

JUSTEL - Geconsolideerde wetgeving

<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/besluit/1964/10/23/1964102306/justel>

Dossiernummer : 1964-10-23/01

Titel

23 OKTOBER 1964. - Koninklijk besluit tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd.

Situatie : De van kracht zijnde wijzigingen, gepubliceerd tot en met 10-09-2019, zijn verwerkt.

Publicatie : Belgisch Staatsblad van 07-11-1964 bladzijde : 11709

Inwerkingtreding : 17-11-1964

Inhoudstafel

Art. 1-3, 3bis, 3ter, 4-7

BIJLAGEN

Art. N1

Art. N1_DUITSTALIGE_GEMEENSCHAP

Art. N1_BRUSSELS_HOOFDSTEDELIJK_GEWEST

Art. N1_VLAAMS_GEWEST

Art. N2-N21

Tekst

Artikel 1. De normen met betrekking op de algemene inrichting van de ziekenhuizen en op de inrichting van elke soort van diensten worden in de bijlage van dit besluit bepaald.

Art. 2. Elke soort van diensten wordt aangeduid door een kenletter die vermeld staat naast elk van de betrokken diensten :

Dienst voor gewone hospitalisatie	H
Dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling	D
Dienst voor diagnose en heilkundige behandeling	C
Kraaminrichting	M
Dienst voor kindergeneeskunde	E
Dienst voor besmettelijke ziekten	L
[Dienst voor intensieve neonatologie	NIC]

<KB 1996-08-20/43, art. 1, 018; Inwerkingtreding : 01-01-1997>	
[...] <KB 15-02-1974, art. 2, § 1>	
Dienst voor tuberculosebehandeling in de algemene ziekenhuizen	B
[...] <KB 1984-04-12/41, art. 1, § 1, 002; Inwerkingtreding : 28-04-1984>	
[Gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (gevolgd door de aanduiding van de betrokken specialiteit)	Sp]
<AR 1993-10-12/32, art. 1, 012; Inwerkingtreding : 19-10-1993>	
[...] <KB 1994-02-21/30, art. 1, 013; Inwerkingtreding : 01-03-1994>	
[...] <KB 15-02-1974, art. 2, § 1>	
[...] <KB 15-02-1974, art. 2, § 1>	
[Dienst voor intensieve verzorging	I]
<KB 16-09-1966, art. 1>	
[Dienst neuro-psiatrie voor kinderen	K]
<KB 29-03-1977, art. 1>	
[Dienst neuro-psiatrie voor observatie en behandeling	A
Dienst neuro-psiatrie voor behandeling	T]
<KB 15-02-1974, art. 1, § 1>	
[Dienst voor geriatrie	G]
<KB 1984-04-12/41, art. 1, § 1, 002; Inwerkingtreding : 28-04-1984>	

[Art. 3.](#) De onder de kenletters C of D erkende inrichtingen zijn ertoe gemachtigd om alle activiteiten op het gebied van de heelkundige of geneeskundige specialiteiten uit te oefenen ; de onder de kenletter S vermelde normen zijn alleen toepasselijk op de inrichtingen die uitsluitend zieken opnemen die onder een wel gespecialiseerde categorie vallen.

[Art. 3bis.](#) <Ingevoegd bij KB 1999-04-29/79, art. 1; Inwerkingtreding : 06-04-2000> § 1. Onverminderd de mogelijkheid voor een minderjarige van minstens 15 jaar om te worden opgenomen in (een zorgprogramma voor kinderen dat een dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E) omvat) of in een dienst neuropsychiatrie voor kinderen (kenletter K), mag geen enkele minderjarige jonger dan 15 jaar worden opgenomen in de dienst voor neuropsychiatrie voor observatie en behandeling (kenletter A), noch in de dienst voor neuro-psiatrie voor behandeling (kenletter T), noch in de groep diensten voor volwassenen, zoals bepaald in artikel 1bis, 5°, 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. <KB 2006-07-13/54, art. 34, 1°, 030; Inwerkingtreding : 01-01-2007>

Door de overheid van de betrokken gemeenschap, die bevoegd is voor de erkenning van ziekenhuizen, kan een afwijking worden toegestaan aan de ziekenhuizen waar uitsluitend aan minderjarigen zowel chirurgische als andere geneeskundige verstrekkingen worden verleend.

§ 2. In afwijking van § 1 mogen minderjarigen jonger dan 15 jaar wel worden opgenomen in de diensten bedoeld in die paragraaf op voorwaarde dat dit gebeurt voor één van de volgende behandelingen of ingrepen :

- de behandeling van personen met ernstige brandwonden;
- beenmergtransplantaties;
- transplantaties;

- ingrepen die verricht worden in een neuro-chirurgiedienst zoals bepaald in bijlage 2 van het koninklijk besluit van 28 november 1986 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst voor medische beeldvorming waarin een transversale axiale tomograaf wordt opgesteld, moet voldoen om te worden erkend als medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44, van de wet op de ziekenhuizen;

- de gespecialiseerde behandeling van pneumologische aandoeningen bij kinderen in ziekenhuizen, welke over minstens 300 erkende universitaire bedden beschikken;

op voorwaarde dat het ziekenhuis, zo het niet beschikt over (een zorgprogramma voor kinderen dat een dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E) omvat) een samenwerkingsovereenkomst heeft gesloten met een ziekenhuis dat wel over (een dergelijk zorgprogramma) beschikt zodat het een beroep kan doen op een geneesheer gespecialiseerd in de kindergeneeskunde. <KB 2006-07-13/54, art. 34, 1°, 030; Inwerkingtreding : 01-01-2007>

§ 3. In afwijking van § 1 mogen in de diensten bedoeld in die paragraaf, minderjarigen jonger dan 15 jaar wel worden opgenomen voor het verlenen van heelkundige verstrekkingen in een functie " chirurgische daghospitalisatie ", bedoeld in het koninklijk besluit van 25 november 1997 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, toepasselijk worden verklaard op de functie " chirurgische daghospitalisatie ", en verder opgenomen blijven voor de behandeling van de medische verwickelingen die hierop volgen. De hiervoor bedoelde opname is evenwel slechts toegestaan op voorwaarde dat het ziekenhuis, zo het niet over (een zorgprogramma voor kinderen dat een dienst voor kindergeneeskunde

(kenletter E) omvat) beschikt, een samenwerkingsovereenkomst heeft gesloten met een ziekenhuis dat wel over (een dergelijk zorgprogramma) beschikt zodat het een beroep kan doen op een geneesheer gespecialiseerd in de kindergeneeskunde. <KB 2006-07-13/54, art. 34, 1°, 030; Inwerkingtreding : 01-01-2007>

§ 4. In afwijking van paragraaf 1 kunnen minderjarigen jonger dan 15 jaar in uitzonderlijke omstandigheden worden opgenomen in een dienst intensieve zorgen (kenletter I) of in een dienst voor besmettelijke ziekten (kenletter L), onder het toezicht dat, binnen het kader van een samenwerkingsovereenkomst, gezamenlijk wordt uitgeoefend door de verantwoordelijke geneesheer en een kinderarts.

§ 5. In afwijking van § 1 kunnen minderjarigen jonger dan 15 jaar worden opgenomen in een dienst die deel uitmaakt van de groep diensten voor volwassenen als er in een straal van 25 km geen ziekenhuis is dat beschikt over (een zorgprogramma voor kinderen dat een dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E) omvat), en op voorwaarde dat het ziekenhuis een samenwerkingsovereenkomst heeft gesloten met een ziekenhuis dat wel over een erkende dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E) beschikt zodat het op elk ogenblik een beroep kan doen op een geneesheer gespecialiseerd in de kindergeneeskunde. <KB 2006-07-13/54, art. 34, 1°, 030; Inwerkingtreding : 01-01-2007>

[Art. 3ter.](#) ^[1] Voor ziekenhuizen die na selectie een project uitvoeren in het kader van artikel 107 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, gelden de personeelsnormen voor verpleging en toezicht in diensten neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling van volwassen patiënten (index A) en diensten neuro-psychiatrie voor behandeling van volwassen patiënten (index T), zoals vastgesteld in punten 4 en 5 van de rubriek "Organisatiënormen" van zowel de "Bijzondere normen toepasselijk op de dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling van volwassen patiënten" als de "Bijzondere normen toepasselijk op de dienst neuro-psychiatrie voor behandeling van volwassen patiënten", op niveau van de instelling en niet op niveau van de ziekenhuisdienst.]¹

(1)<Ingevoegd bij KB 2012-03-06/03, art. 1, 042; Inwerkingtreding : 01-04-2012>

[Art. 4.](#) Afwijkingen van de normen kunnen aan de vóór 1 januari 1964 in de ziekenhuizen bestaande diensten worden toegestaan op voorwaarde dat zij de goede werking van de diensten niet in het gedrang brengen.

[Art. 5.](#) In de briefwisseling betreffende een patiënt, opgenomen en verzorgd in een erkende dienst, moeten de ziekenhuizen de naam en het rangnummer van de inrichting, gevolgd door de kenletter van de dienst vermelden.

[Art. 6.](#) Het ministerieel besluit van 26 november 1959 tot vaststelling van de wijze waarop de verplegingsinstellingen, met het oog op hun erkenning, worden ingedeeld, gewijzigd bij de ministeriële besluiten van 11 juli 1960, 19 december 1960 en 3 oktober 1963, is opgeheven.

[Art. 7.](#) Onze Minister van Volksgezondheid en van het Gezin is belast met de uitvoering van dit besluit.

[BIJLAGEN](#)

[Art. N1.](#) Bijlage. A. Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn. <Gedeeltelijk vernietiging door het arrest van de Raad van state nr. 120.537 van 12 juni 2003 ; zie B.St. 03.12.2003, Ed. 2, p. 57842>

De algemene normen, die op al de inrichtingen toepasselijk zijn, betreffen al de diensten zonder onderscheid, ongeacht hun kenletter.

I. Architectonische normen.

A. Normen voor de algemene hygiëne der gebouwen.

1° De inrichting moet in een rustig en gezond oord gelegen zijn. Zoniet dienen al de voorbehoedmiddelen tegen het lawaai genomen.

2° De gebouwen moeten geregeld onderhouden worden en elke vochtigheid of infiltratie moet bestreden worden.

3° De voor de nieuwbouw aangewende materialen moeten onbrandbaar zijn. Alle voorzorgen dienen getroffen om het brandgevaar te beperken :

a) door bescherming van de brandbare materialen (onbrandbare vloeren en muurbekleding);

b) door plaatsing van voldoende blustoestellen en kranen;

c) door uitvoering van alle verticale verkeersmogelijkheden in hard en onbrandbaar materiaal;

d) door, in de mate van het mogelijke, toegangswegen te voorzien welke de tussenkomst van de wagens voor brandbestrijding toelaten.

4° De inrichtingen met verdiepingen dienen voorzien van een voldoende aantal liften of ziekenliften, opdat het verticaal verkeer doeltreffend zou kunnen geschieden.

5° Al de vloeren en wanden moeten afwasbaar, ondoordringbaar en gemakkelijk te ontsmetten zijn.

Het meubilair moet eenvoudig, bij voorkeur in metaal, afwasbaar en gemakkelijk te ontsmetten zijn.

6° De verbindingen tussen wand en vloer moeten afgerond zijn.

7° Overbodige versiersels, lijstwerken en voorwerpen, die stof kunnen opvangen, dienen geweerd.

8° In het verwarmen, het ventileren en het verlichten van alle lokalen en gangen moet voorzien zijn, bij om 't even welk weder en onder alle omstandigheden.

Er moet een noodverlichting bestaan.

9° Al de leidingen moeten in gemakkelijk bereikbare, in de muren aangebrachte kokers verenigd zijn.

10° In gans het gebouw moet drinkwater van goede hoedanigheid overvloedig voorhanden zijn.

11° Er moeten afzonderlijke sanitaire installaties, in voldoende aantal voorhanden zijn voor de zieken, de bezoekers en het personeel.

12° Het afvalwater moet gezuiverd worden vooraleer het naar buiten afgevoerd wordt, in alle gevallen waar zulks voor de Dienst voor Zuivering van Afvalwater geëist wordt.

13° De vaste afval en inzonderheid de keukenafval moet in hermetisch gesloten recipiënten weggevoerd worden, terwijl bevulde en besmette verbandmiddelen verplicht verbrand moeten worden.

14° De inrichtingen van de algemene diensten, en inzonderheid de keukens en washuizen, moeten zó gelegen zijn dat de verspreide geuren en dampen geen hinder veroorzaken.

B. Normen die op de ziekenhuisverpleging betrekking hebben.

1° De ziekenkamers moeten ingericht worden in het kalmste en best georiënteerd gedeelte.

2° De oppervlakte van de ziekenkamers moet ten minste 8 m² bedragen; in de lokalen met verscheidene bedden mag die oppervlakte tot 7 m² per bed verminderd.

3° Het volume van de ziekenkamers moet tenminste 25 m³ bedragen; die inhoud mag tot 20 m³ per bed verminderd worden in de lokalen met verscheidene bedden.

4° De oppervlakte van de voor de natuurlijke verlichting bestemde wanden moet ten minste 1/6 bedragen van de vloeroppervlakte.

5° Het moet vermeden worden meer dan zes bedden per lokaal te plaatsen.

6° De bedden moeten evenwijdig geplaatst zijn met het vlak der vensters. Zij moeten tegen tocht beschermd zijn.

7° Iedere zieke moet, voor zijn persoonlijk gebruik over een bed, een kast en een nachttafeltje beschikken. Die drie stukken zijn het minimummeubilair.

8° De zieken moeten over voldoende kunstlicht beschikken.

De nachtverlichting, die doeltreffend en bescheiden moet zijn, moet in de ziekenkamers, de gangen en de verzorgingslokalen aangelegd zijn.

9° De kamers moeten op natuurlijke wijze geventileerd kunnen worden, zonder tocht te veroorzaken.

10° De kamers dienen zodanig verwarmd dat men bij om het even welke weersgesteldheid een temperatuur van 20° kan bereiken. Men zal een systeem aannemen waarin open vuur en ontwikkeling van gas of stof, of de aanwending van schoorstenen in de ziekenkamers volstrekt vermeden worden.

11° De ziekenkamers moeten uitgerust zijn met ten minste 1 wastafel met stromend drinkbaar water.

12° De ziekenhuisafdelingen dienen van voldoende sanitaire installaties voorzien te zijn. Zij omvatten tenminste : 1 W.C. voor 10 zieken, 1 bedpannenwasser voor 30 zieken, 1 bad- of stortbadkamer voor 30 zieken.

13° Geen enkele leiding mag zonder volstreekte noodzakelijkheid door de ziekenkamers gaan. Alle voorzorgen zullen genomen worden om te verhinderen dat die leidingen een verzamelplaats voor stof zouden worden.

14° Een aanrechtkeuken zal worden ingericht voor de uitdeling van het voedsel en de dranken, en de bereiding van kleine maaltijden. Geen enkele ongezonde of gevaarlijke bewerking mag in dat lokaal geschieden.

15° De verplegingseenheid moet bovendien over een lokaal voor de verpleegster beschikken.

16° Wanneer in een verplegingseenheid meer dan 1/4 der zieken in gemeenschappelijke kamers verpleegd worden, past het over een onderzoeks- en behandelingszaal te beschikken.

17° Men moet beschikken over een voldoende aantal kamers met één bed om er steeds de zieken in te kunnen opnemen, voor wie afzondering vereist is.

II. Functionele normen.

1° De inrichting moet gemakkelijk toegankelijk zijn voor de ambulancewagens.

Er moeten autoparkeerplaatsen beschikbaar zijn voor de geneesheren die dringend kunnen opgeroepen worden.

Er moet een afzonderlijke ingang zijn voor de algemene diensten (lijkhuisje, keuken, enz.).

2° De toegang tot de technische afdelingen en de verplegingseenheden moet gemakkelijk zijn, hoewel er toch een werkelijke scheiding tussen de diensten moet bestaan.

3° Het verticaal verkeer moet van de verplegingseenheden afgezonderd zijn.

4° De diensten van de polikliniek voor lopende zieken mogen niet in de verplegingseenheden gelegen zijn.

Door bijzondere beschikkingen dient ervoor gezorgd dat, in de consultatieafdeling, de zieken-externen en de zieken-internen van elkander gescheiden zijn.

5° De keuken moet zo gelegen zijn dat het voedsel gemakkelijk en vlug aan al de zieken van alle eenheden kan bezorgd worden.

De maaltijden moeten volgens de meest nauwgezette regelen van zindelijkheid en hygiëne bereid en uitgedeeld worden. De maaltijden moeten warm aan de zieken opgediend worden.

6° Voor al de zieken moet voortdurend een geneeskundig dossier en een koortsblad bijgehouden worden.

De voorschriften van de geneesheren, die dagelijks voor de verschillende zieken gegeven worden, moeten in een register of op kaarten ingeschreven worden.

7° Een bescheiden maar doeltreffend oproepingssysteem moet in al de ziekenkamers voorhanden zijn.

8° Het voor de zieken gebruikt geneeskundig materieel (injectiespuitjes, verbandmiddelen, enz.) moet zorgvuldig gesteriliseerd worden.

(9°) (...) <KB 2006-12-28/57, art. 8, 033; Inwerkingtreding : 30-07-2007>

III. Organisatorische normen.

1° De leiding over de behandeling van de zieken moet uitsluitend bij de geneesheren berusten.

De inrichting moet steeds, en binnen de kortst mogelijke tijd, over de bevoegde hulp van ervaren geneesheren kunnen beschikken.

1°bis. (Elk ziekenhuis (dat over een erkend zorgprogramma voor kinderen beschikt, waarvan een erkende dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E) deel uitmaakt), evenals elk ziekenhuis dat niet over een dergelijke

dienst beschikt maar waar het is toegestaan in toepassing van onderhavig besluit, kinderen te behandelen, moet, na multidisciplinair beraad binnen de instelling, een protocol goedkeuren dat de hoofdlijnen bepaalt voor de specifieke opvang van de opgenomen of ambulante verzorgde kinderen; de uitvoering van deze verplichting behoort tot de verantwoordelijkheid van de beheerder van het ziekenhuis. <KB 2006-07-13/54, art. 34, 2°, 030; Inwerkingtreding : 01-01-2007>

Dit protocol behandelt in het bijzonder :

- specifieke maatregelen inzake het informeren, het geven van advies en het verlenen van psychologische steun aan de kinderen, hun ouders of hun wettelijke vertegenwoordigers;
- initiatieven die moeten worden genomen om, in de mate van het mogelijke, de ouders te betrekken bij de zorgverlening aan hun kind;
- initiatieven om het comfort van de opgenomen kinderen te verbeteren, meer bepaald voor wat betreft de inrichting van de zalen, de maaltijden, de bezoeken;
- specifieke maatregelen om het toezicht op en de veiligheid van de kinderen, zowel in het ziekenhuis als in de onmiddellijke omgeving, te waarborgen (parkeerterrein, enz.);
- maatregelen inzake het overleg tussen een kinderarts en de arts verantwoordelijk voor de dienst voor volwassenen waar een kind ouder dan 14 jaar is opgenomen;
- maatregelen inzake het overleg tussen pediatrisch verpleegkundigen en verpleegkundigen van andere diensten.

Dit protocol wordt megedeeld aan de personeelsleden van het ziekenhuis en wordt ter beschikking gesteld van de kinderen, hun ouders en hun wettelijke vertegenwoordigers.) <KB 1999-04-29/79, art. 2, 023; Inwerkingtreding : 06-04-2000>

2° (In elk ziekenhuis dient de verantwoordelijkheid met betrekking tot de verpleegkundige activiteit, te worden toevertrouwd aan een gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of een bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde als hoofd van het verpleegkundig departement. Hij heeft een bijkomende opleiding gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering. <KB 2007-04-26/63, art. 1, 1°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 1°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

Onverminderd de opdracht van de directeur van het ziekenhuis, zoals bedoeld in artikel 8, 2°, en in artikel 12 van de wet op de ziekenhuizen, werkt het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis mee aan de integratie van de verpleegkundige activiteit in het geheel van de activiteit van het ziekenhuis, en dit in nauw contact met de hoofdgeneesheer en de verantwoordelijken van de onderscheiden aspecten van de ziekenhuisactiviteiten.

Ter ondersteuning van de organisatorische en inhoudelijke aspecten van de verpleegkundige zorgverlening, dient in de algemene ziekenhuizen een middenkader, bestaande uit verpleegkundigen-diensthoofden, te worden voorzien. Het middenkader wordt er, per 150 bedden, gevormd door tenminste één gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of één bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende opleiding heeft gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering. <KB 2007-04-26/63, art. 1, 2°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 2°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

In alle psychiatrische ziekenhuizen dient een middenkader, bestaande uit verpleegkundigen-diensthoofden, te worden voorzien. Het middenkader wordt er gevormd door tenminste één gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of één bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende opleiding heeft gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering. <KB 2007-04-26/63, art. 1, 3°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 3°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

In de psychiatrische ziekenhuizen met 150 bedden of meer wordt het aantal middenkaders verhoudingsgewijs bepaald, op basis van één gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of één bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende opleiding heeft gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering, per 150 bedden. <KB 2007-04-26/63, art. 1, 4°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 4°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

Het middenkader kan, naar gelang van de organisatiestructuur van het ziekenhuis, met bepaalde opdrachten worden belast, inzonderheid met het onthaal en de vorming van personeelsleden, met de problemen die verband houden met ziekenhuishygiëne, met de evaluatie van de kwaliteit van de verpleegkundige zorgen, met de patiëntenvoorlichting en met de invoering van nieuwe werkmethodes en procedures.

Het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis overlegt tenminste tien keer per jaar met de verpleegkundigen-diensthoofden teneinde :

- de strategische visie van het verpleegkundig departement te omschrijven;
- de coherentie ervan met de algemene strategie van het ziekenhuis te evalueren, meer bepaald inzake de verbetering van de kwaliteit van de zorgen;
- de opvolging van de ontwikkeling en de implementatie ervan te verzekeren.

Op het niveau van het ziekenhuis dient een organogram van het verpleegkundig departement te bestaan waarin de verantwoordelijken van het departement en van de onderscheidene diensten en verpleegafdelingen worden aangeduid.

Naast dit organogram moet het ziekenhuis ook beschikken over een lijst van alle verpleegkundigen die in het

ziekenhuis werkzaam zijn, met vermelding van het diploma of brevet en de bijkomende kwalificaties.

Het aantal met de zorgen belaste personen moet voldoen aan de bijzondere voorwaarden die voor de verschillende diensten gesteld worden.) <KB 2006-07-13/67, art. 1, 031; Inwerkingtreding : 07-09-2006>

(De minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan de lijst van diploma's die in aanmerking komen voor de uitoefening van de functie van hoofd van het verpleegkundig departement en verpleegkundige van het middenkader, zoals bedoeld in de leden 1, 3, 4 en 5, wijzigen.) <KB 2007-04-26/63, art. 1, 5°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 5°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

3° Het personeel moet aan en regelmatig geneeskundig toezicht onderworpen worden en algemene aseptische- en hygiënische maatregelen in acht nemen.

4° Het ziekenbezoek moet bij huishoudelijk reglement geregeld worden. Op beslissing van de geneesheer zullen beperkingen opgelegd worden.

Gepaste maatregelen moeten getroffen worden om een te groot aantal bezoekers in een kamer te voorkomen.

5° Aan de bedienaren van de eredienst en de lekeraadgevers, die door patiënten gevraagd worden, zal ongehinderd toegang worden verleend tot de inrichting; zij moeten er voor de uitoefening van hun opdracht de geschikte sfeer en faciliteiten vinden. Volledige vrijheid van levensbeschouwing, godsdienst en politieke overtuiging dient aan iedereen gewaarborgd.) <KB 12-01-1970, art. 1>

6° Het binnenverkeer van de inrichting zal grafisch bestudeerd en uitgewerkt worden. (Het houdt rekening met de noodwendigheden van het personeel, de zieken, de bezoekers, de verdeling van het voedsel, enz.).

7° De inrichting moet, op ieder ogenblik, een telefonische oproep kunnen ontvangen en beantwoorden.

8° Alle publiciteit, klantenjagerij of opzichtige reclame, met in 't algemeen door de code van geneeskundige plichtenleer afgekeurde middelen, is verboden.

