## Vragenlijst - nieuwe ziekenhuisnormen vanaf 15/09/2024

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam van de instelling** |  |
| **Adres** |  |
| **Erkenningsnummer van de instelling** |  |
| **Site/adres(sen) waarop de aanvraag betrekking heeft** |  |
| **Contactpersoon** |  |
| **E-mail** |  |
| **Tel.** |  |

**\*** *Om uw aanvraag zo goed mogelijk te kunnen behandelen, moet u* ***alle vragen*** *op deze vragenlijst beantwoorden. Gelieve ook het vakje "niet van toepassing" aan te kruisen als de vraag niet van toepassing is op uw instelling.*

1. **Als u uw aanvraag per post indient, stuur dan de documenten in deze volgorde op. U kunt ze opslaan op een USB-stick (niet in een zip-bestand):**

Om de veiligheid van de gegevens te waarborgen, willen we u vragen de USB-stick met een wachtwoord te vergrendelen. Nadat u de USB-stick heeft verzonden, bezorgt u dat wachtwoord dan per e-mail aan de medewerkers van de GGC. Indien mogelijk raden we u echter aan om de USB-stick persoonlijk af te geven op het kantoor van de GGC.

1. **Als u de aanvraag digitaal indient (via Irisbox), kunt u de documenten rechtstreeks in deze applicatie uploaden.**
2. **U kunt de aanvraag samen met de documenten ook per e-mail sturen naar het volgende adres:** [**agrements-erkenningen@vivalis.brussels**](mailto:agrements-erkenningen@vivalis.brussels)

* **Vragenlijst** - nieuwe ziekenhuisnormen vanaf 15/09/2024

**Materniteit:**

* Postnatale opvolging thuis: aantal + naam van vroedvrouwen of teams van vroedvrouwen en overeenkomst(en) die van toepassing zijn
* Geboortehuis: plan, beschrijving uitrusting en beschrijving organisatie/toegankelijkheid van het personeel tot het geboortehuis of overeenkomst(en) pour la mise à disposition de la salle d'accouchement indien van toepassing

**Revalidatie:**

* Revalidatie Sp-dienst: overeenkomst(en) ivm het aanbod van SP-bedden indien van toepassing

**Psychiatrie:**

* Overeenkomst met Brusano
* Mobiele teams 2A, 2B: afschrift PV van de vergaderingen die 2 keer/jaar plaatsvinden (met aanwezigheidslijst + vermelding functie)
* A-dienst: beschrijving interne organisatie of overeenkomst(en) ivm het aanbod van A-bedden indien van toepassing
* K-dienst: overeenkomst(en) ivm het aanbod van de k-bedden indien van toepassing

**Gynaecologie en verloskunde:**

* Vrijwillige zwangerschapsafbreking: overeenkomst ivm de behandeling van zwangerschapsafbreking indien van toepassing

**Levenseinde:**

* Euthanasie: overeenkomst betreffende de zorg ivm de euthanasie indien van toepassing
* Continuïteit van de palliatieve zorg: overeenkomsten met meerdere ondersteuningsteams voor palliatieve thuiszorg + screenshot patiëntendossier m.b.t. continuïteit palliatieve zorg

**Continuïteit van de zorg van opname tot ontslag:**

* Continuïteit van de zorg - opname: blanco opnameverklaring + nota met modaliteiten die door het ziekenhuis en de huisartsenkring zijn vastgesteld voor de informatie i.v.m. de opname
* Continuïteit van de zorg - ontslag (+ ontslag met overbrenging naar andere instelling): blanco ontslagverslag + nota met modaliteiten die door het ziekenhuis en de huisartsenkring zijn vastgesteld voor de informatie i.v.m. het ontslag

**Kwaliteitszorg:**

* Instandhouding vaardigheden + permanente vorming: toelichting van de manier waarop dit gecontroleerd zal worden door het ziekenhuis + screenshot 'opleidings- en vaardigheidstool'.
* Voeding: 'screenshot' patiëntendossier m.b.t. risico op ondervoeding, menu voor 1 week, indien externe keuken - afschrift onderaannemingsbestek, diploma's en/of certificaten van voedingsverantwoordelijke, samenstelling en beschrijving taken van multidisciplinair voedingsteam, PV van trimesteriele vergaderingen (+ aanwezigheidslijst met functie)
* Toegankelijkheid van de patiënt: afschrift opnameverklaring met de informatie betreffende de taal van de patiënt
* Kwaliteits- en veiligheidsstrategie: nota met de actiegebieden en groepen indicatoren
* Kwaliteits- en veiligheidsstrategie: verklaring m.b.t. toegankelijkheid zorg, verslag omtrent permanente vorming (inclusief taal- en kwaliteits-/veiligheidsopleidingen) en overzicht maatregelen duurzaamheid t.a.v. personeel
* Kwaliteits- en veiligheidsstrategie: intern protocol voor de beoordeling van het risico van agressief gedrag van een patiënt (ingeval van psychiatrisch ziekenhuis)

