwen voor het verzekeren van de postnatale opvolging thuis.

Het ziekenhuis beschikt over voldoende partners om een toereikende postnatale opvolging te bieden aan alle patiëntes die daarom vragen.

§ 2. In de in de eerste paragraaf bedoelde overeenkomst worden de modaliteiten van het partnerschap tussen het ziekenhuis en het team van vroedvrouwen met betrekking tot de behandeling van de patiëntes vastgelegd. In de overeenkomst worden de volgende gegevens vermeld:

1° de opvolgingscapaciteit van het team van vroedvrouwen en zijn beschikbaarheid;

2° de termijn waarbinnen de opvolging kan beginnen te rekenen vanaf het verzoek;

3° de modaliteiten van de informatie aan de patiëntes;

4° de modaliteiten van de informatie-uitwisseling tussen het ziekenhuis en het team;

5° de aan de patiënte verstrekte informatie over de door de vroedvrouw toegepaste tarieven voor de opvolging thuis.

Onderafdeling 3. – Geboortehuis van het ziekenhuis

Art. 6. § 1. Het ziekenhuis dat over een kraamafdeling (index M) beschikt, beschikt ook over een geboortehuis.

§2. L'hôpital qui dispose d'un service de maternité (index M) et qui ne dispose pas en son sein d'un gîte de naissance hospitalier met à disposition des médecins généralistes et des sage-femmes de la première ligne une salle d'accouchement et de postnatal dans la mesure des moyens disponibles.

Cette mise à disposition est organisée par une convention conclue entre l'hôpital et des médecins généralistes ou des sage-femmes, à titre individuel ou travaillant en équipe.

Cette convention détermine :

- 1° les modalités financières pour la mise à disposition de la salle d'accouchement et de postnatal ;
- 2° les responsabilités incombant à chaque partie ;
- 3° la capacité d'accueil des locaux mis à disposition ;
- 4° le délai dans lequel une admission est possible après la demande ;
- 5° les modalités d'information aux patientes ;
- 6° les modalités d'échange d'informations entre l'hôpital et l'équipe ou le professionnel qui accompagne sa patiente ;
- 7° l'information donnée à la patiente concernant les tarifs appliqués par la sage-femme pour le suivi à domicile ;
- 8° les modalités financières pour l'équipe ou pour le professionnel.

Section 3. – Revalidation psycho-gériatrique et cardio-pulmonaire

Art. 7. §1^{er}. L'hôpital s'assure que le patient dont le traitement requiert des soins de revalidation ait effectivement accès à ceux-ci, dans le respect du libre choix du patient. À cette fin, l'hôpital propose à tout le moins une solution de soins de revalidation au patient qui requiert ces soins et accompagne celui-ci en vue de l'organisation des soins de revalidation.

§2. Afin d'offrir des soins de revalidation aux patients, si l'hôpital ne dispose pas d'une offre suffisante de lits de revalidation (index Sp), il conclut une convention avec une ou plusieurs institutions, de préférence au sein du réseau auquel il participe, afin de garantir une offre suffisante sur les sites hospitaliers concernés.

§ 2. Het ziekenhuis dat over een kraamafdeling (index M) beschikt en dat niet over een geboortehuis beschikt, stelt een bevallings- en postnatale zaal ter beschikking van de huisartsen en vroedvrouwen van de eerste lijn, binnen de beschikbare middelen.

Deze terbeschikkingstelling wordt georganiseerd door een overeenkomst tussen het ziekenhuis en de huisartsen of vroedvrouwen, hetzij individueel, hetzij in teamverband.

Deze overeenkomst bepaalt:

- 1° de financiële modaliteiten van de terbeschikkingstelling van de bevallings- en postnatale zaal;
- 2° de verantwoordelijkheden die op elke partij rusten;
- 3° de opvangcapaciteit van de ter beschikking gestelde lokalen;
- 4° de termijn waarbinnen opname mogelijk is na het verzoek;
- 5° de modaliteiten van de informatie aan de patiënten;
- 6° de modaliteiten van de informatie-uitwisseling tussen het ziekenhuis en het team of de beoefenaar die de patiënte begeleidt;
- 7° de aan de patiënte verstrekte informatie over de door de vroedvrouw toegepaste tarieven voor de opvolging thuis;
- 8° de financiële modaliteiten voor het team of voor de beoefenaar.

Afdeling 3. – Psychogeriatrische en cardiopulmonale revalidatie

Art. 7. § 1. Het ziekenhuis zorgt ervoor dat de patiënt wiens behandeling revalidatiezorg vereist, daadwerkelijk toegang heeft tot deze zorg, met eerbiediging van de vrije keuze van de patiënt. Daartoe biedt het ziekenhuis ten minste een oplossing voor revalidatiezorg aan de patiënt die deze zorg nodig heeft en begeleidt het de patiënt bij het organiseren van de revalidatiezorg.

§ 2. Indien het ziekenhuis niet over voldoende revalidatiebedden (index Sp) beschikt om revalidatiezorg aan patiënten te kunnen bieden, sluit het een overeenkomst met een of meer instellingen, bij voorkeur binnen het netwerk waarvan het deel uitmaakt, om een toereikend aanbod op de betrokken ziekenhuissites te garanderen.

La convention visée à l'alinéa précédent permet une liaison entre l'hôpital et l'institution en charge de la revalidation et précise :

- 1° les modalités de collaboration ;
- 2° les modalités de transfert du patient, en ce compris la communication du dossier du patient en vue de la continuité des soins.

Section 4. – Soins psychiatriques

Sous-section 1^{ère}. – Partenariat 107

Art. 8. L'hôpital qui dispose de lits psychiatriques conclut une convention avec les antennes 107 actives à Bruxelles afin d'assurer la continuité de la prise en charge ambulatoire des patients après la fin de l'hospitalisation.

La convention précise :

- 1° les modalités de collaboration ;
- 2° les modalités de préparation de la sortie et le suivi dont bénéficie le patient, en particulier, la manière dont le patient qui quitte l'hôpital se voit assurer une prise en charge dès sa sortie de l'hôpital.

Si l'hôpital dispose sur un site d'un service neuropsychiatrique d'observation et de traitement de patients adultes (index A) ou enfants et adolescents (index K) il communique quotidiennement, selon les modalités prévues dans une convention, la disponibilité potentielle de places à la plateforme bruxelloise pour la santé mentale.

Un membre de l'équipe du service de psychiatrie de l'hôpital et un représentant de son service social rencontrent au moins deux fois par an les représentants des équipes mobiles 2A et 2B ainsi que les ambassadeurs qui ont la charge de faciliter l'implémentation de la réforme des Psychologues de première ligne et du secteur ambulatoire santé mentale afin d'évaluer et le cas échéant améliorer cette collaboration.

De in het vorige lid bedoelde overeenkomst maakt een koppeling mogelijk tussen het ziekenhuis en de instelling die belast is met de revalidatie en preciseert:

- 1° de samenwerkingsmodaliteiten;
- 2° de modaliteiten voor de overdracht van de patiënt, met inbegrip van de mededeling van het dossier van de patiënt met het oog op de continuïteit van de zorg.

Afdeling 4. – Psychiatrische zorg

Onderafdeling 1. – Partnerschap 107

Art. 8. Het ziekenhuis dat over psychiatische bedden beschikt, sluit een overeenkomst met de antennes 107 die in Brussel actief zijn, om de continuïteit van de ambulante behandeling na het einde van de hospitalisatie te verzekeren.

In de overeenkomst worden de volgende gegevens vermeld:

- 1° de samenwerkingsmodaliteiten;
- 2° de modaliteiten voor de voorbereiding van het ontslag en de opvolging van de patiënt, in het bijzonder de wijze waarop de patiënt die het ziekenhuis verlaat, wordt opgevangen, zodra hij het ziekenhuis verlaat.

Indien het ziekenhuis op een ziekenhuissite over een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling voor volwassen patiënten (index A) of kinderen en adolescenten (index K) beschikt, deelt het dagelijks, volgens de in een overeenkomst vastgelegde nadere regels, de potentiële beschikbaarheid van plaatsen in die dienst of diensten mee aan de brussels platform geestelijk gezondheid.

Een lid van het team van de dienst psychiatrie van het ziekenhuis en een vertegenwoordiger van zijn sociale dienst komen minstens twee keer per jaar samen met de vertegenwoordigers van de mobiele teams 2A en 2B en de ambassadeurs die belast zijn met het vergemakkelijken van de tenuitvoerlegging van de hervorming van de eerstelijnspsychologen en de ambulante geestelijke gezondheidszorg, om deze samenwerking te evalueren en eventueel te verbeteren.