9° Alle voorzorgen zullen getroffen worden om de profylaxe tegen de besmettelijke ziekten te verzekeren. In al de twijfelachtige gevallen zal de Rijksgezondheidsinspecteur geraadpleegd worden.

Krachtens de bestaande wetgeving zal hij onmiddellijk op de hoogte gebracht worden van elke aanstekelijke ziekte.

9°bis. (ziekenhuishygiëne

a) algemeen

In ieder ziekenhuis is het bevorderen van de hygiëne een taak van :

- de hoofdgeneesheer;
- het hoofd van het verpleegkundig departement;
- een team voor ziekenhuishygiëne;
- en een comité voor ziekenhuishygiëne.

b) het team voor ziekenhuishygiëne

Het team voor ziekenhuishygiëne bestaat uit :

- één of meerdere geneeshe(e)r(en) - ziekenhuishygiënist;
- en één of meerdere verpleegkundige(n) - ziekenhuishygiënist.

De geneesheer-ziekenhuishygiënist hangt bij het uitoefenen van zijn functie binnen het team af van de hoofdgeneesheer van het ziekenhuis onder wiens supervisie hij rechtstreeks functioneert.

De verpleegkundige-ziekenhuishygiënist hangt bij het uitoefenen van zijn functie binnen het team af van het hoofd van het verpleegkundig departement onder wiens supervisie hij rechtstreeks functioneert.

Het team voor ziekenhuishygiëne is op het operationele vlak onafhankelijk, maar rapporteert naar het comité voor ziekenhuishygiëne, de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement. De operationele beslissingen van het team voor ziekenhuishygiëne worden uitgevoerd na overleg met, in opdracht van en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement. Het team voor ziekenhuishygiëne kan rechtstreeks samenwerken met andere comités en instanties in het ziekenhuis.

De geneesheer-ziekenhuishygiënist coördineert de werking van het team voor ziekenhuishygiëne.

De leden van het team dienen te beschikken over een gepaste opleiding van universitair niveau zoals bedoeld in de volgende leden.

De verpleegkundige-ziekenhuishygiënist dient te beschikken over een diploma van bachelor verpleegkunde aangevuld met een master in de verpleegkunde of een master in de volksgezondheid.

Met het oog op het doelmatig uitvoeren van de functie moet hij bovendien aantonen, dat hij met goed gevolg een opleiding heeft gevolgd in ten minste de volgende domeinen :

- ziekenhuisinfecties : preventie en controle; microbiologische en infectiologische aspecten; epidemiologische aspecten;

- wetgeving inzake ziekenhuishygiëne.

Deze opleiding bedraagt minstens 250 contacturen.

In afwijking op de vorige leden dient de verpleegkundige die, op de datum van inwerking treden van het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, in toepassing van de op dat ogenblik vigerende erkenningsnormen, fungeert als verpleegkundigeziekenhuishygiënist, niet te voldoen aan de gestelde voorwaarden inzake de vereiste opleiding.

De geneesheer-hygiënist is een geneesheer of een apotheker-klinisch bioloog die een opleiding heeft gevolgd die equivalent is aan deze van geneesheer-ziekenhuishygiënist zoals hieronder beschreven.

Met het oog op het doelmatig uitvoeren van de functie moet hij aantonen, dat hij met goed gevolg een opleiding heeft gevolgd in ten minste de volgende domeinen :

- ziekenhuisinfecties : preventie en controle, microbiologische en infectiologische aspecten; epidemiologische aspecten;

- wetgeving inzake ziekenhuishygiëne;
- antimicrobiële middelen en antibioticabeleid.

Deze opleiding bedraagt minstens 300 contacturen.

In afwijking op de vorige leden dient de geneesheer of de apotheker-bioloog die, op de datum van inwerkingtreden van het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, in toepassing van de op dat ogenblik vigerende erkenningsnormen, fungeert als geneesheer-ziekenhuishygiënist, niet te voldoen aan de gestelde voorwaarden inzake de vereiste opleiding.

Het team voor ziekenhuishygiëne vervult volgende taken :

1° ontwikkeling, implementatie en opvolging van een beleid doorheen het ziekenhuis in verband met :

- a) standaardvoorzorgsmaatregelen ter preventie van overdracht van besmettelijke kiemen;
- b) isolatie van besmette patiënten ter indijking van overdracht van besmettelijke ziekten;
- c) surveillance van ziekenhuisinfecties aan de hand van indicatoren die toelaten hun incidentie in de instelling te volgen en bij te sturen;

2° opzetten van een epidemiebeleid;

3° opvolgen van de hygiëenaspecten bij ziekenhuisactiviteiten zoals :

- a) het bouwen of verbouwen;
- b) de activiteiten in het operatiekwartier en het verloskwartier;
- c) de aankoop van materialen;

4° implementatie van richtlijnen en aanbevelingen opgesteld door officiële instanties, zoals de Hoge Gezondheidsraad;

5° uitwisselen van informatie en ervaring met andere instellingen binnen het kader van een samenwerkingsplatform op het gebied van ziekenhuishygiëne zoals bedoeld in artikel 56, § 3, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Het team stelt een algemeen strategisch plan op evenals een jaarlijks beleidsplan, een jaarlijks activiteitenverslag en een jaarlijks verslag over de werking van het team.

c) Het Comité voor ziekenhuishygiëne

Het Comité voor ziekenhuishygiëne is minstens samengesteld uit :

1° de directeur van het ziekenhuis;

2° het team voor ziekenhuishygiëne;

3° een ziekenhuisapotheker;

4° een microbioloog;

5° de hoofdgeneesheer;

6° het hoofd van het verpleegkundig departement;

7° drie geneesheren werkzaam in de instelling, aangewezen door de medische raad;

8° drie verpleegkundigen werkzaam in de instelling, aangewezen door het hoofd van het verpleegkundig departement.

Het comité voor ziekenhuishygiëne vervult minimaal volgende taken :

1° bespreken en goedkeuren van het algemeen strategisch plan en het jaarlijkse beleidsplan opgesteld door het team;

2° bespreken en goedkeuren van het jaarlijks activiteitenverslag opgesteld door het team;

3° bespreken en goedkeuren van het jaarlijks verslag van de werking van het team;

4° bespreken en goedkeuren van de budgetten en kostenramingen;

5° het coördineren van het toewijzen van opdrachten op het vlak van :

a) de controle op technieken van sterilisatie;

b) antibioticumbeleid;

c) het uitwerken van richtlijnen voor en het houden van toezicht op :

- de methoden van wassen en verdeling van linnen;

- de hygiëne in de bereiding en de distributie van de voeding in keuken en melkkeuken;

- het verzamelen en verwijderden van ziekenhuisafval;

d) het opstellen van een reglement van inwendige orde voor de operatieafdeling, de bevallingsafdelingen en desgevallend de risicodiensten.

Alle beslissingen die binnen het comité worden genomen worden geacteerd in een register en als advies overgemaakt aan de directeur van het ziekenhuis. Het register kan bovendien worden geraadpleegd door de bevoegde geneesheer-inspecteur.

Het comité komt minstens 4 maal per jaar samen.

Het comité wijst een voorzitter aan onder zijn leden-geneesheren.

Het comité kan de diensthoofden die betrokken zijn bij de behandelde materie uitnodigen.

Het comité mag beroep doen op adviseurs.) <KB 2007-04-26/67, art. 1, 038; Inwerkingtreding : 17-06-2007> (9°ter plaatselijk ethisch comité van het ziekenhuis.

Elk ziekenhuis moet beschikken over een plaatselijk ethisch Comité van het ziekenhuis, hierna " het Comité " genoemd.

In het geval van een erkende ziekenhuisgroepering, zoals bepaald in artikel 69, 3°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, kan er geopteerd worden voor :

1° hetzij een gemeenschappelijk Comité voor alle ziekenhuizen van de groepering;

2° hetzij een apart Comité voor elk ziekenhuis van de groepering;

3° onder voorbehoud van de toepassing van 1° worden de ziekenhuizen bedoeld in artikel 5, §§ 4 en 5, van het

koninklijk besluit van 10 augustus 1987 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Medische Raad, vrijgesteld van de verplichting om een Comité op te richten, op voorwaarde dat ze elk afzonderlijk aansluiten bij het Comité van een ander ziekenhuis via een overeenkomst op grond waarvan ze zich tot dat Comité kunnen wenden voor alle opdrachten, bepaald in de rubriek " Opdrachten " van dit besluit, waarmee ze zouden worden belast.

Samenstelling.

Het Comité bestaat uit minstens 8 en hoogstens 15 leden, die beide geslachten vertegenwoordigen, waaronder :

- een meerderheid artsen die aan het ziekenhuis of aan de ziekenhuisgroepering verbonden zijn;
- minstens een huisarts die niet aan het ziekenhuis of aan de ziekenhuisgroepering verbonden is;
- minstens een lid van het verpleegkundig personeel van het ziekenhuis of aan de ziekenhuisgroepering;
- een jurist.

Belangstellenden, al dan niet aan het ziekenhuis of de ziekenhuisgroepering verbonden, kunnen als lid van het Comité worden aangewezen.

De hoedanigheid van lid van het Comité is onverenigbaar met de volgende functies :

- directeur van het ziekenhuis;
- hoofdgeneesheer;
- voorzitter van de Medische Raad;
- hoofd van het verpleegkundig departement.

Werking.

Het Comité stelt zijn huishoudelijk reglement op. Het mandaat van lid van het Comité heeft een duur van vier jaar en is hernieuwbaar.

De leden van het Comité worden door de beheerder van het ziekenhuis of van de ziekenhuisgroepering aangewezen :

- wat de artsen betreft, op voorstel van de Medische Raad van het ziekenhuis of van de Medische Raden van de ziekenhuisgroepering;
- wat de verpleegkundige(n) betreft, op voorstel van het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis of van de ziekenhuisgroepering.

Het Comité komt minstens eenmaal per kwartaal bijeen en dit met gesloten deuren.

Het stelt een jaarlijks activiteitenverslag op dat minstens de volgende elementen dient te bevatten :

- een kwantitatieve evaluatie van de werkzaamheden van het Comité;
- de lijst van de behandelde onderwerpen.

Opdrachten.

Het Comité oefent de volgende functies uit, telkens het een verzoek in die zin ontvangt :

- 1° een begeleidende en raadgevende functie met betrekking tot de ethische aspecten van de ziekenhuiszorg;
- 2° een ondersteunende functie bij beslissingen over individuele gevallen inzake ethiek;
- 3° een adviserende functie met betrekking tot alle protocollen inzake experimenten op mensen.

Het verzoek kan uitgaan van elk personeelslid van het ziekenhuis of van de ziekenhuisgroepering en van elke arts.

De adviezen en raadgevingen van het Comité zijn vertrouwelijk en niet bindend en ze zijn het voorwerp van een gemotiveerd verslag dat uitsluitend aan de verzoeker wordt overgezonden en waarin de verschillende standpunten van de leden worden weergegeven.

Het Comité kan, op grond van een gemotiveerde beslissing, weigeren op een verzoek in te gaan.) <KB 1994-08-12/64, art. 1, 015; Inwerkingtreding : 27-03-1995>

(9°quater. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer bij de verwerking van persoonsgegevens van patiënten, in het bijzonder medische gegevens.

a) Elk ziekenhuis dient, voor wat betreft de verwerking van persoonsgegevens die betrekking hebben op patiënten, in het bijzonder medische gegevens, te beschikken over een reglement voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

b) De bepalingen van dat reglement betreffende de persoonlijke rechten dienen aan de patiënten te worden medegedeeld samen met de kennisgeving van de gegevens bedoeld in artikel 4 van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

c) Het reglement vermeldt, voor elke verwerking, minstens het volgende :

- de doeleinden van de verwerking;
- in voorkomend geval, de wet, het decreet of de ordonnantie of de reglementaire akte waarbij de geautomatiseerde verwerking wordt ingesteld;
- de identiteit en het adres van de houder van het bestand en van de persoon die namens de houder kan optreden;
- de naam van de in f) bedoelde geneesheer;
- de naam van de in g) bedoelde veiligheidsconsulent;
- de identiteit en het adres van de bewerker(s);
- de rechten en plichten van de bewerker(s);
- de categorieën van personen die toegang hebben tot of gemachtigd zijn tot het verkrijgen van de persoonsgegevens van medische aard van de verwerking;
- de categorieën van personen wier gegevens verwerkt worden;
- de aard van de verwerkte gegevens en de manier waarop ze worden verkregen;
- de organisatie van het circuit van de te verwerken medische gegevens;
- de procedure volgens welke, indien noodzakelijk, gegevens geanonimiseerd worden;

- de beveiligingsprocedures ten einde toevallige of ongeoorloofde van gegevens, toevallig verlies of ongeoorloofde toegang, wijziging of verspreiding van gegevens tegen te gaan;
- de termijn waarna, in voorkomend geval, de gegevens niet meer mogen bewaard, gebruikt of verspreid worden;
- de onderlinge verbanden, de onderlinge verbindingen of elke ander vorm van vergelijking van gegevens die worden verwerkt;
- de onderlinge verbindingen en raadplegingen;
- de gevallen waarin gegevens worden verwijderd;
- de wijze waarop de patiënten hun rechten bedoeld in de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens kunnen uitoefenen.

d) Het reglement vermeldt het door de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer toegekende identificatienummer van de verwerking waarop het betrekking heeft en dient, binnen dertig dagen na de inwerkingtreding van dit artikel, te worden overgemaakt aan de Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen. Alle wijzigingen aan bedoeld reglement aangebracht dienen, binnen de dertig dagen na de bekrachtiging door de bevoegde instanties van de inrichtende macht, worden overgemaakt aan de Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen.

e) De Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen, houdt de in a) bedoelde reglementen ter beschikking van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en deelt om de zes maanden aan de Commissie de geactualiseerde lijst mede van de ontvangen reglementen en wijzigingen van reglementen.

f) De houder van het bestand wijst de geneesheer aan die de verantwoordelijkheid en het toezicht uitoefent bedoeld in artikel 7, eerste lid van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

g) De houder van het bestand wijst een veiligheidsconsulent aan belast met de veiligheid van de informatie. De veiligheidsconsulent staat de verantwoordelijke voor het dagelijks beheer met raad bij inzake alle aspecten van de veiligheid van de informatie. De opdracht van de veiligheidsconsulent kan door Ons nader worden omschreven.) <KB 1994-12-16/46, art. 1, 016; Inwerkingtreding : 01-08-1995>

(9°quinquies. Transfusiecomité van het ziekenhuis.

a) Oprichting.

Elk algemeen ziekenhuis moet beschikken over een Transfusiecomité, hierna " het Comité " genoemd, dat instaat voor de bepaling, opvolging en verbetering van het transfusiebeleid van het ziekenhuis.

De beheerder van het ziekenhuis kan beslissen het transfusiecomité onder te brengen bij het medisch farmaceutisch comité zoals bedoeld in artikel 24, § 1, van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend. In voorkomend geval worden de bevoegdheden van het transfusiecomité uitgeoefend door voornoemd medisch farmaceutisch comité.

In geval van een erkende groepering, zoals bepaald in artikel 69, 3°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, kan er geopteerd worden voor :

1° hetzij een gemeenschappelijk Comité voor alle ziekenhuizen van de groepering;

2° hetzij een apart Comité voor elk ziekenhuis van de groepering.

Onverminderd de toepassing van het voorafgaande lid worden de ziekenhuizen bedoeld in artikel 5, §§ 4 en 5, van het koninklijk besluit van 10 augustus 1987 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en werking van de Medische Raad in uitvoering van de artikelen 24, 25 en 26 van de wet van 1963 op de ziekenhuizen, vrijgesteld van de verplichting een Comité op te richten, op voorwaarde dat het betrokken ziekenhuis zich op grond van een overeenkomst met een ander ziekenhuis aansluit bij het comité van dat ziekenhuis, dat daardoor ook bevoegd wordt ten aanzien van het betrokken ziekenhuis.

b) Samenstelling en werking.

1. Het Comité bestaat uit :

- de hoofdgeneesheer;
- het hoofd van het verpleegkundig departement;
- (de persoon die de leiding heeft van de ziekenhuisbloedbank zoals bedoeld in artikel 1, 1°, van het koninklijk besluit van 17 februari 2005 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisbloedbank moet voldoen om te worden erkend, die zorgt voor het opslaan en het ter hand stellen van bloed en bloedderivaten in het ziekenhuis;) <KB 2005-02-17/36, art. 1, 028; Inwerkingtreding : 25-02-2005>
- minstens drie geneesheren behorende tot onderscheiden disciplines, werkzaam in het ziekenhuis en aangewezen, voor een hernieuwbare periode van vier jaar, op voorstel van de Medische Raad;
- de ziekenhuisapotheker-titularis;
- de afgevaardigde van het bloedtransfusiecentrum dat voor de normale bevoorrading van het ziekenhuis zorgt.

2. Het Comité wijst een voorzitter aan onder de leden.

3. Het Comité stelt een huishoudelijk reglement op.

4. Het Comité komt minstens tweemaal per jaar samen.

5. Het Comité is verplicht de diensthoofden, die betrokken zijn bij de behandelde materie, uit te nodigen.

6. Het Comité mag beroep doen op adviseurs.

c) Opdrachten.

Het Comité is belast met volgende taken :

1. het waarborgen van een wetenschappelijk gefundeerd, veilig en kwalitatief verantwoord transfusiebeleid in

het ziekenhuis door het toepassen van door haar opgestelde transfusierichtlijnen.

Deze richtlijnen hebben ondermeer betrekking op :

1° de indicatiestelling en het daaraan beantwoordende voorschrift;

2° de afname van het bloedstaal;

3° de procedures met betrekking tot de ontvangst van het labiel bloedproduct, de bewaarcondities en het transport binnen het ziekenhuis;

4° de toediening van het labiel bloedproduct (pre-transfusie procedure, observatie tijdens de transfusie, inlichting rond alarmsymtomen);

5° de declaratie van vermeden en werkelijke afwijkingen van de voorgeschreven procedures bij transfusie;

6° de informatie aan de patiënt en de behandelende geneesheer van de werkelijke afwijkingen bedoeld in 5°;

7° de post-transfusionele opvolging van de receptor en de feedback van informatie aan de patiënt en de behandelend geneesheer.

2. het samenbrengen van de richtlijnen, bedoeld in het eerste punt, in een transfusiehandboek;

3. het overmaken of ter beschikking stellen van het transfusiehandboek, bedoeld in het tweede punt, aan alle betrokkenen van het ziekenhuis;

4. het stimuleren van en het meewerken aan wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot transfusiebeleid;

5. het verspreiden van nationale en internationale literatuurgegevens en in het bijzonder praktijkveranderende wetenschappelijke informatie inzake transfusie;

6. het organiseren van een kwaliteitscontrole en, meer in het bijzonder, van een systeem van hemovigilantie.

Dit omvat onder andere :

a) de gegevens van het ziekenhuis over de nevenwerkingen te wijten aan de labiele bloedproducten en de gevolgde procedures bespreken;

b) het voorlichten van de betrokkenen over bedoelde nevenwerkingen.

Dit veronderstelt de toevoeging aan het medisch dossier van de patiënt, van een document zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 10°, van het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medische dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen.

7. het bekwamen van het personeel op het vlak van transfusie.

d) Toezicht op de activiteiten van het Comité.

De maatregelen die door het Comité genomen worden, moeten te boek gesteld worden in een register dat kan geraadpleegd worden door de bevoegde geneesheer-inspecteur.) <KB 2002-04-16/41, art. 1, 027;

Inwerkingtreding : 12-07-2002>

(9sexies. Elk algemeen ziekenhuis moet beschikken over een systeem waarbij elke afzonderlijke eenheid bloed of bloederivaat die het ziekenhuis ontvangt ondubbelzinnig wordt geïdentificeerd en geregistreerd zodat ze kunnen worden getraceerd van donor tot eindbestemming en omgekeerd. Eveneens dient ieder algemeen ziekenhuis te beschikken over een registratie- en meldingsprocedure voor vermoede ernstige ongewenste bijwerkingen bij de patiënten tijdens en na de transfusie die aan de kwaliteit of veiligheid van bloed of bloederivaten kunnen worden toegeschreven evenals voor ernstige ongewenste voorvallen bij het opslaan, ter hand stellen of uitvoeren van compatibiliteitstests op bloed en bloederivaten die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit of veiligheid ervan.

Voor bloed en bloederivaten die met een melding zoals hierboven bedoeld in verband kunnen worden gebracht dient bovendien een snelle en verifieerbare procedure te worden uitgewerkt om ze aan de distributie te onttrekken.) <KB 2006-10-17/34, art. 1, 032; Inwerkingtreding : 03-11-2006>

10° Dagelijks zal de geneesheer zijn ziekenbezoek afleggen.

11° De directie van de inrichting zal door een doctor in de geneeskunde bijgestaan worden, die bij voorkeur door collega's gekozen wordt; hij treedt op als technisch adviseur van de directie en is tegenover haar verantwoordelijk voor de technische werking, de veiligheidsmaatregelen voor personeel en zieken, de toepassing van de regels van de plichtenleer en de wettelijke of reglementaire voorschriften.

12° (Per verpleegafdeling wordt één hoofdverpleegkundige aangeduid. De hoofdverpleegkundige is een gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of een bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende kaderopleiding in de verpleegkunde, of een bijkomende opleiding van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering heeft gevolgd. <KB 2007-04-26/63, art. 2, 1°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 2, 1°, 037;

Inwerkingtreding : 17-06-2007>

Deze scholing dient betrekking te hebben op het geven van leiding aan een verpleegkundige equipe.

De hoofdverpleegkundige werkt mee aan de integratie van de verpleegkundige activiteit in het geheel van de activiteit van het ziekenhuis, en voert zijn opdracht uit onder de hiërarchie van het hoofd van het verpleegkundig departement en in nauw contact met de artsen en de verantwoordelijken van de onderscheiden aspecten van de activiteiten van de afdeling.

Doorheen alle dagen van het jaar moet, naast de hoofdverpleegkundige, permanent per afdeling en maximum per 30 zieken, de aanwezigheid van een gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde gewaarborgd zijn, zodat de continuïteit en de kwaliteit van de zorg verzekerd zijn.

De verhouding deeltijds werk/voltijds werk dient in overleg met het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis op zo een niveau vastgelegd te worden dat de continuïteit en de kwaliteit van de zorg verzekerd blijven.

Het verpleegkundig werk dient op de afdelingen op die wijze georganiseerd te worden dat op elk ogenblik kan

vastgesteld worden welke verpleegkundige voor welke patiënt verantwoordelijk is.) <KB 2006-07-13/67, art. 2, 031; Inwerkingtreding : 07-09-2006>

(De minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan de lijst van diploma's die in aanmerking komen voor de uitoefening van de functie van hoofdverpleegkundige, zoals bedoeld in het eerste lid, wijzigen.) <KB 2007-04-26/63, art. 2, 2°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 2, 2°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

12°bis. (...). <KB 2007-04-27/94, art. 13, 036; Inwerkingtreding : 14-06-2007>

12°ter. De verpleegkundige uurroosterregelingen dienen schriftelijk vastgelegd, waarin op ziekenhuisniveau de interne wacht onder leiding van een supervisor 24 uur op 24 uur verzekerd wordt. Bovendien moet er in het ziekenhuis een schriftelijke procedure bestaan waarbij de wijze wordt bepaald van optreden bij interne urgenties.

12°quater. (Het hoofd van het verpleegkundig departement, de verpleegkundigen-diensthoofden en de hoofdverpleegkundigen dienen een permanente vorming te volgen van tenminste 60 uur over een periode van 4 jaar, teneinde hun kennis en competenties te onderhouden in de volgende domeinen :

- ziekenhuiswetgeving, met inbegrip van wetgeving betreffende de ziekenhuisfinanciering;
- organisatie en beheer van personeel, met inbegrip van coaching;
- sociale wetgeving;
- principes van bedrijfsbeheer;
- epidemiologie;
- beheer van ziekenhuisgegevens;
- efficiëntie en kwaliteit van de zorg.) <KB 2006-07-13/67, art. 3, 031; Inwerkingtreding : 07-09-2006>

(12°quinquies : § 1. Elk ziekenhuis beschikt over een mobiele equipe van personeelsleden, die niet gebonden is aan een architectonische, structurele of functionele eenheid.

