

REGION DE BRUXELLES-CAPITALE — BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE
DE BRUXELLES-CAPITALE

[C – 2023/42680]

25 MAI 2023. — Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune fixant les normes que les hôpitaux doivent respecter

Rapport au Collège réuni

Introduction

L'arrêté en projet s'inscrit dans la compétence de la Commission communautaire commune de définir des normes d'agrément et de programmation intrarégionales, à la suite de la sixième réforme de l'État.

La Déclaration de Politique Régionale, faisant suite à la formation du gouvernement en juillet 2019, prévoyait que la Commission communautaire commune révisera les normes hospitalières afin de :

- garantir à tous les citoyens un accès universel à des soins hospitaliers de proximité ;
- renforcer la qualité des soins ;
- renforcer la concertation du personnel.

L'arrêté en projet vise à mettre en œuvre ces lignes de forces et à fixer des normes d'agrément devant être respectées par les hôpitaux sur le territoire bilingue de la Région de Bruxelles-Capitale relevant de la compétence de la Commission communautaire commune. Il s'inscrit ainsi dans un projet plus large, qui vise à améliorer l'offre de soins en prenant en compte les particularités sociales et géographiques de la Région de Bruxelles-Capitale.

Cette approche globale repose sur le constat que l'hôpital est une structure de soins qui joue un rôle déterminant dans la poursuite de plusieurs objectifs du Plan Social Santé Intégré à Bruxelles (PSSI), et notamment ceux de :

- favoriser l'accès des publics fragiles aux soins et services socio-sanitaires ;
- garantir un parcours socio-sanitaire accessible et qualitatif à chaque Bruxellois ;
- repenser le paysage socio-sanitaire vers une offre intégrée par quartier et un repositionnement de l'hôpital dans le paysage des soins.

Conformément au PSSI, cet arrêté en projet vise à proposer une application concrète des mesures qui concernent l'hôpital et plus particulièrement celles permettant :

- d'améliorer le lien entre l'hôpital et la première ligne de soins ;
- d'utiliser les réseaux hospitaliers pour une meilleure adéquation de l'offre ;
- de développer la prise en charge et le suivi en dehors de l'hôpital ;
- d'améliorer l'accessibilité aux structures de prise en charge en santé mentale ;
- d'intégrer dans les conditions d'agrément l'amélioration continue de la qualité et l'implication du patient ;
- de développer des plans de qualité et de sécurité sectoriels.

L'arrêté en projet s'inscrit dans une politique qui vise à améliorer l'accessibilité des soins à de nombreux égards et à renforcer – et au besoin restaurer – la place de la première ligne de soins et la prise en charge complète du patient, notamment au travers de véritables trajets de soins transmuraux.

Dans cette optique, il participe à l'une des volontés essentielles exprimées dans la Déclaration de Politique Régionale portant sur le meilleur accès possible de la population bruxelloise en première ligne à la médecine générale. Et lorsque, dans certains cas, un passage par l'hôpital est nécessaire (soit parce que le professionnel de santé de première ligne l'estime nécessaire, soit parce que le patient le souhaite, soit encore parce qu'il s'agit d'une urgence vitale), la qualité de la communication entre les différents professionnels qui interviennent participe à l'amélioration des soins et de la prise en charge du patient.

Dans la mesure où de nombreux hôpitaux sont présents sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, une réelle proximité des soins peut être assurée, en particulier pour des soins relativement courants. Le texte en projet vise la complémentarité entre l'offre de soins de santé primaire (première ligne), l'offre de soins hospitalière,

GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE
VAN BRUSSEL-HOOFDSTAD

[C – 2023/42680]

25 MEI 2023. — Besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie tot vaststelling van de normen die de ziekenhuizen moeten naleven

Verslag aan het Verenigd College

Inleiding

Ingevolge de zesde staatshervorming is de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie bevoegd om de erkenningsnormen en intrarégionale programmeringsnormen vast te stellen. Dit ontwerpbesluit valt daaronder.

In de Gewestelijke Beleidsverklaring die na de regeringsvorming in juli 2019 werd opgesteld, is bepaald dat de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie de ziekenhuisnormen zal herzien om:

- alle burgers universele toegang tot plaatselijke ziekenhuiszorg te garanderen;
- de zorgkwaliteit te verbeteren;
- het overleg met het personeel te versterken.

Het ontwerpbesluit heeft tot doel die krachtlijnen te implementeren en erkenningsnormen vast te stellen die moeten worden nageleefd door de ziekenhuizen op het tweetalige grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest die onder de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie vallen. Het ontwerpbesluit maakt dus deel uit van een breder project dat tot doel heeft het zorgaanbod te verbeteren door rekening te houden met de sociale en geografische bijzonderheden van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Die globale aanpak is gebaseerd op de vaststelling dat het ziekenhuis een zorgstructuur is die een beslissende rol speelt bij het nastreven van verschillende doelstellingen van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan (GWGP) in Brussel, en in het bijzonder:

- de toegang van kwetsbare groepen tot welzijns- en gezondheidszorg en -diensten bevorderen;
- elke Brusselaar een toegankelijk en kwalitatief welzijns- en gezondheidszorgtraject garanderen;
- het welzijns- en gezondheidszorglandschap hertekenen naar een geïntegreerd aanbod per wijk en het ziekenhuis herpositioneren in het zorglandschap.

In overeenstemming met het GWGP heeft dit ontwerpbesluit tot doel een concrete toepassing van de maatregelen die het ziekenhuis aangaan voor te stellen en meer in het bijzonder die welke het mogelijk maken om:

- de band tussen het ziekenhuis en de eerstelijnszorg te verbeteren;
- de ziekenhuisnetwerken te gebruiken om het aanbod beter af te stemmen;
- de zorg en de opvolging buiten het ziekenhuis te ontwikkelen;
- de structuren voor geestelijke gezondheidszorg toegankelijker te maken;
- de permanente kwaliteitsverbetering en de patiëntenbetrokkenheid in de erkenningsvoorwaarden te integreren;
- sectorale kwaliteits- en veiligheidsplannen te ontwikkelen.

Het ontwerpbesluit past in een beleid dat erop gericht is de toegankelijkheid van zorg in veel opzichten te verbeteren en de plaats van de eerstelijnszorg en de volledige patiëntenzorg te versterken – en zo nodig te herstellen – met name via echte transmurale zorgtrajecten.

In dat opzicht wordt met het ontwerpbesluit bijgedragen aan een van de essentiële wensen die in de Gewestelijke Beleidsverklaring zijn geformuleerd met betrekking tot de best mogelijke toegang van de Brusselse bevolking tot de huisartsgeneeskunde (eerste lijn). En wanneer in bepaalde gevallen een bezoek aan het ziekenhuis noodzakelijk is (omdat de eerstelijnsgezondheidswerker dat noodzakelijk acht of omdat de patiënt dat wenst of omdat het om een levensbedreigende noodsituatie gaat), draagt de kwaliteit van de communicatie tussen de verschillende betrokken beroepsbeoefenaars bij aan een betere patiëntenzorg en -behandeling.

Aangezien er op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest veel ziekenhuizen zijn, kan een reële nabijheid van zorg worden gegarandeerd, in het bijzonder voor relatief courante zorg. Met de ontwerptekst wordt gestreefd naar complementariteit tussen het aanbod van primaire gezondheidszorg (eerste lijn), ziekenhuiszorg,

l'offre de soins résidentielle et les alternatives à l'hospitalisation (e.a. santé mentale, soins palliatifs...) et est mise en avant, notamment, une organisation de l'offre de soins adaptée aux besoins de notre population.

Les normes d'accessibilité prennent en compte cette évolution et s'inscrivent dans une démarche qui intègre sans cesse davantage cette réalité.

Par la sixième réforme de l'État, la COCOM dispose désormais de deux instruments importants qui permettent d'intervenir dans l'organisation des soins à Bruxelles : les normes d'agrément et la programmation intrarégionale.

Ces outils sont néanmoins partagés entre l'Etat fédéral et la COCOM. Les règles que peut fixer la COCOM sont essentiellement des normes qui complètent l'arsenal réglementaire mis en place au niveau fédéral, tant au niveau de l'agrément que de la programmation.