Sous-section 2. – Unité d'hospitalisation de psychiatrie aiguë

Art. 9.

L'hôpital qui ne dispose pas, sur chacun de ses sites hospitaliers, d'un service neuropsychiatrique d'observation et de traitement de patients adultes (index A) répondant aux exigences fixées par l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, s'assure de l'accessibilité de ce service pour ses patients en organisant son activité pour offrir les soins aux patients sur un autre de ses sites ou en concluant une convention avec un ou plusieurs hôpitaux au sein du réseau auquel il participe, afin d'offrir conjointement l'accueil requis par les patients.

La convention visée à l'alinéa précédent garantit une liaison entre l'hôpital et l'institution en charge du traitement et des soins psychiatriques et précise les modalités de collaboration ainsi que les modalités de transfert du patient, en ce compris la communication du dossier du patient en vue de la continuité des soins.

Art. 10. Pour la prise en charge psychiatrique des patients présentant des spécificités de pédopsychiatrie ou de psychiatrie de l'adolescent, l'hôpital qui ne dispose pas de lits K en son sein établit une convention avec un hôpital qui dispose de lits K pour assurer cette prise en charge.

La convention visée à l'alinéa précédent établit la manière dont la prise en charge effective des patients concernés est organisée.

Section 5. – Gynécologie et obstétrique

Art. 11. L'hôpital s'assure que les demandes d'interruptions volontaires de grossesse sont prises en charge, en ce compris l'interruption elle-même, dans le respect de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives.

Onderafdeling 2. – Hospitalisatie-eenheid voor acute psychiatrie

Art. 9.

Een ziekenhuis dat niet op elk van zijn ziekenhuissites beschikt over een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van volwassen patiënten (index A) die voldoet aan de eisen van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, waarborgt de toegankelijkheid van die dienst voor zijn patiënten door zijn activiteit zodanig te organiseren dat de zorg op een andere van zijn sites verleend wordt aan de patiënten of door een overeenkomst te sluiten met een of meer ziekenhuizen van het netwerk waarvan het deel uitmaakt teneinde gezamenlijk de door de patiënten gewenste opvang te bieden.

De in het vorige lid bedoelde overeenkomst waarborgt een verbinding tussen het ziekenhuis en de instelling die belast is met de psychiatrische behandeling en zorg, en preciseert de samenwerkingsmodaliteiten alsmede de voorwaarden voor de overdracht van de patiënt, met inbegrip van de mededeling van het dossier van de patiënt met het oog op de continuïteit van de zorg.

Art. 10. Voor de psychiatrische behandeling van patiënten met specifieke psychiatrische behoeften van kinderen of adolescenten sluit een ziekenhuis dat geen K-bedden binnen het ziekenhuis heeft, een overeenkomst met een ziekenhuis dat wel K-bedden heeft om deze zorg te verstrekken.

In de in het vorige lid bedoelde overeenkomst wordt vastgesteld op welke wijze de daadwerkelijke behandeling van de betrokken patiënten wordt georganiseerd.

Afdeling 5. – Gynaecologie en verloskunde

Art. 11. Het ziekenhuis ziet erop toe dat de verzoeken tot vrijwillige zwangerschapsafbreking, met inbegrip van de afbreking zelf, worden behandeld in overeenstemming met de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen.

Pour l'hypothèse exceptionnelle où l'interruption ne pourrait être réalisée au sein de l'hôpital, celui-ci conclut une convention avec un autre établissement du réseau auquel il participe qui pourra réaliser cette interruption. Dans cette hypothèse, l'hôpital s'assure que les patientes sont correctement informées et redirigées vers l'hôpital avec lequel la convention est conclue.

La convention précise à quelles conditions et selon quelle organisation ce service est rendu par l'autre hôpital.

Section 6. – Fin de vie

Art. 12. L'hôpital s'assure que les demandes d'euthanasie sont prises en charge dans le respect de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie, en ce compris l'euthanasie elle-même

Pour l'hypothèse exceptionnelle où l'euthanasie ne pourrait être réalisée au sein de l'hôpital, celui-ci conclut une convention avec un autre établissement du réseau auquel il participe afin de répondre à la demande. Dans cette hypothèse, l'hôpital s'assure que les patients sont correctement informés et redirigés vers l'hôpital avec lequel la convention est conclue.

La convention précise à quelles conditions et selon quelle organisation ce service est rendu par l'autre hôpital.

Art. 13. §1^{er}. L'hôpital assure la continuité des soins palliatifs en accord avec le patient dès sa sortie de l'hôpital.

§2. À cette fin, l'hôpital :

1° attribue les tâches nécessaires pour assurer cette continuité à sa fonction palliative et à son service social ;

2° conclut une convention avec des équipes de soutien aux soins palliatifs à domicile agréées par une autorité visée aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution et actives sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

In het uitzonderlijke geval dat de afbreking niet in het ziekenhuis kan worden uitgevoerd, sluit het een overeenkomst met een andere instelling van het netwerk waarvan het deel uitmaakt, die de afbreking wel zal kunnen uitvoeren. In dat geval zorgt het ziekenhuis ervoor dat de patiëntes naar behoren worden geïnformeerd en worden doorverwezen naar het ziekenhuis waarmee de overeenkomst is gesloten.

In de overeenkomst worden de voorwaarden en de organisatie vastgesteld waaronder deze dienst door het andere ziekenhuis wordt verleend.

Afdeling 6. – Levens einde

Art. 12. Het ziekenhuis zorgt ervoor dat verzoeken om euthanasie worden behandeld in overeenstemming met de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie, met inbegrip van de euthanasie zelf.

In het uitzonderlijke geval dat de euthanasie niet in het ziekenhuis kan worden uitgevoerd, sluit het een overeenkomst met een andere instelling van het netwerk waarvan het deel uitmaakt om deze verzoeken te behandelen. In dat geval zorgt het ziekenhuis ervoor dat de patiënten naar behoren worden geïnformeerd en worden doorverwezen naar het ziekenhuis waarmee de overeenkomst is gesloten.

In de overeenkomst worden de voorwaarden en de organisatie vastgesteld waaronder deze dienst door het andere ziekenhuis wordt verleend.

Art. 13. § 1. Het ziekenhuis draagt zorg voor de continuïteit van de palliatieve zorg in overeenstemming met de patiënt, zodra deze uit het ziekenhuis ontslagen wordt.

§ 2. Daartoe zal het ziekenhuis:

1° de taken die nodig zijn om deze continuïteit te verzekeren, toewijzen aan zijn palliatieve functie en zijn sociale dienst;

2° een overeenkomst sluiten met de ondersteuningsteams voor palliatieve thuiszorg die erkend zijn door een overheid bedoeld in de artikelen 128, 130 of 135 van de Grondwet en die actief zijn op het grondgebied van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad.

Pour chaque patient pour lequel des soins palliatifs doivent être organisés, l'hôpital :

1° met le patient et, le cas échéant, sa famille en relation avec des prestataires de soins de première et deuxième lignes afin que des soins puissent être prodigués au patient dès sa sortie de l'hôpital ;

2° associe le médecin généraliste, l'équipe de soutien et, si nécessaire, un centre de coordination de soins à domicile à l'organisation des soins palliatifs ;

3° s'assure que l'équipe soignante hospitalière ait, après avoir reçu l'accord du patient, au moins un contact, avant la sortie du patient, avec les prestataires qui assureront les soins palliatifs dès la sortie de l'hôpital.

§3. La convention visée au paragraphe 2, alinéa 1^{er}, 2°, fixe les modalités du partenariat entre l'hôpital et les équipes de soutien aux soins palliatifs à domicile en ce qui concerne la prise en charge des patients.

La convention précise :

1° la capacité de suivi de l'équipe de soutien aux soins palliatifs à domicile et ses disponibilités ;

2° le délai dans lequel le suivi peut commencer à partir de la demande ;

3° les modalités d'information aux patients ;

4° les modalités d'échange d'informations entre l'hôpital et l'équipe de soutien aux soins palliatifs à domicile ;

5° les modalités financières pour le patient.

CHAPITRE 3. – Normes relatives au fonctionnement

Art. 14. L'hôpital met toutes les mesures nécessaires en place pour assurer la continuité des soins au patient, de son admission à sa sortie.