§ 2. Deze mobiele equipe, bestaande uit verpleegkundigen en verzorgenden, wordt toegewezen aan het verpleegkundig departement van de instelling en valt onder de verantwoordelijkheid van het hoofd van het verpleegkundig departement.

§ 3. De mobiele equipe bestaat voor minimaal 70 % uit verpleegkundigen.

De aanwerving van het personeel van deze mobiele equipe gebeurt bovenop de bestaande erkennings- en financieringsnormen.

Het personeel dat het voorwerp uitmaakt van een andere overheidsfinanciering komt niet in aanmerking voor de creatie van de mobiele equipe.

De mobiele equipe mag geenszins aangewend worden om aan de minimumomkaderingsnormen van de ziekenhuisdiensten, functies, afdelingen, zorgprogramma's, medisch-technische en medische diensten te beantwoorden.

De aanwerving van de leden van de mobiele equipe wordt als volgt vastgelegd :

1° op 1 januari 1999 :

- a) wat betreft de algemene ziekenhuizen, 0,5 personeelslid per 30 C, D, E, H* en Sp bedden;
- b) wat betreft de psychiatrische ziekenhuizen, 0,5 personeelslid per 30 T-bedden;

2° op 1 januari 2000 :

onverminderd de bepalingen in 1°, bijkomend 0,5 personeelslid volgens hetzelfde criterium als beschreven in 1°.

§ 4. Het hoofd van het verpleegkundig departement stelt een ontwerp van toewijzingsplan op met betrekking tot de grootte, de samenstelling, de concrete plaats en wijze van inzetten van deze mobiele equipe en legt dit voor advies voor aan de ondernemingsraad of bij ontstentenis, de syndicale delegatie voor private instellingen, of het betreffende overlegcomité voor de openbare instellingen.

Het toewijzingsplan wordt opgemaakt door het hoofd van het verpleegkundig departement bij de vorming van de mobiele equipe, en daarna op jaarlijkse basis, evenals bij wijziging van de grootte, de samenstelling, de concrete plaats en wijze van inzetten.

Het hoofd van het verpleegkundig departement zal verslag uitbrengen aangaande het toewijzingsplan aan de ondernemingsraad of bij ontstentenis, de syndicale delegatie voor private instellingen, of het betreffende overlegcomité voor de openbare instellingen. Dit verslag is opvraagbaar door de overheden die de erkenning in hun bevoegdheid hebben.

§ 5. Het volledige effectief van voormelde mobiele equipe dient ingezet te worden in verpleegeenheden, het operatiekwartier, de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" of de gipskamer. De concrete plaats en wijze van inzetten is vrij te bepalen door het hoofd van het verpleegkundig departement volgens de procedure bedoeld in § 4, rekening houdend met de noodzaak :

1° om het personeel op een meer permanente wijze in te zetten op de hiervoor genoemde diensten en functies die een hogere zorgvraag genereren, welke leidt tot een verhoogde werkdruk;

2° om acute situaties van verhoogde of toegenomen zorgvraag en werkdruk op te vangen;

3° ter vervanging van verpleegkundigen of verzorgenden bij ziekte of vorming, en ter vervanging en bijstand van specifieke verpleegkundige functies zoals de referentieverpleegkundige.) <KB 1999-02-15/444, art. 2, 022; Inwerkingtreding : 1999-01-01>

13° Er moet voldoende onderhoudspersoneel zijn.

(14° ⁵ elk ziekenhuis moet beschikken over een goedgekeurd ziekenhuisnoodplan (ZNP) om het hoofd te kunnen bieden aan ongevallen binnen en buiten het ziekenhuis.

De directeur-generaal is de eindverantwoordelijke voor het ziekenhuisnoodplan, onverminderd de verantwoordelijkheden van de hoofdgeneesheer voor de medische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het medisch ziekenhuisnoodplan - ZNP MED) en de verantwoordelijkheden van de technisch directeur voor de technische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het technisch ziekenhuisnoodplan - ZNP TEC). Vanuit die verantwoordelijkheid :

- a) is de directeur-generaal of zijn vervanger voorzitter van het permanent comité;
- b) is de directeur-generaal of zijn vervanger de contactpersoon voor de overheden in geval van een interne of externe rampspoedige gebeurtenis. De directeur-generaal of zijn vervanger is daartoe 24 uur per dag en dagen per week bereikbaar;
- c) is de directeur-generaal of zijn vervanger voorzitter van de coördinatiecel van het ziekenhuis (CCZ) als het ziekenhuisnoodplan wordt toegepast;
- d) bepaalt de directeur-generaal of zijn vervanger de behandelcapaciteit van het ziekenhuis. Hij meldt de behandelcapaciteit in het Incident Crisis Management System (ICMS). In dit punt wordt verstaan onder behandelcapaciteit, de vrije bedden die op het ogenblik van het incident beschikbaar zijn;
- e) kan de directeur-generaal de reflex- of huisvestigingscapaciteit van het ziekenhuis tijdens het incident in geen geval wijzigen. In dit punt wordt verstaan onder "reflex- of huisvestigingscapaciteit" het minimale aantal slachtoffers dat de ziekenhuiscampus kan opnemen tijdens het eerste uur;
- f) kan de directeur-generaal of zijn vervanger, als het ziekenhuisnoodplan is afgekondigd, beslissen, nadat de reflexcapaciteit is bereikt en na overleg met de federale gezondheidsinspecteur, om geen slachtoffers van de noodsituatie (meer) naar het ziekenhuis te laten verwijzen.

Ieder ziekenhuis duidt een noodplancoördinator aan. De noodplancoördinator treedt zowel intern als extern op als aanspreekpunt voor het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator heeft zowel preventieve als operationele taken inzake het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator is functioneel belast met de coördinatie en kwaliteitsbewaking van alle activiteiten met betrekking tot het ziekenhuisnoodplan. Daartoe biedt de noodplancoördinator ondersteuning en medewerking aan de volgende processen:

- a) de ontwikkeling en uitwerking van de noodprocedures op basis van een risicoanalyse, waarbij rekening wordt gehouden met de patiëntveiligheid en de veiligheid van de medewerkers;
- b) de ontwikkeling van het ziekenhuisnoodplan, aangepast voor alle diensten binnen het ziekenhuis;
- c) de integratie van de gemeentelijke en provinciale noodplannen binnen het ziekenhuisnoodplan;
- d) de verspreiding van het ziekenhuisnoodplan in het ziekenhuis;
- e) de bewaking van de noodzakelijke aanpassingen met het oog op de wijzigende ziekenhuisorganisatie;
- f) de organisatie van oefeningen;
- g) de opleiding van de sleutelfiguren in het kader van het ziekenhuisnoodplan;
- h) het verstrekken van informatie aan ziekenhuispersoneel en het verzorgen van een communicatieve brugfunctie met de diensten van het ziekenhuis en externe instanties;
- i) de evaluatie van de toepassing van het ziekenhuisnoodplan.

De noodplancoördinator speelt tijdens noodsituaties waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is een rol in de coördinatiecel van het ziekenhuis (CCZ) : hij fungeert er als procesbewaker en ondersteunt er de directeur-generaal. De arbeidstijd van de noodplancoördinator wordt bepaald door het ziekenhuis, in functie van de grootte van het ziekenhuis en van de gemaakte risicoanalyse. De functie van noodplancoördinator is verenigbaar met een andere functie in het ziekenhuis. Als het ziekenhuisnoodplan van toepassing is zal men, zo deze niet in het ziekenhuis is, steeds proberen de noodplancoördinator op te roepen, voor zover hij/zij beschikbaar is.

In ieder ziekenhuis moet een permanent comité, onder leiding van de directeur-generaal, belast worden met het opstellen, de bijwerking en de goedkeuring van het ziekenhuisnoodplan.

Binnen het permanent comité wordt er een Bureau opgericht, waarvan minstens de hoofdgeneesheer, de noodplancoördinator, het medisch diensthoofd van de spoedgevallendienst en een secretariaatsfunctie deel uitmaken. De secretariaatsfunctie kan door één van de verplicht aanwezige functies in het Bureau worden waargenomen. De relatie tussen het bureau en het permanent comité wordt vastgelegd in een huishoudelijk reglement. In dit huishoudelijk reglement worden minimaal de opdrachten, de vergaderfrequentie en de wijze van besluitvorming van het Bureau vastgelegd. Het Bureau heeft een beleidsvoorbereidende taak en ondersteunt het permanent comité inzake de uitvoering van de beslissingen inzake het ziekenhuisnoodplan.

Het ziekenhuisnoodplan moet voor advies worden voorgelegd aan de burgemeester van de gemeente waarin het ziekenhuis gelegen is. Hiertoe wordt het ziekenhuisnoodplan bezorgd aan de burgemeester, die bedoeld ziekenhuisnoodplan voor advies bezorgt aan de gemeentelijke veiligheidscel. De gemeentelijke veiligheidscel betreft in het uitbrengen van dit advies enerzijds de provincie waarin het ziekenhuis ligt of Brussel Preventie en Veiligheid voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en anderzijds de federale gezondheidsinspectie.

Daartoe worden de provinciale coördinator van het noodplan en de federale gezondheidsinspectie uitgenodigd op de bespreking van het ziekenhuisnoodplan op de gemeentelijke veiligheidscel. Als de provinciale vertegenwoordigers niet zijn ingegaan op de uitnodiging, maakt de gemeentelijke veiligheidscel autonoom een advies op, dat ter kennisgeving aan de provinciale noodplancoördinator, de federale gezondheidsinspectie en de burgemeester wordt bezorgd. De provinciale noodplancoördinator en de federale gezondheidsinspectie kunnen opmerkingen op het advies overmaken aan de burgemeester. Als er binnen de twee maanden die volgen op het overmaken van het advies, geen opmerkingen worden geformuleerd, wordt het advies zoals geformuleerd door de gemeentelijke veiligheidscel als definitief beschouwd. De burgemeester attesteert, op basis van dit advies, al dan niet met opmerkingen door de noodplancoördinator en/of de federale gezondheidsinspectie, het advies met betrekking tot het ziekenhuisnoodplan. In het attest van de burgemeester kunnen opmerkingen worden geformuleerd. Het attest van de burgemeester wordt aan het ziekenhuis bezorgd, dat het op zijn beurt bezorgt aan de Minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid. De Minister keurt, op basis van dit attest, het ziekenhuisplan al dan niet goed. De goedkeuring geldt voor een periode van vijf jaar.

Het ziekenhuis moet, voor wat betreft het oefenen van het ziekenhuisnoodplan, een meerjarenplan opmaken, waarbij minimaal 1 keer per jaar een oefening wordt voorzien. De controle op de uitvoering van het meerjarenplan gebeurt door de gemeentelijke veiligheidscel. Een reële noodsituatie, waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is, is geldig als oefening, op voorwaarde dat er een kwalitatieve debriefing is

gevolgd waarbij alle actoren zijn betrokken en de daaruit volgende verbetermogelijkheden werden geïmplementeerd.

In het ziekenhuisnoodplan worden twee fasen gehanteerd : de fase 'informatie' en de fase 'actie'. Het hulpcentrum 112 speelt een cruciale rol in de bepaling van de fase van het ziekenhuisnoodplan. In de fase "actie" zijn er twee niveaus: niveau I en niveau II. De coördinatriceel van het ziekenhuis bepaalt het niveau.

In de fase "informatie" :

a) is er kennis van een noodsituatie hetzij omdat het ziekenhuis via de noodcentrale 112 wordt verwittigd dat het Medisch Interventieplan (MIP) werd afgekondigd, hetzij omdat er een spontane en onaangekondigde toestroom van een belangrijk aantal patiënten is van eenzelfde gebeurtenis. In het laatste geval zal het ziekenhuis de noodcentrale 112 hiervan in kennis stellen;

b) wordt de spoedgevallensarts verwittigd. De spoedgevallensarts informeert zich over de aard van de noodsituatie, het te verwachten aantal slachtoffers, de aard van de aandoeningen en de aankomsttijden. Op basis van deze informatie beslist de spoedgevallensarts, na intern overleg, of er al dan niet wordt overgegaan tot de fase "actie".

In de fase "actie" correspondeert "niveau I" met een minimale toename van de personeelsinzet die wordt gerealiseerd door interne verschuivingen. Er wordt geen extra personeel opgeroepen. "Niveau I" stemt overeen met een te verwachten aantal slachtoffers dat de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) niet overstijgt.

"Niveau II" stemt overeen met een groot aantal te verwachten slachtoffers, waarbij de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) overschreden wordt. Er is nood aan bijkomend, extra op te roepen personeel.

Het ziekenhuisnoodplan bevat de procedures voor evacuatie, relocatie, receptie en isolatie van slachtoffers en moet op volgende aangelegenheden betrekking hebben :

a) de oprichting, de samenstelling en de werking van een coördinatie- en commandocel van het ziekenhuis, belast met het leiden van de operaties, het verzamelen van informatie inzake de noodsituatie, het beslissen over het reactievermogen van het ziekenhuis, het eventueel aanpassen van het ziekenhuisnoodplan en het instaan voor de contacten met de families, de overheden en de pers;

b) de fasen, niveaus met hun respectievelijk personeelseffectief van interne mobilisatie, de procedures en de logistieke actiemiddelen evenals de aanwijzing van de personen bevoegd om over de toepassing van het ziekenhuisnoodplan of één van de fases te beslissen;

c) de aanwijzing van de lokalen, bestemd voor de triage, het toezicht op en de behandeling van de slachtoffers volgens de urgentiegraad, evenals van de lokalen van de pers, de familieleden, de overheid en de stoffelijke overschotten;

d) de voorschriften ter identificering van de slachtoffers;

e) het organogram, de manier van werken en de aanwijzing van de personeelsleden naargelang van de fase en het betrokken niveau;

f) de lijst van enerzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën van het ziekenhuis die oproepbaar en meteen beschikbaar moeten zijn en anderzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën die oproepbaar zijn, evenals de terzake geldende oproepmodaliteiten;

g) de logistieke maatregelen voor de toepassing van het ziekenhuisnoodplan en in het bijzonder het inzetten van materieel, geneesmiddelen en noodvoorraden, de maatregelen inzake bloed- en derivatenvoorraden evenals de maatregelen met betrekking tot de spoedgevallendienst, de dienst voor intensieve behandeling, het operatiekwartier, de radiologiedienst en het laboratorium;

h) de maatregelen ter bescherming van de slachtoffers, het personeel, de lokalen en het materiaal in geval van besmetting evenals de te volgen decontaminatieprocedures en -technieken;

i) de voorschriften inzake de interne circulatie en het controleren van de onmiddellijke omgeving van het ziekenhuis;

j) de praktische werking van een cel voor de opvang en psychosociale begeleiding van de familie;

k) de mogelijkheid om de communicatiemiddelen uit te breiden, om communicatienetwerken uit te bouwen en om de ontvangst en de verspreiding van informatie te centraliseren;

l) de voorschriften betreffende de samenwerking met de gemeentelijke en provinciale overheid met het oog op de integratie van het ziekenhuis in de gemeentelijke of provinciale noodplannen;

n) de beschrijving van de aanwending van het ziekenhuisnoodplan in de vorm van een synoptische tabel;

n) een handleiding met de instructiefiches bestemd voor de verschillende soorten ziekenhuisdiensten en -personeel;

o) de middelen voor de opleiding van geneesheren en alle personeelsleden;

p) het meerjarenplan betreffende de oefeningen om validatie of aanpassing van het ziekenhuisnoodplan mogelijk te maken;

q) de voorschriften inzake het in veiligheid brengen, de interne en externe evacuatie van de opgenomen patiënten en van het personeel;

r) de capaciteit om slachtoffers op te vangen uitgedrukt in reële verzorgings- en behandelingscapaciteit, evenals de huisvestigingscapaciteit.

De incidenten die de hoogste risico's inhouden en minimaal voor risico's van chemische, biologische, radiologische en/of nucleaire aard en explosieven (CBRNe), brand, uitval van IT-voorzieningen, uitval nutsvoorzieningen en pandemie, alsook voor de risico's waarvoor op basis van reglementering een noodplan moet worden uitgewerkt, moeten in het ziekenhuisnoodplan specifiek behandeld worden.

Iedere dienst en ieder personeelslid moet beschikken over de instructiefiches die hem aanbelangen en moet eveneens ingelicht zijn over zijn opdracht binnen dit ziekenhuisnoodplan.⁵

[2 15° De directeur van het erkend laboratorium voor klinische biologie van het ziekenhuis of waarmee het ziekenhuis een samenwerkingsakkoord heeft, houdt toezicht op en is verantwoordelijk voor de uitvoering in het

ziekenhuis van gedecentraliseerde testen klinische biologie zoals bedoeld in artikel 1, 2°, van het koninklijk besluit van 3 december 1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.]²

[³ 16° Elk algemeen ziekenhuis keurt, na pluridisciplinair beraad binnen de instelling, een protocol voor beroertezorg goed dat de hoofdlijnen bevat voor de specifieke opvang van de patiënten met een acute beroerte.

Dit protocol behandelt in het bijzonder :

1° de specifieke eerste opvang van patiënten met een acute beroerte;

2° de modaliteiten met betrekking tot de doorverwijzing van patiënten;

3° desgevallend de opvang van patiënten met een acute beroerte in de post-acute fase en de revalidatiefase.

De hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van deze verplichting.

Dit protocol wordt meegedeeld aan en ter beschikking gesteld van de leden van het medisch en verpleegkundig departement van alle vestigingsplaatsen van het ziekenhuis.]³

[¹ IV. Normen inzake traceerbaarheid en melding van ernstige bijwerkingen en ernstige ongewenste voorvallen met betrekking tot het menselijk lichaamsmateriaal.

1. [⁴ ...]⁴

2. [⁴ ...]⁴

3. [⁴ ...]⁴

4. [⁴ ...]⁴

5. [⁴ ...]⁴

6. [⁴ ...]⁴

7. Het wegnemingsrapport en de gegevens inzake documentatie van de donor van menselijk lichaamsmateriaal bedoeld in punt 1.4 van bijlage III van het koninklijk besluit bedoeld in 1, b), dat bestemd is voor een productie-instelling, worden gedurende een periode van tenminste dertig jaar en maximaal vijftig jaar bewaard door het ziekenhuis waar het menselijk lichaamsmateriaal is weggenomen, onverminderd punt 1.4.1. van bijlage III van hoger vermeld besluit.

8. Elk ziekenhuis meldt, jaarlijks uiterlijk op 30 april, de lijst van de depots, zoals bedoeld in het koninklijk besluit bedoeld in 1, b), die zich het voorgaande jaar op zijn vestigingsplaatsen bevonden, aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten.

Bij elk depot wordt gepreciseerd op welke vestigingsplaats van het ziekenhuis deze zich bevindt.

9. De voorgaande punten zijn niet van toepassing ten aanzien van de volgende categorieën ziekenhuizen die op voorhand aan de voor erkenning bevoegde overheid en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten melden dat in het betrokken ziekenhuis geen menselijk lichaamsmateriaal wordt toegepast op de mens zoals bedoeld in de in 1, a) bedoelde wet en dat in het betrokken ziekenhuis geen menselijk lichaamsmateriaal bij levende donors wordt weggenomen :

a) de psychiatrische ziekenhuizen;

b) de geïsoleerde geriatriediensten (kenletter G);

c) de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter S), al of niet samen met diensten voor gewone hospitalisatie (kenletter H) of diensten neuropsychiatrie voor behandeling van volwassenen patiënten (kenletter T), of gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) bestemd voor patiënten met psychogeriatrische en chronische aandoeningen en voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte die zich in een terminale fase bevinden en palliatieve zorg behoeven.

De ziekenhuizen die bij toepassing van het eerste lid een melding hebben verricht, trekken onverwijld deze melding in indien deze niet meer aan de realiteit beantwoordt.]¹

(1)<KB 2009-09-28/10, art. 2, 041; Inwerkingtreding : 01-12-2009>

(2)<KB 2012-08-03/37, art. 1, 043; Inwerkingtreding : 14-09-2012>

(3)<KB 2014-04-19/75, art. 1, 047; Inwerkingtreding : 18-08-2014>

(4)<KB 2017-07-31/23, art. 2, 048; Inwerkingtreding : 01-02-2018>

(5)<BWG 2019-05-23/35, art. 2, 052; Inwerkingtreding : 01-07-2019>

Art. N1_DUITSTALIGE_GEMEENSCHAP.

Bijlage. A. Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn. <Gedeeltelijk vernietiging door het arrest van de Raad van state nr. 120.537 van 12 juni 2003 ; zie B.St. 03.12.2003, Ed. 2, p. 57842>

De algemene normen, die op al de inrichtingen toepasselijk zijn, betreffen al de diensten zonder onderscheid, ongeacht hun kenletter.

I. Architectonische normen.

A. Normen voor de algemene hygiëne der gebouwen.

1° De inrichting moet in een rustig en gezond oord gelegen zijn. Zoniet dienen al de voorbehoedmiddelen tegen het lawaai genomen.

2° De gebouwen moeten geregeld onderhouden worden en elke vochtigheid of infiltratie moet bestreden worden.

3° De voor de nieuwbouw aangewende materialen moeten onbrandbaar zijn. Alle voorzorgen dienen getroffen om het brandgevaar te beperken :

a) door bescherming van de brandbare materialen (onbrandbare vloeren en muurbekleding);

b) door plaatsing van voldoende blustoestellen en kranen;

c) door uitvoering van alle verticale verkeersmogelijkheden in hard en onbrandbaar materiaal;

d) door, in de mate van het mogelijke, toegangswegen te voorzien welke de tussenkomst van de wagens voor brandbestrijding toelaten.

4° De inrichtingen met verdiepingen dienen voorzien van een voldoende aantal liften of ziekenliften, opdat het verticaal verkeer doeltreffend zou kunnen geschieden.

5° Al de vloeren en wanden moeten afwasbaar, ondoordringbaar en gemakkelijk te ontsmetten zijn.

Het meubilair moet eenvoudig, bij voorkeur in metaal, afwasbaar en gemakkelijk te ontsmetten zijn.

6° De verbindingen tussen wand en vloer moeten afgerond zijn.

7° Overbodige versiersels, lijstwerken en voorwerpen, die stof kunnen opvangen, dienen geweerd.

8° In het verwarmen, het ventileren en het verlichten van alle lokalen en gangen moet voorzien zijn, bij om 't even welk weder en onder alle omstandigheden.

Er moet een noodverlichting bestaan.

9° Al de leidingen moeten in gemakkelijk bereikbare, in de muren aangebrachte kokers verenigd zijn.

10° In gans het gebouw moet drinkwater van goede hoedanigheid overvloedig voorhanden zijn.

11° Er moeten afzonderlijke sanitaire installaties, in voldoende aantal voorhanden zijn voor de zieken, de bezoekers en het personeel.

12° Het afvalwater moet gezuiverd worden vooraleer het naar buiten afgevoerd wordt, in alle gevallen waar zulks voor de Dienst voor Zuivering van Afvalwater geëist wordt.

13° De vaste afval en inzonderheid de keukenafval moet in hermetisch gesloten recipiënten weggevoerd worden, terwijl bevulde en besmette verbandmiddelen verplicht verbrand moeten worden.

14° De inrichtingen van de algemene diensten, en inzonderheid de keukens en washuizen, moeten zó gelegen zijn dat de verspreide geuren en dampen geen hinder veroorzaken.

B. Normen die op de ziekenhuisverpleging betrekking hebben.

1° De ziekenkamers moeten ingericht worden in het kalmste en best georiënteerd gedeelte.

2° De oppervlakte van de ziekenkamers moet ten minste 8 m² bedragen; in de lokalen met verscheidene bedden mag die oppervlakte tot 7 m² per bed verminderd.

3° Het volume van de ziekenkamers moet tenminste 25 m³ bedragen; die inhoud mag tot 20 m³ per bed verminderd worden in de lokalen met verscheidene bedden.

4° De oppervlakte van de voor de natuurlijke verlichting bestemde wanden moet ten minste 1/6 bedragen van de vloeroppervlakte.

5° Het moet vermeden worden meer dan zes bedden per lokaal te plaatsen.

6° De bedden moeten evenwijdig geplaatst zijn met het vlak der vensters. Zij moeten tegen tocht beschermd zijn.

7° Iedere zieke moet, voor zijn persoonlijk gebruik over een bed, een kast en een nachttafeltje beschikken. Die drie stukken zijn het minimummeubilair.