**Betrokkenheid van het personeel bij de organisatie en evaluatie van de kwaliteit van de zorg:**

* Geactualiseerd kadaster met de samenstelling van de verschillende organen
* Register met de effectieve aanwezigheid van leden op vergaderingen (of laatste PV van de vergaderingen met aanwezigheidslijst met vermelding van de functies).

**Duurzaamheid:**

* Aanpak inzake milieubeheer: het bewijs dat het ziekenhuis een begeleidingsprogramma volgt en/of het bewijs dat het ziekenhuis de noodzakelijke stappen heeft ondernomen om een label te verkrijgen

**Ombudspersoon:**

* Nota met vermelding van de dagen/uren van fysieke aanwezigheid voor de ≠ sites
* Emailadres voor de ≠ sites
* Contactformulier: link website
* Affiche en foto's van de affichage aan de hoofdingang van ELKE SITE
* Schriftelijke info/brochure die verschaft wordt aan het onthaal
* Register met datum van ontvangst klacht, eventueel dossiernummer, datum van 'accusé de réception', datum van afhandeling van de klacht (voor de afgelopen 3 maanden)
* Hoe wordt aan deze norm (ontvangstbevestiging binnen de 3 werkdagen) voldaan in geval van afwezigheid van de ombudspersoon?

## Vragenlijst - nieuwe ziekenhuisnormen vanaf 15/09/2024

**Referentiewetgeving:** 25 MEI 2023. - Besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie tot vaststelling van de normen die de ziekenhuizen moeten naleven