À cette fin, l'hôpital prend les mesures suivantes, dans le respect de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient :

Voor elke patiënt voor wie palliatieve zorg moet worden georganiseerd, zal het ziekenhuis:

1° de patiënt en, in voorkomend geval, zijn familie in contact brengen met de zorgverleners van de eerste en tweede lijn, zodat zorg kan worden verleend aan de patiënt, zodra hij uit het ziekenhuis wordt ontslagen;

2° de huisarts, het ondersteuningsteam en, indien nodig, een coördinatiecentrum voor thuiszorg betrekken bij de organisatie van de palliatieve zorg;

3° ervoor zorgen dat het zorgteam van het ziekenhuis, na de instemming van de patiënt te hebben ontvangen, vóór het ontslag van de patiënt ten minste één contact heeft met de zorgverleners die palliatieve zorg zullen verlenen bij ontslag uit het ziekenhuis.

§ 3. In de in paragraaf 2, eerste lid, 2°, bedoelde overeenkomst worden de modaliteiten van het partnerschap tussen het ziekenhuis en de ondersteuningsteams voor palliatieve thuiszorg met betrekking tot de behandeling van de patiënten vastgelegd.

In de overeenkomst worden de volgende gegevens vermeld:

1° de opvolgingscapaciteit van het ondersteuningsteam voor palliatieve thuiszorg en zijn beschikbaarheid;

2° de termijn waarbinnen de opvolging kan beginnen te rekenen vanaf het verzoek;

3° de modaliteiten van de informatie aan de patiënten;

4° de modaliteiten van de informatie-uitwisseling tussen het ziekenhuis en het ondersteuningsteam voor palliatieve thuiszorg;

5° de financiële modaliteiten voor de patiënt.

HOOFDSTUK 3. – Normen in verband met de werking

Art. 14. Het ziekenhuis neemt alle nodige maatregelen om de continuïteit van de zorg voor de patiënt van de opname tot het ontslag te waarborgen.

Daartoe neemt het ziekenhuis de volgende maatregelen, overeenkomstig de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt:

1° lors de l'admission du patient, l'hôpital demande à celui-ci de lui communiquer l'identité de son médecin traitant ou de la maison médicale auprès de laquelle il est inscrit.

Lorsque le patient n'est pas suivi par un médecin traitant ou au sein d'une maison médicale, il lui est indiqué qu'il peut lui en être renseigné via le service de dispatching accessible au numéro de téléphone 1710 ou sur le site doctorbrussels.be.

Il est joint à la déclaration d'admission la mention de l'identité du médecin traitant ou de la maison médicale. Si le patient fait le choix d'un médecin traitant ou d'une maison médicale en cours de séjour, son identité est ajoutée au dossier du patient.

2° Si le patient en a communiqué les coordonnées, l'information de l'admission du patient à l'hôpital est communiquée le jour même de l'admission à son médecin traitant ou à sa maison médicale, par voie électronique. Cette communication contient toutes les informations nécessaires à la continuité et à la qualité des soins. Elle s'opère selon les modalités fixées par l'hôpital et le cercle de médecins généralistes.

3° Si le patient en a communiqué les coordonnées et qu'il l'autorise, une copie des rapports de sortie du patient, en ce compris le rapport de sortie infirmier, est communiqué au médecin traitant ou à la maison médicale et/ou à l'infirmier à domicile le cas échéant, par voie électronique, au plus tard dans les 48h. Elle s'opère selon les modalités fixées par l'hôpital et le cercle de médecins généralistes.

1° bij de opname vraagt het ziekenhuis aan de patiënt om het de identiteit mee te delen van zijn behandelende geneesheer of van het wijkgezondheidscentrum waar hij is ingeschreven.

Indien de patiënt niet wordt gevolgd door een behandelende geneesheer of in een wijkgezondheidscentrum, wordt hij ervan in kennis gesteld dat er hem één voorgesteld kan worden via de dispatchingdienst die bereikbaar is op het telefoonnummer 1710 of op de website doctorbrussels.be.

De opnameverklaring moet vergezeld gaan van de identiteit van de behandelende geneesheer of het wijkgezondheidscentrum vermeld. Als de patiënt tijdens zijn verblijf voor een behandelende geneesheer of een wijkgezondheidscentrum kiest, worden de gegevens hiervan aan het patiëntendossier toegevoegd.

2° Indien de patiënt de contactgegevens heeft verstrekt, wordt de informatie over de ziekenhuisopname van de patiënt op dezelfde dag als de opname langs elektronische weg aan de behandelende geneesheer of het wijkgezondheidscentrum van de patiënt meegedeeld. Deze mededeling bevat alle informatie die nodig is voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg. Dit gebeurt volgens de modaliteiten die door het ziekenhuis en de huisartsenkring zijn vastgesteld.

3° Indien de patiënt de contactgegevens heeft verstrekt en daarvoor toestemming geeft, wordt uiterlijk binnen 48 uur langs elektronische weg een kopie van de ontslagverslagen van de patiënt, met inbegrip van het verpleegkundige ontslagverslag, aan de behandelende geneesheer of het wijkgezondheidscentrum en/of de thuisverpleegkundige, in voorkomend geval, meegedeeld. Dit gebeurt volgens de modaliteiten die door het ziekenhuis en de huisartsenkring zijn vastgesteld.

4° si le patient est transféré vers une autre institution de soins pour le suivi de son traitement et avec son accord, une copie des rapports de sortie, en ce compris le rapport de sortie infirmier, est communiquée le jour même au médecin responsable de cette institution de soins ou, lorsque celui-ci est connu, au médecin en charge du suivi du patient au sein de cette institution. Le médecin traitant ou la maison médicale est informé au plus tard dans les 48h de ce transfert, par voie électronique, selon les mêmes modalités de l'information relative à la sortie.

CHAPITRE 4. – Normes relatives à la qualité des soins

Section 1^{ère}. – Formation permanente

Art. 15. L'hôpital vérifie le respect des obligations de maintien des compétences et de formation permanente des professionnels des soins de santé qui participent à l'activité hospitalière lors de la conclusion du contrat de collaboration et des évaluations organisées.

Section 2. – Service de médiation

Art. 16. L'hôpital assure une accessibilité effective du service de médiation telle que visée à l'article 11, § 1^{er}, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient par la possibilité, pour le patient, de prendre rendez-vous auprès de ce service au minimum par téléphone, par courrier et par courrier électronique.

À cette fin, sont garantis :

1° une présence physique suffisante du médiateur dans ses locaux en vue de répondre aux demandes de rendez-vous sauf exceptions prévues par l'arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre;

4° Indien de patiënt voor de opvolging van zijn behandeling en met zijn instemming naar een andere zorginstelling wordt overgebracht, wordt op dezelfde dag een kopie van de ontslagverslagen, met inbegrip van het verpleegkundige ontslagverslag, meegedeeld aan de geneesheer die aan het hoofd staat van deze zorginstelling of, indien bekend, aan de geneesheer belast met de opvolging van de patiënt binnen deze instelling. De behandelende geneesheer of het wijkgezondheidscentrum wordt uiterlijk binnen 48 uur langs elektronische weg van deze overbrenging op de hoogte gebracht volgens dezelfde modaliteiten als die voor de informatie in verband met het ontslag.

HOOFDSTUK 4. – Normen in verband met de zorgkwaliteit

Afdeling 1. – Permanente vorming

Art. 15. Het ziekenhuis controleert of wordt voldaan aan de verplichtingen inzake de instandhouding van de vaardigheden en de permanente vorming van de gezondheidszorgbeoefenaars die aan de ziekenhuisactiviteit deelnemen bij het sluiten van de samenwerkingsovereenkomst en bij de georganiseerde evaluaties.

Afdeling 2. – Ombudsdienst

Art. 16. Het ziekenhuis zorgt voor een effectieve toegankelijkheid van de ombudsdienst bedoeld in artikel 11, § 1, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, door de patiënt de mogelijkheid te bieden ten minste telefonisch, per post en per e-mail een afspraak met deze dienst te maken.

Daartoe wordt het volgende gegarandeerd:

1° een voldoende fysieke aanwezigheid van de ombudsman in zijn lokalen om verzoeken om afspraken te beantwoorden, behoudens de uitzonderingen waarin wordt voorzien in het koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen;

2° une ligne téléphonique où une réponse est assurée dans un délai de 30 secondes, à défaut au moyen d'un outil automatisé qui permet à la personne qui s'adresse au service de médiation de laisser un message auquel une réponse est ensuite assurée dans un délai de maximum trois jours ouvrables ;

3° une adresse électronique relevée de manière régulière ;

4° un formulaire de prise de contact disponible sur le site internet de l'hôpital, auquel une réponse est assurée dans un délai de maximum trois jours ouvrables ;

5° on entend par « réponse » aux 2° et 4° l'information claire du demandeur que sa plainte a été prise en considération, l'éventuel numéro de dossier de plainte, et dans quel délai précis il sera recontacté par le médiateur

6° l'affichage de manière claire et visible depuis les accès principaux que le service de médiation « droits des patients » peut-être contacté via le guichet d'accueil de l'hôpital

7° la délivrance à chaque guichet d'accueil de l'hôpital, à toute personne qui en fait la demande, à la fois oralement et sur support papier des informations suivantes :

- a. Les missions du service de médiation « droits du patient » et la distinction éventuelle avec le service des autres plaintes
- b. les coordonnées du service de médiation (téléphone, e-mail et site internet du formulaire mentionné au point 4°) ;
- c. les jours et heures auxquelles le service de médiation peut être contacté, et les délais de réponses mentionnés aux points 2° et 4°).