8° De zieken moeten over voldoende kunstlicht beschikken.

De nachtverlichting, die doeltreffend en bescheiden moet zijn, moet in de ziekenkamers, de gangen en de verzorgingslokalen aangelegd zijn.

9° De kamers moeten op natuurlijke wijze geventileerd kunnen worden, zonder tocht te veroorzaken.

10° De kamers dienen zodanig verwarmd dat men bij om het even welke weersgesteldheid een temperatuur van 20° kan bereiken. Men zal een systeem aannemen waarin open vuur en ontwikkeling van gas of stof, of de aanwending van schoorstenen in de ziekenkamers volstrekt vermeden worden.

11° De ziekenkamers moeten uitgerust zijn met ten minste 1 wastafel met stromend drinkbaar water.

12° De ziekenhuisafdelingen dienen van voldoende sanitaire installaties voorzien te zijn. Zij omvatten tenminste: 1 W.C. voor 10 zieken, 1 bedpannenwasser voor 30 zieken, 1 bad- of stortbadkamer voor 30 zieken.

13° Geen enkele leiding mag zonder volstreekte noodzakelijkheid door de ziekenkamers gaan. Alle voorzorgen zullen genomen worden om te verhinderen dat die leidingen een verzamelplaats voor stof zouden worden.

14° Een aanrechtkeuken zal worden ingericht voor de uitdeling van het voedsel en de dranken, en de bereiding van kleine maaltijden. Geen enkele ongezonde of gevaarlijke bewerking mag in dat lokaal geschieden.

15° De verplegingseenheid moet bovendien over een lokaal voor de verpleegster beschikken.

16° Wanneer in een verplegingseenheid meer dan 1/4 der zieken in gemeenschappelijke kamers verpleegd worden, past het over een onderzoeks- en behandelingszaal te beschikken.

17° Men moet beschikken over een voldoende aantal kamers met één bed om er steeds de zieken in te kunnen opnemen, voor wie afzondering vereist is.

II. Functionele normen.

1° De inrichting moet gemakkelijk toegankelijk zijn voor de ambulancewagens.

Er moeten autoparkeerplaatsen beschikbaar zijn voor de geneesheren die dringend kunnen opgeroepen worden.

Er moet een afzonderlijke ingang zijn voor de algemene diensten (lijkhuisje, keuken, enz.).

2° De toegang tot de technische afdelingen en de verplegingseenheden moet gemakkelijk zijn, hoewel er toch een werkelijke scheiding tussen de diensten moet bestaan.

3° Het verticaal verkeer moet van de verplegingseenheden afgezonderd zijn.

4° De diensten van de polikliniek voor lopende zieken mogen niet in de verplegingseenheden gelegen zijn.

Door bijzondere beschikkingen dient ervoor gezorgd dat, in de consultatieafdeling, de zieken-externen en de zieken-internen van elkander gescheiden zijn.

5° De keukens moeten zo gelegen zijn dat het voedsel gemakkelijk en vlug aan al de zieken van alle eenheden kan bezorgd worden.

De maaltijden moeten volgens de meest nauwgezette regelen van zindelijkheid en hygiëne bereid en uitgedeeld worden. De maaltijden moeten warm aan de zieken opgediend worden.

6° Voor al de zieken moet voortdurend een geneeskundig dossier en een koortsblad bijgehouden worden. De voorschriften van de geneesheren, die dagelijks voor de verschillende zieken gegeven worden, moeten in een register of op kaarten ingeschreven worden.

7° Een bescheiden maar doeltreffend oproepingssysteem moet in al de ziekenkamers voorhanden zijn.

8° Het voor de zieken gebruikt geneeskundig materieel (injectiespuitjes, verbandmiddelen, enz.) moet zorgvuldig gesteriliseerd worden.

(9°) (...) <KB 2006-12-28/57, art. 8, 033; Inwerkingtreding : 30-07-2007>

III. Organisatorische normen.

1° De leiding over de behandeling van de zieken moet uitsluitend bij de geneesheren berusten.

De inrichting moet steeds, en binnen de kortst mogelijke tijd, over de bevoegde hulp van ervaren geneesheren kunnen beschikken.

1°bis. (Elk ziekenhuis (dat over een erkend zorgprogramma voor kinderen beschikt, waarvan een erkende dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E) deel uitmaakt), evenals elk ziekenhuis dat niet over een dergelijke dienst beschikt maar waar het is toegestaan in toepassing van onderhavig besluit, kinderen te behandelen, moet, na multidisciplinair beraad binnen de instelling, een protocol goedkeuren dat de hoofdlijnen bepaalt voor de specifieke opvang van de opgenomen of ambulante verzorgde kinderen; de uitvoering van deze verplichting behoort tot de verantwoordelijkheid van de beheerder van het ziekenhuis. <KB 2006-07-13/54, art. 34, 2°, 030; Inwerkingtreding : 01-01-2007>

Dit protocol behandelt in het bijzonder :

- specifieke maatregelen inzake het informeren, het geven van advies en het verlenen van psychologische steun aan de kinderen, hun ouders of hun wettelijke vertegenwoordigers;

- initiatieven die moeten worden genomen om, in de mate van het mogelijke, de ouders te betrekken bij de zorgverlening aan hun kind;

- initiatieven om het comfort van de opgenomen kinderen te verbeteren, meer bepaald voor wat betreft de inrichting van de zalen, de maaltijden, de bezoeken;

- specifieke maatregelen om het toezicht op en de veiligheid van de kinderen, zowel in het ziekenhuis als in de onmiddellijke omgeving, te waarborgen (parkeerterrein, enz.);

- maatregelen inzake het overleg tussen een kinderarts en de arts verantwoordelijk voor de dienst voor volwassenen waar een kind ouder dan 14 jaar is opgenomen;

- maatregelen inzake het overleg tussen pediatrisch verpleegkundigen en verpleegkundigen van andere diensten.

Dit protocol wordt meegedeeld aan de personeelsleden van het ziekenhuis en wordt ter beschikking gesteld van de kinderen, hun ouders en hun wettelijke vertegenwoordigers.) <KB 1999-04-29/79, art. 2, 023;

Inwerkingtreding : 06-04-2000>

2° (In elk ziekenhuis dient de verantwoordelijkheid met betrekking tot de verpleegkundige activiteit, te worden toevertrouwd aan een gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of een bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde als hoofd van het verpleegkundig departement. Hij heeft een bijkomende opleiding gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering. <KB 2007-04-26/63, art. 1, 1°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 1°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

[6] De algemeen directeur is eindverantwoordelijke voor het ziekenhuisnoodplan, onverminderd de verantwoordelijkheden van de hoofdgeneesheer voor de medische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het medisch ziekenhuisnoodplan of ZNP MED) en de verantwoordelijkheden van de technisch directeur betreffende de technische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het technisch ziekenhuisnoodplan of ZNP TEC). Vanuit deze verantwoordelijkheid:

a) is de algemeen directeur of zijn vervanger voorzitter van het permanent comité;

b) is de algemeen directeur of zijn vervanger contactpersoon voor de overheden in geval van een interne of externe rampspoedige gebeurtenis. De algemeen directeur of zijn vervanger is daartoe 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar;

c) is de algemeen directeur of zijn vervanger voorzitter van de coördinatiecel van het ziekenhuis (CCZ), als het ziekenhuisnoodplan wordt toegepast;

d) bepaalt de algemeen directeur of zijn vervanger de behandelcapaciteit van het ziekenhuis. Hij meldt de behandelcapaciteit in het Incident Crisis Management System (ICMS). In dit punt wordt verstaan onder behandelcapaciteit : de vrije bedden die op het ogenblik van het incident beschikbaar zijn;

e) kan de algemeen directeur de reflex- of huisvestigingscapaciteit van het ziekenhuis tijdens het incident in geen geval wijzigen. In dit punt wordt verstaan onder reflex- of huisvestigingscapaciteit: het minimale aantal slachtoffers dat de ziekenhuiscampus kan opnemen tijdens het eerste uur;

f) kan de algemeen directeur of zijn vervanger, als het ziekenhuisnoodplan is afgekondigd, beslissen, nadat de reflexcapaciteit is bereikt en na overleg met de federale gezondheidsinspecteur, om geen slachtoffers van de noodsituatie (meer) naar het ziekenhuis te laten verwijzen.

Ieder ziekenhuis duidt een noodplancoördinator aan. De noodplancoördinator treedt zowel intern als extern op als aanspreekpunt voor het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator heeft zowel preventieve als operationele taken inzake het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator is functioneel belast met de coördinatie en kwaliteitsbewaking van alle activiteiten met betrekking tot het ziekenhuisnoodplan. Daartoe biedt de noodplancoördinator ondersteuning en medewerking aan volgende processen:

a) de ontwikkeling en uitvoering van de noodprocedures op basis van een risicoanalyse, waarbij rekening wordt gehouden met de patiëntveiligheid en de veiligheid van de medewerkers;

- b) de ontwikkeling van het ziekenhuisnoodplan, aangepast voor alle diensten binnen het ziekenhuis;
- c) de integratie van de gemeentelijke en provinciale noodplanning binnen het ziekenhuisnoodplan;
- d) de verspreiding van het ziekenhuisnoodplan in het ziekenhuis;
- e) de bewaking van de noodzakelijke aanpassingen met het oog op de wijzigende ziekenhuisorganisatie;
- f) de organisatie van oefeningen;
- g) de opleiding van de sleutelfiguren binnen het ziekenhuisnoodplan;
- h) het verstrekken van informatie aan ziekenhuispersoneel en het verzorgen van een communicatieve brugfunctie met de diensten van het ziekenhuis en externe instanties;
- i) de evaluatie van de toepassing van het ziekenhuisnoodplan.

De noodplancoördinator speelt tijdens noodsituaties waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is, een rol in de coördinatiecél van het ziekenhuis (CCZ): hij fungeert er als procesbewaker en ondersteunt er de algemeen directeur. De tijd die de noodplancoördinator voor deze taken wordt vrijgesteld, wordt bepaald door het ziekenhuis, afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis en van de gemaakte risicoanalyse. De functie van noodplancoördinator is verenigbaar met een andere functie in het ziekenhuis. Als het ziekenhuisnoodplan van toepassing is en de noodplancoördinator niet in het ziekenhuis is, probeert men hem steeds op te roepen, voor zover hij beschikbaar is.

In ieder ziekenhuis wordt een permanent comité, onder leiding van de algemeen directeur, belast met het opstellen, het actualiseren en het valideren van het ziekenhuisnoodplan. Binnen het permanent comité wordt er een bureau opgericht, waarvan minstens de hoofdgeneesheer, de noodplancoördinator, het medisch diensthoofd van de spoedgevallendienst en een secretariaatsfunctie deel uitmaken. De secretariaatsfunctie kan door één van de verplicht aanwezige functies in het Bureau worden waargenomen. De relatie tussen het bureau en het permanent comité wordt vastgelegd in een huishoudelijk reglement. In dat huishoudelijk reglement worden minimaal de opdrachten, de vergaderfrequentie en de wijze van besluitvorming van het bureau vastgelegd. Het bureau heeft een beleidsvoorbereidende taak en ondersteunt het permanent comité bij de uitvoering van de beslissingen over het ziekenhuisnoodplan.

Het ziekenhuisnoodplan wordt voor advies voorgelegd aan de burgemeester van de gemeente waarin het ziekenhuis ligt. Hiertoe wordt het ziekenhuisnoodplan bezorgd aan de burgemeester, die het ziekenhuisnoodplan voor advies bezorgt aan de gemeentelijke veiligheidscel. Een vertegenwoordiger van het ziekenhuis in de gemeentelijke veiligheidscel wordt ten sterkste aanbevolen om de verankering van het ziekenhuisnoodplan in het algemeen nood- en interventieplan (ANIP) in de zin van artikel 2ter van de wet van 31 december 1963 betreffende de civiele bescherming en de link met de pre-hospitale inzet te garanderen. De gemeentelijke veiligheidscel betreft in het uitbrengen van dat advies enerzijds de provincie waarin het ziekenhuis is gesitueerd en anderzijds de federale gezondheidsinspectie. Daartoe worden de provinciale noodplancoördinator en de federale gezondheidsinspectie van de provincie uitgenodigd op de bespreking van het ziekenhuisnoodplan op de gemeentelijke veiligheidscel. Als de provinciale vertegenwoordigers niet zijn ingegaan op de uitnodiging, maakt de gemeentelijke veiligheidscel autonoom een advies op, dat ter kennisgeving aan de provinciale noodplancoördinator, de federale gezondheidsinspectie en de burgemeester wordt bezorgd. De provinciale noodplancoördinator en de federale gezondheidsinspectie kunnen opmerkingen op het advies bezorgen aan de burgemeester. Als er binnen twee maanden die volgen op het bezorgen van het advies, geen opmerkingen worden geformuleerd, wordt het advies van de gemeentelijke veiligheidscel als definitief beschouwd. De burgemeester attesteert, op basis van dat advies, al dan niet met opmerkingen door de noodplancoördinator en/of de federale gezondheidsinspectie, het advies over het ziekenhuisnoodplan. In het attest van de burgemeester kunnen opmerkingen worden geformuleerd. Het attest van de burgemeester wordt aan het ziekenhuis bezorgd, die het op zijn beurt bezorgt aan de minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid. De minister keurt, op basis van dat attest, het ziekenhuisplan al dan niet goed. Een goedkeuring geldt voor een periode van vijf jaar.

Om de goedkeuring te verlengen, dient het ziekenhuis een nieuwe aanvraag tot goedkeuring van het ziekenhuisnoodplan in en dit zes maanden voor het verstrijken van de termijn van vijf jaar vanaf de vorige goedkeuring.

Het ziekenhuis maakt een meerjarenplan op voor het oefenen van het ziekenhuisnoodplan, waarbij minimaal één keer per jaar een oefening wordt gepland. Het is aan te bevelen dat het ziekenhuis en de gemeentelijke veiligheidscel elkaar wederzijds op de hoogte houden, indien de oefening een impact heeft op de omgeving en de hulpverlening. De gemeentelijke veiligheidscel controleert de uitvoering van het meerjarenplan. Een reële noodsituatie, waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is, is geldig als jaarlijkse oefening, op voorwaarde dat er een kwalitatieve debriefing is gevolgd waarbij alle actoren zijn betrokken en de daaruit volgende verbetermogelijkheden zijn geïmplementeerd.

In het ziekenhuisnoodplan worden twee fasen gehanteerd: de fase 'informatie' en de fase 'actie'. De noodcentrale 112 speelt een cruciale rol in de bepaling van de fase van het ziekenhuisnoodplan. In de fase 'actie' zijn er twee niveaus: niveau I en niveau II. De coördinatiecél van het ziekenhuis bepaalt het niveau.

In de fase 'informatie':

- a) is er kennis van een noodsituatie hetzij omdat het ziekenhuis via de noodcentrale 112 wordt verwittigd dat het Medisch Interventieplan (MIP) is afgekondigd, hetzij omdat er een spontane en onaangekondigde toestroom van een belangrijk aantal patiënten is van eenzelfde gebeurtenis. In het laatste geval zal het ziekenhuis de noodcentrale 112 hiervan in kennis stellen;
- b) wordt de spoedgevallensarts verwittigd. De spoedgevallensarts informeert zich over de aard van de noodsituatie, het te verwachten aantal slachtoffers, de aard van de aandoeningen en de aankomsttijden. Op basis van die informatie beslist de spoedgevallensarts, na intern overleg, of er al dan niet wordt overgegaan tot de fase 'actie'.

In het ziekenhuisnoodplan wordt beschreven hoe het ziekenhuis zijn directe omgeving in geval van een noodsituatie informeert.

In de fase 'actie' correspondeert 'niveau I' met een minimale toename van de personeelsinzet die wordt gerealiseerd door interne verschuivingen. Er wordt geen extra personeel opgeroepen. 'Niveau I' stemt overeen met een te verwachten aantal slachtoffers dat de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) niet overstijgt.

'Niveau II' stemt overeen met een groot aantal te verwachten slachtoffers, waarbij de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) overschreden wordt. Er is nood aan bijkomend, extra op te roepen personeel.

Het ziekenhuisnoodplan bevat de procedures voor evacuatie, relocatie, receptie en isolatie van slachtoffers en heeft betrekking op volgende aangelegenheden :

a) de oprichting, de samenstelling en de werking van een coördinatiecél van het ziekenhuis, belast met het leiden van de operaties, het verzamelen van informatie over de noodsituatie, het beslissen over het reactievermogen van het ziekenhuis, het eventueel aanpassen van het ziekenhuisnoodplan en het instaan voor de contacten met de families, de overheden en de pers;

b) de fasen en niveaus met hun respectievelijk personeelseffectief van interne mobilisatie, de procedures en de logistieke actiemiddelen, evenals de aanwijzing van de personen die bevoegd zijn om te beslissen over de toepassing van het ziekenhuisnoodplan of één van de fasen;

c) de aanwijzing van de lokalen, bestemd voor de triage, het toezicht op en de behandeling van de slachtoffers volgens de urgentiegraad, evenals van de lokalen van de pers, de familieleden, de overheid en de stoffelijke overschotten;

d) de voorschriften voor de identificering van de slachtoffers;

e) het organogram, de manier van werken en de aanwijzing van de personeelsleden naargelang van de fase en het betrokken niveau;

f) de lijst van enerzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën van het ziekenhuis die oproepbaar en meteen beschikbaar moeten zijn en anderzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën die oproepbaar zijn, evenals de oproepmodaliteiten die daarvoor gelden;

g) de logistieke maatregelen voor de toepassing van het ziekenhuisnoodplan en in het bijzonder het inzetten van materieel, geneesmiddelen en noodvoorraden, de maatregelen inzake bloed- en derivatenvoorraden, evenals de maatregelen met betrekking tot de spoedgevallendienst, de dienst voor intensieve behandeling, het operatiekwartier, de radiologiedienst en het laboratorium;

h) de maatregelen ter bescherming van de slachtoffers, het personeel, de lokalen en het materiaal in geval van besmetting, evenals de te volgen decontaminatieprocedures en -technieken;

i) de voorschriften voor de interne circulatie en het controleren van de onmiddellijke omgeving van het ziekenhuis;

j) de praktische werking van een cel voor de opvang en psychosociale begeleiding van de familie;

k) de mogelijkheid om de communicatiemiddelen uit te breiden, om communicatienetwerken uit te bouwen en om de ontvangst en de verspreiding van informatie te centraliseren;

l) de voorschriften voor de samenwerking met de gemeentelijke en provinciale overheid met het oog op de integratie van het ziekenhuis in de gemeentelijke of provinciale noodplannen;

n) de beschrijving van de aanwending van het ziekenhuisnoodplan in de vorm van een synoptische tabel;

n) een handleiding met de instructiefiches die bestemd zijn voor de verschillende soorten ziekenhuisdiensten en -personeel;

o) de middelen voor de opleiding van geneesheren en alle personeelsleden;

p) het meerjarenplan voor de oefeningen om validatie of aanpassing van het ziekenhuisnoodplan mogelijk te maken;

q) de voorschriften voor het in veiligheid brengen en de interne en externe evacuatie van de opgenomen patiënten en van het personeel;

r) de capaciteit om slachtoffers op te vangen, uitgedrukt in reële verzorgings- en behandelingscapaciteit, evenals de reflexcapaciteit.

De incidenten die grote risico's inhouden en op zijn minst uitval van IT-voorzieningen, uitval van nutsvoorzieningen, brand, risico's van chemische, biologische, radiologische en/of nucleaire aard, explosieven (CBRNe), pandemie, alsook risico's waarvoor op basis van reglementering een noodplan moet worden uitgewerkt, worden specifiek behandeld in het ziekenhuisnoodplan.

Iedere dienst en ieder personeelslid beschikt over de instructiefiches die hem aanbelangen en is eveneens ingelicht over zijn opdracht binnen het ziekenhuisnoodplan.

In de psychiatrische ziekenhuizen met 150 bedden of meer wordt het aantal middenkaders verhoudingsgewijs bepaald, op basis van één gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of één bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende opleiding heeft gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering, per 150 bedden. <KB 2007-04-26/63, art. 1, 4°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 4°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

Het middenkader kan, naar gelang van de organisatiestructuur van het ziekenhuis, met bepaalde opdrachten worden belast, inzonderheid met het onthaal en de vorming van personeelsleden, met de problemen die verband houden met ziekenhuishygiëne, met de evaluatie van de kwaliteit van de verpleegkundige zorgen, met de patiëntenvoorlichting en met de invoering van nieuwe werkmethodes en procedures.

Het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis overlegt tenminste tien keer per jaar met de verpleegkundigen-diensthoofden teneinde :

- de strategische visie van het verpleegkundig departement te omschrijven;

- de coherentie ervan met de algemene strategie van het ziekenhuis te evalueren, meer bepaald inzake de

verbetering van de kwaliteit van de zorgen;

- de opvolging van de ontwikkeling en de implementatie ervan te verzekeren.

Op het niveau van het ziekenhuis dient een organogram van het verpleegkundig departement te bestaan waarin de verantwoordelijken van het departement en van de onderscheidene diensten en verpleegafdelingen worden aangeduid.

Naast dit organogram moet het ziekenhuis ook beschikken over een lijst van alle verpleegkundigen die in het ziekenhuis werkzaam zijn, met vermelding van het diploma of brevet en de bijkomende kwalificaties.

Het aantal met de zorgen belaste personen moet voldoen aan de bijzondere voorwaarden die voor de verschillende diensten gesteld worden.) <KB 2006-07-13/67, art. 1, 031; Inwerkingtreding : 07-09-2006>

(De minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan de lijst van diploma's die in aanmerking komen voor de uitoefening van de functie van hoofd van het verpleegkundig departement en verpleegkundige van het middenkader, zoals bedoeld in de leden 1, 3, 4 en 5, wijzigen.) <KB 2007-04-26/63, art. 1, 5°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 5°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

3° Het personeel moet aan en regelmatig geneeskundig toezicht onderworpen worden en algemene aseptie- en hygiënische maatregelen in acht nemen.

4° Het ziekenbezoek moet bij huishoudelijk reglement geregeld worden. Op beslissing van de geneesheer zullen beperkingen opgelegd worden.

Gepaste maatregelen moeten getroffen worden om een te groot aantal bezoekers in een kamer te voorkomen.

5° Aan de bedienaren van de eredienst en de lekeraadgevers, die door patiënten gevraagd worden, zal ongehinderd toegang worden verleend tot de inrichting; zij moeten er voor de uitoefening van hun opdracht de geschikte sfeer en faciliteiten vinden. Volledige vrijheid van levensbeschouwing, godsdienst en politieke overtuiging dient aan iedereen gewaarborgd.) <KB 12-01-1970, art. 1>

6° Het binnenverkeer van de inrichting zal grafisch bestudeerd en uitgewerkt worden. (Het houdt rekening met de noodwendigheden van het personeel, de zieken, de bezoekers, de verdeling van het voedsel, enz.)

7° De inrichting moet, op ieder ogenblik, een telefonische oproep kunnen ontvangen en beantwoorden.

8° Alle publiciteit, klantenjagerij of opzichtige reclame, met in 't algemeen door de code van geneeskundige plichtenleer afgekeurde middelen, is verboden.

9° Alle voorzorgen zullen getroffen worden om de profylaxe tegen de besmettelijke ziekten te verzekeren. In al de twijfelachtige gevallen zal de Rijksgezondheidsinspecteur geraadpleegd worden.

Krachtens de bestaande wetgeving zal hij onmiddellijk op de hoogte gebracht worden van elke aanstekelijke ziekte.

9°bis. (ziekenhuishygiëne

a) algemeen

In ieder ziekenhuis is het bevorderen van de hygiëne een taak van :

- de hoofdgeneesheer;
- het hoofd van het verpleegkundig departement;
- een team voor ziekenhuishygiëne;
- en een comité voor ziekenhuishygiëne.

b) het team voor ziekenhuishygiëne

Het team voor ziekenhuishygiëne bestaat uit :

- één of meerdere geneeshe(e)r(en) - ziekenhuishygiënist;
- en één of meerdere verpleegkundige(n) - ziekenhuishygiënist.

De geneesheer-ziekenhuishygiënist hangt bij het uitoefenen van zijn functie binnen het team af van de hoofdgeneesheer van het ziekenhuis onder wiens supervisie hij rechtstreeks functioneert.