Le texte que nous avons l'honneur de vous soumettre s'inscrit dans ce cadre et vise, en particulier, les normes d'agrément des hôpitaux.

Dans leur élaboration, nous avons veillé à intégrer les réalités institutionnelle, sociale et géographique bruxelloises qui se marquent par une forte densité de population, une offre hospitalière étendue qui attire également des patients non-bruxellois, la présence d'institutions hospitalières relevant de plusieurs autorités distinctes, la mobilité de certains patients et de professionnels et des besoins sociaux différents en fonction des quartiers.

Dans son avis n° 77/2023 du 30 mars 2023, l'Autorité de protection des données précise que le présent projet consiste essentiellement, en termes de traitement des données à caractère personnel, en des obligations générales sans traitement de données concret.

A plusieurs endroits, l'arrêté rappelle les obligations de communication qui existent en matière de partage de données entre professionnels de soins de santé. Il en va ainsi des échanges visés aux articles 5, 6, 7, 9 et 13 de l'avant-projet d'arrêté.

L'Autorité de protection des données suggère, à cet égard, de compléter le dispositif en apportant des précisions quant au respect des principes de consentement éclairé du patient au traitement de ses données de santé et en termes de limitation des traitements à ce qui est nécessaire pour garantir la continuité et la qualité des soins.

D'aucune manière l'arrêté en projet ne vise ni ne pourrait viser à réduire la protection des données des personnes concernées. A cet égard, nous rappelons cependant que la constitution d'un dossier du patient et le partage d'information entre professionnels en charge d'un patient relèvent déjà des obligations qui sont imposées aux hôpitaux, notamment par l'article 20 de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, par l'article 9 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, par l'article 34 de la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015 et aux articles 36 e.s. de la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé. Ces normes prévoyant déjà la tenue et le partage de ces données, en ce compris le cas échéant l'accord du patient. Ce faisant, le traitement de ces données demeure encadré par ces règles. Afin de prévenir de potentielles disparités avec ces textes, il est choisi de ne pas ajouter ces conditions existantes dans ce texte.

Les normes envisagées

Les normes d'agrément des hôpitaux contenues dans le texte en projet portent sur l'accessibilité des soins, les trajets de soins, la qualité des soins, la participation du personnel de soins à l'organisation de soins de qualité, la bonne gouvernance, la durabilité et la résilience de l'offre de soins hospitaliers.

CHAPITRE 1^{er}. — *le champ d'application des normes*

Le premier chapitre détermine le champ d'application de l'arrêté. Il précise ainsi que les normes contenues s'adressent aux hôpitaux généraux, mais certaines d'entre elles s'appliquent également aux hôpitaux psychiatriques. Compte tenu des particularités de ces derniers, ainsi que des hôpitaux mono-spécialisés, certaines normes ne leur sont pas rendues applicables. Des normes spécifiques sont prévues là où ceci s'avère nécessaire.

residentiële zorg en de alternatieven voor ziekenhuisopname (onder andere geestelijke gezondheidszorg en palliatieve zorg) en wordt in het bijzonder de nadruk gelegd op het organiseren van het zorgaanbod in overeenstemming met de behoeften van onze bevolking.

Voor de toegankelijkheidsnormen wordt rekening gehouden met die evolutie. Dat maakt deel uit van een aanpak waarbij die realiteit steeds meer wordt geïntegreerd.

Door de zesde staatshervorming beschikt de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie voortaan over twee belangrijke instrumenten om in te grijpen in de organisatie van zorg in Brussel: de erkenning-normen en de intraregionale programmering.

Die instrumenten worden echter gedeeld door de federale staat en de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. De regels die de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie kan vaststellen, zijn in wezen normen die het op federaal niveau opgezette regelgevende arsenaal aanvullen, zowel wat de erkenning als de programmering betreft.

De tekst die wij u mogen voorleggen, maakt deel uit van dat kader en heeft in het bijzonder betrekking op de erkenningsnormen van de ziekenhuizen.

Bij het opstellen ervan hebben wij rekening gehouden met de institutionele, sociale en geografische realiteit van Brussel, die wordt gekenmerkt door een hoge bevolkingsdichtheid, een breed scala aan ziekenhuisdiensten die ook niet-Brusselse patiënten aantrekken, de aanwezigheid van ziekenhuisinstellingen die onder verschillende overheden ressorteren, de mobiliteit van bepaalde patiënten en beroepsbeoefenaars, en de verschillende sociale behoeften naargelang de wijk.

In haar advies nr. 77/2023 van 30 maart 2023 stelt de Gegevensbeschermingsautoriteit dat het ontwerpbesluit, wat de verwerking van persoonsgegevens betreft, hoofdzakelijk bestaat uit algemene verplichtingen zonder concrete gegevensverwerking.

Op verschillende plaatsen in het besluit wordt herinnerd aan de bestaande communicatieverplichtingen met betrekking tot het delen van gegevens tussen gezondheidszorgbeoefenaars. Dat geldt voor de uitwisselingen bedoeld in de artikelen 5, 6, 7, 9 en 13 van het voorontwerp van besluit.

De Gegevensbeschermingsautoriteit adviseert in dat verband om de bepalingen aan te vullen door de naleving van de beginselen van geïnformeerde toestemming van de patiënt voor de verwerking van zijn gezondheidsgegevens te preciseren en door de verwerking te beperken tot wat noodzakelijk is om de zorgcontinuïteit en -kwaliteit te garanderen.

Het ontwerpbesluit heeft geenszins tot doel de bescherming van de gegevens van de betrokken personen te beperken of zou dat doel kunnen hebben. In dat verband herinneren wij er evenwel aan dat het aanleggen van een patiëntendossier en het delen van informatie tussen beroepsbeoefenaars die een patiënt behandelen al deel uitmaken van de verplichtingen die aan de ziekenhuizen worden opgelegd, met name bij artikel 20 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, artikel 9 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, artikel 34 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, en artikel 36 e. v. van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg. Die normen omvatten al het bewaren en delen van die gegevens, met inbegrip van, in voorkomend geval, de toestemming van de patiënt. Zodoende blijft de verwerking van deze gegevens onder die regels vallen. Om mogelijke verschillen met de genoemde teksten te voorkomen, is ervoor gekozen de bestaande voorwaarden niet op te nemen in deze tekst.

De beoogde normen

De in de ontwerp tekst opgenomen erkenningsnormen van de ziekenhuizen hebben betrekking op de toegankelijkheid van zorg, de zorgtrajecten, de zorgkwaliteit, de betrokkenheid van het zorgpersoneel bij de organisatie van kwaliteitszorg, goed bestuur, en de duurzaamheid en bestendigheid van het zorgaanbod in de ziekenhuizen.

HOOFDSTUK 1 — *Toepassingsgebied van de normen*

In het eerste hoofdstuk wordt het toepassingsgebied van het besluit bepaald. Er wordt verduidelijkt dat de erin vervatte normen bestemd zijn voor de algemene ziekenhuizen, maar sommige ervan zijn ook van toepassing op de psychiatrische ziekenhuizen. Gezien de bijzondere kenmerken van die laatste, en van de mono-gespecialiseerde ziekenhuizen, zijn bepaalde normen niet op hen van toepassing. Waar nodig wordt in specifieke normen voorzien.

CHAPITRE 2. — *l'accessibilité des soins**Section 1ère. — Premier accueil aux urgences*

L'accessibilité des soins se décline notamment en termes de prise en charge des soins urgents. À cette fin, il est requis que chaque habitant de la Région de Bruxelles-Capitale puisse disposer facilement d'un accès à des soins urgents à l'hôpital. Chaque hôpital doit donc pouvoir s'organiser pour cet accès à un patient qui se présente sur un de ses sites avec une urgence médicale afin de garantir la continuité de la prise en charge et des soins.

Dès lors que certains sites hospitaliers sont extrêmement proches l'un de l'autre, il est raisonnable de permettre à de tels sites voisins, en particulier s'ils appartiennent à des hôpitaux différents, de s'entendre pour répondre à cet objectif. Une distance de 2,5 kilomètres a été retenue, dès lors qu'il s'agit là de la plus grande distance qui sépare à Bruxelles un logement de l'hôpital le plus proche (sauf quelques logements en forêt de Soignes).