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Normen** | **Ja** | **Nee** | **NVT** | **Bijkomende opmerkingen en**  **inlichtingen** |
| ***Artikel 5 (postnatale opvolging thuis):***  **Niet van toepassing voor de psychiatrische en de gespecialiseerde ziekenhuizen**  **Elk** **algemeen ziekenhuis dat over een kraamafdeling** **(M) beschikt,** moet een of meer overeenkomsten sluiten met een of meer (interne of externe) vroedvrouwen of teams van vroedvrouwen voor het verzekeren van de postnatale opvolging thuis.  Het ziekenhuis is niet verplicht om een overeenkomst te sluiten met elk team van vroedvrouwen dat daarom vraagt. Het moet echter over voldoende partners beschikken om een toereikende postnatale opvolging te bieden aan alle patiëntes die daarom vragen. De bepaling van het toereikende aantal partners hangt dus af van de organisatie van de kraamafdeling en verschillende externe factoren waarop het ziekenhuis moet anticiperen. |  |  |  | Aantal + naam van vroedvrouwen of teams van vroedvrouwen  Voeg de overeenkomst(en) die van toepassing zijn toe |
| ***Artikel 6 (geboortehuis van het ziekenhuis, bij gebrek aan toegang tot technisch plateau):***  **Niet van toepassing voor de psychiatrische en de gespecialiseerde ziekenhuizen**  **Het algemene ziekenhuis dat over een kraamafdeling (M) beschikt**, moet:  1° ofwel beschikken over een geboortehuis dat voldoet aan de bepalingen in bijlage I bij het besluit;  2° ofwel een bevallings- en postnatale zaal ter beschikking stellen van de huisartsen en vroedvrouwen van de eerste lijn via een of meer overeenkomsten |  |  |  | Aanwezigheid geboortehuis: Voeg plan, beschrijving van de uitrusting en de organisatie/toegankelijkheid van het personeel, toe  Afwezigheid geboortehuis: Voeg de overeenkomst(en) die van toepassing zijn toe |
| ***Artikel 7 (revalidatiezorg):* Niet van toepassing voor de psychiatrische en de gespecialiseerde ziekenhuizen**  Het **algemene ziekenhuis (met uitzondering van de gespecialiseerde ziekenhuizen**), moet de patiënt van wie de behandeling revalidatiezorg vereist, toegang tot dit type zorg en begeleiding bieden met het oog op de organisatie ervan. Het ziekenhuis moet echter altijd de vrije keuze van de patiënt eerbiedigen.  Als het ziekenhuis niet over voldoende revalidatiebedden (Sp) beschikt, sluit het een of meer overeenkomsten, , met een of meer instellingen, bij voorkeur (maar niet verplicht) bij het netwerk waarvan het deel uitmaakt, om een toereikend aanbod op de betrokken ziekenhuissites te garanderen. |  |  |  | Indien niet voldoende revalidatie (Sp) bedden:  Voeg de overeenkomst(en) die van toepassing zijn toe (bij voorkeur binnen netwerk) |
| ***Artikel 8, eerste en tweede lid (overeenkomst met de antennes 107):* Enkel van toepassing voor het algemene (inclusief gespecialiseerde) ziekenhuis dat over psychiatrische bedden beschikt, en het psychiatrische ziekenhuis**  **Het algemene ziekenhuis dat over psychiatrische bedden beschikt, en het psychiatrische ziekenhuis** sluiten een overeenkomst, met Brusano (gelet op de ontbinding van de antennes 107 die in Brussel actief zijn en de overname van sommige van hun activiteiten door Brusano), om de continuïteit van de ambulante behandeling van de patiënten na het einde van de ziekenhuisopname te waarborgen. |  |  |  | Voeg de overeenkomst met Brusano toe |
| ***Artikel 8, vierde lid (ontmoeting met de ambassadeurs en de vertegenwoordigers van de mobiele teams 2A en 2B):*** **Enkel van toepassing op alle algemene (inclusief gespecialiseerde) ziekenhuizen met ten minste een dienst psychiatrie A, T of K en op psychiatrische ziekenhuizen.**  Twee keer per jaar wordt vergaderd, met als doel te evalueren en, in voorkomend geval, de samenwerking te verbeteren tussen:  • de vertegenwoordigers van de mobiele teams 2A en 2B;  • de ambassadeurs die belast zijn met het vergemakkelijken van de tenuitvoerlegging van de hervorming van de eerstelijnspsychologen en de ambulante geestelijke gezondheidszorg;  • ten minste een lid van het team van de dienst psychiatrie van het ziekenhuis;  • en een vertegenwoordiger van de sociale dienst van het ziekenhuis. |  |  |  | Voeg PV van de vergaderingen (met aanwezigheidslijst + vermelding functie) toe |