De verpleegkundige-ziekenhuishygiënist hangt bij het uitoefenen van zijn functie binnen het team af van het hoofd van het verpleegkundig departement onder wiens supervisie hij rechtstreeks functioneert.

Het team voor ziekenhuishygiëne is op het operationele vlak onafhankelijk, maar rapporteert naar het comité voor ziekenhuishygiëne, de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement. De operationele beslissingen van het team voor ziekenhuishygiëne worden uitgevoerd na overleg met, in opdracht van en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement. Het team voor ziekenhuishygiëne kan rechtstreeks samenwerken met andere comités en instanties in het ziekenhuis.

De geneesheer-ziekenhuishygiënist coördineert de werking van het team voor ziekenhuishygiëne.

De leden van het team dienen te beschikken over een gepaste opleiding van universitair niveau zoals bedoeld in de volgende leden.

De verpleegkundige-ziekenhuishygiënist dient te beschikken over een diploma van bachelor verpleegkunde aangevuld met een master in de verpleegkunde of een master in de volksgezondheid.

Met het oog op het doelmatig uitvoeren van de functie moet hij bovendien aantonen, dat hij met goed gevolg een opleiding heeft gevolgd in ten minste de volgende domeinen :

- ziekenhuisinfecties : preventie en controle; microbiologische en infectiologische aspecten; epidemiologische aspecten;
- wetgeving inzake ziekenhuishygiëne.

Deze opleiding bedraagt minstens 250 contacturen.

In afwijking op de vorige leden dient de verpleegkundige die, op de datum van inwerking treden van het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, in toepassing van de op dat ogenblik vigerende erkenningsnormen, fungeert als verpleegkundigeziekenhuishygiënist, niet te voldoen aan de gestelde voorwaarden inzake de vereiste opleiding.

De geneesheer-hygiënist is een geneesheer of een apotheker-klinisch bioloog die een opleiding heeft gevolgd die equivalent is aan deze van geneesheer-ziekenhuishygiënist zoals hieronder beschreven.

Met het oog op het doelmatig uitvoeren van de functie moet hij aantonen, dat hij met goed gevolg een opleiding heeft gevolgd in ten minste de volgende domeinen :

- ziekenhuisinfecties : preventie en controle, microbiologische en infectiologische aspecten; epidemiologische aspecten;

- wetgeving inzake ziekenhuishygiëne;

- antimicrobiële middelen en antibioticabeleid.

Deze opleiding bedraagt minstens 300 contacturen.

In afwijking op de vorige leden dient de geneesheer of de apotheker-bioloog die, op de datum van inwerkingtreden van het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, in toepassing van de op dat ogenblik vigerende erkenningsnormen, fungeert als geneesheer-ziekenhuishygiënist, niet te voldoen aan de gestelde voorwaarden inzake de vereiste opleiding.

Het team voor ziekenhuishygiëne vervult volgende taken :

1° ontwikkeling, implementatie en opvolging van een beleid doorheen het ziekenhuis in verband met :

a) standaardvoorzorgsmaatregelen ter preventie van overdracht van besmettelijke kiemen;

b) isolatie van besmette patiënten ter indijking van overdracht van besmettelijke ziekten;

c) surveillance van ziekenhuisinfecties aan de hand van indicatoren die toelaten hun incidentie in de instelling te volgen en bij te sturen;

2° opzetten van een epidemiebeleid;

3° opvolgen van de hygiëneaspecten bij ziekenhuisactiviteiten zoals :

a) het bouwen of verbouwen;

b) de activiteiten in het operatiekwartier en het verloskwartier;

c) de aankoop van materialen;

4° implementatie van richtlijnen en aanbevelingen opgesteld door officiële instanties, zoals de Hoge Gezondheidsraad;

5° uitwisselen van informatie en ervaring met andere instellingen binnen het kader van een samenwerkingsplatform op het gebied van ziekenhuishygiëne zoals bedoeld in artikel 56, § 3, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Het team stelt een algemeen strategisch plan op evenals een jaarlijks beleidsplan, een jaarlijks activiteitenverslag en een jaarlijks verslag over de werking van het team.

c) Het Comité voor ziekenhuishygiëne

Het Comité voor ziekenhuishygiëne is minstens samengesteld uit :

1° de directeur van het ziekenhuis;

2° het team voor ziekenhuishygiëne;

3° een ziekenhuisapotheker;

4° een microbioloog;

5° de hoofdgeneesheer;

6° het hoofd van het verpleegkundig departement;

7° drie geneesheren werkzaam in de instelling, aangewezen door de medische raad;

8° drie verpleegkundigen werkzaam in de instelling, aangewezen door het hoofd van het verpleegkundig departement.

Het comité voor ziekenhuishygiëne vervult minimaal volgende taken :

1° bespreken en goedkeuren van het algemeen strategisch plan en het jaarlijkse beleidsplan opgesteld door het team;

2° bespreken en goedkeuren van het jaarlijks activiteitenverslag opgesteld door het team;

3° bespreken en goedkeuren van het jaarlijks verslag van de werking van het team;

4° bespreken en goedkeuren van de budgetten en kostenramingen;

5° het coördineren van het toewijzen van opdrachten op het vlak van :

a) de controle op technieken van sterilisatie;

b) antibioticumbeleid;

c) het uitwerken van richtlijnen voor en het houden van toezicht op :

- de methoden van wassen en verdeling van linnen;

- de hygiëne in de bereiding en de distributie van de voeding in keuken en melkkeuken;

- het verzamelen en verwijderen van ziekenhuisafval;

d) het opstellen van een reglement van inwendige orde voor de operatieafdeling, de bevallingsafdelingen en desgevallend de risicodiensten.

Alle beslissingen die binnen het comité worden genomen worden geacteerd in een register en als advies overgemaakt aan de directeur van het ziekenhuis. Het register kan bovendien worden geraadpleegd door de bevoegde geneesheer-inspecteur.

Het comité komt minstens 4 maal per jaar samen.

Het comité wijst een voorzitter aan onder zijn leden-geneesheren.

Het comité kan de diensthouders die betrokken zijn bij de behandelde materie uitnodigen.

Het comité mag beroep doen op adviseurs.) <KB 2007-04-26/67, art. 1, 038; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

(9°ter plaatselijk ethisch comité van het ziekenhuis.

Elk ziekenhuis moet beschikken over een plaatselijk ethisch Comité van het ziekenhuis, hierna " het Comité "

genoemd.

In het geval van een erkende ziekenhuisgroepering, zoals bepaald in artikel 69, 3°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, kan er geopteerd worden voor :

1° hetzij een gemeenschappelijk Comité voor alle ziekenhuizen van de groepering;

2° hetzij een apart Comité voor elk ziekenhuis van de groepering;

3° onder voorbehoud van de toepassing van 1° worden de ziekenhuizen bedoeld in artikel 5, §§ 4 en 5, van het koninklijk besluit van 10 augustus 1987 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Medische Raad, vrijgesteld van de verplichting om een Comité op te richten, op voorwaarde dat ze elk afzonderlijk aansluiten bij het Comité van een ander ziekenhuis via een overeenkomst op grond waarvan ze zich tot dat Comité kunnen wenden voor alle opdrachten, bepaald in de rubriek " Opdrachten " van dit besluit, waarmee ze zouden worden belast.

Samenstelling.

Het Comité bestaat uit minstens 8 en hoogstens 15 leden, die beide geslachten vertegenwoordigen, waaronder :

- een meerderheid artsen die aan het ziekenhuis of aan de ziekenhuisgroepering verbonden zijn;
- minstens een huisarts die niet aan het ziekenhuis of aan de ziekenhuisgroepering verbonden is;
- minstens een lid van het verpleegkundig personeel van het ziekenhuis of aan de ziekenhuisgroepering;
- een jurist.

Belangstellenden, al dan niet aan het ziekenhuis of de ziekenhuisgroepering verbonden, kunnen als lid van het Comité worden aangewezen.

De hoedanigheid van lid van het Comité is onverenigbaar met de volgende functies :

- directeur van het ziekenhuis;
- hoofdgeneesheer;
- voorzitter van de Medische Raad;
- hoofd van het verpleegkundig departement.

Werking.

Het Comité stelt zijn huishoudelijk reglement op. Het mandaat van lid van het Comité heeft een duur van vier jaar en is hernieuwbaar.

De leden van het Comité worden door de beheerder van het ziekenhuis of van de ziekenhuisgroepering aangewezen :

- wat de artsen betreft, op voorstel van de Medische Raad van het ziekenhuis of van de Medische Raden van de ziekenhuisgroepering;
- wat de verpleegkundige(n) betreft, op voorstel van het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis of van de ziekenhuisgroepering.

Het Comité komt minstens eenmaal per kwartaal bijeen en dit met gesloten deuren.

Het stelt een jaarlijks activiteitenverslag op dat minstens de volgende elementen dient te bevatten :

- een kwantitatieve evaluatie van de werkzaamheden van het Comité;
- de lijst van de behandelde onderwerpen.

Opdrachten.

Het Comité oefent de volgende functies uit, telkens het een verzoek in die zin ontvangt :

- 1° een begeleidende en raadgevende functie met betrekking tot de ethische aspecten van de ziekenhuiszorg;
- 2° een ondersteunende functie bij beslissingen over individuele gevallen inzake ethiek;
- 3° een adviserende functie met betrekking tot alle protocollen inzake experimenten op mensen.

Het verzoek kan uitgaan van elk personeelslid van het ziekenhuis of van de ziekenhuisgroepering en van elke arts.

De adviezen en raadgevingen van het Comité zijn vertrouwelijk en niet bindend en ze zijn het voorwerp van een gemotiveerd verslag dat uitsluitend aan de verzoeker wordt overgezonden en waarin de verschillende standpunten van de leden worden weergegeven.

Het Comité kan, op grond van een gemotiveerde beslissing, weigeren op een verzoek in te gaan.) <KB 1994-08-12/64, art. 1, 015; Inwerkingtreding : 27-03-1995>

(9°quater. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer bij de verwerking van persoonsgegevens van patiënten, in het bijzonder medische gegevens.

a) Elk ziekenhuis dient, voor wat betreft de verwerking van persoonsgegevens die betrekking hebben op patiënten, in het bijzonder medische gegevens, te beschikken over een reglement voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

b) De bepalingen van dat reglement betreffende de persoonlijke rechten dienen aan de patiënten te worden medegedeeld samen met de kennisgeving van de gegevens bedoeld in artikel 4 van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

c) Het reglement vermeldt, voor elke verwerking, minstens het volgende :

- de doeleinden van de verwerking;
- in voorkomend geval, de wet, het decreet of de ordonnantie of de reglementaire akte waarbij de geautomatiseerde verwerking wordt ingesteld;
- de identiteit en het adres van de houder van het bestand en van de persoon die namens de houder kan optreden;
- de naam van de in f) bedoelde geneesheer;
- de naam van de in g) bedoelde veiligheidsconsulent;
- de identiteit en het adres van de bewerker(s);
- de rechten en plichten van de bewerker(s);

- de categorieën van personen die toegang hebben tot of gemachtigd zijn tot het verkrijgen van de persoonsgegevens van medische aard van de verwerking;

- de categorieën van personen wier gegevens verwerkt worden;

- de aard van de verwerkte gegevens en de manier waarop ze worden verkregen;

- de organisatie van het circuit van de te verwerken medische gegevens;

- de procedure volgens welke, indien noodzakelijk, gegevens geanonimiseerd worden;

- de beveiligingsprocedures ten einde toevallige of ongeoorloofde van gegevens, toevallig verlies of ongeoorloofde toegang, wijziging of verspreiding van gegevens tegen te gaan;

- de termijn waarna, in voorkomend geval, de gegevens niet meer mogen bewaard, gebruikt of verspreid worden;

- de onderlinge verbanden, de onderlinge verbindingen of elke ander vorm van vergelijking van gegevens die worden verwerkt;

- de onderlinge verbindingen en raadplegingen;

- de gevallen waarin gegevens worden verwijderd;

- de wijze waarop de patiënten hun rechten bedoeld in de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens kunnen uitoefenen.

d) Het reglement vermeldt het door de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer toegekende identificatienummer van de verwerking waarop het betrekking heeft en dient, binnen dertig dagen na de inwerkingtreding van dit artikel, te worden overgemaakt aan de Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen. Alle wijzigingen aan bedoeld reglement aangebracht dienen, binnen de dertig dagen na de bekrachtiging door de bevoegde instanties van de inrichtende macht, worden overgemaakt aan de Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen.

e) De Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen, houdt de in a) bedoelde reglementen ter beschikking van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en deelt om de zes maanden aan de Commissie de geactualiseerde lijst mede van de ontvangen reglementen en wijzigingen van reglementen.

f) De houder van het bestand wijst de geneesheer aan die de verantwoordelijkheid en het toezicht uitoefent bedoeld in artikel 7, eerste lid van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

g) De houder van het bestand wijst een veiligheidsconsulent aan belast met de veiligheid van de informatie. De veiligheidsconsulent staat de verantwoordelijke voor het dagelijks beheer met raad bij inzake alle aspecten van de veiligheid van de informatie. De opdracht van de veiligheidsconsulent kan door Ons nader worden omschreven.) <KB 1994-12-16/46, art. 1, 016; Inwerkingtreding : 01-08-1995>

(9°quinquies. Transfusiecomité van het ziekenhuis.

a) Oprichting.

Elk algemeen ziekenhuis moet beschikken over een Transfusiecomité, hierna " het Comité " genoemd, dat instaat voor de bepaling, opvolging en verbetering van het transfusiebeleid van het ziekenhuis.

De beheerder van het ziekenhuis kan beslissen het transfusiecomité onder te brengen bij het medisch farmaceutisch comité zoals bedoeld in artikel 24, § 1, van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend. In voorkomend geval worden de bevoegdheden van het transfusiecomité uitgeoefend door voornoemd medisch farmaceutisch comité.

In geval van een erkende groepering, zoals bepaald in artikel 69, 3°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, kan er geopteerd worden voor :

1° hetzij een gemeenschappelijk Comité voor alle ziekenhuizen van de groepering;

2° hetzij een apart Comité voor elk ziekenhuis van de groepering.

Onverminderd de toepassing van het voorafgaande lid worden de ziekenhuizen bedoeld in artikel 5, §§ 4 en 5, van het koninklijk besluit van 10 augustus 1987 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en werking van de Medische Raad in uitvoering van de artikelen 24, 25 en 26 van de wet van 1963 op de ziekenhuizen, vrijgesteld van de verplichting een Comité op te richten, op voorwaarde dat het betrokken ziekenhuis zich op grond van een overeenkomst met een ander ziekenhuis aansluit bij het comité van dat ziekenhuis, dat daardoor ook bevoegd wordt ten aanzien van het betrokken ziekenhuis.

b) Samenstelling en werking.

1. Het Comité bestaat uit :

- de hoofdgeneesheer;

- het hoofd van het verpleegkundig departement;

- (de persoon die de leiding heeft van de ziekenhuisbloedbank zoals bedoeld in artikel 1, 1°, van het koninklijk besluit van 17 februari 2005 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisbloedbank moet voldoen om te worden erkend, die zorgt voor het opslaan en het ter hand stellen van bloed en bloedderivaten in het ziekenhuis;) <KB 2005-02-17/36, art. 1, 028; Inwerkingtreding : 25-02-2005>

- minstens drie geneesheren behorende tot onderscheiden disciplines, werkzaam in het ziekenhuis en aangewezen, voor een hernieuwbare periode van vier jaar, op voorstel van de Medische Raad;

- de ziekenhuisapotheker-titularis;

- de afgevaardigde van het bloedtransfusiecentrum dat voor de normale bevoorrading van het ziekenhuis zorgt.

2. Het Comité wijst een voorzitter aan onder de leden.

3. Het Comité stelt een huishoudelijk reglement op.

4. Het Comité komt minstens tweemaal per jaar samen.
5. Het Comité is verplicht de diensthouders, die betrokken zijn bij de behandelde materie, uit te nodigen.
6. Het Comité mag beroep doen op adviseurs.

c) Opdrachten.

Het Comité is belast met volgende taken :

1. het waarborgen van een wetenschappelijk gefundeerd, veilig en kwalitatief verantwoord transfusiebeleid in het ziekenhuis door het toepassen van door haar opgestelde transfusierichtlijnen.

Deze richtlijnen hebben ondermeer betrekking op :

- 1° de indicatiestelling en het daaraan beantwoordende voorschrift;
- 2° de afname van het bloedstaal;
- 3° de procedures met betrekking tot de ontvangst van het labiel bloedproduct, de bewaarcondities en het transport binnen het ziekenhuis;
- 4° de toediening van het labiel bloedproduct (pre-transfusie procedure, observatie tijdens de transfusie, inlichting rond alarmsymptomen);
- 5° de declaratie van vermeden en werkelijke afwijkingen van de voorgeschreven procedures bij transfusie;
- 6° de informatie aan de patiënt en de behandelende geneesheer van de werkelijke afwijkingen bedoeld in 5°;
- 7° de post-transfusionele opvolging van de receptor en de feedback van informatie aan de patiënt en de behandelend geneesheer.

2. het samenbrengen van de richtlijnen, bedoeld in het eerste punt, in een transfusiehandboek;

3. het overmaken of ter beschikking stellen van het transfusiehandboek, bedoeld in het tweede punt, aan alle betrokkenen van het ziekenhuis;

4. het stimuleren van en het meewerken aan wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot transfusiebeleid;

5. het verspreiden van nationale en internationale literatuurgegevens en in het bijzonder praktijkveranderende wetenschappelijke informatie inzake transfusie;

6. het organiseren van een kwaliteitscontrole en, meer in het bijzonder, van een systeem van hemovigilantie.

Dit omvat onder andere :

a) de gegevens van het ziekenhuis over de nevenwerkingen te wijten aan de labiele bloedproducten en de gevolgde procedures bespreken;

b) het voorlichten van de betrokkenen over bedoelde nevenwerkingen.

Dit veronderstelt de toevoeging aan het medisch dossier van de patiënt, van een document zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 10°, van het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medische dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen.

7. het bekwamen van het personeel op het vlak van transfusie.

d) Toezicht op de activiteiten van het Comité.

De maatregelen die door het Comité genomen worden, moeten te boek gesteld worden in een register dat kan geraadpleegd worden door de bevoegde geneesheer-inspecteur.) <KB 2002-04-16/41, art. 1, 027; Inwerkingtreding : 12-07-2002>

(9sexies. Elk algemeen ziekenhuis moet beschikken over een systeem waarbij elke afzonderlijke eenheid bloed of bloedderivaat die het ziekenhuis ontvangt ondubbelzinnig wordt geïdentificeerd en geregistreerd zodat ze kunnen worden getraceerd van donor tot eindbestemming en omgekeerd. Eveneens dient ieder algemeen ziekenhuis te beschikken over een registratie- en meldingsprocedure voor vermoede ernstige ongewenste bijwerkingen bij de patiënten tijdens en na de transfusie die aan de kwaliteit of veiligheid van bloed of bloedderivaten kunnen worden toegeschreven evenals voor ernstige ongewenste voorvallen bij het opslaan, ter hand stellen of uitvoeren van compatibiliteitstests op bloed en bloedderivaten die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit of veiligheid ervan.

Voor bloed en bloedderivaten die met een melding zoals hierboven bedoeld in verband kunnen worden gebracht dient bovendien een snelle en verifieerbare procedure te worden uitgewerkt om ze aan de distributie te onttrekken.) <KB 2006-10-17/34, art. 1, 032; Inwerkingtreding : 03-11-2006>

10° Dagelijks zal de geneesheer zijn ziekenbezoek afleggen.

11° De directie van de inrichting zal door een doctor in de geneeskunde bijgestaan worden, die bij voorkeur door collega's gekozen wordt; hij treedt op als technisch adviseur van de directie en is tegenover haar verantwoordelijk voor de technische werking, de veiligheidsmaatregelen voor personeel en zieken, de toepassing van de regels van de plichtenleer en de wettelijke of reglementaire voorschriften.

12° (Per verpleegafdeling wordt één hoofdverpleegkundige aangeduid. De hoofdverpleegkundige is een gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of een bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende kaderopleiding in de verpleegkunde, of een bijkomende opleiding van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering heeft gevolgd. <KB 2007-04-26/63, art. 2, 1°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 2, 1°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

Deze scholing dient betrekking te hebben op het geven van leiding aan een verpleegkundige equipe.

De hoofdverpleegkundige werkt mee aan de integratie van de verpleegkundige activiteit in het geheel van de activiteit van het ziekenhuis, en voert zijn opdracht uit onder de hiërarchie van het hoofd van het verpleegkundig departement en in nauw contact met de artsen en de verantwoordelijken van de onderscheiden aspecten van de activiteiten van de afdeling.

Doorheen alle dagen van het jaar moet, naast de hoofdverpleegkundige, permanent per afdeling en maximum per 30 zieken, de aanwezigheid van een gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de

verpleegkunde of de vroedkunde gewaarborgd zijn, zodat de continuïteit en de kwaliteit van de zorg verzekerd zijn.

De verhouding deeltijds werk/volttijds werk dient in overleg met het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis op zo een niveau vastgelegd te worden dat de continuïteit en de kwaliteit van de zorg verzekerd blijven.

Het verpleegkundig werk dient op de afdelingen op die wijze georganiseerd te worden dat op elk ogenblik kan vastgesteld worden welke verpleegkundige voor welke patiënt verantwoordelijk is.) <KB 2006-07-13/67, art. 2, 031; Inwerkingtreding : 07-09-2006>

(De minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan de lijst van diploma's die in aanmerking komen voor de uitoefening van de functie van hoofdverpleegkundige, zoals bedoeld in het eerste lid, wijzigen.) <KB 2007-04-26/63, art. 2, 2°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 2, 2°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

12°bis. (...). <KB 2007-04-27/94, art. 13, 036; Inwerkingtreding : 14-06-2007>

12°ter. De verpleegkundige uurroosterregelingen dienen schriftelijk vastgelegd, waarin op ziekenhuisniveau de interne wacht onder leiding van een supervisor 24 uur op 24 uur verzekerd wordt. Bovendien moet er in het ziekenhuis een schriftelijke procedure bestaan waarbij de wijze wordt bepaald van optreden bij interne urgenties.

12°quater. (Het hoofd van het verpleegkundig departement, de verpleegkundigen-diensthouders en de hoofdverpleegkundigen dienen een permanente vorming te volgen van tenminste 60 uur over een periode van 4 jaar, teneinde hun kennis en competenties te onderhouden in de volgende domeinen :

- ziekenhuiswetgeving, met inbegrip van wetgeving betreffende de ziekenhuisfinanciering;
- organisatie en beheer van personeel, met inbegrip van coaching;
- sociale wetgeving;
- principes van bedrijfsbeheer;
- epidemiologie;
- beheer van ziekenhuisgegevens;

- efficiëntie en kwaliteit van de zorg.) <KB 2006-07-13/67, art. 3, 031; Inwerkingtreding : 07-09-2006>

(12°quinquies : § 1. Elk ziekenhuis beschikt over een mobiele equipe van personeelsleden, die niet gebonden is aan een architectonische, structurele of functionele eenheid.

§ 2. Deze mobiele equipe, bestaande uit verpleegkundigen en verzorgenden, wordt toegewezen aan het verpleegkundig departement van de instelling en valt onder de verantwoordelijkheid van het hoofd van het verpleegkundig departement.

§ 3. De mobiele equipe bestaat voor minimaal 70 % uit verpleegkundigen.

De aanwerving van het personeel van deze mobiele equipe gebeurt bovenop de bestaande erkennings- en financieringsnormen.

Het personeel dat het voorwerp uitmaakt van een andere overheidsfinanciering komt niet in aanmerking voor de creatie van de mobiele equipe.

De mobiele equipe mag geenszins aangewend worden om aan de minimumomkaderingsnormen van de ziekenhuisdiensten, functies, afdelingen, zorgprogramma's, medisch-technische en medische diensten te beantwoorden.

De aanwerving van de leden van de mobiele equipe wordt als volgt vastgelegd :

1° op 1 januari 1999 :

a) wat betreft de algemene ziekenhuizen, 0,5 personeelslid per 30 C, D, E, H* en Sp bedden;

b) wat betreft de psychiatrische ziekenhuizen, 0,5 personeelslid per 30 T-bedden;

2° op 1 januari 2000 :

onverminderd de bepalingen in 1°, bijkomend 0,5 personeelslid volgens hetzelfde criterium als beschreven in 1°.