Dans son avis, le Conseil d'Etat a rappelé que le principe même de la permanence médicale dans une fonction hospitalière déterminée, notamment, doit être considéré comme une « caractéristique de base » qui doit s'inscrire dans le cadre de la compétence fédérale en matière de législation organique. La norme vise en revanche à permettre aux hôpitaux de s'accorder entre eux sur la continuité des soins, mais sans que cela ne puisse avoir de répercussion sur le respect ou non des obligations en termes de permanence.

Section 2. — Maternité

L'accessibilité des soins porte aussi sur la possibilité de disposer, pour des soins touchant à l'intime, d'une réelle possibilité de choix d'accès à ces soins. Ainsi, les débuts de vie sont des moments clés où l'accès facile aux soins touche à la dignité humaine et doit donc être favorisé.

À cet égard, la progression de la qualité des soins périnataux a permis, au cours des décennies passées, de largement améliorer le bien-être des parturientes et des nouveau-nés. Toutefois, selon les analyses de l'observatoire du social et de la santé à Bruxelles, du CEPIP et du KCE1, encore trop de femmes et de futures mères sur le territoire bilingue de la région de Bruxelles-Capitale ne font l'objet d'aucun ou d'un très faible suivi de leur grossesse, de leur désir de grossesse ou du contrôle des naissances, ainsi que de dépistage précoce de maladies gestationnelles.

L'encadrement périnatal a évolué et s'est diversifié, notamment par des formes de naissance moins médicalisées, par exemple par des sage-femmes conformément aux recommandations de l'OMS et du KCE2. Afin de permettre l'accès à ces autres formes d'encadrement tout en conservant une certaine exigence de qualité, il est nécessaire que les professionnels de soins de santé de première ligne qui suivent la naissance et accompagnent les parturientes puissent faire appel aux services d'un hôpital lorsque cela s'avère nécessaire. L'organisation de l'hôpital ne peut cependant pas être mise à mal.

La transmission des informations utiles à la meilleure prise en charge des patientes 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 est renforcée. L'hôpital devra ainsi s'assurer que le professionnel qui a assuré le suivi prénatal remplisse une feuille de liaison qui reprend les informations minimales nécessaires à la bonne prise en charge de la patiente. Un document sera également rédigé lorsque la patiente quitte l'hôpital, afin d'assurer le suivi postnatal. Il a été choisi de ne pas imposer un format unique de feuille de liaison ; les hôpitaux peuvent, bien entendu, comme ils le font déjà souvent, utiliser un document-type. Il importe cependant de ne pas « enfermer » les professionnels dans un document unique qui nuirait, au seul motif que ledit professionnel ne dispose pas du document requis, à l'accessibilité aux informations.

Les soins liés au début de vie ne s'arrêtent pas lorsque la patiente quitte l'hôpital. Il est à cet égard proposé que les hôpitaux concluent des conventions avec une ou plusieurs équipes de sage-femmes pour assurer les soins postpartum à domicile.

Ces équipes peuvent être des équipes internes ou externes à l'hôpital. Ces conventions sont destinées à permettre une organisation de ces collaborations et un encadrement de qualité dans le respect des droits des patients et de la liberté diagnostique et thérapeutique des prestataires hospitaliers. Les hôpitaux ne sont donc pas tenus de conclure une convention avec toute équipe de sage-femmes qui en

HOOFDSTUK 2: — *Toegankelijkheid van zorg**Afdeling 1. — Eerste opvang van spoedgevallen*

De toegankelijkheid van zorg komt met name tot uiting in de dringende zorgverlening. Daartoe moet elke inwoner van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest vlot toegang hebben tot dringende ziekenhuiszorg. Elk ziekenhuis moet zich dus kunnen organiseren om die toegang te garanderen aan een patiënt die zich met een medische noodsituatie op een van de sites aanmeldt, om de continuïteit van zorg en behandeling te waarborgen.

Aangezien sommige ziekenhuissites extreem dicht bij elkaar liggen, is het redelijk om dergelijke naburige sites, in het bijzonder als zij tot verschillende ziekenhuizen behoren, toe te staan afspraken te maken om aan die doelstelling tegemoet te komen. Er is gekozen voor een afstand van 2,5 kilometer, omdat dat in Brussel de grootste afstand is tussen een woning en het dichtstbijzijnde ziekenhuis (met uitzondering van enkele woningen in het Zoniënwoud).

In zijn advies heeft de Raad van State eraan herinnerd dat het beginsel zelf van de medische permanentie in een bepaalde ziekenhuisfunctie als een 'basiskenmerk' moet worden beschouwd dat tot de federale bevoegdheid inzake organieke wetgeving moet worden gerekend. Met de norm wordt echter beoogd de ziekenhuizen de mogelijkheid te bieden onderling afspraken te maken over de continuïteit van de zorgverlening, maar zonder dat dat een weerslag kan hebben op het al dan niet voldoen aan de verplichtingen inzake permanentie.

Afdeling 2. — Kraamkliniek

De toegankelijkheid van zorg heeft ook betrekking op de mogelijkheid om een reële keuze te hebben wat de toegang tot intieme zorg betreft. Het levensbegin is zo'n sleutelmoment waarop de gemakkelijke toegang tot zorg een kwestie van menselijke waardigheid is. Daarom moet die toegankelijkheid worden bevorderd.

In dat opzicht heeft de vooruitgang in de kwaliteit van de perinatale zorg het in de afgelopen decennia mogelijk gemaakt het welzijn van de parturiënten en de pasgeborenen sterk te verbeteren. Volgens de analyses van het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel-Hoofdstad, het Centre d'Épidémiologie Périnatale (CEPIP) en het federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)⁵ zijn er echter nog te veel vrouwen en toekomstige moeders op het tweetalige grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bij wie de zwangerschap, de zwangerschapswens of de geboortebeperving niet of in slechts heel geringe mate wordt opgevolgd, net als de vroegtijdige opsporing van zwangerschapsziekten.

De perinatale begeleiding is geëvolueerd en gediversifieerd, met name door minder gemedicaliseerde bevallingsvormen, bijvoorbeeld met verloskundigen in overeenstemming met de aanbevelingen van de WHO en het KCE.⁶ Om de toegang tot die andere vormen van begeleiding mogelijk te maken en tegelijkertijd een zekere kwaliteitseis te handhaven, is het noodzakelijk dat de eerstelijnsgezondheidszorgbeoefenaars die de bevalling opvolgen en de parturiëntes begeleiden, een beroep kunnen doen op de diensten van een ziekenhuis wanneer dat nodig is. De organisatie van het ziekenhuis mag echter niet worden ondermijnd.

De overdracht van de informatie die nuttig is voor de beste behandeling van de patiënte tussen de gezondheidszorgbeoefenaars die de patiënte prenataal hebben opgevolgd en het ziekenhuisteam dat de patiënte behandelt, wordt versterkt. Daartoe moet het ziekenhuis erop toezien dat de gezondheidszorgbeoefenaar die de prenatale opvolging heeft verzekerd, een verbindingsblad invult met de minimale informatie die nodig is voor de goede behandeling van de patiënte. Er moet ook een document worden opgesteld wanneer de patiënte het ziekenhuis verlaat, om de postnatale opvolging te garanderen. Er is voor gekozen om voor het verbindingsblad niet één enkel formaat op te leggen; de ziekenhuizen kunnen natuurlijk, zoals ze vaak al doen, een standaarddocument gebruiken. Het is echter belangrijk om de beroepsbeoefenaars niet te 'binden' aan één enkel document, wat de toegankelijkheid van de informatie zou schaden, alleen omdat de genoemde beroepsbeoefenaar niet over het vereiste document beschikt.

De zorg in verband met het levensbegin stopt niet wanneer de patiënte het ziekenhuis verlaat. Daarom wordt voorgesteld dat de ziekenhuizen overeenkomsten sluiten met een of meer teams van verloskundigen om de post-partumzorg thuis te verlenen.