2° een telefoonlijn waarop binnen 30 seconden wordt geantwoord, ten minste via een geautomatiseerd instrument dat de persoon die zich tot de ombudsdienst richt, de mogelijkheid biedt een boodschap achter te laten waarop dan binnen maximaal drie werkdagen wordt geantwoord;

3° een e-mailadres dat regelmatig wordt bijgewerkt;

4° een contactformulier beschikbaar op de website van het ziekenhuis, waarop binnen maximaal drie werkdagen wordt geantwoord;

5° in 2° en 4° betekent "geantwoord" dat de verzoeker duidelijk wordt meegedeeld dat zijn klacht in aanmerking is genomen, het eventuele dossiernummer van de klacht en de precieze termijn waarbinnen de ombudsman opnieuw contact met hem zal opnemen;

6° een duidelijke en zichtbare affichering aan de hoofdingangen dat via het onthaal van het ziekenhuis contact kan worden opgenomen met de ombudsdienst 'Rechten van de patiënt';

7° de verstrekking bij elk onthaal van het ziekenhuis aan iedereen die daarom vraagt, zowel mondeling als op papier, van de volgende informatie:

- a. de opdrachten van de ombudsdienst 'Rechten van de patiënt' en het eventuele onderscheid met de dienst voor andere klachten;
- b. de contactgegevens van de ombudsdienst (telefoon, e-mail en website van het in punt 4° genoemde formulier);
- c. de dagen en uren waarop de ombudsdienst bereikbaar is, en de in de punten 2° en 4° genoemde antwoordtermijnen.

Section 3. – Qualité de l'alimentation

Art. 17. Lors de chaque passage du patient à l'hôpital, une attention particulière est apportée à la qualité et la variété de choix dans l'alimentation. Il est tenu compte des besoins de santé en ayant une attention prioritaire au risque de dénutrition. Dans cet objectif, l'ensemble des repas proposés aux patients qui n'ont pas de contre-indication médicale à ce sujet doivent lui apporter quotidiennement au minimum 2000 Kcal.

Afdeling 3. – Kwaliteit van de voeding

Art. 17. Tijdens het verblijf van elke patiënt in het ziekenhuis wordt bijzondere aandacht besteed aan de kwaliteit en de gevarieerdheid van de voeding. Er wordt rekening gehouden met de gezondheidsbehoeften waarbij het risico op ondervoeding prioritaire aandacht krijgt. Voor dit doel, alle maaltijden die worden aangeboden aan patiënten die geen medische contra-indicatie in dit verband hebben, moeten hen een minimum van 2000 kcal per dag bieden.

A cette fin, une concertation est organisée avec le concours :

- 1° du directeur ;
- 2° du médecin-chef ;
- 3° du chef du département infirmier ;
- 4° d'une équipe nutritionnelle pluridisciplinaire.

Le fonctionnement et les missions de l'équipe nutritionnelle sont détaillées à l'annexe II.

Dans le cas où tout ou partie de l'alimentation des patients est fournie par une cuisine extérieure à l'hôpital, les Services du Collège réunis peuvent vérifier dans le cahier des charges de sous-traitance qu'il est satisfait aux conditions de cet article.

Art. 18. L'hôpital assure le développement d'une offre de repas pour le patient et, le cas échéant, les visiteurs, qui soit de qualité vis-à-vis de la santé de l'humain et de l'environnement, visant à atteindre la stratégie bruxelloise pour une alimentation durable – Stratégie Good Food – promouvant une assiette à base d'aliments de saisons ou issus de l'agriculture biologique ou promouvant une diversité protéique ou favorisant les filières alimentaires courtes.

Section 4. - Accessibilité

Art. 19. Par toutes ses actions et investissements, l'hôpital favorise l'accessibilité des soins.

Il s'abstient de toute discrimination à l'égard des patients, notamment celles visées par la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination.

Nonobstant le respect des lois du 18 juillet 1966 sur l'emploi des langues en matière administrative, et s'agissant d'autres langues, pour autant que cela soit possible, l'hôpital tient compte de la langue parlée par le patient pour lui procurer des soins. À cette fin, le patient est invité à indiquer lors de la déclaration d'admission une ou plusieurs langues dans lesquelles il souhaite s'exprimer.

Cette information sur les langues est jointe à la déclaration d'admission.

Hiertoe wordt overleg georganiseerd met:

- 1° de directeur;
- 2° de hoofdgeneesheer;
- 3° het hoofd van het departement verpleegkunde;
- 4° een multidisciplinair voedingsteam.

De werking en de taken van het voedingsteam worden nader omschreven in bijlage II.

Indien de voeding van de patiënten geheel of gedeeltelijk wordt verstrekt door een keuken buiten het ziekenhuis, kunnen de Diensten van het Verenigd College in het onderaannemingsbestek nagaan of aan de voorwaarden van dit artikel is voldaan.

Art. 18. Het ziekenhuis zorgt voor de ontwikkeling van een maaltijdaanbod voor de patiënten en, in voorkomend geval, de bezoekers, dat van hoge kwaliteit is uit het oogpunt van de menselijke gezondheid en het milieu, met als doelstelling de Brusselse strategie voor duurzame voeding, de Good Food-strategie, waarbij een bord wordt bevorderd op basis van seizoensgebonden voedsel of voedsel uit de biologische landbouw of waarbij de eiwitdiversiteit wordt bevorderd of de voorkeur wordt gegeven aan korte voedselketens.

Afdeling 4. - Toegankelijkheid

Art. 19. Door al zijn acties en investeringen bevordert het ziekenhuis de toegankelijkheid van de zorg.

Het onthoudt zich van elke discriminatie van patiënten, in het bijzonder die bedoeld in de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie.

Niettegenstaande de naleving van de wetten van 18 juli 1966 op het gebruik van de talen in bestuurszaken, en in het geval van andere talen, en voor zover als mogelijk, het ziekenhuis houdt bij de zorg rekening met de taal van de patiënt. Daartoe wordt de patiënt verzocht op de opnameverklaring een of meer talen te vermelden waarin hij zich wenst uit te drukken.

Die informatie over talen wordt bij de opnameverklaring gevoegd.

Section 5. –Stratégie qualité-sécurité

Art. 20. §1^{er}. L'hôpital veille à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins qui y sont dispensés.

Cette amélioration continue concerne à la fois la « qualité au chevet du patient » et la « qualité de l'organisation ».

À cette fin, l'hôpital adopte, pour la première fois au plus tard le 15 septembre 2024, une stratégie « qualité-sécurité » et la revoit au minimum tous les cinq ans en vue de suivre son projet d'amélioration de la qualité des soins. Cette stratégie comporte deux parties distinctes, d'une part la qualité au chevet du patient et d'autre part celle de la qualité de l'organisation.

Dans le cadre de sa stratégie, l'hôpital choisit les dimensions d'action, les groupes d'indicateurs tels que visés à l'article 22, §1^{er} ainsi que ceux sur lesquels il souhaite axer son action.

Cette stratégie vise à mettre en place une organisation et une méthode d'analyse des services fournis afin d'améliorer la qualité des soins.

Celle-ci fait l'objet d'un "rapport qualité" établi par l'hôpital tous les cinq ans.

§2. En vue de poursuivre l'objectif visé au paragraphe 1^{er} et sans préjudice des obligations qui y sont contenues, chaque hôpital psychiatrique établit en particulier un protocole interne d'évaluation du risque de comportement agressif lors de l'admission des patients.

Ce protocole doit permettre d'évaluer le risque de comportement agressif d'un patient à l'égard de lui-même, des autres patients, du personnel hospitalier et de toute autre personne, afin d'adapter la prise en charge du patient et le choix de chambre dès l'admission du patient.

Afdeling 5. –Kwaliteits- en veiligheidsstrategie

Art. 20. § 1. Het ziekenhuis waakt over de voortdurende verbetering van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg die het verleent.

Die voortdurende verbetering betreft zowel de 'kwaliteit aan het bed van de patiënt' als de 'kwaliteit van de organisatie'.