§ 4. Het hoofd van het verpleegkundig departement stelt een ontwerp van toewijzingsplan op met betrekking tot de grootte, de samenstelling, de concrete plaats en wijze van inzetten van deze mobiele equipe en legt dit voor advies voor aan de ondernemingsraad of bij ontstentenis, de syndicale delegatie voor private instellingen, of het betreffende overlegcomité voor de openbare instellingen.

Het toewijzingsplan wordt opgemaakt door het hoofd van het verpleegkundig departement bij de vorming van de mobiele equipe, en daarna op jaarlijkse basis, evenals bij wijziging van de grootte, de samenstelling, de concrete plaats en wijze van inzetten.

Het hoofd van het verpleegkundig departement zal verslag uitbrengen aangaande het toewijzingsplan aan de ondernemingsraad of bij ontstentenis, de syndicale delegatie voor private instellingen, of het betreffende overlegcomité voor de openbare instellingen. Dit verslag is opvraagbaar door de overheden die de erkenning in hun bevoegdheid hebben.

§ 5. Het volledige effectief van voormelde mobiele equipe dient ingezet te worden in verpleegeenheden, het operatiekwartier, de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" of de gipskamer. De concrete plaats en wijze van inzetten is vrij te bepalen door het hoofd van het verpleegkundig departement volgens de procedure bedoeld in § 4, rekening houdend met de noodzaak :

1° om het personeel op een meer permanente wijze in te zetten op de hiervoor genoemde diensten en functies die een hogere zorgvraag genereren, welke leidt tot een verhoogde werkdruk;

2° om acute situaties van verhoogde of toegenomen zorgvraag en werkdruk op te vangen;

3° ter vervanging van verpleegkundigen of verzorgenden bij ziekte of vorming, en ter vervanging en bijstand van specifieke verpleegkundige functies zoals de referentieverpleegkundige.) <KB 1999-02-15/444, art. 2, 022; Inwerkingtreding : 1999-01-01>

13° Er moet voldoende onderhoudspersoneel zijn.

(14°  elk ziekenhuis moet beschikken over een goedgekeurd ziekenhuisnoodplan (ZNP) om het hoofd te

kunnen bieden aan ongevallen binnen en buiten het ziekenhuis.

De directeur-generaal is de eindverantwoordelijke voor het ziekenhuisnoodplan, onverminderd de verantwoordelijkheden van de hoofdgeneesheer voor de medische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het medisch ziekenhuisnoodplan - ZNP MED) en de verantwoordelijkheden van de technisch directeur voor de technische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het technisch ziekenhuisnoodplan - ZNP TEC). Vanuit die verantwoordelijkheid :

- a) is de directeur-generaal of zijn vervanger voorzitter van het permanent comité;
- b) is de directeur-generaal of zijn vervanger de contactpersoon voor de overheden in geval van een interne of externe rampspoedige gebeurtenis. De directeur-generaal of zijn vervanger is daartoe 24 uur per dag en dagen per week bereikbaar;
- c) is de directeur-generaal of zijn vervanger voorzitter van de coördinatiecel van het ziekenhuis (CCZ) als het ziekenhuisnoodplan wordt toegepast;
- d) bepaalt de directeur-generaal of zijn vervanger de behandelcapaciteit van het ziekenhuis. Hij meldt de behandelcapaciteit in het Incident Crisis Management System (ICMS). In dit punt wordt verstaan onder behandelcapaciteit, de vrije bedden die op het ogenblik van het incident beschikbaar zijn;
- e) kan de directeur-generaal de reflex- of huisvestigingscapaciteit van het ziekenhuis tijdens het incident in geen geval wijzigen. In dit punt wordt verstaan onder "reflex- of huisvestigingscapaciteit" het minimale aantal slachtoffers dat de ziekenhuiscampus kan opnemen tijdens het eerste uur;
- f) kan de directeur-generaal of zijn vervanger, als het ziekenhuisnoodplan is afgekondigd, beslissen, nadat de reflexcapaciteit is bereikt en na overleg met de federale gezondheidsinspecteur, om geen slachtoffers van de noodsituatie (meer) naar het ziekenhuis te laten verwijzen.

Ieder ziekenhuis duidt een noodplancoördinator aan. De noodplancoördinator treedt zowel intern als extern op als aanspreekpunt voor het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator heeft zowel preventieve als operationele taken inzake het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator is functioneel belast met de coördinatie en kwaliteitsbewaking van alle activiteiten met betrekking tot het ziekenhuisnoodplan. Daartoe biedt de noodplancoördinator ondersteuning en medewerking aan de volgende processen:

- a) de ontwikkeling en uitwerking van de noodprocedures op basis van een risicoanalyse, waarbij rekening wordt gehouden met de patiëntveiligheid en de veiligheid van de medewerkers;
- b) de ontwikkeling van het ziekenhuisnoodplan, aangepast voor alle diensten binnen het ziekenhuis;
- c) de integratie van de gemeentelijke en provinciale noodplannen binnen het ziekenhuisnoodplan;
- d) de verspreiding van het ziekenhuisnoodplan in het ziekenhuis;
- e) de bewaking van de noodzakelijke aanpassingen met het oog op de wijzigende ziekenhuisorganisatie;
- f) de organisatie van oefeningen;
- g) de opleiding van de sleutelfiguren in het kader van het ziekenhuisnoodplan;
- h) het verstrekken van informatie aan ziekenhuispersoneel en het verzorgen van een communicatieve brugfunctie met de diensten van het ziekenhuis en externe instanties;
- i) de evaluatie van de toepassing van het ziekenhuisnoodplan.

De noodplancoördinator speelt tijdens noodsituaties waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is een rol in de coördinatiecel van het ziekenhuis (CCZ) : hij fungeert er als procesbewaker en ondersteunt er de directeur-generaal. De arbeidstijd van de noodplancoördinator wordt bepaald door het ziekenhuis, in functie van de grootte van het ziekenhuis en van de gemaakte risicoanalyse. De functie van noodplancoördinator is verenigbaar met een andere functie in het ziekenhuis. Als het ziekenhuisnoodplan van toepassing is zal men, zo deze niet in het ziekenhuis is, steeds proberen de noodplancoördinator op te roepen, voor zover hij/zij beschikbaar is.

In ieder ziekenhuis moet een permanent comité, onder leiding van de directeur-generaal, belast worden met het opstellen, de bijwerking en de goedkeuring van het ziekenhuisnoodplan.

Binnen het permanent comité wordt er een Bureau opgericht, waarvan minstens de hoofdgeneesheer, de noodplancoördinator, het medisch diensthoofd van de spoedgevallendienst en een secretariaatsfunctie deel uitmaken. De secretariaatsfunctie kan door één van de verplicht aanwezige functies in het Bureau worden waargenomen. De relatie tussen het bureau en het permanent comité wordt vastgelegd in een huishoudelijk reglement. In dit huishoudelijk reglement worden minimaal de opdrachten, de vergaderfrequentie en de wijze van besluitvorming van het Bureau vastgelegd. Het Bureau heeft een beleidsvoorbereidende taak en ondersteunt het permanent comité inzake de uitvoering van de beslissingen inzake het ziekenhuisnoodplan.

Het ziekenhuisnoodplan moet voor advies worden voorgelegd aan de burgemeester van de gemeente waarin het ziekenhuis gelegen is. Hiertoe wordt het ziekenhuisnoodplan bezorgd aan de burgemeester, die bedoeld ziekenhuisnoodplan voor advies bezorgt aan de gemeentelijke veiligheidscel. De gemeentelijke veiligheidscel betreft in het uitbrengen van dit advies enerzijds de provincie waarin het ziekenhuis ligt of Brussel Preventie en Veiligheid voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en anderzijds de federale gezondheidsinspectie.

Daartoe worden de provinciale coördinator van het noodplan en de federale gezondheidsinspectie uitgenodigd op de bespreking van het ziekenhuisnoodplan op de gemeentelijke veiligheidscel. Als de provinciale vertegenwoordigers niet zijn ingegaan op de uitnodiging, maakt de gemeentelijke veiligheidscel autonoom een advies op, dat ter kennisgeving aan de provinciale noodplancoördinator, de federale gezondheidsinspectie en de burgemeester wordt bezorgd. De provinciale noodplancoördinator en de federale gezondheidsinspectie kunnen opmerkingen op het advies overmaken aan de burgemeester. Als er binnen de twee maanden die volgen op het overmaken van het advies, geen opmerkingen worden geformuleerd, wordt het advies zoals geformuleerd door de gemeentelijke veiligheidscel als definitief beschouwd. De burgemeester attesteert, op basis van dit advies, al dan niet met opmerkingen door de noodplancoördinator en/of de federale gezondheidsinspectie, het advies met betrekking tot het ziekenhuisnoodplan. In het attest van de burgemeester kunnen opmerkingen worden geformuleerd. Het attest van de burgemeester wordt aan het ziekenhuis bezorgd, dat het op zijn beurt bezorgt

aan de Minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid. De Minister keurt, op basis van dit attest, het ziekenhuisplan al dan niet goed. De goedkeuring geldt voor een periode van vijf jaar.

Het ziekenhuis moet, voor wat betreft het oefenen van het ziekenhuisnoodplan, een meerjarenplan opmaken, waarbij minimaal 1 keer per jaar een oefening wordt voorzien. De controle op de uitvoering van het meerjarenplan gebeurt door de gemeentelijke veiligheidscel. Een reële noodsituatie, waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is, is geldig als oefening, op voorwaarde dat er een kwalitatieve debriefing is gevolgd waarbij alle actoren zijn betrokken en de daaruit volgende verbetermogelijkheden werden geïmplementeerd.

In het ziekenhuisnoodplan worden twee fasen gehanteerd : de fase 'informatie' en de fase 'actie'. Het hulpcentrum 112 speelt een cruciale rol in de bepaling van de fase van het ziekenhuisnoodplan. In de fase "actie" zijn er twee niveaus: niveau I en niveau II. De coördinatiecél van het ziekenhuis bepaalt het niveau.

In de fase "informatie" :

a) is er kennis van een noodsituatie hetzij omdat het ziekenhuis via de noodcentrale 112 wordt verwittigd dat het Medisch Interventieplan (MIP) werd afgekondigd, hetzij omdat er een spontane en onaangekondigde toestroom van een belangrijk aantal patiënten is van eenzelfde gebeurtenis. In het laatste geval zal het ziekenhuis de noodcentrale 112 hiervan in kennis stellen;

b) wordt de spoedgevallensarts verwittigd. De spoedgevallensarts informeert zich over de aard van de noodsituatie, het te verwachten aantal slachtoffers, de aard van de aandoeningen en de aankomsttijden. Op basis van deze informatie beslist de spoedgevallensarts, na intern overleg, of er al dan niet wordt overgegaan tot de fase "actie".

In de fase "actie" correspondeert "niveau I" met een minimale toename van de personeelsinzet die wordt gerealiseerd door interne verschuivingen. Er wordt geen extra personeel opgeroepen. "Niveau I" stemt overeen met een te verwachten aantal slachtoffers dat de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) niet overstijgt.

"Niveau II" stemt overeen met een groot aantal te verwachten slachtoffers, waarbij de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) overschreden wordt. Er is nood aan bijkomend, extra op te roepen personeel.

Het ziekenhuisnoodplan bevat de procedures voor evacuatie, relocatie, receptie en isolatie van slachtoffers en moet op volgende aangelegenheden betrekking hebben :

a) de oprichting, de samenstelling en de werking van een coördinatie- en commandocél van het ziekenhuis, belast met het leiden van de operaties, het verzamelen van informatie inzake de noodsituatie, het beslissen over het reactievermogen van het ziekenhuis, het eventueel aanpassen van het ziekenhuisnoodplan en het instaan voor de contacten met de families, de overheden en de pers;

b) de fasen, niveaus met hun respectievelijk personeelseffectief van interne mobilisatie, de procedures en de logistieke actiemiddelen evenals de aanwijzing van de personen bevoegd om over de toepassing van het ziekenhuisnoodplan of één van de fases te beslissen;

c) de aanwijzing van de lokalen, bestemd voor de triage, het toezicht op en de behandeling van de slachtoffers volgens de urgentiegraad, evenals van de lokalen van de pers, de familieleden, de overheid en de stoffelijke overschotten;

d) de voorschriften ter identificering van de slachtoffers;

e) het organogram, de manier van werken en de aanwijzing van de personeelsleden naargelang van de fase en het betrokken niveau;

f) de lijst van enerzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën van het ziekenhuis die oproepbaar en meteen beschikbaar moeten zijn en anderzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën die oproepbaar zijn, evenals de terzake geldende oproepmodaliteiten;

g) de logistieke maatregelen voor de toepassing van het ziekenhuisnoodplan en in het bijzonder het inzetten van materieel, geneesmiddelen en noodvoorraden, de maatregelen inzake bloed- en derivatenvoorraden evenals de maatregelen met betrekking tot de spoedgevallendienst, de dienst voor intensieve behandeling, het operatiekwartier, de radiologiedienst en het laboratorium;

h) de maatregelen ter bescherming van de slachtoffers, het personeel, de lokalen en het materiaal in geval van besmetting evenals de te volgen decontaminatieprocedures en -technieken;

i) de voorschriften inzake de interne circulatie en het controleren van de onmiddellijke omgeving van het ziekenhuis;

j) de praktische werking van een cel voor de opvang en psychosociale begeleiding van de familie;

k) de mogelijkheid om de communicatiemiddelen uit te breiden, om communicatienetwerken uit te bouwen en om de ontvangst en de verspreiding van informatie te centraliseren;

l) de voorschriften betreffende de samenwerking met de gemeentelijke en provinciale overheid met het oog op de integratie van het ziekenhuis in de gemeentelijke of provinciale noodplannen;

n) de beschrijving van de aanwending van het ziekenhuisnoodplan in de vorm van een synoptische tabel;

n) een handleiding met de instructiefiches bestemd voor de verschillende soorten ziekenhuisdiensten en -personeel;

o) de middelen voor de opleiding van geneesheren en alle personeelsleden;

p) het meerjarenplan betreffende de oefeningen om validatie of aanpassing van het ziekenhuisnoodplan mogelijk te maken;

q) de voorschriften inzake het in veiligheid brengen, de interne en externe evacuatie van de opgenomen patiënten en van het personeel;

r) de capaciteit om slachtoffers op te vangen uitgedrukt in reële verzorgings- en behandelingscapaciteit, evenals de huisvestigingscapaciteit.

De incidenten die de hoogste risico's inhouden en minimaal voor risico's van chemische, biologische, radiologische en/of nucleaire aard en explosieven (CBRNe), brand, uitval van IT-voorzieningen, uitval

nutsvoorzieningen en pandemie, alsook voor de risico's waarvoor op basis van reglementering een noodplan moet worden uitgewerkt, moeten in het ziekenhuisnoodplan specifiek behandeld worden.

Iedere dienst en ieder personeelslid moet beschikken over de instructiefiches die hem aanbelangen en moet eveneens ingelicht zijn over zijn opdracht binnen dit ziekenhuisnoodplan.⁵

[² 15° De directeur van het erkend laboratorium voor klinische biologie van het ziekenhuis of waarmee het ziekenhuis een samenwerkingsakkoord heeft, houdt toezicht op en is verantwoordelijk voor de uitvoering in het ziekenhuis van gedecentraliseerde testen klinische biologie zoals bedoeld in artikel 1, 2°, van het koninklijk besluit van 3 december 1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.²

[³ 16° Elk algemeen ziekenhuis keurt, na pluridisciplinair beraad binnen de instelling, een protocol voor beroertezorg goed dat de hoofdlijnen bevat voor de specifieke opvang van de patiënten met een acute beroerte.

Dit protocol behandelt in het bijzonder :

1° de specifieke eerste opvang van patiënten met een acute beroerte;

2° de modaliteiten met betrekking tot de doorverwijzing van patiënten;

3° desgevallend de opvang van patiënten met een acute beroerte in de post-acute fase en de revalidatiefase.

De hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van deze verplichting.

Dit protocol wordt meegedeeld aan en ter beschikking gesteld van de leden van het medisch en verpleegkundig departement van alle vestigingsplaatsen van het ziekenhuis.³

[¹ IV. Normen inzake traceerbaarheid en melding van ernstige bijwerkingen en ernstige ongewenste voorvallen met betrekking tot het menselijk lichaamsmateriaal.

1. [⁴ ...]⁴

2. [⁴ ...]⁴

3. [⁴ ...]⁴

4. [⁴ ...]⁴

5. [⁴ ...]⁴

6. [⁴ ...]⁴

7. Het wegnemingsrapport en de gegevens inzake documentatie van de donor van menselijk lichaamsmateriaal bedoeld in punt 1.4 van bijlage III van het koninklijk besluit bedoeld in 1, b), dat bestemd is voor een productie-instelling, worden gedurende een periode van tenminste dertig jaar en maximaal vijftig jaar bewaard door het ziekenhuis waar het menselijk lichaamsmateriaal is weggenomen, onverminderd punt 1.4.1. van bijlage III van hoger vermeld besluit.

8. Elk ziekenhuis meldt, jaarlijks uiterlijk op 30 april, de lijst van de depots, zoals bedoeld in het koninklijk besluit bedoeld in 1, b), die zich het voorgaande jaar op zijn vestigingsplaatsen bevonden, aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten.

Bij elk depot wordt gepreciseerd op welke vestigingsplaats van het ziekenhuis deze zich bevindt.

9. De voorgaande punten zijn niet van toepassing ten aanzien van de volgende categorieën ziekenhuizen die op voorhand aan de voor erkenning bevoegde overheid en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten melden dat in het betrokken ziekenhuis geen menselijk lichaamsmateriaal wordt toegepast op de mens zoals bedoeld in de in 1, a) bedoelde wet en dat in het betrokken ziekenhuis geen menselijk lichaamsmateriaal bij levende donors wordt weggenomen :

a) de psychiatrische ziekenhuizen;

b) de geïsoleerde geriatriediensten (kenletter G);

c) de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter S), al of niet samen met diensten voor gewone hospitalisatie (kenletter H) of diensten neuropsychiatrie voor behandeling van volwassenen patiënten (kenletter T), of gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) bestemd voor patiënten met psychogeriatrische en chronische aandoeningen en voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte die zich in een terminale fase bevinden en palliatieve zorg behoeven.

De ziekenhuizen die bij toepassing van het eerste lid een melding hebben verricht, trekken onverwijld deze melding in indien deze niet meer aan de realiteit beantwoordt.¹

(1)<KB 2009-09-28/10, art. 2, 041; Inwerkingtreding : 01-12-2009>

(2)<KB 2012-08-03/37, art. 1, 043; Inwerkingtreding : 14-09-2012>

(3)<KB 2014-04-19/75, art. 1, 047; Inwerkingtreding : 18-08-2014>

(4)<KB 2017-07-31/23, art. 2, 048; Inwerkingtreding : 01-02-2018>

(5)<BWG 2019-05-23/35, art. 2, 052; Inwerkingtreding : 01-07-2019>

(6)<BDG 2019-05-16/72, art. 1, 053; Inwerkingtreding : 01-07-2019>

Art. N1_BRUSSELS_HOOFDSTEDELIJK_GEWEST.

Bijlage. A. Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn. <Gedeeltelijk vernietiging door het arrest van de Raad van state nr. 120.537 van 12 juni 2003 ; zie B.St. 03.12.2003, Ed. 2, p. 57842>

De algemene normen, die op al de inrichtingen toepasselijk zijn, betreffen al de diensten zonder onderscheid, ongeacht hun kenletter.

I. Architectonische normen.

A. Normen voor de algemene hygiëne der gebouwen.

1° De inrichting moet in een rustig en gezond oord gelegen zijn. Zoniet dienen al de voorbehoedmiddelen tegen het lawaai genomen.

2° De gebouwen moeten geregeld onderhouden worden en elke vochtigheid of infiltratie moet bestreden worden.

3° De voor de nieuwbouw aangewende materialen moeten onbrandbaar zijn. Alle voorzorgen dienen getroffen om het brandgevaar te beperken :

a) door bescherming van de brandbare materialen (onbrandbare vloeren en muurbekleding);

b) door plaatsing van voldoende blustoestellen en kranen;

c) door uitvoering van alle verticale verkeersmogelijkheden in hard en onbrandbaar materiaal;

d) door, in de mate van het mogelijke, toegangswegen te voorzien welke de tussenkomst van de wagens voor brandbestrijding toelaten.

4° De inrichtingen met verdiepingen dienen voorzien van een voldoende aantal liften of ziekenliften, opdat het verticaal verkeer doeltreffend zou kunnen geschieden.

5° Al de vloeren en wanden moeten afwasbaar, ondoordringbaar en gemakkelijk te ontsmetten zijn.

Het meubilair moet eenvoudig, bij voorkeur in metaal, afwasbaar en gemakkelijk te ontsmetten zijn.

6° De verbindingen tussen wand en vloer moeten afgerond zijn.

7° Overbodige versiersels, lijstwerken en voorwerpen, die stof kunnen opvangen, dienen geweerd.

8° In het verwarmen, het ventileren en het verlichten van alle lokalen en gangen moet voorzien zijn, bij om 't even welk weder en onder alle omstandigheden.

Er moet een noodverlichting bestaan.

9° Al de leidingen moeten in gemakkelijk bereikbare, in de muren aangebrachte kokers verenigd zijn.

10° In gans het gebouw moet drinkwater van goede hoedanigheid overvloedig voorhanden zijn.

11° Er moeten afzonderlijke sanitaire installaties, in voldoende aantal voorhanden zijn voor de zieken, de bezoekers en het personeel.

12° Het afvalwater moet gezuiverd worden vooraleer het naar buiten afgevoerd wordt, in alle gevallen waar zulks voor de Dienst voor Zuivering van Afvalwater geëist wordt.

13° De vaste afval en inzonderheid de keukenafval moet in hermetisch gesloten recipiënten weggevoerd worden, terwijl bevulde en besmette verbandmiddelen verplicht verbrand moeten worden.

14° De inrichtingen van de algemene diensten, en inzonderheid de keukens en washuizen, moeten zó gelegen zijn dat de verspreide geuren en dampen geen hinder veroorzaken.

B. Normen die op de ziekenhuisverpleging betrekking hebben.

1° De ziekenkamers moeten ingericht worden in het kalmste en best georiënteerd gedeelte.

2° De oppervlakte van de ziekenkamers moet ten minste 8 m² bedragen; in de lokalen met verscheidene bedden mag die oppervlakte tot 7 m² per bed verminderd.

3° Het volume van de ziekenkamers moet tenminste 25 m³ bedragen; die inhoud mag tot 20 m³ per bed verminderd worden in de lokalen met verscheidene bedden.

4° De oppervlakte van de voor de natuurlijke verlichting bestemde wanden moet ten minste 1/6 bedragen van de vloeroppervlakte.

5° Het moet vermeden worden meer dan zes bedden per lokaal te plaatsen.

6° De bedden moeten evenwijdig geplaatst zijn met het vlak der vensters. Zij moeten tegen tocht beschermd zijn.

7° Iedere zieke moet, voor zijn persoonlijk gebruik over een bed, een kast en een nachttafeltje beschikken. Die drie stukken zijn het minimummeubilair.

8° De zieken moeten over voldoende kunstlicht beschikken.

De nachtverlichting, die doeltreffend en bescheiden moet zijn, moet in de ziekenkamers, de gangen en de verzorgingslokalen aangelegd zijn.

9° De kamers moeten op natuurlijke wijze geventileerd kunnen worden, zonder tocht te veroorzaken.

10° De kamers dienen zodanig verwarmd dat men bij om het even welke weersgesteldheid een temperatuur van 20° kan bereiken. Men zal een systeem aannemen waarin open vuur en ontwikkeling van gas of stof, of de aanwending van schoorstenen in de ziekenkamers volstrekt vermeden worden.

11° De ziekenkamers moeten uitgerust zijn met ten minste 1 wastafel met stromend drinkbaar water.

12° De ziekenhuisafdelingen dienen van voldoende sanitaire installaties voorzien te zijn. Zij omvatten tenminste : 1 W.C. voor 10 zieken, 1 bedpannenwasser voor 30 zieken, 1 bad- of stortbadkamer voor 30 zieken.