Die teams kunnen intern of extern aan het ziekenhuis zijn. Die overeenkomsten zijn bedoeld om de organisatie van deze samenwerkingsverbanden en kwalitatieve begeleiding mogelijk te maken met inachtneming van de rechten van de patiëntes en de diagnostische en therapeutische vrijheid van de zorgverleners in het ziekenhuis. De ziekenhuizen zijn dus niet verplicht een overeenkomst te sluiten met

ferait la demande, mais doit en conclure avec au moins une ou plusieurs sage-femmes ou une équipe, afin que les parturientes puissent choisir le type d'encadrement qu'elles souhaitent pour leur accouchement, sans pour autant imposer une collaboration à l'hôpital qui serait incompatible avec son organisation et ses standards de qualité.

Pour assurer l'effectivité de cette mesure, il faut que l'hôpital dispose de suffisamment de partenaires. Il s'agit là de s'assurer d'un nombre qui permette de répondre à la demande des parturientes. La détermination du nombre en fonction de sa propre organisation et des différents facteurs qui peuvent influencer ce besoin (sociologie de l'hôpital, demande de ces soins, etc.) incombe à l'hôpital, qui en assume la responsabilité.

Dans le même esprit, celui de combiner la qualité des soins périnataux et la liberté des parturientes d'en choisir certaines modalités, chaque maternité devra disposer d'un gîte de naissance. Un gîte de naissance est une unité d'accouchement hospitalière organisée par des sage-femmes de l'hôpital qui permet aussi son accès à des sage-femmes extrahospitalières. À défaut de disposer de ce type de structure, l'hôpital devra permettre aux parturientes d'accéder à une salle d'accouchement et de postpartum avec leur sage-femme ou médecin généraliste. Afin d'assurer la qualité des soins, une convention devra cependant préalablement avoir été conclue entre la sage-femme ou le médecin généraliste et l'hôpital.

La convention devra préciser les conditions financières qui permettent de conserver un tel service aux patientes. Lorsque, néanmoins, en raison de particularités propres à l'hôpital, il s'avère impossible de mettre un tel service en place – par exemple en raison d'un nombre trop réduit de salles disponibles au vu des besoins des patientes prises en charge par l'équipe médicale de l'hôpital – il serait contre-productif de faire retirer l'agrément de l'hôpital pour le seul motif qu'il n'est pas, compte tenu de ses moyens, parvenu à mettre un tel partenariat en place. C'est pourquoi le texte précise que cette obligation existe « dans la mesure des moyens disponibles ». En réponse à l'observation faite par le Conseil d'Etat, il est précisé que ceci ne permet nullement à un hôpital de s'affranchir de son obligation pour des motifs de convenance et en organisant une impossibilité. Seule l'impossibilité qui découle d'éléments extérieurs sera prise en compte. À cet égard, le rôle des personnes en charge de l'inspection sera déterminant.

Section 3. — Soins de revalidation

De nombreux patients nécessitant des soins de revalidation, surtout psycho-gériatriques ou cardiopulmonaires, sortent de l'hôpital sans une offre concrète de continuité, alors qu'une revalidation est souvent nécessaire dès la sortie. Selon le KCE, ce besoin ne fera que grandir sur le territoire bilingue de la région de Bruxelles-Capitale dans les années à venir pour les pathologies cardio-pulmonaires et liées au vieillissement³. Durant la crise COVID, ce problème a également été particulièrement identifié. Dès lors, l'hôpital qui a soigné un patient qui requiert un suivi à l'aide d'une revalidation sera tenu de proposer au moins une solution de revalidation au patient avant son départ. Chaque hôpital devra donc offrir ces soins lui-même, ou au travers d'une convention avec un autre hôpital.

Section 4. — Soins psychiatriques

Les soins psychiatriques sont, dans une large mesure, des soins qui nécessitent une prise en charge à moyen ou long terme. La continuité de tels soins est particulièrement importante pour assurer la qualité des soins. La prise en charge peut ainsi être réalisée tant dans qu'en dehors de l'hôpital. Le texte en projet accorde une importance forte à ces soins en veillant à ce que l'organisation des soins prenne en compte les besoins du patient et la nécessité de ne pas le laisser seul avant ou après une première hospitalisation, tout en favorisant les soins de proximité.

À cette fin, il est prévu que 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 à leur sortie de l'hôpital.

La collaboration et les échanges avec la plateforme bruxelloise pour la santé mentale et les équipes mobiles est également renforcée.

Il est également prévu que l'accessibilité à un service neuropsychiatrique d'observation et de traitement de patients adultes soit renforcée. L'hôpital qui ne dispose pas de ce service conclut une convention avec un ou plusieurs hôpitaux de son réseau.

elk team van verloskundigen dat daarom verzoekt, maar moeten er een sluiten met ten minste één verloskundige of een team, zodat de parturiëntes kunnen kiezen welke vorm van begeleiding zij willen bij hun bevalling, zonder het ziekenhuis een samenwerkingsverband op te leggen dat onverenigbaar zou zijn met zijn organisatie en kwaliteitsnormen.

Om de effectiviteit van die maatregel te garanderen, moet het ziekenhuis over voldoende partners beschikken. De bedoeling is om te zorgen voor een aantal dat aan de vraag van de parturiëntes kan voldoen. De bepaling van het aantal in functie van de eigen organisatie en de verschillende factoren die deze behoefte kunnen beïnvloeden (sociologie van het ziekenhuis, vraag naar deze zorg, enz.) komt toe aan het ziekenhuis, dat de verantwoordelijkheid ervoor op zich neemt.

In dezelfde geest van het combineren van kwalitatieve perinatale zorg met de vrijheid van de parturiëntes om bepaalde modaliteiten te kiezen, moet elke kraamkliniek een geboortehuis hebben. Een geboortehuis is een bevallingseenheid in een ziekenhuis die wordt georganiseerd door verloskundigen van het ziekenhuis en die ook toegankelijk is voor verloskundigen van buiten het ziekenhuis. Als een dergelijke faciliteit niet beschikbaar is, moet het ziekenhuis de parturiëntes toegang geven tot een verloskamer en post-partumzaal met hun verloskundige of huisarts. Om de zorgkwaliteit te waarborgen, moet echter eerst een overeenkomst zijn gesloten tussen de verloskundige of huisarts en het ziekenhuis.

In die overeenkomst moeten de financiële voorwaarden worden vermeld die het mogelijk maken een dergelijke dienst voor de patiënt in stand te houden. Als het echter wegens de specifieke kenmerken van het ziekenhuis onmogelijk blijkt een dergelijke dienst op te zetten – bijvoorbeeld omdat er te weinig zalen beschikbaar zijn in het licht van de behoeften van de patiënt die door het medisch team van het ziekenhuis worden behandeld – zou het contraproductief zijn de erkenning van het ziekenhuis te laten intrekken om de enkele reden dat het er, gelet op zijn middelen, niet in is geslaagd een dergelijk partnerschap tot stand te brengen. Daarom is in de tekst bepaald dat deze verplichting geldt in de mate de beschikbare middelen'. In antwoord op de opmerking van de Raad van State wordt verduidelijkt dat een ziekenhuis zich daardoor geenszins aan zijn verplichting kan onttrekken om redenen van gemak en door een onmogelijkheid te organiseren. Alleen de onmogelijkheid die voortvloeit uit externe factoren zal in aanmerking worden genomen. Daarbij zal de rol van de met de inspectie belaste personen bepalend zijn.

Afdeling 3. — Revalidatiezorg

Veel patiënten die revalidatiezorg nodig hebben, voornamelijk psychogeriatrische of cardiopulmonale zorg, verlaten het ziekenhuis zonder concreet aanbod van continuïteit, hoewel revalidatie vaak onmiddellijk na ontslag noodzakelijk is. Volgens het KCE zal die behoefte op het tweetalige grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest in de komende jaren alleen maar toenemen voor cardiopulmonale en ouderdomsgerelateerde pathologieën⁷. Tijdens de COVID-crisis werd dit probleem ook in het bijzonder vastgesteld. Daarom moet het ziekenhuis dat een patiënt heeft behandeld die nazorg met revalidatie nodig heeft, de patiënt vóór zijn vertrek ten minste één revalidatieoplossing voorstellen. Elk ziekenhuis moet die zorg dus zelf aanbieden, of via een overeenkomst met een ander ziekenhuis.