Daartoe stelt het ziekenhuis, voor de eerste keer ten laatste op 15 september 2024, een "kwaliteits- en veiligheidsstrategie" vast en herzielt het deze ten minste om de vijf jaar met het oog op de opvolging van zijn plan ter verbetering van de zorgkwaliteit. Die strategie bestaat uit twee afzonderlijke delen: kwaliteit aan het bed van de patiënt en kwaliteit van de organisatie.

In het kader van zijn strategie kiest het ziekenhuis de actiegebieden, de groepen van indicatoren als bedoeld in artikel 22, § 1, en de groepen indicatoren waarop het zijn actie wil toespitsen.

Met deze strategie wordt beoogd een organisatie en een methode voor de analyse van de verleende diensten op te zetten teneinde de zorgkwaliteit te verbeteren.

Hierover wordt om de vijf jaar een "kwaliteitsrapport" opgesteld door het ziekenhuis.

§ 2. Om het in het eerste lid genoemde doel te bereiken en onverminderd de daarin opgenomen verplichtingen, stelt elk psychiatrisch ziekenhuis met name een intern protocol op voor de beoordeling van het risico van agressief gedrag bij de opname van patiënten.

Dit protocol moet het mogelijk maken het risico van agressief gedrag van een patiënt ten opzichte van zichzelf, andere patiënten, het ziekenhuispersoneel en andere personen in te schatten teneinde de behandeling van de patiënt en de keuze van de kamer aan te passen, zodra de patiënt wordt opgenomen.

Art. 21. §1^{er}. Le "rapport qualité" visé à l'article 20, § 1^{er}, alinéa 5, identifie les éléments suivants :

- 1° les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui y sont dispensés poursuivis ;
- 2° les mesures ou actions mises en œuvre et leurs résultats ;
- 3° les mesures ou actions programmées ;
- 4° la manière dont l'hôpital intègre l'avis des patients en vue de l'amélioration continue de la qualité des soins et traitements ;
- 5° les conseils reçus par l'équipe nutritionnelle en la matière et les actions qu'il a décidé de mener pour y répondre.

§ 2. La stratégie « qualité-sécurité » visée à l'article 20, §1^{er}, alinéa 2, inclut le monitoring des indicateurs visé à l'article 24.

Elle contient également :

- 1° un relevé des mesures ou actions adoptées par l'hôpital pour veiller à l'accessibilité des soins ;
- 2° un rapport d'activités de la formation permanente du personnel dispensant des soins au sein de l'hôpital, y compris les formations linguistiques par langue et les formations spécifiques à la qualité et sécurité ;
- 3° un relevé des mesures ou actions adoptées par l'hôpital pour veiller à la durabilité et à la résilience de son action à l'égard de son personnel.

Art. 22. §1^{er}. Le monitoring de la qualité porte sur deux groupes d'indicateurs : la qualité de l'organisation et la qualité au chevet du patient .

§2. Le monitoring de la qualité de l'organisation porte sur les points suivants :

- 1° le pourcentage de patients admis à l'hôpital qui y ont été adressés par leur médecin traitant ;
- 2° le nombre de plaintes de patients reçues par le service de médiation de l'hôpital ;
- 3° le taux moyen des suppléments tels que visés à l'article 97, § 1^{er}, de la loi exprimé en pourcentage par rapport au budget des moyens financiers ;

Art. 21. § 1. Het "kwaliteitsrapport" bedoeld bij artikel 20, § 1, lid 5, de volgende elementen:

- 1° de doelstellingen om de kwaliteit en de veiligheid van de daar verleende zorg te verbeteren;
- 2° de uitgevoerde maatregelen of acties en hun resultaten;
- 3° de geplande maatregelen of acties;
- 4° de wijze waarop het ziekenhuis de mening van de patiënten integreert met het oog op een voortdurende verbetering van de kwaliteit van de zorg en de behandeling ;
- 5° de adviezen op die het voedingsteam in dit verband heeft ontvangen, alsmede de maatregelen die het naar aanleiding daarvan heeft besloten te nemen.

§ 2. De in artikel 20, § 1, tweede lid, bedoelde "kwaliteits- en veiligheidsstrategie" bevat het toezicht op de in artikel 24 bedoelde indicatoren.

Ze omvat eveneens:

- 1° een verklaring over de maatregelen of acties die het ziekenhuis heeft genomen om de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen;
- 2° een verslag over de activiteiten in het kader van de permanente vorming van het zorgpersoneel in het ziekenhuis, met inbegrip van de taalcursussen per taal en de specifieke kwaliteits- en veiligheidsopleidingen;
- 3° een overzicht van de maatregelen of acties die het ziekenhuis heeft genomen om de duurzaamheid en de bestendigheid van zijn optreden ten aanzien van zijn personeel te waarborgen.

Art. 22. § 1. De kwaliteitsbewaking omvat twee groepen indicatoren: de kwaliteit van de organisatie en de kwaliteit aan het bed van de patiënt.

§ 2. Het toezicht op de kwaliteit van de organisatie heeft betrekking op de volgende punten:

- 1° het percentage in het ziekenhuis opgenomen patiënten die door hun behandelende geneesheer werden doorverwezen;
- 2° het aantal klachten van patiënten ontvangen door de ombudsdienst van het ziekenhuis;
- 3° het gemiddelde supplementpercentage bedoeld in artikel 97, § 1, van de wet, uitgedrukt in een percentage van de begroting van de financiële middelen;

4° le pourcentage d'admissions pour lesquelles de tels suppléments ont été facturés ;

5° le taux moyen des suppléments d'honoraires tels que visés à l'article 152, § 2, de la loi, exprimé en pourcentage par rapport aux tarifs de l'accord, au cas où un accord visé à l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 est en vigueur ;

6° Le pourcentage de patients hospitalisés, en ce compris ceux admis en hospitalisation de jour, pour lesquels de tels suppléments ont été facturés ;

7° le pourcentage de déclarations d'admission par langue et le pourcentage de patients ayant exprimé le souhait de s'exprimer dans une autre langue que le français et néerlandais ;

8° le pourcentage de patients habitant à moins de 2,5 kilomètres de l'hôpital admis :

- a. aux urgences ;
- b. à la maternité ;
- c. en service de médecine interne générale ;
- d. en chirurgie générale ;
- e. en gériatrie ;
- f. en clinique médicale de jour.

9° le nombre et le pourcentage de patients disposant du statut BIM et de ceux qui sont bénéficiaires de l'Aide Médicale Urgente.

10° le pourcentage de membres du personnel qui bénéficient d'une intervention pour l'utilisation des transports en commun ou de la bicyclette en distinguant le personnel administratif et les praticiens professionnels de soins de santé ;

11° le nombre et le pourcentage de postes vacants par profession de santé ;

12° le taux de rotation pour chaque profession de santé où cela est aisément calculable, et à tout le moins pour les infirmiers, exprimé par comparaison avec le nombre d'arrivées et de départs ;

13° le taux d'absence par profession de santé pour cause de maladie ;

14° le taux d'heures supplémentaires prestées par chaque profession de santé où cela est aisément calculable, et à tout le moins pour le personnel infirmier.

4° het percentage van de opnames waarvoor dergelijke supplementen werden aangerekend ;

5° het gemiddelde tarief van de honorariumsupplementen, bedoeld in artikel 152, § 2, van de wet, uitgedrukt in een percentage van de akkoordtarieven, indien een akkoord als bedoeld in artikel 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, van kracht is ;

6° het percentage in het ziekenhuis opgenomen patiënten, met inbegrip van degenen die voor daghospitalisatie zijn opgenomen, voor wie dergelijke supplementen in rekening zijn gebracht ;

7° het percentage opnameverklaringen per taal en het percentage patiënten die te kennen gaven zich in een andere taal dan het Frans en het Nederlands te willen uitdrukken ;

8° het percentage patiënten die op minder dan 2,5 kilometer van het ziekenhuis wonen waar ze opgenomen zijn :

- a. bij de spoed ;
- b. bij de kraamkliniek ;
- c. bij de algemene inwendige geneeskunde ;
- d. bij de algemene chirurgie ;
- e. bij de geriatrie ;
- f. bij de medische dagkliniek ;

9° het aantal en percentage patiënten met het BVT-statuuut en het aantal en percentage begunstigen van Dringende Medische Hulp ;

10° het percentage personeelsleden die een tussenkomst genieten voor het gebruik van het openbaar vervoer of de fiets, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen het administratief personeel en de gezondheidszorgbeoefenaars ;

11° het aantal en het percentage van vacatures per gezondheidszorgberoep ;

12° de rotatiegraad voor elk gezondheidszorgberoep waar dit gemakkelijk te berekenen is, en in ieder geval voor verpleegkundigen, uitgedrukt in vergelijking met het aantal aankomsten en vertrekken ;

13° de afwezigheidsgraad per gezondheidszorgberoep waar dit gemakkelijk te berekenen is, en in ieder geval voor het verpleegkundige personeel, wegens ziekte ;

14° het percentage overuren van elk gezondheidszorgberoep waar dit gemakkelijk te berekenen is, en in ieder geval voor het verpleegkundige personeel.