| ***Artikel 9 (hospitalisatie-eenheid voor acute psychiatrie):* Niet van toepassing voor de gespecialiseerde ziekenhuizen**  **Alle algemene ziekenhuizen (met uitzondering van de gespecialiseerde ziekenhuizen) en alle psychiatrische ziekenhuizen** die niet op elk van hun ziekenhuissites over een dienst neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van volwassen patiënten (A) beschikken, moeten hun activiteiten organiseren om de nodige zorg te bieden aan patiënten op elk van hun sites die niet over een dienst A beschikken.  Die organisatie kan intern gebeuren via de andere sites van het ziekenhuis of extern via een of meer overeenkomsten, , met een of meer ziekenhuizen van het netwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt. |  |  |  | Beschrijving interne organisatie  Indien de organisatie extern is:  Voeg de overeenkomst(en) die van toepassing zijn toe (binnen netwerk) |
| ***Artikel 10 (overeenkomst met een ziekenhuis met K-bedden): Niet van toepassing voor de gespecialiseerde ziekenhuizen***  **Het algemene of psychiatrische ziekenhuis** **(met uitzondering van de gespecialiseerde ziekenhuizen)** dat geen K-bedden in het ziekenhuis heeft, stelt een overeenkomst op, , met ten minste een ziekenhuis dat wel K-bedden heeft om de behandeling van patiënten met specifieke psychiatrische behoeften van kinderen of adolescenten te waarborgen. |  |  |  | Indien geen K-bedden:  Voeg de overeenkomst(en) die van toepassing zijn toe |
| ***Artikel 11 (gynaecologie en verloskunde - vrijwillige zwangerschapsafbreking):* Niet van toepassing voor de psychiatrische en gespecialiseerde ziekenhuizen**  De verzoeken om vrijwillige zwangerschapsafbreking met inbegrip van de afbreking zelf, moeten worden behandeld door **alle algemene ziekenhuizen (met uitzondering van de gespecialiseerde ziekenhuizen)**, in overeenstemming met de wet van 15 oktober 2018.  Als de vrijwillige zwangerschapsafbreking niet in het ziekenhuis kan worden uitgevoerd, moet een overeenkomst, worden gesloten met een ziekenhuis van het locoregionale netwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt, zodat de patiëntes naar behoren worden geïnformeerd en doorverwezen naar het ziekenhuis waarmee de overeenkomst is gesloten voor de uitzonderlijke omstandigheden waarin de vrijwillige zwangerschapsafbreking niet in het ziekenhuis kan worden uitgevoerd. |  |  |  | Indien vrijwillige zwangerschapsafbreking niet in ziekenhuis:  Voeg de overeenkomst die van toepassing is toe (binnen netwerk) |
| ***Artikel 12 (levenseinde - euthanasie):***  **Van toepassing voor alle algemene (inclusief gespecialiseerde) en psychiatrische ziekenhuizen**  De verzoeken om euthanasie met inbegrip van de euthanasie zelf, moeten worden behandeld door **alle** **algemene (inclusief gespecialiseerde) en psychiatrische ziekenhuizen,** in overeenstemming met de wet van 28 mei 2002.  Als de euthanasie niet in het ziekenhuis kan worden uitgevoerd, moet een overeenkomst, , worden gesloten met een ziekenhuis van het locoregionale netwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt, zodat de patiëntes naar behoren worden geïnformeerd en doorverwezen naar het ziekenhuis  waarmee de overeenkomst is gesloten.  Psychiatrische en gespecialiseerde ziekenhuizen kunnen deze overeenkomst sluiten met het ziekenhuis van hun keuze, als ze geen deel uitmaken van een netwerk. |  |  |  | Indien verzoek om euthanasie en euthanasie niet in ziekenhuis:  Voeg de overeenkomst die van toepassing is toe (binnen netwerk of met ziekenhuis van hun keuze voor de psychiatrische en gespecialiseerde ziekenhuizen) |
| ***Artikel 13 (continuïteit van de palliatieve zorg):***  **Van toepassing voor alle algemene (inclusief gespecialiseerde) en psychiatrische ziekenhuizen**  Elk **algemeen (inclusief gespecialiseerde) of psychiatrisch ziekenhuis** draagt zorg voor de continuïteit van de palliatieve zorg in overeenstemming met de patiënt, zodra deze uit het ziekenhuis ontslagen wordt:  waarbij het een overeenkomst sluit, , met meerdere ondersteuningsteams voor palliatieve thuiszorg die actief zijn op het grondgebied van het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Deze overeenkomst mag echter niet worden gesloten met de vzw Brusano zelf, omdat die geen ondersteuningsteam voor palliatieve thuiszorg is in de zin van het besluit;  waarbij de patiënt en, in voorkomend geval, zijn familie in contact wordt gebracht met de zorgverleners van de eerste en tweede lijn, zodat zorg kan worden verleend aan de patiënt, zodra hij uit het ziekenhuis wordt ontslagen;  waarbij de huisarts, het ondersteuningsteam en, zo nodig, een coördinatiecentrum voor thuiszorg worden betrokken bij de organisatie van de palliatieve zorg;  waarbij ervoor wordt gezorgd dat het zorgteam van het ziekenhuis, na de instemming van de patiënt te hebben ontvangen, vóór het ontslag van de patiënt ten minste een contact heeft met de zorgverleners die palliatieve zorg zullen verlenen bij ontslag uit het ziekenhuis. |  |  |  | Voeg de overeenkomsten met meerdere ondersteuningsteams voor palliatieve thuiszorg toe  Integratie continuïteit van palliatieve zorg in patiëntendossier? Voeg screenshot patiëntendossier toe |