Afdeling 4. — Psychiatische zorg

Psychiatische zorg is voor een groot deel zorg die een middellange of lange behandeling omvat. De continuïteit van dergelijke zorg is bijzonder belangrijk om de zorgkwaliteit te waarborgen. De behandeling kan dus zowel in als buiten het ziekenhuis plaatsvinden. In de ontwerp-tekst wordt veel belang gehecht aan deze zorg, door erop toe te zien dat bij de organisatie van de zorg rekening wordt gehouden met de behoeften van de patiënt en de noodzaak om hem niet alleen te laten voor of na een eerste ziekenhuisopname, en tegelijkertijd de buurtzorg te bevorderen.

Daarom moet het ziekenhuis dat psychiatische bedden heeft, een overeenkomst sluit met de antennes 107 die in Brussel actief zijn, om de continuïteit van de ambulante behandeling van de patiënten te garanderen nadat zij het ziekenhuis hebben verlaten.

Voorts worden de samenwerking en de uitwisselingen met het Brussels Platform Geestelijke Gezondheid en de mobiele teams versterkt.

Het is ook de bedoeling dat de toegankelijkheid van de dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling voor volwassen patiënten wordt uitgebreid. Een ziekenhuis dat niet over een dergelijke dienst beschikt, moet een overeenkomst sluiten met een of meer ziekenhuizen van zijn netwerk.

La prise en charge des patients présentant des spécificités de pédopsychiatrie ou de psychiatrie de l'adolescent est également renforcée. L'hôpital qui ne dispose pas de lit devra conclure une convention avec un autre hôpital afin d'assurer cette prise en charge.

Section 5. — Gynécologie et obstétrique

Les difficultés liées aux grossesses problématiques ou non désirées ne peuvent plus être ignorées. L'interruption volontaire de grossesse est, en elle-même, un soin difficile. Cette difficulté intrinsèque ne peut se doubler de difficultés d'accès à ce soin. La relation de confiance qui est au cœur de la relation thérapeutique est, en particulier dans ce type de soins, un élément déterminant. Les patientes concernées doivent idéalement pouvoir obtenir les soins auxquels elles aspirent dans un environnement qui leur apporte ce bien-être. C'est pour cela que chaque hôpital devra s'assurer que les demandes d'interruption volontaire de grossesses seront prises en charge de manière effective. L'objection de conscience d'un médecin individuel ne peut pourtant pas être ignorée. C'est pourquoi, afin de s'assurer de l'effectivité de cette obligation, l'hôpital devra avoir conclu une convention avec au moins un autre hôpital de son réseau pour pouvoir réaliser ces soins dans le plus grand respect du choix de la patiente. Il est en effet invraisemblable que tous les médecins actifs au sein d'un même réseau hospitalier clinique locorégional aient une même objection individuelle. En tout état de cause, si tel était le cas, le réseau devrait alors palier ce fait par l'engagement d'un nombre de médecins qui acceptent de réaliser ce soin.

Section 6. — La fin de vie

Comme le début de vie, la fin de vie touche à l'intime et nécessite, de ce fait une attention particulière : il faut éviter que les personnes en fin de vie soient privées de la prise en charge qu'ils attendent, qu'elle concerne une demande d'euthanasie et/ou des soins palliatifs. L'hôpital s'assurera par son organisation que les demandes d'euthanasie ou de soins palliatifs, le cas échéant à domicile, seront effectivement rencontrées. Il conclura, au besoin, des conventions en ce sens avec un ou plusieurs hôpitaux de son réseau et avec une ou plusieurs équipes de soutien aux soins palliatifs agréées.

CHAPITRE 3. — Normes relatives au fonctionnement

La qualité des soins est largement influencée par la prise en charge la plus globale possible du patient. Une communication effective entre les différents intervenants péri-hospitaliers doit être favorisée. Le texte en projet se fonde, pour cela, sur les outils existants et veille à en favoriser l'utilisation.

À cet égard, le moment de l'admission d'un patient et son départ de l'institution sont des moments clés. L'admission est l'occasion de s'assurer d'un lien avec le médecin généraliste du patient s'il en a un et s'il le souhaite et, lorsque le patient n'a pas de tel médecin, de lui proposer d'en faire le choix. Compte tenu du rôle du médecin généraliste pour la continuité des soins, l'implication de l'hôpital dans le fait de favoriser le lien avec ce médecin participe à sa mission et le texte en projet le clarifie.

Lorsque le patient quitte l'institution parce que son traitement se poursuit à domicile ou dans une autre institution, la communication avec les professionnels qui participeront à la suite du traitement relève, pareillement, de la responsabilité de l'hôpital. Le texte en projet le rappelle également.

CHAPITRE 4. — Normes relatives à la qualité des soins

Section 1ère. — Formation permanente

Au-delà de cette prise en charge globale du patient, l'efficacité des soins se marque aussi par la qualité de ceux-ci. Afin d'assurer l'effectivité des obligations de maintien des compétences et de formation continue, il est demandé à l'hôpital de s'assurer du respect par ses prestataires, lors de leur engagement et de leurs évaluations, de leurs obligations en la matière. Par ailleurs, l'hôpital rendra compte régulièrement, dans son rapport sur la qualité, de sa politique et de ses actions en matière de formation continue.

Section 2. — Service de médiation

La prise en charge du patient nécessite aussi d'entendre les difficultés que celui-ci peut rencontrer avec l'hôpital. À cette fin, il est souhaitable de favoriser une approche non-contentieuse. Le rôle de la fonction de médiation doit être rappelé et favorisé. Le texte en projet veille à faciliter la visibilité et l'accès à cette fonction. Cet accès doit être effectif, de sorte qu'une accessibilité insuffisante par rapport à la réalité de l'institution ne peut être acceptée. Elle reviendrait à vider la fonction de

Ook de behandeling van patiënten met specifieke kinder- of jeugd-psychiatrische behoeften wordt versterkt. Een ziekenhuis dat niet over een bed beschikt, moet een overeenkomst sluiten met een ander ziekenhuis om deze behandeling te garanderen.

Afdeling 5. — Gynaecologie en verloskunde

De moeilijkheden die gepaard gaan met problematische of ongewenste zwangerschappen kunnen niet langer worden genegeerd. Vrijwillige zwangerschapsafbreking is op zich al een moeilijke zorg. Die intrinsieke moeilijkheid mag niet worden verergerd door moeilijkheden bij de toegang tot die zorg. De vertrouwensrelatie die in de therapeutische relatie centraal staat is, zeker voor dit type zorg, een bepalend element. Idealiter moeten de betrokken patiëntes de door hen gewenste zorg kunnen krijgen in een omgeving die hun dat welzijn biedt. Daarom moet elk ziekenhuis erop toezien dat de verzoeken om vrijwillige zwangerschapsafbreking effectief worden behandeld. De gewetensbezwaren van een individuele arts mogen echter niet worden genegeerd. Daarom moet een ziekenhuis, om de effectiviteit van deze verplichting te waarborgen, een overeenkomst hebben gesloten met ten minste één ander ziekenhuis van zijn netwerk om deze zorg te kunnen verlenen met het grootste respect voor de keuze van de patiënte. Het is immers onwaarschijnlijk dat alle artsen die in hetzelfde locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk werken, dezelfde individuele bezwaren zouden hebben. In ieder geval, als dat zo zou zijn, zou het netwerk dat moeten compenseren door een aantal artsen in dienst te nemen die bereid zijn deze zorg te verlenen.

Afdeling 6. — Levens einde

Net als het levensbegin raakt het levens einde het intieme en vraagt daarom bijzondere aandacht: er moet worden voorkomen dat mensen aan het einde van hun leven niet de zorg kunnen krijgen die zij verwachten, of het nu gaat om een verzoek om euthanasie en/of palliatieve zorg. Het ziekenhuis ziet er via zijn organisatie op toe dat de verzoeken om euthanasie of palliatieve zorg, eventueel thuis, effectief worden ingewilligd. Zo nodig moet het daartoe overeenkomsten sluiten met een of meer ziekenhuizen van zijn netwerk en met een of meer erkende ondersteuningsteams voor palliatieve zorg.