§3. Le monitoring de la qualité au chevet du patient porte sur les points suivants :

- 1° le pourcentage de patients dont le risque nutritionnel a été évalué ;
- 2° la prévalence et l'incidence des escarres acquises dans l'institution ;
- 3° le taux d'accouchements sans intervention médicale (avec ou sans péridurale) ;
- 4° l'incidence des septicémies associées aux cathéters veineux centraux et associées à l'hôpital ;
- 5° les incidences des infections MRSA acquises à l'hôpital ;
- 6° l'observance de l'hygiène des mains ;
- 7° la compliance de l'antibioprophylaxie en chirurgie ;
- 8° la proportion de fractures de la hanche opérées dans les délais, par comparaison aux opérations tardives ;
- 9° le nombre de thromboses veineuses profondes ou embolies pulmonaires postopératoires ;
- 10° le nombre de réadmissions non planifiées ;
- 11° le nombre d'événements indésirables, en distinguant au minimum les chutes de patients, les erreurs médicamenteuses et les agressions du personnel par des patients ou des visiteurs.

Pour ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques, et les hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G), le monitoring qualité au chevet du patient porte sur les points 1°, 2°, 5°, 6° et 11° visés à l'alinéa précédent. Le monitoring précise aussi, dans ce cas, le taux de patients mis en contention physique et le taux de patients mis en isolement en chambre.

Pour ce qui concerne les unités de soins psychiatriques et de psycho-gériatriques des hôpitaux généraux ainsi que les hôpitaux psychiatriques, les indicateurs suivants seront également pris en compte :

- 1° l'évaluation à l'admission du risque de comportement agressif selon le protocole mentionné à l'article 22, § 2 ;
- 2° l'incidence des mesures d'isolement ;
- 3° l'incidence des mesures de contention ;
- 4° la surveillance des isolements et contentions.

§ 3. Het toezicht op de kwaliteit aan het bed van de patiënt heeft betrekking op de volgende punten:

- 1° het percentage patiënten bij wie het voedingsrisico werd geëvalueerd;
- 2° de prevalentie en incidentie van doorligwonden opgelopen in de instelling;
- 3° het percentage bevallingen zonder medische interventie (met of zonder epidurale);
- 4° de incidentie van sepsis geassocieerd met centrale veneuze katheters en geassocieerd met het ziekenhuis;
- 5° de incidentie van in het ziekenhuis opgelopen MRSA-infecties;
- 6° de naleving van de handhygiëne;
- 7° de compliance van de antibioticaprofylaxe in de heekunde;
- 8° het percentage heupfracturen dat op tijd wordt geopereerd in verhouding tot de laattijdige operaties;
- 9° het aantal postoperatieve diepe veneuze tromboses of longembolieën;
- 10° het aantal ongeplande heropnames;
- 11° het aantal ongewenste gebeurtenissen, waarbij ten minste een onderscheid wordt gemaakt tussen vallen van patiënten, medicatiefouten en aanvallen op personeel door patiënten of bezoekers.

Voor psychiatrische ziekenhuizen en ziekenhuizen met uitsluitend psychiatrische ziekenhuisdiensten (index A, T of K) in combinatie met gespecialiseerde behandelings- en revalidatiediensten (index Sp) en geriatrie diensten (index G), heeft het toezicht op de kwaliteit aan het bed van de patiënt betrekking op de punten 1°, 2°, 5°, 6° en 11° van het vorige lid. In het kader van het toezicht wordt in dit geval ook het percentage patiënten vermeld dat in fysieke dwang wordt gehouden en het percentage patiënten dat in kamerisolatie wordt geplaatst.

Voor psychiatrische en psychogeriatrische verpleegeenheden in algemene ziekenhuizen en psychiatrische ziekenhuizen zal ook rekening worden gehouden met de volgende indicatoren:

- 1° de beoordeling bij opname van het risico op agressief gedrag volgens het protocol bedoeld in artikel 22, § 2;
- 2° de incidentie van de isolatiemaatregelen;
- 3° de incidentie van de dwangmaatregelen;
- 4° het toezicht op isolatie en dwang.

Art. 23. Le "rapport-qualité" est adressé aux Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune et publié sur le site web de l'hôpital.

En outre, le gestionnaire tient à

la disposition des Services du Collège réuni le rapport de monitoring des indicateurs visés à l'article 22 actualisé au moins une fois par an. Ces données sont confidentielles et ne peuvent être consultées que par l'Observatoire du Social et de la Santé à Bruxelles afin d'évaluer et d'éclairer la politique socio-sanitaire à Bruxelles.

Les Services du Collège réuni peuvent créer une plate-forme électronique sécurisée et non accessible au public qui permet à l'hôpital d'indiquer et corriger lui-même régulièrement les éléments prévus à l'art 21 §1^{er}, les résultats de ses indicateurs, et la description des indicateurs choisis en plus de ceux visés à l'art 22. Une fois créée, la participation à cette plate-forme dispense l'hôpital de la rédaction, de la publication et de l'envoi du « rapport-qualité ».

Art. 24. Le gestionnaire peut demander au Collège réuni de remplacer la partie du "rapport-qualité" relative à la qualité au chevet du patient par la preuve d'une inscription dans une démarche d'accréditation ou par la publication d'une accréditation qui permet d'évaluer les indicateurs visés à l'article 22, §3de manière similaire.

Art. 25. Il est créé un Conseil multidisciplinaire de pilotage de la qualité au sein de l'hôpital.

Celui-ci est composé au minimum :

- 1° d'un représentant du gestionnaire ;
- 2° du médecin chef ou de son délégué ;
- 3° d'un représentant du conseil médical ;
- 4° du directeur du département infirmier ou de son délégué ;
- 11° d'un représentant des usagers ou un « patient-partenaire » si ce concept est développé dans l'hôpital ;
- 12° du coordinateur qualité si cette fonction existe dans l'hôpital.

Art. 23. Het "kwaliteitsrapport" wordt toegezonden aan de Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie en gepubliceerd op de website van het ziekenhuis.

Bovendien stelt de beheerder het monitoringverslag met betrekking tot de in artikel 22 bedoelde indicatoren ter beschikking van de Diensten van het Verenigd College ten minste jaarlijks geactualiseerd. Die gegevens zijn vertrouwelijk en kunnen alleen door het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad worden geraadpleegd om het welzijns- en gezondheidsbeleid in Brussel te evalueren en duidelijk te maken.

De Diensten van het Verenigd College kunnen een beveiligd elektronisch platform creëren dat niet toegankelijk is voor het publiek en dat het ziekenhuis in staat stelt om regelmatig zelf de elementen voorzien in artikel 21, § 1, de resultaten van zijn indicatoren en de beschrijving van de gekozen indicatoren naast die bedoeld in artikel 22, aan te geven en te corrigeren. Na creatie stelt deelname aan dit platform het ziekenhuis vrij van het opstellen, publiceren en verzenden van het "kwaliteitsrapport".

Art. 24. De beheerder kan het Verenigd College vragen het deel van het "kwaliteitsrapport" dat betrekking heeft op de kwaliteit aan het bed van de patiënt te vervangen door een bewijs van inschrijving in een accrediteringsprocedure of de publicatie van een accreditering die toelaat de indicatoren bedoeld in artikel 22, § 3, op een gelijkaardige manier te beoordelen.

Art. 25. Binnen het ziekenhuis wordt een Multidisciplinaire Kwaliteitsraad opgericht.

Die bestaat ten minste uit:

- 1° een vertegenwoordiger van de beheerder;
- 2° de hoofddarts of zijn afgevaardigde;
- 3° een vertegenwoordiger van de medische raad;
- 4° de directeur van de verpleegkundige dienst of zijn afgevaardigde;
- 11° een vertegenwoordiger van de gebruikers of een "patiënt-partner" indien dit concept in het ziekenhuis wordt ontwikkeld;
- 12° de kwaliteitscoördinator indien deze functie in het ziekenhuis bestaat.

Le gestionnaire associe étroitement le Conseil de la qualité à l'élaboration de sa « stratégie qualité-sécurité » et du "rapport qualité".