| ***Artikel 14 (******continuïteit van de zorg van de opname tot het ontslag):***  **Van toepassing voor alle algemene (inclusief gespecialiseerde) en psychiatrische ziekenhuizen**  Het **algemene (inclusief gespecialiseerde) of psychiatrische ziekenhuis** moet alle nodige maatregelen nemen om de continuïteit van de zorg voor de patiënt van de opname tot het ontslag te waarborgen, waaronder de volgende maatregelen:  bij zijn opname aan de patiënt vragen om de identiteit mee te delen van zijn behandelend arts of van het wijkgezondheidscentrum of, als hij er geen heeft, hem  melden dat de dispatchingdienst die bereikbaar is op 02 201 22 22 of 17338 of op de website doctorbrussels.be hem er een kan voorstellen; deze informatie voegen bij de opnameverklaring;  de behandelend arts of het wijkgezondheidscentrum op de hoogte brengen van de ziekenhuisopname op dezelfde dag als de opname langs elektronische weg en alle informatie die nodig is voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg (de voorwaarden moeten worden vastgesteld tussen het ziekenhuis en de huisartsenkring);  als de patiënt daarvoor toestemming geeft, langs elektronische weg een kopie van de ontslagverslagen van de patiënt bezorgen aan de behandelend arts of het wijkgezondheidscentrum en/of de thuisverpleegkundige, uiterlijk binnen 48 uur na het ontslag van de patiënt (de voorwaarden moeten worden vastgesteld tussen het  ziekenhuis en de huisartsenkring);  als de patiënt daarvoor toestemming geeft, langs elektronische weg een kopie van de ontslagverslagen van de patiënt bezorgen aan de medisch verantwoordelijke of aan de arts die belast is met de opvolging van de patiënt bij de instelling waarnaar de patiënt is overgebracht, op de dag van overbrenging van de patiënt zelf; langs elektronische weg de behandelend arts of het wijkgezondheidscentrum op de hoogte brengen van de overbrenging van de patiënt naar een andere instelling, uiterlijk binnen 48 uur na deze overbrenging (de voorwaarden moeten worden vastgesteld tussen het ziekenhuis en de huisartsenkring). |  |  |  | Voeg opnameverklaring toe  Opname: Voeg de nota met de modaliteiten die door het ziekenhuis en de huisartsenkring zijn vastgesteld voor de informatie i.v.m. de opname toe  Ontslag: afschrift blanco ontslagverslag en voeg de nota met de modaliteiten die door het ziekenhuis en de huisartsenkring zijn vastgesteld voor de informatie i.v.m. het ontslag toe  Ontslag met overbrenging naar andere instelling: voeg de nota met de modaliteiten die door het ziekenhuis en de huisartsenkring zijn vastgesteld voor de informatie i.v.m. het ontslag toe |
| ***Artikel 15 (permanente vorming):***  **Van toepassing voor alle algemene (inclusief gespecialiseerde) en psychiatrische ziekenhuizen**  Het **algemene (inclusief gespecialiseerde) of psychiatrische ziekenhuis** moet controleren 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. |  |  |  | Voeg de toelichting van de manier waarop dit zal gecontroleerd worden door het ziekenhuis toe  Voeg screenshot 'opleidings- en vaardigheidstool' voor het overzicht van de gevolgde vormingen (+ instandhouding van de vaardigheden) toe |
| ***Artikel 16 (toegankelijkheid van de ombudsdienst):***  **Van toepassing voor alle algemene (inclusief gespecialiseerde) en psychiatrische ziekenhuizen**  Een **algemeen (inclusief gespecialiseerde) of psychiatrisch ziekenhuis** dat over een eigen ombudsdienst beschikt, moet de volgende zaken waarborgen voor zijn patiënten:  - een voldoende fysieke aanwezigheid van de ombudsman in zijn lokalen om verzoeken om afspraken te beantwoorden;  - een telefoonlijn waarop binnen 30 seconden wordt geantwoord, bij gebrek daaraan een geautomatiseerd instrument dat de mogelijkheid biedt een boodschap achter te laten;  - een e-mailadres dat regelmatig wordt bijgewerkt;  - een contactformulier dat beschikbaar is op de website van het ziekenhuis;  - een duidelijke en zichtbare affichering aan de hoofdingangen van elke ziekenhuissite dat via het onthaal van het ziekenhuis contact kan worden opgenomen met de  ombudsdienst "Rechten van de patiënt";  - de verstrekking bij elk onthaal van het ziekenhuis aan iedereen die daarom vraagt, zowel mondeling als op papier, van de contactgegevens van de ombudsdienst, de opdrachten ervan en het eventuele verschil met de dienst voor andere klachten en de contacttijden.  