HOOFDSTUK 3. — Normen in verband met de werking

De zorgkwaliteit wordt in grote mate beïnvloed door de zo globaal mogelijke behandeling van de patiënt. Doeltreffende communicatie tussen de verschillende perihospitalaire betrokkenen moet worden aangemoedigd. Daartoe vertrekt de ontwerp tekst vanuit de bestaande instrumenten en wordt getracht het gebruik daarvan te bevorderen.

Daarbij zijn de opname van een patiënt en zijn ontslag uit de instelling sleutelmomenten. De opname is de gelegenheid om te zorgen voor een band met de huisarts van de patiënt als deze een huisarts heeft en dat wenst, en, als de patiënt geen huisarts heeft, hem voor te stellen er een te kiezen. Gezien de rol van de huisarts bij het waarborgen van de zorgcontinuïteit, maakt de betrokkenheid van het ziekenhuis bij het bevorderen van de band met deze arts deel uit van zijn opdracht. Dat wordt verduidelijkt in de ontwerp tekst.

Wanneer de patiënt de instelling verlaat omdat zijn behandeling thuis of in een andere instelling wordt voortgezet, is opnieuw het ziekenhuis verantwoordelijk voor de communicatie met de beroepsbeoefenaars die bij de voortzetting van de behandeling betrokken zullen zijn. Ook daaraan wordt herinnerd in de ontwerp tekst.

HOOFDSTUK 4. — Normen in verband met de zorgkwaliteit

Afdeling 1. — Permanente vorming

Naast deze globale patiëntenzorg wordt de doeltreffendheid van de zorg ook bepaald door de kwaliteit ervan. Om de effectiviteit van de verplichtingen inzake het behoud van vaardigheden en permanente vorming te waarborgen, moet het ziekenhuis erop toezien dat zijn zorgverleners hun verplichtingen op dat gebied nakomen op het ogenblik dat zij worden aangeworven en geëvalueerd. Daarnaast moet het ziekenhuis in zijn kwaliteitsrapport regelmatig verslag uitbrengen over zijn beleid en acties op het gebied van permanente vorming.

Afdeling 2. — Ombudsdienst

De zorg voor de patiënt vereist ook een luisterend oor voor de moeilijkheden die de patiënt met het ziekenhuis kan hebben. Daarbij is het wenselijk een niet-conflicteuze aanpak aan te moedigen. De rol van de bemiddelingsfunctie moet in herinnering worden gebracht en worden bevorderd. De ontwerp tekst heeft tot doel de zichtbaarheid van en toegang tot die functie te vergemakkelijken. Die toegang moet effectief zijn. Onvoldoende toegankelijkheid in verhouding tot de

médiation de son effectivité. Le renforcement des normes à cet égard vise donc à assurer une réelle effectivité et visibilité de la fonction de médiation.

Section 3. — Qualité de l'alimentation

Dans la dimension globale du patient, la qualité de l'alimentation doit être favorisée. La réalité sociologique de certains quartiers bruxellois et de certains hôpitaux est telle que l'admission à l'hôpital est aussi l'occasion de constater de fortes carences alimentaires. Pour cette raison, une attention particulière doit être accordée à la qualité et à la variété de choix de l'alimentation, afin que le patient puisse bénéficier des soins hospitaliers complets et de qualité. Des mesures sont intégrées à cette fin dans le texte en projet, mesures conformes aux recommandations du Conseil Supérieur de la Santé et de la SFNCM4. Avoir une contre-indication médicale individuelle reste évidemment prépondérante à ce principe.

Section 4. — Accessibilité

De manière plus générale, l'accessibilité des soins doit être assurée. Elle est, certes, géographique, mais elle doit surtout être sociale et financière. Toute forme de discrimination doit donc être évitée. De plus, au vu du caractère multiculturel de la Région de Bruxelles-Capitale, un effort sera fait pour favoriser la communication avec le patient dans une langue qu'il comprend.

Section 5. — Plan qualité - Stratégie qualité-sécurité

Afin de mesurer et d'accroître la qualité de l'accueil et des soins, les institutions sont invitées à adopter une stratégie qualité-sécurité et à en assurer le suivi. Cette autonomie se traduit par la nécessité de rapporter périodiquement les mesures adoptées et leur réalisation. De cette manière, un monitoring de la qualité peut être assuré. L'expérience et le vécu des patients sont intégrés à cette dimension également.

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

Une attention particulière est accordée aux hôpitaux et services psychiatriques. En effet, la gestion de la qualité et sécurité des soins dans ce secteur utilise les mêmes principes et méthodes que dans les hôpitaux généraux, mais les points d'amélioration relèvent d'autres domaines. Conformément à diverses recommandations scientifiques, l'évaluation et la gestion de l'agressivité est l'un des domaines fortement mis en avant.

En matière de qualité des soins et de sécurité des personnes, il est apparu qu'une évaluation précoce des risques de comportements agressifs lors de l'admission de patients dans les hôpitaux psychiatriques permet d'améliorer significativement la prise en charge de ces patients. Ainsi, le choix de leur chambre (seule ou commune) et de mesures de contention éventuelles ou des mesures particulières par rapport aux visites peuvent être prises, tandis que des instructions au personnel peuvent être données.

Les institutions établiront, tous les cinq ans, un rapport qualité dans lequel un certain nombre d'éléments seront identifiés :

- 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.

Ce rapport sera adressé aux Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune et publié sur le site web de l'hôpital

realiteit van de instelling kan niet worden aanvaard. Dat zou erop neerkomen dat de bemiddelingsfunctie haar effectiviteit verliest. De aanscherping van de normen in dat opzicht is er dus op gericht de daadwerkelijke effectiviteit en zichtbaarheid van de bemiddelingsfunctie te waarborgen.

Afdeling 3. — Kwaliteit van de voeding

In de globale patiëntendimensie moet de kwaliteit van de voeding worden bevorderd. De sociologische realiteit van bepaalde Brusselse wijken en bepaalde ziekenhuizen is van dien aard dat een ziekenhuisopname ook een gelegenheid is om ernstige tekorten aan voedingsstoffen vast te stellen. Daarom moet bijzondere aandacht worden besteed aan de kwaliteit en verscheidenheid van de voedingskeuzes, zodat de patiënt volledige en kwalitatieve ziekenhuiszorg kan genieten. Daartoe zijn in de ontwerp tekst maatregelen opgenomen die in overeenstemming zijn met de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad en de Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolique (SFNCM).⁸ Een individuele medische contra-indicatie blijft uiteraard doorslaggevend voor dat principe.

Afdeling 4. — Toegankelijkheid

Meer in het algemeen moet de toegankelijkheid van zorg worden gewaarborgd. Die toegankelijkheid is natuurlijk geografisch bepaald, maar moet vooral sociaal en financieel zijn. Elke vorm van discriminatie moet daarom worden vermeden. Gezien het multiculturele karakter van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest moet bovendien een inspanning worden geleverd om de communicatie met de patiënt te bevorderen in een taal die hij begrijpt.

Afdeling 5. — Kwaliteitsplan - Kwaliteits- en veiligheidsstrategie

Om de kwaliteit van de opvang en zorg te meten en te verbeteren, wordt de instellingen gevraagd een kwaliteits- en veiligheidsstrategie aan te nemen en toe te zien op de opvolging daarvan. Die autonomie vertaalt zich in de noodzaak om periodiek verslag uit te brengen over de genomen maatregelen en de uitvoering ervan. Op die manier kan de kwaliteit worden bewaakt. Ook de patiëntenervaring en -beleving zijn in deze dimensie geïntegreerd.

Deze permanente kwaliteitsverbetering heeft zowel betrekking op de 'kwaliteit aan het bed' als de 'kwaliteit van de organisatie'.

Bijzondere aandacht wordt besteed aan de psychiatrische ziekenhuizen en diensten. Voor het beheer van de zorgkwaliteit en -veiligheid in deze sector worden dezelfde beginselen en methoden gehanteerd als in de algemene ziekenhuizen, maar de verbeterpunten liggen op andere gebieden. Overeenkomstig verschillende wetenschappelijke aanbevelingen is de beoordeling en het beheer van agressie een van de gebieden waarop sterk de nadruk wordt gelegd.