13° Geen enkele leiding mag zonder volstreekte noodzakelijkheid door de ziekenkamers gaan. Alle voorzorgen zullen genomen worden om te verhinderen dat die leidingen een verzamelplaats voor stof zouden worden.

14° Een aanrechtkeuken zal worden ingericht voor de uitdeling van het voedsel en de dranken, en de bereiding van kleine maaltijden. Geen enkele ongezonde of gevaarlijke bewerking mag in dat lokaal geschieden.

15° De verplegingseenheid moet bovendien over een lokaal voor de verpleegster beschikken.

16° Wanneer in een verplegingseenheid meer dan 1/4 der zieken in gemeenschappelijke kamers verpleegd worden, past het over een onderzoeks- en behandelingszaal te beschikken.

17° Men moet beschikken over een voldoende aantal kamers met één bed om er steeds de zieken in te kunnen opnemen, voor wie afzondering vereist is.

II. Functionele normen.

1° De inrichting moet gemakkelijk toegankelijk zijn voor de ambulancewagens.

Er moeten autoparkeerplaatsen beschikbaar zijn voor de geneesheren die dringend kunnen opgeroepen worden.

Er moet een afzonderlijke ingang zijn voor de algemene diensten (lijkhuisje, keuken, enz.).

2° De toegang tot de technische afdelingen en de verplegingseenheden moet gemakkelijk zijn, hoewel er toch

een werkelijke scheiding tussen de diensten moet bestaan.

3° Het verticaal verkeer moet van de verplegingseenheden afgezonderd zijn.

4° De diensten van de polikliniek voor lopende zieken mogen niet in de verplegingseenheden gelegen zijn. Door bijzondere beschikkingen dient ervoor gezorgd dat, in de consultatieafdeling, de zieken-externen en de zieken-internen van elkander gescheiden zijn.

5° De keuken moet zo gelegen zijn dat het voedsel gemakkelijk en vlug aan al de zieken van alle eenheden kan bezorgd worden.

De maaltijden moeten volgens de meest nauwgezette regelen van zindelijkheid en hygiëne bereid en uitgedeeld worden. De maaltijden moeten warm aan de zieken opgediend worden.

6° Voor al de zieken moet voortdurend een geneeskundig dossier en een koortsblad bijgehouden worden.

De voorschriften van de geneesheren, die dagelijks voor de verschillende zieken gegeven worden, moeten in een register of op kaarten ingeschreven worden.

7° Een bescheiden maar doeltreffend oproepingssysteem moet in al de ziekenkamers voorhanden zijn.

8° Het voor de zieken gebruikt geneeskundig materieel (injectiespuitjes, verbandmiddelen, enz.) moet zorgvuldig gesteriliseerd worden.

(9°) (...) <KB 2006-12-28/57, art. 8, 033; Inwerkingtreding : 30-07-2007>

III. Organisatorische normen.

1° De leiding over de behandeling van de zieken moet uitsluitend bij de geneesheren berusten.

De inrichting moet steeds, en binnen de kortst mogelijke tijd, over de bevoegde hulp van ervaren geneesheren kunnen beschikken.

1°bis. (Elk ziekenhuis (dat over een erkend zorgprogramma voor kinderen beschikt, waarvan een erkende dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E) deel uitmaakt), evenals elk ziekenhuis dat niet over een dergelijke dienst beschikt maar waar het is toegestaan in toepassing van onderhavig besluit, kinderen te behandelen, moet, na multidisciplinair beraad binnen de instelling, een protocol goedkeuren dat de hoofdlijnen bepaalt voor de specifieke opvang van de opgenomen of ambulante verzorgde kinderen; de uitvoering van deze verplichting behoort tot de verantwoordelijkheid van de beheerder van het ziekenhuis. <KB 2006-07-13/54, art. 34, 2°, 030; Inwerkingtreding : 01-01-2007>

Dit protocol behandelt in het bijzonder :

- specifieke maatregelen inzake het informeren, het geven van advies en het verlenen van psychologische steun aan de kinderen, hun ouders of hun wettelijke vertegenwoordigers;

- initiatieven die moeten worden genomen om, in de mate van het mogelijke, de ouders te betrekken bij de zorgverlening aan hun kind;

- initiatieven om het comfort van de opgenomen kinderen te verbeteren, meer bepaald voor wat betreft de inrichting van de zalen, de maaltijden, de bezoeken;

- specifieke maatregelen om het toezicht op en de veiligheid van de kinderen, zowel in het ziekenhuis als in de onmiddellijke omgeving, te waarborgen (parkeerterrein, enz.);

- maatregelen inzake het overleg tussen een kinderarts en de arts verantwoordelijk voor de dienst voor volwassenen waar een kind ouder dan 14 jaar is opgenomen;

- maatregelen inzake het overleg tussen pediatrisch verpleegkundigen en verpleegkundigen van andere diensten.

Dit protocol wordt meegedeeld aan de personeelsleden van het ziekenhuis en wordt ter beschikking gesteld van de kinderen, hun ouders en hun wettelijke vertegenwoordigers.) <KB 1999-04-29/79, art. 2, 023;

Inwerkingtreding : 06-04-2000>

2° (In elk ziekenhuis dient de verantwoordelijkheid met betrekking tot de verpleegkundige activiteit, te worden toevertrouwd aan een gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of een bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde als hoofd van het verpleegkundig departement. Hij heeft een bijkomende opleiding gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering. <KB 2007-04-26/63, art. 1, 1°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 1°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

Onverminderd de opdracht van de directeur van het ziekenhuis, zoals bedoeld in artikel 8, 2°, en in artikel 12 van de wet op de ziekenhuizen, werkt het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis mee aan de integratie van de verpleegkundige activiteit in het geheel van de activiteit van het ziekenhuis, en dit in nauw contact met de hoofdgeneesheer en de verantwoordelijken van de onderscheiden aspecten van de ziekenhuisactiviteiten.

Ter ondersteuning van de organisatorische en inhoudelijke aspecten van de verpleegkundige zorgverlening, dient in de algemene ziekenhuizen een middenkader, bestaande uit verpleegkundigen-diensthouders, te worden voorzien. Het middenkader wordt er, per 150 bedden, gevormd door tenminste één gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of één bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende opleiding heeft gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering. <KB 2007-04-26/63, art. 1, 2°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 2°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

In alle psychiatrische ziekenhuizen dient een middenkader, bestaande uit verpleegkundigen-diensthouders, te worden voorzien. Het middenkader wordt er gevormd door tenminste één gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of één bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende opleiding heeft gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering. <KB 2007-04-26/63, art.

1, 3°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 3°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

In de psychiatrische ziekenhuizen met 150 bedden of meer wordt het aantal middenkaders verhoudingsgewijs bepaald, op basis van één gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of één bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende opleiding heeft gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering, per 150 bedden. <KB 2007-04-26/63, art. 1, 4°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 4°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

Het middenkader kan, naar gelang van de organisatiestructuur van het ziekenhuis, met bepaalde opdrachten worden belast, inzonderheid met het onthaal en de vorming van personeelsleden, met de problemen die verband houden met ziekenhuishygiëne, met de evaluatie van de kwaliteit van de verpleegkundige zorgen, met de patiëntenvoorlichting en met de invoering van nieuwe werkmethodes en procedures.

Het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis overlegt tenminste tien keer per jaar met de verpleegkundigen-diensthoofden teneinde :

- de strategische visie van het verpleegkundig departement te omschrijven;
- de coherentie ervan met de algemene strategie van het ziekenhuis te evalueren, meer bepaald inzake de verbetering van de kwaliteit van de zorgen;
- de opvolging van de ontwikkeling en de implementatie ervan te verzekeren.

Op het niveau van het ziekenhuis dient een organogram van het verpleegkundig departement te bestaan waarin de verantwoordelijken van het departement en van de onderscheidene diensten en verpleegafdelingen worden aangeduid.

Naast dit organogram moet het ziekenhuis ook beschikken over een lijst van alle verpleegkundigen die in het ziekenhuis werkzaam zijn, met vermelding van het diploma of brevet en de bijkomende kwalificaties.

Het aantal met de zorgen belaste personen moet voldoen aan de bijzondere voorwaarden die voor de verschillende diensten gesteld worden.) <KB 2006-07-13/67, art. 1, 031; Inwerkingtreding : 07-09-2006>

(De minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan de lijst van diploma's die in aanmerking komen voor de uitoefening van de functie van hoofd van het verpleegkundig departement en verpleegkundige van het middenkader, zoals bedoeld in de leden 1, 3, 4 en 5, wijzigen.) <KB 2007-04-26/63, art. 1, 5°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 5°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

3° Het personeel moet aan en regelmatig geneeskundig toezicht onderworpen worden en algemene aseptie- en hygiënische maatregelen in acht nemen.

4° Het ziekenbezoek moet bij huishoudelijk reglement geregeld worden. Op beslissing van de geneesheer zullen beperkingen opgelegd worden.

Gepaste maatregelen moeten getroffen worden om een te groot aantal bezoekers in een kamer te voorkomen.

(5° Aan de bedienaren van de eredienst en de lekeraadgevers, die door patiënten gevraagd worden, zal ongehinderd toegang worden verleend tot de inrichting; zij moeten er voor de uitoefening van hun opdracht de geschikte sfeer en faciliteiten vinden. Volledige vrijheid van levensbeschouwing, godsdienst en politieke overtuiging dient aan iedereen gewaarborgd.) <KB 12-01-1970, art. 1>

6° Het binnenverkeer van de inrichting zal grafisch bestudeerd en uitgewerkt worden. (Het houdt rekening met de noodwendigheden van het personeel, de zieken, de bezoekers, de verdeling van het voedsel, enz.).

7° De inrichting moet, op ieder ogenblik, een telefonische oproep kunnen ontvangen en beantwoorden.

8° Alle publiciteit, klantenjagerij of opzichtige reclame, met in 't algemeen door de code van geneeskundige plichtenleer afgekeurde middelen, is verboden.

9° Alle voorzorgen zullen getroffen worden om de profylaxe tegen de besmettelijke ziekten te verzekeren. In al de twijfelachtige gevallen zal de Rijksgezondheidsinspecteur geraadpleegd worden.

Krachtens de bestaande wetgeving zal hij onmiddellijk op de hoogte gebracht worden van elke aanstekelijke ziekte.

9°bis. (ziekenhuishygiëne

a) algemeen

In ieder ziekenhuis is het bevorderen van de hygiëne een taak van :

- de hoofdgeneesheer;
- het hoofd van het verpleegkundig departement;
- een team voor ziekenhuishygiëne;
- en een comité voor ziekenhuishygiëne.

b) het team voor ziekenhuishygiëne

Het team voor ziekenhuishygiëne bestaat uit :

- één of meerdere geneeshe(e)r(en) - ziekenhuishygiënist;
- en één of meerdere verpleegkundige(n) - ziekenhuishygiënist.

De geneesheer-ziekenhuishygiënist hangt bij het uitoefenen van zijn functie binnen het team af van de hoofdgeneesheer van het ziekenhuis onder wiens supervisie hij rechtstreeks functioneert.

De verpleegkundige-ziekenhuishygiënist hangt bij het uitoefenen van zijn functie binnen het team af van het hoofd van het verpleegkundig departement onder wiens supervisie hij rechtstreeks functioneert.

Het team voor ziekenhuishygiëne is op het operationele vlak onafhankelijk, maar rapporteert naar het comité voor ziekenhuishygiëne, de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement. De operationele beslissingen van het team voor ziekenhuishygiëne worden uitgevoerd na overleg met, in opdracht van en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement. Het team voor ziekenhuishygiëne kan rechtstreeks samenwerken met andere comités en instanties in het ziekenhuis.

*De geneesheer-ziekenhuishygiënist coördineert de werking van het team voor ziekenhuishygiëne.
De leden van het team dienen te beschikken over een gepaste opleiding van universitair niveau zoals bedoeld in de volgende leden.*

De verpleegkundige-ziekenhuishygiënist dient te beschikken over een diploma van bachelor verpleegkunde aangevuld met een master in de verpleegkunde of een master in de volksgezondheid.

Met het oog op het doelmatig uitvoeren van de functie moet hij bovendien aantonen, dat hij met goed gevolg een opleiding heeft gevolgd in ten minste de volgende domeinen :

- ziekenhuisinfecties : preventie en controle; microbiologische en infectiologische aspecten; epidemiologische aspecten;

- wetgeving inzake ziekenhuishygiëne.

Deze opleiding bedraagt minstens 250 contacturen.

In afwijking op de vorige leden dient de verpleegkundige die, op de datum van inwerking treden van het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, in toepassing van de op dat ogenblik vigerende erkenningsnormen, fungeert als verpleegkundigeziekenhuishygiënist, niet te voldoen aan de gestelde voorwaarden inzake de vereiste opleiding.

De geneesheer-hygiënist is een geneesheer of een apotheker-klinisch bioloog die een opleiding heeft gevolgd die equivalent is aan deze van geneesheer-ziekenhuishygiënist zoals hieronder beschreven.

Met het oog op het doelmatig uitvoeren van de functie moet hij aantonen, dat hij met goed gevolg een opleiding heeft gevolgd in ten minste de volgende domeinen :

- ziekenhuisinfecties : preventie en controle, microbiologische en infectiologische aspecten; epidemiologische aspecten;

- wetgeving inzake ziekenhuishygiëne;

- antimicrobiële middelen en antibioticabeleid.

Deze opleiding bedraagt minstens 300 contacturen.

In afwijking op de vorige leden dient de geneesheer of de apotheker-bioloog die, op de datum van inwerkingtreden van het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, in toepassing van de op dat ogenblik vigerende erkenningsnormen, fungeert als geneesheer-ziekenhuishygiënist, niet te voldoen aan de gestelde voorwaarden inzake de vereiste opleiding.

Het team voor ziekenhuishygiëne vervult volgende taken :

1° ontwikkeling, implementatie en opvolging van een beleid doorheen het ziekenhuis in verband met :

a) standaardvoorzorgsmaatregelen ter preventie van overdracht van besmettelijke kiemen;

b) isolatie van besmette patiënten ter indijking van overdracht van besmettelijke ziekten;

c) surveillance van ziekenhuisinfecties aan de hand van indicatoren die toelaten hun incidentie in de instelling te volgen en bij te sturen;

2° opzetten van een epidemiebeleid;

3° opvolgen van de hygiëneaspecten bij ziekenhuisactiviteiten zoals :

a) het bouwen of verbouwen;

b) de activiteiten in het operatiekwartier en het verloskwartier;

c) de aankoop van materialen;

4° implementatie van richtlijnen en aanbevelingen opgesteld door officiële instanties, zoals de Hoge Gezondheidsraad;

5° uitwisselen van informatie en ervaring met andere instellingen binnen het kader van een samenwerkingsplatform op het gebied van ziekenhuishygiëne zoals bedoeld in artikel 56, § 3, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Het team stelt een algemeen strategisch plan op evenals een jaarlijks beleidsplan, een jaarlijks activiteitenverslag en een jaarlijks verslag over de werking van het team.

c) Het Comité voor ziekenhuishygiëne

Het Comité voor ziekenhuishygiëne is minstens samengesteld uit :

1° de directeur van het ziekenhuis;

2° het team voor ziekenhuishygiëne;

3° een ziekenhuisapotheker;

4° een microbioloog;

5° de hoofdgeneesheer;

6° het hoofd van het verpleegkundig departement;

7° drie geneesheren werkzaam in de instelling, aangewezen door de medische raad;

8° drie verpleegkundigen werkzaam in de instelling, aangewezen door het hoofd van het verpleegkundig departement.

Het comité voor ziekenhuishygiëne vervult minimaal volgende taken :

1° bespreken en goedkeuren van het algemeen strategisch plan en het jaarlijkse beleidsplan opgesteld door het team;

2° bespreken en goedkeuren van het jaarlijks activiteitenverslag opgesteld door het team;

3° bespreken en goedkeuren van het jaarlijks verslag van de werking van het team;

4° bespreken en goedkeuren van de budgetten en kostenramingen;

5° het coördineren van het toewijzen van opdrachten op het vlak van :

a) de controle op technieken van sterilisatie;

b) antibioticumbeleid;

c) het uitwerken van richtlijnen voor en het houden van toezicht op :

- de methoden van wassen en verdeling van linnen;
- de hygiëne in de bereiding en de distributie van de voeding in keuken en melkkeuken;
- het verzamelen en verwijderen van ziekenhuisafval;

d) het opstellen van een reglement van inwendige orde voor de operatieafdeling, de bevallingsafdelingen en desgevallend de risicodiensten.

Alle beslissingen die binnen het comité worden genomen worden geacteerd in een register en als advies overgemaakt aan de directeur van het ziekenhuis. Het register kan bovendien worden geraadpleegd door de bevoegde geneesheer-inspecteur.

Het comité komt minstens 4 maal per jaar samen.

Het comité wijst een voorzitter aan onder zijn leden-geneesheren.

Het comité kan de diensthouders die betrokken zijn bij de behandelde materie uitnodigen.

Het comité mag beroep doen op adviseurs.) <KB 2007-04-26/67, art. 1, 038; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

(9^{ter} plaatselijk ethisch comité van het ziekenhuis.

Elk ziekenhuis moet beschikken over een plaatselijk ethisch Comité van het ziekenhuis, hierna " het Comité " genoemd.

In het geval van een erkende ziekenhuisgroepering, zoals bepaald in artikel 69, 3^o, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, kan er geopteerd worden voor :

1^o hetzij een gemeenschappelijk Comité voor alle ziekenhuizen van de groepering;

2^o hetzij een apart Comité voor elk ziekenhuis van de groepering;

3^o onder voorbehoud van de toepassing van 1^o worden de ziekenhuizen bedoeld in artikel 5, §§ 4 en 5, van het koninklijk besluit van 10 augustus 1987 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Medische Raad, vrijgesteld van de verplichting om een Comité op te richten, op voorwaarde dat ze elk afzonderlijk aansluiten bij het Comité van een ander ziekenhuis via een overeenkomst op grond waarvan ze zich tot dat Comité kunnen wenden voor alle opdrachten, bepaald in de rubriek " Opdrachten " van dit besluit, waarmee ze zouden worden belast.

Samenstelling.

Het Comité bestaat uit minstens 8 en hoogstens 15 leden, die beide geslachten vertegenwoordigen, waaronder :

- een meerderheid artsen die aan het ziekenhuis of aan de ziekenhuisgroepering verbonden zijn;
- minstens een huisarts die niet aan het ziekenhuis of aan de ziekenhuisgroepering verbonden is;
- minstens een lid van het verpleegkundig personeel van het ziekenhuis of aan de ziekenhuisgroepering;
- een jurist.

Belangstellenden, al dan niet aan het ziekenhuis of de ziekenhuisgroepering verbonden, kunnen als lid van het Comité worden aangewezen.

De hoedanigheid van lid van het Comité is onverenigbaar met de volgende functies :

- directeur van het ziekenhuis;
- hoofdgeneesheer;
- voorzitter van de Medische Raad;
- hoofd van het verpleegkundig departement.

Werking.

Het Comité stelt zijn huishoudelijk reglement op. Het mandaat van lid van het Comité heeft een duur van vier jaar en is hernieuwbaar.

De leden van het Comité worden door de beheerder van het ziekenhuis of van de ziekenhuisgroepering aangewezen :

- wat de artsen betreft, op voorstel van de Medische Raad van het ziekenhuis of van de Medische Raden van de ziekenhuisgroepering;
- wat de verpleegkundige(n) betreft, op voorstel van het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis of van de ziekenhuisgroepering.

Het Comité komt minstens eenmaal per kwartaal bijeen en dit met gesloten deuren.

Het stelt een jaarlijks activiteitenverslag op dat minstens de volgende elementen dient te bevatten :

- een kwantitatieve evaluatie van de werkzaamheden van het Comité;
- de lijst van de behandelde onderwerpen.

Opdrachten.

Het Comité oefent de volgende functies uit, telkens het een verzoek in die zin ontvangt :

- 1^o een begeleidende en raadgevende functie met betrekking tot de ethische aspecten van de ziekenhuiszorg;
- 2^o een ondersteunende functie bij beslissingen over individuele gevallen inzake ethiek;
- 3^o een adviserende functie met betrekking tot alle protocollen inzake experimenten op mensen.

Het verzoek kan uitgaan van elk personeelslid van het ziekenhuis of van de ziekenhuisgroepering en van elke arts.

De adviezen en raadgevingen van het Comité zijn vertrouwelijk en niet bindend en ze zijn het voorwerp van een gemotiveerd verslag dat uitsluitend aan de verzoeker wordt overgezonden en waarin de verschillende standpunten van de leden worden weergegeven.

Het Comité kan, op grond van een gemotiveerde beslissing, weigeren op een verzoek in te gaan.) <KB 1994-08-12/64, art. 1, 015; Inwerkingtreding : 27-03-1995>

(9^{quater}. Bescherming van de persoonlijke levenssfeer bij de verwerking van persoonsgegevens van patiënten, in het bijzonder medische gegevens.

a) Elk ziekenhuis dient, voor wat betreft de verwerking van persoonsgegevens die betrekking hebben op patiënten, in het bijzonder medische gegevens, te beschikken over een reglement voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

b) De bepalingen van dat reglement betreffende de persoonlijke rechten dienen aan de patiënten te worden medegedeeld samen met de kennisgeving van de gegevens bedoeld in artikel 4 van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

c) Het reglement vermeldt, voor elke verwerking, minstens het volgende :

- de doeleinden van de verwerking;
- in voorkomend geval, de wet, het decreet of de ordonnantie of de reglementaire akte waarbij de geautomatiseerde verwerking wordt ingesteld;
- de identiteit en het adres van de houder van het bestand en van de persoon die namens de houder kan optreden;
- de naam van de in f) bedoelde geneesheer;
- de naam van de in g) bedoelde veiligheidsconsulent;
- de identiteit en het adres van de bewerker(s);
- de rechten en plichten van de bewerker(s);
- de categorieën van personen die toegang hebben tot of gemachtigd zijn tot het verkrijgen van de persoonsgegevens van medische aard van de verwerking;
- de categorieën van personen wier gegevens verwerkt worden;
- de aard van de verwerkte gegevens en de manier waarop ze worden verkregen;
- de organisatie van het circuit van de te verwerken medische gegevens;
- de procedure volgens welke, indien noodzakelijk, gegevens geanonimiseerd worden;
- de beveiligingsprocedures ten einde toevallige of ongeoorloofde van gegevens, toevallig verlies of ongeoorloofde toegang, wijziging of verspreiding van gegevens tegen te gaan;
- de termijn waarna, in voorkomend geval, de gegevens niet meer mogen bewaard, gebruikt of verspreid worden;
- de onderlinge verbanden, de onderlinge verbindingen of elke ander vorm van vergelijking van gegevens die worden verwerkt;
- de onderlinge verbindingen en raadplegingen;
- de gevallen waarin gegevens worden verwijderd;
- de wijze waarop de patiënten hun rechten bedoeld in de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens kunnen uitoefenen.

d) Het reglement vermeldt het door de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer toegekende identificatienummer van de verwerking waarop het betrekking heeft en dient, binnen dertig dagen na de inwerkingtreding van dit artikel, te worden overgemaakt aan de Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen. Alle wijzigingen aan bedoeld reglement aangebracht dienen, binnen de dertig dagen na de bekrachtiging door de bevoegde instanties van de inrichtende macht, worden overgemaakt aan de Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen.

e) De Commissie voor toezicht op en evaluatie van statistische gegevens die verband houden met de medische activiteiten in de ziekenhuizen, houdt de in a) bedoelde reglementen ter beschikking van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en deelt om de zes maanden aan de Commissie de geactualiseerde lijst mede van de ontvangen reglementen en wijzigingen van reglementen.

f) De houder van het bestand wijst de geneesheer aan die de verantwoordelijkheid en het toezicht uitoefent bedoeld in artikel 7, eerste lid van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens.

g) De houder van het bestand wijst een veiligheidsconsulent aan belast met de veiligheid van de informatie. De veiligheidsconsulent staat de verantwoordelijke voor het dagelijks beheer met raad bij inzake alle aspecten van de veiligheid van de informatie. De opdracht van de veiligheidsconsulent kan door Ons nader worden omschreven.) <KB 1994-12-16/46, art. 1, 016; Inwerkingtreding : 01-08-1995>

(9^oquinquies. Transfusiecomité van het ziekenhuis.

a) Oprichting.