Wanneer de patiënt een boodschap achterlaat op de telefoonlijn van de ombudsdienst of op het contactformulier, moet binnen drie werkdagen contact met hem worden opgenomen met duidelijke informatie dat zijn klacht in aanmerking werd genomen, het eventuele  dossiernummer van de klacht en de precieze termijn waarin de ombudsman opnieuw contact met hem zal opnemen (met dien verstande dat het hier niet gaat om de termijn waarin de bemiddeling tot een goed einde moet zijn gebracht, maar de termijn waarin de ombudsman contact zal opnemen met de patiënt om de procedure daadwerkelijk op te starten). |  |  |  | Voeg nota met vermelding van de dagen/uren van fysieke aanwezigheid voor de ≠ sites toe  Welke emailadres is van toepassing voor de ≠ sites?  Contactformulier: link website  Voeg affiche en foto's van de affichage aan de hoofdingang van ELKE SITE toe  Voeg de schriftelijke info/brochure die verschaft wordt aan het onthaal toe  Register met datum van ontvangst klacht, eventueel dossiernummer, datum van 'accusé de réception', datum van afhandeling van de klacht (voor de afgelopen 3 maanden)  Hoe wordt aan deze norm (ontvangstbevestiging binnen de 3 werkdagen) voldaan in geval van afwezigheid van de ombudspersoon)? |
| ***Artikel 17 (kwaliteit van de voeding 1):***  Het **algemene (inclusief gespecialiseerde) of psychiatrische ziekenhuis** besteedt bijzondere aandacht aan de kwaliteit en de gevarieerdheid van de voeding van al zijn patiënten. Dat houdt het volgende in:   * het risico op ondervoeding krijgt prioritaire aandacht; * alle maaltijden die worden aangeboden aan patiënten die geen medische contra-indicatie in dit verband hebben, moeten hun een minimum van 2000 kcal per dag bieden.   **Onderstaande items zijn niet van toepassing voor de psychiatrische ziekenhuizen**  De **algemene (inclusief gespecialiseerde)** **ziekenhuizen** moeten ook een multidisciplinair voedingsteam opzetten en overleg organiseren tussen de directeur, de hoofdarts, het hoofd van het departement verpleegkunde en het multidisciplinaire voedingsteam.  Dit team wordt gecoördineerd door een voedingsverantwoordelijke (die een aanvullende opleiding heeft gevolgd op het gebied van voeding, onderzoek, communicatie of projectbeheer en die het voorwerp uitmaakt van een titel, een diploma of een certificaat uitgereikt door een wetenschappelijke vereniging); en bestaat uit een diëtist, een verpleegkundige, een arts, een apotheker en de keukenverantwoordelijke (ziekenhuispersoneel of een externe dienstverlener).  Dat team komt minstens één keer per trimester samen en adviseert, naast de opdrachten die het toegewezen krijgt bij artikel 63septies van het KB 25/04/2002 betreffende de vaststelling en vereffening van het BFM 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. |  |  |  | Voeg 'screenshot' patiëntendossier toe  Voeg menu voor 1 week toe (met vermelding van aantal Kcal/dag)  Indien externe keuken: voeg het onderaannemingsbestek toe  Voedingsverantwoordelijke: voeg diploma's en/of certificaten toe  Voeg samenstelling multidisciplinair voedingsteam toe  Voeg PV van trimesteriele vergaderingen toe (+ aanwezigheidslijst met functie)  Voeg beschrijving taken multidisciplinair voedingsteam toe |
| ***Artikel 19 (toegankelijkheid van de zorg):***  **Van toepassing voor alle algemene (inclusief gespecialiseerde) en psychiatrische ziekenhuizen**  Het **algemeen (inclusief gespecialiseerde) of psychiatrisch ziekenhuis** bevordert de toegankelijkheid van de zorg, zowel door zijn acties als door zijn investeringen, door zich te onthouden van elke  discriminatie van patiënten.  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 dan Nederlands of Frans, houdt het ziekenhuis bij de zorg rekening met de taal van de patiënt (voor zover mogelijk). Daartoe wordt de patiënt verzocht op de opnameverklaring een of meer talen te vermelden waarin hij zich wenst uit te drukken (informatie moet bij de opnameverklaring worden gevoegd). |  |  |  | Voeg opnameverklaring met de informatie betreffende de taal van de patiënt toe |