CHAPITRE 5. – Normes relatives à la participation du personnel à l'organisation et à l'évaluation de soins de qualité

Art. 26. Les hôpitaux garantissent une implication des professionnels des soins de santé dans l'évaluation de la qualité des soins au sein de l'hôpital. Cette implication s'organise via une représentativité effective multidisciplinaire au sein des organes liés à la qualité des soins présents dans l'institution ou au sein de groupes de travail permanents créés pour aviser ces organes, dont au moins un représentant de la profession infirmière sans position hiérarchique y est désigné.

L'évaluation de la qualité des soins visée à l'alinéa précédent inclut l'évaluation de l'intégration des soins infirmiers et autres pratiques paramédicales dans l'ensemble des soins et services offerts par l'hôpital.

L'hôpital tient à disposition de l'autorité compétente un cadastre actualisé de la composition des différents organes liés à la qualité des soins présents au sein de l'institution. Un registre de la présence effective des membres aux réunions est tenu à jour.

CHAPITRE 6. – Normes relatives à la bonne gouvernance

Art. 27. L'hôpital tient à jour et publie sur son site internet son organigramme, qui reprend à tout le moins les fonctions visées à l'article 17 de la loi et les personnes avec qui elles collaborent.

CHAPITRE 7. – Normes relatives à la durabilité et à la résilience

De beheerder betreft de Kwaliteitsraad nauw bij de opstelling van het "kwaliteits- en veiligheidsstrategie" en het "kwaliteitsrapport".

HOOFDSTUK 5. – Normen voor de betrokkenheid van het personeel bij de organisatie en evaluatie van kwaliteitszorg

Art. 26. Ziekenhuizen zorgen ervoor dat beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden betrokken bij het evalueren van de kwaliteit van de zorg binnen het ziekenhuis. Deze betrokkenheid wordt georganiseerd via een effectieve multidisciplinaire representativiteit binnen de organen die verband houden met de kwaliteit van de zorg die in de instelling aanwezig zijn of binnen permanente werkgroepen opgericht om deze organen te adviseren, met daarin minstens één vertegenwoordiger van het beroep van verpleegkundige zonder hiërarchie.

De evaluatie van de kwaliteit van de zorg bedoeld in het vorige lid omvat de evaluatie van de integratie van verpleegkundige zorg en andere paramedische praktijken in alle zorg en dienstverlening die het ziekenhuis aanbiedt.

Het ziekenhuis stelt aan de bevoegde overheid een geactualiseerd kadaster ter beschikking van de samenstelling van de verschillende organen die verband houden met de kwaliteit van de zorg die binnen de instelling aanwezig zijn. Er wordt een register bijgehouden van de effectieve aanwezigheid van leden op vergaderingen..

HOOFDSTUK 6. – Normen in verband met goed bestuur

Art. 27. Het ziekenhuis houdt zijn organigram up-to-date en publiceert dit op zijn website; het bevat ten minste de in artikel 17 van de wet bedoelde functies en de personen met wie zij samenwerken.

HOOFDSTUK 7. – Normen in verband met duurzaamheid en bestendigheid

Art. 28. La gestion de l'hôpital, en ce compris les projets de redéploiement de l'activité et les projets liés aux infrastructures, s'inscrit dans une perspective à long terme répondant aux objectifs de durabilité et de résilience suivants :

- 1° assurer le choix d'investissements écologiques et durables ;
- 2° préserver l'environnement ;
- 3° favoriser l'économie circulaire ;
- 4° réduire l'empreinte carbone par rapport à la situation reprise dans le rapport précédent ;
- 5° favoriser l'alimentation durable pour les patients, les visiteurs et le personnel ;
- 6° favoriser les moyens de mobilité respectueux de l'environnement pour le personnel et tous les déplacements professionnels ;
- 7° réduire la production de déchets au travers de la politique d'achats et par la mise en place de processus qui permettent de réduire les déchets ;
- 8° organiser le recyclage et la réduction des déchets ;
- 9° optimiser les consommations d'eau et d'énergie ;
- 10° s'adapter aux changements climatiques conformément aux objectifs climatiques bruxellois.

Art. 29. Tous les cinq ans, l'hôpital publie sur son site internet, un plan de durabilité dans lequel il expose les moyens mis en œuvre pour poursuivre les objectifs visés à l'article 34, ainsi que le bilan carbone de l'hôpital.

Art. 30. L'hôpital démontre qu'il s'inscrit dans une démarche d'éco-gestion via le suivi d'un accompagnement ou via l'obtention d'un label EMAS, ou similaire.

CHAPITRE 8. – Dispositions modificatives

Section 1 - Modification de l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 9 juillet 2019 déterminant la procédure d'agrément, de retrait d'agrément et de fermeture des hôpitaux, des collaborations hospitalières et des activités hospitalières

Art. 28. Het beheer van het ziekenhuis, met inbegrip van projecten voor de herontwikkeling van activiteiten en infrastructuurprojecten, heeft een langetermijnperspectief dat beantwoordt aan de volgende doelstellingen inzake duurzaamheid en bestendigheid:

- 1° verzekeren van de keuze voor ecologische en duurzame investeringen;
- 2° beschermen van het milieu;
- 3° bevorderen van de circulaire economie;
- 4° verkleinen van de koolstofvoetafdruk ten opzichte van de situatie die opgenomen is in het vorige verslag;
- 5° bevorderen van duurzame voeding voor patiënten, bezoekers en personeel;
- 6° bevorderen van milieuvriendelijke mobiliteitsmiddelen voor het personeel en alle professionele verplaatsingen;
- 7° verminderen van de afvalproductie via het aankoopbeleid en de invoering van processen waarmee de hoeveelheid afval verminderd kan worden;
- 8° organiseren van recyclage en afvalvermindering;
- 9° optimaliseren van het water- en energieverbruik;
- 10° zich aanpassen aan de klimaatverandering overeenkomstig de Brusselse klimaatdoelstellingen.

Art. 29. Het ziekenhuis publiceert om de vijf jaar op zijn website een duurzaamheidsplan waarin het aangeeft met welke middelen het de in artikel 34 genoemde doelstellingen nastreeft en wat de koolstofbalans van het ziekenhuis is.

Art. 30. Het ziekenhuis toont aan dat het zich inzet voor milieubeheer door een begeleidingsprogramma te volgen of door een EMAS- of vergelijkbaar label te verkrijgen.

HOOFDSTUK 8. – Wijzigingsbepalingen

Afdeling 1 - Wijziging van het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 9 juli 2019 tot bepaling van de procedure van erkenning, intrekking van erkenning en sluiting van de ziekenhuizen, samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en ziekenhuisactiviteiten

Art. 31. À l'article 2, §1^{er}, de l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 9 juillet 2019 déterminant la procédure d'agrément, de retrait d'agrément et de fermeture des hôpitaux, des collaborations hospitalières et des activités hospitalières, est inséré un point 11°, rédigé comme suit :

"11° une note descriptive indiquant quelles mesures sont proposées par le gestionnaire afin de conserver un accès aux soins pour la population qui fait appel aux services de l'hôpital et des sites hospitaliers concernés".

CHAPITRE 9. – Dispositions transitoires, entrée en vigueur et dispositions finales

Art. 32. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les articles 5 à 17, 19, 26 et 30 entrent en vigueur le 15 septembre 2024.

Par dérogation aux alinéas précédents, les articles 8 alinéa 3, 18, 21 et 22 entrent en vigueur le 15 mars 2025.

Art. 33. Les Membres du Collège réuni compétents pour la politique de Santé sont chargés de l'exécution de présent arrêté.

Bruxelles, le (date)

Pour le Collège réuni,

Les Membres du Collège réuni, compétents pour la politique de Santé,



A. MERON

E. VAN DEN BRANDT

Avant-projet d'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune fixant les normes complémentaires que les hôpitaux doivent respecter et les procédures

Art. 31. In artikel 2, § 1, van het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 9 juli 2019 tot bepaling van de procedure van erkenning, intrekking van erkenning en sluiting van de ziekenhuizen, samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen en ziekenhuisactiviteiten, wordt een punt 11° ingevoegd dat als volgt luidt:

"11° een beschrijvende nota waarin wordt aangegeven welke maatregelen door de beheerder worden voorgesteld om de toegang tot de zorg te handhaven voor de bevolking die gebruikmaakt van de diensten van het betrokken ziekenhuis en de betrokken ziekenhuissites".

HOOFDSTUK 9. - Overgangsbepalingen, inwerkingtreding en slotbepalingen

Art. 32. Dit besluit treedt in werking de eerste januari 2024.

In afwijking van het vorige lid treden de artikelen 5 tot 17, 19, 26 en 30 in werking op 15 september 2024.