Wat de zorgkwaliteit en veiligheid van personen betreft, is gebleken dat een vroegtijdige beoordeling van het risico op agressief gedrag bij de opname van patiënten in de psychiatrisch ziekenhuizen de behandeling van die patiënten aanzienlijk kan verbeteren. Zo kunnen de keuze van de kamer (alleen of gedeeld) en eventuele beperkende maatregelen of bijzondere maatregelen in verband met het bezoek worden genomen, terwijl ook instructies aan het personeel kunnen worden gegeven.

De instellingen stellen om de vijf jaar een kwaliteitsrapport op waarin een bepaald aantal elementen wordt geïdentificeerd:

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

Het rapport moet aan de Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie worden bezorgd en op de website van het ziekenhuis worden gepubliceerd.

L'accent est mis sur le monitoring de la qualité qui portera sur deux groupes d'indicateurs : la qualité de l'organisation et la qualité au chevet du patient. L'arrêté en projet liste les éléments qui devront être pris en compte pour l'évaluation de ces deux groupes d'indicateurs.

Il est également prévu qu'un conseil multidisciplinaire de pilotage de la qualité sera créé au sein de chaque hôpital. Le gestionnaire associera celui-ci à l'élaboration de la stratégie qualité-sécurité ainsi qu'au rapport qualité.

CHAPITRE 5. — *Normes relatives à la participation du personnel à l'organisation de soins de qualité*

Les hôpitaux sont essentiellement des institutions humaines, qui fonctionnent avec des professionnels des soins de santé. Ceux-ci développent, chacun dans leurs domaines, des compétences spécifiques et sont, chacun dans leurs activités, confrontés à des défis. L'amélioration de la qualité des soins implique d'intégrer au maximum les différents professionnels dans la mise en place et le suivi de la qualité des soins.

Dans cette optique, une plus grande intégration des différents métiers de l'hôpital dans les lieux de réflexions et de travail sur la qualité est préconisée par le présent projet.

CHAPITRE 6. — *Normes relatives à la bonne gouvernance*

La confiance des patients peut aussi être accrue par davantage de transparence vis-à-vis des organes de l'hôpital. Ceci justifie l'adoption de normes de bonne gouvernance.

CHAPITRE 7. — *Normes relatives à la durabilité et à la résilience*

Enfin, l'hôpital est une institution de soins de santé. Il remplit, en ce sens, une fonction d'exemple, notamment dans l'esprit de la santé globale.

Sa fonction d'exemple porte donc notamment sur la durabilité de son action et sur sa résilience. L'hôpital devra ainsi s'assurer de prendre des mesures destinées à réduire sa charge environnementale et la durabilité de ses actions.

Afin de porter cette fonction d'exemple, l'hôpital sera tenu de rendre public les efforts qu'il entreprend dans ce domaine.

De manière générale, l'hôpital démontre qu'il s'inscrit dans une démarche d'éco-gestion. Il doit, à cette fin, suivre un accompagnement et/ou démontrer qu'il a obtenu un label qui en atteste. Le texte renvoie à cette fin au label EMAS ou similaire. Il est évident qu'il ne s'agit pas de privilégier un label par rapport à un autre. Ainsi, le label pourrait également être un label de type « CO2 Neutral », « Entreprise écodynamique » etc.

L'hôpital publiera sur son site internet, tous les cinq ans, un plan de durabilité exposant les moyens mis en œuvre pour poursuivre les objectifs de durabilité.

Bruxelles, le 25 mai 2023.

Pour le Collège réuni :

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

A. MARON

E. VAN DEN BRANDT

Notes

1 Recommandation KCE « soins postnataux » (232B), 2014 ; et Recommandation KCE « parcours prénatal intégré » (326B), 2019

2 Recommandation KCE « parcours prénatal intégré » (326B), 2019

3 Recommandation KCE « besoins hospitaliers » 2025 (289B), 2018

4 « Alimentations standard et thérapeutique chez l'adulte hospitalisé », Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolique, 2019

De focus ligt op de kwaliteitsbewaking, die zich zal toespitsen op twee groepen indicatoren: de kwaliteit van de organisatie en de kwaliteit aan het bed. In het ontwerpbesluit worden de elementen opgesomd waarmee rekening zal moeten worden gehouden bij de evaluatie van deze twee groepen indicatoren.

Het is ook de bedoeling dat in elk ziekenhuis een multidisciplinaire kwaliteitsraad wordt opgericht. De beheerder moet die raad betrekken bij het uitwerken van de kwaliteits-veiligheidsstrategie en het kwaliteitsrapport.

HOOFDSTUK 5. — *Normen in verband met de betrokkenheid van het personeel bij de organisatie van kwaliteitszorg*

Ziekenhuizen zijn in wezen menselijke instellingen, die werken met gezondheidszorgbeoefenaars. Die ontwikkelen elk in hun eigen vakgebied specifieke vaardigheden en worden elk bij hun eigen activiteiten geconfronteerd met uitdagingen. Het verbeteren van de zorgkwaliteit houdt in dat de verschillende beroepsbeoefenaars zoveel mogelijk worden betrokken bij de ontwikkeling en opvolging van de zorgkwaliteit.

Vanuit dat oogpunt wordt in dit ontwerp een grotere integratie van de verschillende ziekenhuisberoepen op het gebied van reflectie en werken aan kwaliteit aanbevolen.

HOOFDSTUK 6. — *Normen in verband met goed bestuur*

Het patiëntenvertrouwen kan ook worden vergroot door de ziekenhuisorganen transparanter te maken. Dat rechtvaardigt het aannemen van normen voor goed bestuur.

HOOFDSTUK 7. — *Normen in verband met duurzaamheid en bestendigheid*

Ten slotte is het ziekenhuis een instelling voor gezondheidszorg. In die zin vervult het een voorbeeldfunctie, vooral in de geest van globale gezondheid.

Die voorbeeldfunctie heeft onder meer betrekking op de duurzaamheid van het handelen en de bestendigheid. Het ziekenhuis moet daarom maatregelen nemen om zijn milieubelasting te verminderen en zijn handelen duurzaam te maken.

Om die voorbeeldfunctie te kunnen vervullen, moet het ziekenhuis communiceren over de inspanningen die het op dat gebied onderneemt.

In het algemeen moet het ziekenhuis aantonen dat het een milieuvriendelijke aanpak hanteert. Daartoe moet het begeleiding volgen en/of aantonen dat het een label heeft behaald waaruit dat blijkt. In de tekst wordt daartoe verwezen naar het EMAS-label of een soortgelijk label. Uiteraard is het niet de bedoeling om het ene label boven het andere te verkiezen. Het kan dus ook om een label van het type 'CO2-neutraal', 'Ecodynamische onderneming', enz. gaan.

Het ziekenhuis publiceert om de vijf jaar op zijn website een duurzaamheidsplan waarin het aangeeft met welke middelen het de duurzaamheidsdoelstellingen nastreeft.

Brussel, 25 mei 2023.

Voor het Verenigd College :

De leden van het Verenigd College
bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,

A. MARON

E. VAN DEN BRANDT

Nota's

5 Aanbeveling KCE 'Postnatale zorg' (232B), 2014; en Aanbeveling KCE 'Geïntegreerd prenataal zorgpad' (326B), 2019.

6 Aanbeveling KCE 'Geïntegreerd prenataal zorgpad' (326B), 2019.

7 Aanbeveling KCE 'Ziekenhuisbehoeften in 2025' (289B), 2018.

8 "Alimentations standard et thérapeutique chez l'adulte hospitalisé", Société Francophone de Nutrition Clinique et Métabolique, 2019.