| ***Artikel 20 (de "kwaliteits- en veiligheidsstrategie" vaststellen):***  **Van toepassing voor alle algemene (inclusief gespecialiseerde) en psychiatrische ziekenhuizen**  Het **algemene (inclusief gespecialiseerde) of psychiatrische ziekenhuis** waakt over de voortdurende verbetering van de veiligheid en de kwaliteit (aan het bed van de patiënt en in de organisatie) van de zorg. Daartoe stelt het ziekenhuis, voor de eerste keer uiterlijk op 15 september 2024, een "kwaliteits- en veiligheidsstrategie" vast.  Die "kwaliteits- en veiligheidsstrategie" bestaat uit twee delen: kwaliteit aan het bed van de patiënt en kwaliteit van de organisatie. Met deze strategie wordt beoogd een organisatie en een methode voor de analyse van de verleende diensten op te zetten om de zorgkwaliteit te verbeteren. In dit kader kiest het ziekenhuis de actiegebieden, de groepen van indicatoren bedoeld in artikel 22, § 1, en de groepen indicatoren waarop het zijn actie wil toespitsen.  Meer in het bijzonder (zie paragraaf 2 van artikel 21) bevat deze strategie het toezicht op de in artikel 24 bedoelde indicatoren en omvat ze:   * een verklaring over de maatregelen of acties die het ziekenhuis heeft genomen om de toegankelijkheid van de zorg te waarborgen; * een verslag over de activiteiten in het kader van de permanente vorming van het zorgpersoneel bij het ziekenhuis, met inbegrip van de taalcursussen per taal en de specifieke kwaliteits- en veiligheidsopleidingen; * 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.   De strategie moet om de vijf jaar worden herzien en maakt het voorwerp uit van een vijfjaarlijks kwaliteitsrapport.  *Onderstaande item is* ***enkel van toepassing voor de psychiatrische ziekenhuizen***  Elk **psychiatrisch ziekenhuis** moet bovendien met name een intern protocol opstellen voor de beoordeling van het risico van agressief gedrag bij de opname van patiënten waarmee het risico van agressief gedrag van een patiënt kan worden beoordeeld om zijn behandeling aan te passen zodra hij wordt opgenomen. |  |  |  | Voeg de nota met de "kwaliteits- en veiligheidsstrategie" toe met de actiegebieden en groepen indicatoren  Is er een samenwerking met het PAQS hieromtrent?  Voeg verklaring m.b.t. toegankelijkheid zorg, verslag omtrent permanente vorming (inclusief taal- en kwaliteits-/veiligheidsopleidingen) en overzicht maatregelen duurzaamheid t.a.v. personeel toe  Voeg het intern protocol voor de beoordeling van het risico van agressief gedrag van een patiënt toe (ingeval van psychiatrisch ziekenhuis) |
| ***Artikel 26 (betrokkenheid van het personeel bij de organisatie en evaluatie van de kwaliteit van de zorg):***  **Van toepassing voor alle algemene (inclusief gespecialiseerde) en psychiatrische ziekenhuizen**  Het **algemene (inclusief gespecialiseerde) of psychiatrische ziekenhuis** zorgt ervoor dat beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden betrokken bij het evalueren van de kwaliteit van de zorg bij het ziekenhuis (omvat de evaluatie van de integratie van verpleegkundige zorg en andere paramedische praktijken in alle zorg en dienstverlening die het ziekenhuis aanbiedt). Deze betrokkenheid omvat een effectieve multidisciplinaire representativiteit bij de organen die verband houden met de kwaliteit van de zorg die in de instelling aanwezig is of bij permanente werkgroepen die zijn opgericht om deze organen te adviseren, met daarin minstens een vertegenwoordiger van het beroep van verpleegkundige zonder hiërarchie. |  |  |  | Voeg het geactualiseerd kadaster met de samenstelling van de verschillende organen toe  Voeg het register met de effectieve aanwezigheid van leden op vergaderingen toe (of laatste PV van de vergaderingen met aanwezigheidslijst + functie) |
| ***Artikel 30 (aanpak inzake milieubeheer):***  **Van toepassing voor alle algemene (inclusief gespecialiseerde) en psychiatrische ziekenhuizen**  Het **algemene (inclusief gespecialiseerde) of psychiatrische ziekenhuis** toont aan dat het zich inzet voor milieubeheer door een begeleidingsprogramma te volgen of door een EMAS- of vergelijkbaar label te verkrijgen |  |  |  | Voeg het bewijs dat het ziekenhuis een begeleidingsprogramma volgt toe  En/of voeg het bewijs dat het ziekenhuis de noodzakelijke stappen heeft ondernomen om een label te verkrijgen toe |

Datum en handtekening van de hoofdarts

Datum en handtekening van de directeur