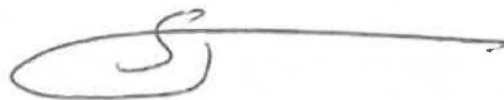
In afwijking van de vorige leden treden de artikelen 8 lid 3, 18, 21 et 22 in werking op 15 maart 2025.

Art. 33. De leden van het Verenigd College bevoegd voor het Gezondheidsbeleid zijn belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, (datum)

Voor het Verenigd College,

De leden van het Verenigd College bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,



Voorontwerp van besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie tot vaststelling van de normen die de ziekenhuizen moeten naleven en van de procedures

Annexe I. Gîte de naissance hospitalier

Un gîte de naissance est une entité architecturale qui se trouve dans un hôpital qui dispose d'une maternité et dans lequel l'organisation des accouchements et des soins de *postpartum* directs respectent le plus strictement possible la physiologie. Ce respect de la physiologie inclut les techniques de prévention et de gestion de la douleur et est décrit dans les recommandations scientifiques suivantes (susceptibles de mises à jour ultérieures sur base de l'évolution des connaissances médicales) :

- Mambourg F, Gailly J, Wei-Hong Z. Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque. Good Clinical Practice (GCP). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2010. KCE Reports 139B. D/2010/10.273/63.
- WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. ISBN 978-92-4-155021-5

L'organisation de ces soins, leur planification et réalisation sont entièrement confiés à des sage-femmes. Les sage-femmes, de la préparation à la grossesse à domicile, doivent pouvoir y accompagner leur patiente pour y accoucher, selon des modalités à déterminer par convention avec l'hôpital.

Cette convention précise :

- 1° la capacité d'accouchements par l'équipe hospitalière et ses disponibilités ;
- 2° le délai dans lequel une admission est possible après la demande ;
- 3° les modalités d'information aux patientes ;
- 4° les modalités d'échange d'informations entre la sage-femme du gîte de naissance et celle du domicile ;
- 5° les modalités financières pour la patiente.

L'hôpital détermine les conditions et modalités d'admission des parturientes dans le gîte de naissance, l'objectif étant d'y admettre uniquement celles qui présentent un accouchement *a priori* eutocique. Le partenaire éventuel de la parturiente est, avec son accord, toujours le bienvenu.

Ces conditions et modalités sont communiquées au public via le site internet de l'hôpital, ainsi qu'auprès des sage-femmes de premières ligne ayant une convention avec l'hôpital.

En cas de découverte d'un risque de complication lors de l'admission dans le gîte de naissance, ou d'une complication durant l'accouchement, la sage-femme en charge de celui-ci fait appel à l'équipe médicale et aux sage-femmes de la maternité selon une procédure déterminée en interne afin d'assurer une prise en charge optimale du problème rencontré.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune fixant les normes complémentaires que les hôpitaux doivent respecter et les procédures.

Bijlage I. Geboortehuis van het ziekenhuis

Een geboortehuis is een architecturale eenheid die zich bevindt in een ziekenhuis met een kraamafdeling en waarin de organisatie van de bevalling en de directe *postpartumzorg* zo strikt mogelijk de fysiologie respecteert. Het respecteren van de fysiologie omvat de technieken voor de preventie en beheersing van pijn en word beschreven in de volgende wetenschappelijke aanbevelingen (die in de toekomst bijgewerkt kunnen worden op basis van de evolutie van de medische kennis):

- Mambourg F, Gailly J, Wei-Hong Z. Richtlijn voor goede klinische praktijk bij laag risico bevallingen. Good Clinical Practice (GCP). Brussels. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2010. KCE Reports 139A. D/2010/10.273/63.
- WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. ISBN 978-92-4-155021-5

De organisatie van deze zorg, de planning en de uitvoering ervan zijn volledig toevertrouwd aan vroedvrouwen. De vroedvrouwen moeten, vanaf de voorbereiding van de zwangerschap thuis, in staat zijn hun patiënte hiernaartoe te begeleiden voor de bevalling, volgens modaliteiten die in een overeenkomst met het ziekenhuis moeten worden vastgesteld.

In de overeenkomst worden de volgende gegevens vermeld:

- 1° de capaciteit voor bevallingen door het ziekenhuisteam en de beschikbaarheid ervan;
- 2° de termijn waarbinnen opname mogelijk is na het verzoek;
- 3° de modaliteiten van de informatie aan de patiëntes;
- 4° de modaliteiten voor informatie-uitwisseling tussen de vroedvrouw van het geboortehuis en de vroedvrouw van thuis;
- 5° de financiële modaliteiten voor de patiënte.

Het ziekenhuis bepaalt de voorwaarden en procedures voor de opname van parturiëntes in het geboortehuis, waarbij het de bedoeling is alleen diegenen op te nemen met *a priori* een eutocische bevalling. De eventuele partner van de parturiënte is, met haar toestemming, altijd welkom.

Deze voorwaarden en modaliteiten worden aan het publiek meegedeeld via de website van het ziekenhuis, alsook aan de eerstelijns vroedvrouwen die een overeenkomst met het ziekenhuis hebben.

Wanneer tijdens de opname in het geboortehuis of tijdens de bevalling een risico op complicaties wordt vastgesteld, doet de voor de bevalling verantwoordelijke vroedvrouw volgens een intern vastgestelde procedure een beroep op het medische team en de vroedvrouwen van de kraamkliniek met het oog op een optimale behandeling van het geïdentificeerde probleem.

Gezien om als bijlage te worden toegevoegd aan het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie tot vaststelling van de aanvullende normen die de ziekenhuizen moeten naleven en van de procedures.

Annexe II. Equipe nutritionnelle

II.1. – Composition

Article 1^{er}. Tout hôpital général dispose d'une équipe nutritionnelle.

L'équipe nutritionnelle pluridisciplinaire se compose, outre du personnel visé par l'article 63^{septies} de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, du responsable de la cuisine, que celui-ci fasse partie du personnel de l'hôpital ou soit un prestataire externe.

Le coordinateur de l'équipe nutritionnelle dispose d'une formation complémentaire en relation avec la nutrition, la recherche, la communication ou la gestion de projet. Cette formation complémentaire fait l'objet d'un titre, d'un diplôme ou d'une attestation par une société scientifique.

II.2. – Missions

Art. 2. L'équipe nutritionnelle pluridisciplinaire, outre les missions qui lui sont dévolues par l'article 63^{septies} de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, conseille la direction de l'hôpital pour tendre vers une alimentation à la fois durable et permettant d'amener le patient dans un chemin de changement vers une alimentation meilleure pour sa santé et l'environnement lors de son retour à domicile.

Pour ce dernier objectif, les recommandations à suivre sont celles de la stratégie Good Food telle qu'adoptée par le gouvernement de la Région Bruxelles-Capitale le 01/06/2022

Vu pour être annexé à l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune fixant les normes complémentaires que les hôpitaux doivent respecter et les procédures.

Bijlage II. Voedingsteam

II.1. – Samenstelling

Artikel 1. Elk algemeen ziekenhuis beschikt over een voedingsteam.

Het multidisciplinaire voedingsteam bestaat, naast het personeel bedoeld in artikel 63septies van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, uit de persoon die verantwoordelijk is voor de keuken, ongeacht of deze persoon behoort tot het personeel van het ziekenhuis dan wel een externe dienstverlener is.

De coördinator van het voedingsteam heeft een aanvullende opleiding gevolgd op het gebied van voeding, onderzoek, communicatie of projectbeheer. Deze aanvullende opleiding maakt het voorwerp uit van een titel, een diploma of een certificaat, uitgereikt door een wetenschappelijke vereniging.

II.2. – Opdrachten

Art. 2. Het multidisciplinaire voedingsteam adviseert, naast de opdrachten die het toegewezen krijgt bij artikel 63septies van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, de ziekenhuisdirectie om te werken aan duurzame voeding die de patiënt in staat stelt om bij zijn terugkeer naar huis veranderingen door te voeren naar een dieet dat beter is voor zijn gezondheid en voor het milieu.

Voor deze laatste doelstelling zijn de te volgen aanbevelingen die van de Good Food-strategie zoals aangenomen door de regering van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest op 01/06/2022

Gezien om als bijlage te worden toegevoegd aan het besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie tot vaststelling van de aanvullende normen die de ziekenhuizen moeten naleven en van de procedures.

Pour le Collège réuni
Les Membres du Collège réuni, compétents
pour la politique de Santé

Voor het Verenigd College,
De leden van het Verenigd College
bevoegd voor het Gezondheidsbeleid



A. MARON

E. VAN DEN BRANDT