25 MAI 2023. — Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune fixant les normes que les hôpitaux doivent respecter

Le Collège réuni de la Commission communautaire commune,

Vu l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019 relative à la constitution, 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 6 décembre 2022 ;

Vu le rapport de la Cour des Comptes, donné le 6 octobre 2022 ;

Vu la concertation associant le gouvernement fédéral et les gouvernements de communauté en application de l'article 5, § 1^{er}, I, alinéa 6, de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, tenue le 23 novembre 2022 ;

Vu l'avis de l'Autorité de Protection des données n° 77/2023, donné le 3 avril 2023 ;

Vu l'avis n° 73.011/3 du Conseil d'Etat, donné le 3 avril 2023 en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, 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 ;

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 loco-régional ;

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 ;

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 ;

25 MEI 2023. — Besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie tot vaststelling van de normen die de ziekenhuizen moeten naleven

Het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie,

Gelet op artikel 3 van de ordonnantie van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 4 april 2019 betreffende de oprichting, de erkenning, de programmering 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 6 december 2022;

Gelet op het verslag van het Rekenhof, gegeven op 6 oktober 2022;

Gelet op het overleg tussen de federale regering en de gemeenschapsregeringen in toepassing van artikel 5, § 1, I, zesde lid, van de bijzondere wet tot hervorming der instellingen van 8 augustus 1980, gehouden op 23 november 2022;

Gelet op het advies nr. 77/2023 van de Gegevensbeschermingsautoriteit, gegeven op 3 april 2023;

Gelet op het advies nr. 73.011/3 van de Raad van State, gegeven op 3 april 2023 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, 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;

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 die van toepassing zijn op de samenwerkingsverbanden, als overlegplatform, van psychiatrische instellingen en diensten;

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° 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° 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 33 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 royal 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

CHAPITRE 2. — Accessibilité des soins

Section 1ère. — Premier accueil des urgences

Art. 3. L'hôpital qui ne dispose pas 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 chacun de ses sites hospitaliers, ni 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, organise ses différents sites hospitaliers en vue d'assurer l'accès à ces fonctions afin de garantir la continuité de la prise en charge et des soins.

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 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 1ère. — 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 ;

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 qui dispose 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.

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 33 zijn ook van toepassing op psychiatrische 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 psychiatrische ziekenhuisdiensten (index A, T of K);

- ziekenhuizen die een afwijking hebben verkregen krachtens artikel 2, § 1bis, van het koninklijk 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.

HOOFDSTUK 2. — Toegankelijkheid van de zorg

Afdeling 1. — Eerste opvang van spoedgevallen

Art. 3. Het ziekenhuis dat niet 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 elk van zijn ziekenhuissites, noch over een functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" 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, organiseert haar verschillende ziekenhuissites ten einde de toegang tot deze functies aan te bieden om de continuïteit van de zorg te waarborgen.

Een ziekenhuis dat een functionele verbinding organiseert om de continuïteit van de zorg te waarborgen met een ziekenhuis dat een dergelijke functie 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 perinatale 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 perinatale 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 perinatale opvolging heeft verzekerd;

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 dat over een kraamafdeling (index M) beschikt 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. 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. 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. — Soins de révalidation

Art. 7. § 1^{er}. L'hôpital s'assure que le patient dont le traitement requiert des soins de révalidation 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 révalidation au patient qui requiert ces soins et accompagne celui-ci en vue de l'organisation des soins de révalidation.

§ 2. Afin d'offrir des soins de révalidation aux patients, si l'hôpital ne dispose pas d'une offre suffisante de lits de révalidation (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.

La convention visée à l'alinéa précédent permet une liaison entre l'hôpital et l'institution en charge de la révalidation 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 1ère. — 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.

§ 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 patiënt 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 patiënt;
- 4° de modaliteiten van de informatie-uitwisseling tussen het ziekenhuis en het team;
- 5° de aan de patiënt 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. 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, in de maate van 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 patiënt;
- 6° de modaliteiten van de informatie-uitwisseling tussen het ziekenhuis en het team of de beoefenaar die de patiënt begeleidt;
- 7° de aan de patiënt 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. — Revalidatiezorg

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.

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 psychiatrische 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.

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 2 B 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.

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.

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.

Les hôpitaux qui ne font pas partie d'un réseau peuvent conclure cette convention avec un autre hôpital de leur choix.

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

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.

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.

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 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.

Afdeling 6. — Levensende

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.

Ziekenhuizen die geen deel uitmaken van een netwerk kunnen deze overeenkomst sluiten met een ander ziekenhuis van hun keuze.

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. À cette fin, l'hôpital :

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

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.

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 de 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 :

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 un 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.

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

§ 2. Daartoe zal het ziekenhuis:

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

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.

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° 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° 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

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 1ère. — 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 ;

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°).

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.

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 réuni peuvent vérifier dans le cahier des charges de sous-traitance qu'il est satisfait aux conditions de cet article.

installing. 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° 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.

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.

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. 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, dans l'esprit de la stratégie bruxelloise pour une alimentation durable 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 l'ordonnance du 30 juin 2022 visant à promouvoir la diversité et à lutter contre la discrimination dans les institutions, centres et services relevant de la compétence de la Commission communautaire commune ainsi que dans les Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune bruxelloise, par la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination ainsi que par la loi du 30 juillet 1981 tendant à réprimer certains actes inspirés par le racisme ou la xénophobie.

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.

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.

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.

Art. 18. Het ziekenhuis zorgt voor de ontwikkeling van een maaltijd aanbod voor de patiënten en, in voorkomend geval, de bezoekers, dat van hoge kwaliteit is uit het oogpunt van de menselijke gezondheid en het milieu, in de zin van de Brusselse strategie voor duurzame voeding, 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 ordonnantie van 30 juni 2022 ter bevordering van de diversiteit en ter bestrijding van de discriminatie in de instellingen, centra en diensten die tot de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie behoren alsook in de Diensten van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de wet van 10 mei 2007 ter bestrijding van bepaalde vormen van discriminatie en de wet van 30 juli 1981 tot bestraffing van bepaalde door racisme of xenofobie ingegeven daden.

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.

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 van 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 paragraaf 1 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. 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. 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 ;

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.

§ 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° 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 begunstigden 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 verpleegkundig personeel, wegens ziekte;

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

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, § 3 de manière similaire.

§ 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 heelkunde;
- 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. 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. 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° de l'infirmier chef du département infirmier ou de son délégué ;
- 5° d'un représentant des usagers ou un « patient-partenaire » si ce concept est développé dans l'hôpital ;
- 6° du coordinateur qualité si cette fonction existe dans l'hôpital.

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*

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 lorsqu'un tel rapport existe pour l'hôpital ;
- 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. 25. Binnen het ziekenhuis wordt een Multidisciplinaire Kwaliteitsraad opgericht.

Die bestaat ten minste uit:

- 1° een vertegenwoordiger van de beheerder;
- 2° de hoofdarts of zijn afgevaardigde;
- 3° een vertegenwoordiger van de medische raad;
- 4° de hoofdverpleegkundige van de verpleegkundige dienst of zijn afgevaardigde;
- 5° een vertegenwoordiger van de gebruikers of een "patiënt-partner" indien dit concept in het ziekenhuis wordt ontwikkeld;
- 6° de kwaliteitscoördinator indien deze functie in het ziekenhuis bestaat.

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. 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, wanneer een dergelijk verslag bestaat voor het ziekenhuis;
- 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. 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 28, ainsi que le bilan carbone de l'hôpital s'il a été mesuré.

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. — *Disposition modificative*

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, 20, 26 et 30 entrent en vigueur le 15 septembre 2024.

Par dérogation aux alinéas précédents, les articles 8 alinéa 3, 18, 21, 22 et 23 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 25 mai 2023.

Pour le Collège réuni :

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

A. MARON

E. VAN DEN BRANDT

Art. 29. Het ziekenhuis publiceert om de vijf jaar op zijn website een duurzaamheidsplan waarin het aangeeft met welke middelen het de in artikel 28 genoemde doelstellingen nastreeft en wat de koolstofbalans van het ziekenhuis is indien dit was gemeten.

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. — *Wijzigingsbepaling*

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 1 januari 2024.

In afwijking van het vorige lid treden de artikelen 5 tot 17, 19, 20, 26 en 30 in werking op 15 september 2024.

In afwijking van de vorige leden treden de artikelen 8 lid 3, 18, 21, 22 et 23 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, 25 mei 2023.

Voor het Verenigd College:

De leden van het Verenigd College
bevoegd voor het Gezondheidsbeleid,

A. MARON

E. VAN DEN BRANDT

**ANNEXES.
BIJLAGEN.**

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 conformes aux bonnes pratiques médicales et sage-femmes. 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 overeenkomstig de goede medische en vroedkunde praktijk.

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.

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.

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.