Elk algemeen ziekenhuis moet beschikken over een Transfusiecomité, hierna " het Comité " genoemd, dat instaat voor de bepaling, opvolging en verbetering van het transfusiebeleid van het ziekenhuis.

De beheerder van het ziekenhuis kan beslissen het transfusiecomité onder te brengen bij het medisch farmaceutisch comité zoals bedoeld in artikel 24, § 1, van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapotheek moet voldoen om te worden erkend. In voorkomend geval worden de bevoegdheden van het transfusiecomité uitgeoefend door voornoemd medisch farmaceutisch comité.

In geval van een erkende groepering, zoals bepaald in artikel 69, 3^o, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, kan er geopteerd worden voor :

1^o hetzij een gemeenschappelijk Comité voor alle ziekenhuizen van de groepering;

2^o hetzij een apart Comité voor elk ziekenhuis van de groepering.

Onverminderd de toepassing van het voorafgaande lid worden de ziekenhuizen bedoeld in artikel 5, §§ 4 en 5, van het koninklijk besluit van 10 augustus 1987 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en werking van de Medische Raad in uitvoering van de artikelen 24, 25 en 26 van de wet van 1963 op de ziekenhuizen, vrijgesteld van de verplichting een Comité op te richten, op voorwaarde dat het betrokken ziekenhuis zich op grond van een overeenkomst met een ander ziekenhuis aansluit bij het comité van dat

ziekenhuis, dat daardoor ook bevoegd wordt ten aanzien van het betrokken ziekenhuis.

b) Samenstelling en werking.

1. Het Comité bestaat uit :

- de hoofdgeneesheer;
- het hoofd van het verpleegkundig departement;
- (de persoon die de leiding heeft van de ziekenhuisbloedbank zoals bedoeld in artikel 1, 1°, van het koninklijk besluit van 17 februari 2005 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisbloedbank moet voldoen om te worden erkend, die zorgt voor het opslaan en het ter hand stellen van bloed en bloedderivaten in het ziekenhuis;) <KB 2005-02-17/36, art. 1, 028; Inwerkingtreding : 25-02-2005>
- minstens drie geneesheren behorende tot onderscheiden disciplines, werkzaam in het ziekenhuis en aangewezen, voor een hernieuwbare periode van vier jaar, op voorstel van de Medische Raad;
- de ziekenhuisapotheker-titularis;
- de afgevaardigde van het bloedtransfusiecentrum dat voor de normale bevoorrading van het ziekenhuis zorgt.

2. Het Comité wijst een voorzitter aan onder de leden.

3. Het Comité stelt een huishoudelijk reglement op.

4. Het Comité komt minstens tweemaal per jaar samen.

5. Het Comité is verplicht de diensthoofden, die betrokken zijn bij de behandelde materie, uit te nodigen.

6. Het Comité mag beroep doen op adviseurs.

c) Opdrachten.

Het Comité is belast met volgende taken :

1. het waarborgen van een wetenschappelijk gefundeerd, veilig en kwalitatief verantwoord transfusiebeleid in het ziekenhuis door het toepassen van door haar opgestelde transfusierichtlijnen.

Deze richtlijnen hebben ondermeer betrekking op :

- 1° de indicatiestelling en het daaraan beantwoordende voorschrift;
- 2° de afname van het bloedstaal;
- 3° de procedures met betrekking tot de ontvangst van het labiel bloedproduct, de bewaarcondities en het transport binnen het ziekenhuis;
- 4° de toediening van het labiel bloedproduct (pre-transfusie procedure, observatie tijdens de transfusie, inlichting rond alarmsymtomen);
- 5° de declaratie van vermeden en werkelijke afwijkingen van de voorgeschreven procedures bij transfusie;
- 6° de informatie aan de patiënt en de behandelende geneesheer van de werkelijke afwijkingen bedoeld in 5°;
- 7° de post-transfusionele opvolging van de receptor en de feedback van informatie aan de patiënt en de behandelend geneesheer.

2. het samenbrengen van de richtlijnen, bedoeld in het eerste punt, in een transfusiehandboek;

3. het overmaken of ter beschikking stellen van het transfusiehandboek, bedoeld in het tweede punt, aan alle betrokkenen van het ziekenhuis;

4. het stimuleren van en het meewerken aan wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot transfusiebeleid;

5. het verspreiden van nationale en internationale literatuurgegevens en in het bijzonder praktijkveranderende wetenschappelijke informatie inzake transfusie;

6. het organiseren van een kwaliteitscontrole en, meer in het bijzonder, van een systeem van hemovigilantie.

Dit omvat onder andere :

a) de gegevens van het ziekenhuis over de nevenwerkingen te wijten aan de labiele bloedproducten en de gevolgde procedures bespreken;

b) het voorlichten van de betrokkenen over bedoelde nevenwerkingen.

Dit veronderstelt de toevoeging aan het medisch dossier van de patiënt, van een document zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 10°, van het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medische dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen.

7. het bekwamen van het personeel op het vlak van transfusie.

d) Toezicht op de activiteiten van het Comité.

De maatregelen die door het Comité genomen worden, moeten te boek gesteld worden in een register dat kan geraadpleegd worden door de bevoegde geneesheer-inspecteur.) <KB 2002-04-16/41, art. 1, 027; Inwerkingtreding : 12-07-2002>

(9sexies. Elk algemeen ziekenhuis moet beschikken over een systeem waarbij elke afzonderlijke eenheid bloed of bloedderivaat die het ziekenhuis ontvangt ondubbelzinnig wordt geïdentificeerd en geregistreerd zodat ze kunnen worden getraceerd van donor tot eindbestemming en omgekeerd. Eveneens dient ieder algemeen ziekenhuis te beschikken over een registratie- en meldingsprocedure voor vermoede ernstige ongewenste bijwerkingen bij de patiënten tijdens en na de transfusie die aan de kwaliteit of veiligheid van bloed of bloedderivaten kunnen worden toegeschreven evenals voor ernstige ongewenste voorvallen bij het opslaan, ter hand stellen of uitvoeren van compatibiliteitstests op bloed en bloedderivaten die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit of veiligheid ervan.

Voor bloed en bloedderivaten die met een melding zoals hierboven bedoeld in verband kunnen worden gebracht dient bovendien een snelle en verifieerbare procedure te worden uitgewerkt om ze aan de distributie te onttrekken.) <KB 2006-10-17/34, art. 1, 032; Inwerkingtreding : 03-11-2006>

10° Dagelijks zal de geneesheer zijn ziekenbezoek afleggen.

11° De directie van de inrichting zal door een doctor in de geneeskunde bijgestaan worden, die bij voorkeur door collega's gekozen wordt; hij treedt op als technisch adviseur van de directie en is tegenover haar

verantwoordelijk voor de technische werking, de veiligheidsmaatregelen voor personeel en zieken, de toepassing van de regels van de plichtenleer en de wettelijke of reglementaire voorschriften.

12° (Per verpleegafdeling wordt één hoofdverpleegkundige aangeduid. De hoofdverpleegkundige is een gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of een bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende kaderopleiding in de verpleegkunde, of een bijkomende opleiding van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering heeft gevolgd. <KB 2007-04-26/63, art. 2, 1°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 2, 1°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

Deze scholing dient betrekking te hebben op het geven van leiding aan een verpleegkundige equipe.

De hoofdverpleegkundige werkt mee aan de integratie van de verpleegkundige activiteit in het geheel van de activiteit van het ziekenhuis, en voert zijn opdracht uit onder de hiërarchie van het hoofd van het verpleegkundig departement en in nauw contact met de artsen en de verantwoordelijken van de onderscheiden aspecten van de activiteiten van de afdeling.

Doorheen alle dagen van het jaar moet, naast de hoofdverpleegkundige, permanent per afdeling en maximum per 30 zieken, de aanwezigheid van een gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde gewaarborgd zijn, zodat de continuïteit en de kwaliteit van de zorg verzekerd zijn.

De verhouding deeltijds werk/voltijds werk dient in overleg met het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis op zo een niveau vastgelegd te worden dat de continuïteit en de kwaliteit van de zorg verzekerd blijven.

Het verpleegkundig werk dient op de afdelingen op die wijze georganiseerd te worden dat op elk ogenblik kan vastgesteld worden welke verpleegkundige voor welke patiënt verantwoordelijk is.) <KB 2006-07-13/67, art. 2, 031; Inwerkingtreding : 07-09-2006>

(De minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan de lijst van diploma's die in aanmerking komen voor de uitoefening van de functie van hoofdverpleegkundige, zoals bedoeld in het eerste lid, wijzigen.) <KB 2007-04-26/63, art. 2, 2°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 2, 2°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

12°bis. (...). <KB 2007-04-27/94, art. 13, 036; Inwerkingtreding : 14-06-2007>

12°ter. De verpleegkundige uurroosterregelingen dienen schriftelijk vastgelegd, waarin op ziekenhuisniveau de interne wacht onder leiding van een supervisor 24 uur op 24 uur verzekerd wordt. Bovendien moet er in het ziekenhuis een schriftelijke procedure bestaan waarbij de wijze wordt bepaald van optreden bij interne urgenties.

12°quater. (Het hoofd van het verpleegkundig departement, de verpleegkundigen-diensthouders en de hoofdverpleegkundigen dienen een permanente vorming te volgen van tenminste 60 uur over een periode van 4 jaar, teneinde hun kennis en competenties te onderhouden in de volgende domeinen :

- ziekenhuiswetgeving, met inbegrip van wetgeving betreffende de ziekenhuisfinanciering;
- organisatie en beheer van personeel, met inbegrip van coaching;
- sociale wetgeving;
- principes van bedrijfsbeheer;
- epidemiologie;
- beheer van ziekenhuisgegevens;
- efficiëntie en kwaliteit van de zorg.) <KB 2006-07-13/67, art. 3, 031; Inwerkingtreding : 07-09-2006>

(12°quinquies : § 1. Elk ziekenhuis beschikt over een mobiele equipe van personeelsleden, die niet gebonden is aan een architectonische, structurele of functionele eenheid.

§ 2. Deze mobiele equipe, bestaande uit verpleegkundigen en verzorgenden, wordt toegewezen aan het verpleegkundig departement van de instelling en valt onder de verantwoordelijkheid van het hoofd van het verpleegkundig departement.

§ 3. De mobiele equipe bestaat voor minimaal 70 % uit verpleegkundigen.

De aanwerving van het personeel van deze mobiele equipe gebeurt bovenop de bestaande erkennings- en financieringsnormen.

Het personeel dat het voorwerp uitmaakt van een andere overheidsfinanciering komt niet in aanmerking voor de creatie van de mobiele equipe.

De mobiele equipe mag geenszins aangewend worden om aan de minimumomkaderingsnormen van de ziekenhuisdiensten, functies, afdelingen, zorgprogramma's, medisch-technische en medische diensten te beantwoorden.

De aanwerving van de leden van de mobiele equipe wordt als volgt vastgelegd :

1° op 1 januari 1999 :

- a) wat betreft de algemene ziekenhuizen, 0,5 personeelslid per 30 C, D, E, H* en Sp bedden;
- b) wat betreft de psychiatrische ziekenhuizen, 0,5 personeelslid per 30 T-bedden;

2° op 1 januari 2000 :

onverminderd de bepalingen in 1°, bijkomend 0,5 personeelslid volgens hetzelfde criterium als beschreven in 1°.

§ 4. Het hoofd van het verpleegkundig departement stelt een ontwerp van toewijzingsplan op met betrekking tot de grootte, de samenstelling, de concrete plaats en wijze van inzetten van deze mobiele equipe en legt dit voor advies voor aan de ondernemingsraad of bij ontstentenis, de syndicale delegatie voor private instellingen, of het betreffende overlegcomité voor de openbare instellingen.

Het toewijzingsplan wordt opgemaakt door het hoofd van het verpleegkundig departement bij de vorming van de mobiele equipe, en daarna op jaarlijkse basis, evenals bij wijziging van de grootte, de samenstelling, de concrete plaats en wijze van inzetten.

Het hoofd van het verpleegkundig departement zal verslag uitbrengen aangaande het toewijzingsplan aan de ondernemingsraad of bij ontstentenis, de syndicale delegatie voor private instellingen, of het betreffende overlegcomité voor de openbare instellingen. Dit verslag is opvraagbaar door de overheden die de erkenning in hun bevoegdheid hebben.

§ 5. Het volledige effectief van voormelde mobiele equipe dient ingezet te worden in verpleegeenheden, het operatiekwartier, de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" of de gipskamer. De concrete plaats en wijze van inzetten is vrij te bepalen door het hoofd van het verpleegkundig departement volgens de procedure bedoeld in § 4, rekening houdend met de noodzaak :

1° om het personeel op een meer permanente wijze in te zetten op de hiervoor genoemde diensten en functies die een hogere zorgvraag genereren, welke leidt tot een verhoogde werkdruk;

2° om acute situaties van verhoogde of toegenomen zorgvraag en werkdruk op te vangen;

3° ter vervanging van verpleegkundigen of verzorgenden bij ziekte of vorming, en ter vervanging en bijstand van specifieke verpleegkundige functies zoals de referentieverpleegkundige.) <KB 1999-02-15/444, art. 2, 022; Inwerkingtreding : 1999-01-01>

13° Er moet voldoende onderhoudspersoneel zijn.

(14° ⁵ De algemeen directeur is eindverantwoordelijke voor het actieplan, hierna ziekenhuisnoodplan genoemd, onverminderd de verantwoordelijkheden van de hoofdgeneesheer betreffende de medische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het medisch ziekenhuisnoodplan - ZNP MED) en de verantwoordelijkheden van de technisch directeur betreffende de technische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het technisch ziekenhuisnoodplan ZNP TEC). Vanuit deze verantwoordelijkheid:

a) is de algemeen directeur of diens vervanger voorzitter van het permanent comité;

b) is de algemeen directeur of diens vervanger contactpersoon voor de overheden in geval van een interne of externe rampspoedige gebeurtenis. De algemeen directeur of diens vervanger is daartoe 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar;

c) is de algemeen directeur of diens vervanger voorzitter van de coördinatierel van het ziekenhuis (CCZ), bij toepassing van het ziekenhuisnoodplan;

d) bepaalt de algemeen directeur of diens vervanger de behandelcapaciteit van het ziekenhuis. Hij meldt de behandelcapaciteit in het Incident Crisis Management System (ICMS). In dit punt wordt verstaan onder behandelcapaciteit: de vrije bedden die op het ogenblik van het incident beschikbaar zijn;

e) kan de algemeen directeur of diens vervanger de reflex- of huisvestigingscapaciteit van het ziekenhuis tijdens het incident in geen geval wijzigen. In dit punt wordt verstaan onder reflex- of huisvestigingscapaciteit: het minimale aantal slachtoffers dat de ziekenhuiscampus kan opnemen tijdens het eerste uur;

f) kan de algemeen directeur of diens vervanger, in het geval dat het ziekenhuisnoodplan werd afgekondigd, beslissen, nadat de reflexcapaciteit werd bereikt en na overleg met de federale gezondheidsinspecteur, geen slachtoffers van de noodsituatie (meer) naar het ziekenhuis te laten verwijzen.

Ieder ziekenhuis duidt een noodplancoördinator aan. De noodplancoördinator treedt zowel intern als extern op als aanspreekpunt voor het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator heeft zowel preventieve als operationele taken inzake het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator is functioneel belast met de coördinatie en kwaliteitsbewaking van alle activiteiten met betrekking tot het ziekenhuisnoodplan. Hiertoe biedt de noodplancoördinator ondersteuning en medewerking aan volgende processen:

a) de ontwikkeling en uitwerking van de noodprocedures op basis van een risicoanalyse, waarbij rekening wordt gehouden met de patiëntveiligheid en de veiligheid van de medewerkers;

b) de ontwikkeling van het ziekenhuisnoodplan, aangepast voor alle diensten binnen het ziekenhuis;

c) de integratie van de gemeentelijke en provinciale noodplanning binnen het ziekenhuisnoodplan;

d) de verspreiding van het ziekenhuisnoodplan in het ziekenhuis;

e) de bewaking van de noodzakelijke aanpassingen in functie van de wijzigende ziekenhuisorganisatie;

f) de organisatie van oefeningen;

g) de opleiding van de sleutelfiguren binnen het ziekenhuisnoodplan;

h) het verstrekken van informatie aan ziekenhuispersoneel en het verzorgen van een communicatieve brugfunctie met de diensten van het ziekenhuis en externe instanties;

i) de evaluatie van de toepassing van het ziekenhuisnoodplan.

De noodplancoördinator speelt tijdens noodsituaties waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is een rol in de coördinatierel van het ziekenhuis (CCZ): hij fungeert er als procesbewaker en ondersteunt er de algemeen directeur. De arbeidstijd van de noodplancoördinator wordt bepaald door het ziekenhuis, in functie van de grootte van het ziekenhuis en van de gemaakte risicoanalyse. De functie van noodplancoördinator is verenigbaar met een andere functie in het ziekenhuis. Als het ziekenhuisnoodplan van toepassing is zal men, zo deze niet in het ziekenhuis is, steeds proberen de noodplancoördinator op te roepen, voor zover hij/zij beschikbaar is.

In ieder ziekenhuis moet een permanent comité, onder leiding van de algemeen directeur, belast worden met het opstellen, het actualiseren en het valideren van het ziekenhuisnoodplan. Binnen het permanent comité wordt er een bureau opgericht, waarvan minstens de hoofdgeneesheer, de noodplancoördinator, het medisch diensthoofd van de spoedgevallendienst en een secretariaatsfunctie deel uitmaken. De secretariaatsfunctie kan door één van de verplicht aanwezige functies in het Bureau worden waargenomen. De relatie tussen het bureau en het permanent comité wordt vastgelegd in een huishoudelijk reglement. In dit huishoudelijk reglement worden minimaal de opdrachten, de vergaderfrequentie en de wijze van besluitvorming van het bureau vastgelegd. Het bureau heeft een beleidsvoorbereidende taak en ondersteunt het permanent comité inzake de uitvoering van de beslissingen inzake het ziekenhuisnoodplan.

Het ziekenhuisnoodplan moet voor advies worden voorgelegd aan de burgemeester van de gemeente waarin het ziekenhuis gelegen is. Hiertoe wordt het ziekenhuisnoodplan bezorgd aan de burgemeester, die het

ziekenhuisnoodplan voor advies bezorgt aan de gemeentelijke veiligheidscel. De gemeentelijke veiligheidscel betreft in het uitbrengen van dit advies enerzijds Brussel Preventie en Veiligheid en anderzijds de federale gezondheidsinspectie.

Daartoe worden Brussel Preventie en Veiligheid en de federale gezondheidsinspectie uitgenodigd op de bespreking van het ziekenhuisnoodplan op de gemeentelijke veiligheidscel. Als de vertegenwoordigers van Brussel Preventie en Veiligheid niet zijn ingegaan op de uitnodiging, maakt de gemeentelijke veiligheidscel autonoom een advies op, dat ter kennisgeving aan de provinciale noodplancoördinator, de federale gezondheidsinspectie en de burgemeester wordt bezorgd. De provinciale noodplancoördinator en de federale gezondheidsinspectie kunnen opmerkingen op het advies overmaken aan de burgemeester. Als er binnen de twee maand die volgen op het overmaken van het advies, geen opmerkingen worden geformuleerd, wordt het advies zoals geformuleerd door de gemeentelijke veiligheidscel als definitief beschouwd. De burgemeester attesteert, op basis van dit advies, al dan niet met opmerkingen door de noodplancoördinator en/of de federale gezondheidsinspectie, het advies met betrekking tot het ziekenhuisnoodplan. In het attest van de burgemeester kunnen opmerkingen worden geformuleerd. Het attest van de burgemeester wordt aan het ziekenhuis bezorgd, die het op zijn beurt bezorgt aan de minister bevoegd voor het gezondheidsbeleid. De minister keurt, op basis van dit attest, het ziekenhuisplan al dan niet goed. Een goedkeuring geldt voor een periode van vijf jaar.

Het ziekenhuis moet, voor wat betreft het oefenen van het ziekenhuisnoodplan, een meerjarenplan opmaken, waarbij minimaal 1 keer per jaar een oefening wordt voorzien. De controle op de uitvoering van het meerjarenplan gebeurt door de gemeentelijke veiligheidscel. Een reële noodsituatie, waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is, is geldig als oefening, op voorwaarde dat er een kwalitatieve debriefing is gevolgd waarbij alle actoren zijn betrokken en de daaruit volgende verbetermogelijkheden werden geïmplementeerd.

In het ziekenhuisnoodplan worden twee fasen gehanteerd: de fase 'informatie' en de fase 'actie'. Het hulpcentrum 112 speelt een cruciale rol in de bepaling van de fase van het ziekenhuisnoodplan. In de fase 'actie' zijn er twee niveaus: niveau I en niveau II. De coördinatrice van het ziekenhuis bepaalt het niveau.

In de fase 'informatie':

a) is er kennis van een noodsituatie hetzij omdat het ziekenhuis via de noodcentrale 112 wordt verwittigd dat het Medisch Interventieplan (MIP) werd afgekondigd, hetzij omdat er een spontane en onaangekondigde toestroom van een belangrijk aantal patiënten is van eenzelfde gebeurtenis. In het laatste geval zal het ziekenhuis de noodcentrale 112 hiervan in kennis stellen;

b) wordt de spoedgevallensarts verwittigd. De spoedgevallensarts informeert zich over de aard van de noodsituatie, het te verwachten aantal slachtoffers, de aard van de aandoeningen en de aankomsttijden. Op basis van deze informatie beslist de spoedgevallensarts, na intern overleg, of er al dan niet wordt overgegaan tot de fase 'actie'.

In de fase 'actie' correspondeert 'niveau I' met een minimale toename van de personeelsinzet die wordt gerealiseerd door interne verschuivingen. Er wordt geen extra personeel opgeroepen. 'Niveau I' stemt overeen met een te verwachten aantal slachtoffers dat de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) niet overstijgt.

'Niveau II' stemt overeen met een groot aantal te verwachten slachtoffers, waarbij de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) overschreden wordt. Er is nood aan bijkomend, extra op te roepen personeel.

Het ziekenhuisnoodplan bevat de procedures voor evacuatie, relocatie, receptie en isolatie van slachtoffers en moet op volgende aangelegenheden betrekking hebben:

a) de oprichting, de samenstelling en de werking van een coördinatrice, belast met het leiden van de operaties, het verzamelen van informatie inzake de noodsituatie, het beslissen over het reactievermogen van het ziekenhuis, het eventueel aanpassen van het ziekenhuisnoodplan en het instaan voor de contacten met de families, de overheden en de pers;

b) de fasen en niveau's met hun respectievelijk personeelseffectief van interne mobilisatie, de procedures en de logistieke actiemiddelen evenals de aanwijzing van de personen bevoegd om over de toepassing van het ziekenhuisnoodplan of één van de fases te beslissen;

c) de aanwijzing van de lokalen, bestemd voor de triage, het toezicht op en de behandeling van de slachtoffers volgens de urgentiegraad, evenals van de lokalen van de pers, de familieleden, de overheid en de stoffelijke overschotten;

d) de voorschriften ter identificering van de slachtoffers;

e) het organogram, de manier van werken en de aanwijzing van de personeelsleden naargelang van de fase en het betrokken niveau;

f) de lijst van enerzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën van het ziekenhuis die oproepbaar en meteen beschikbaar moeten zijn en anderzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën die oproepbaar zijn, evenals de terzake geldende oproepmodaliteiten;

g) de logistieke maatregelen voor de toepassing van het ziekenhuisnoodplan en in het bijzonder het inzetten van materieel, geneesmiddelen en noodvoorraden, de maatregelen inzake bloed- en derivatenvoorraden evenals de maatregelen met betrekking tot de spoedgevallendienst, de dienst voor intensieve behandeling, het operatiekwartier, de radiologiedienst en het laboratorium;

h) de maatregelen ter bescherming van de slachtoffers, het personeel, de lokalen en het materiaal in geval van besmetting evenals de te volgen decontaminatieprocedures en -technieken;

i) de voorschriften inzake de interne circulatie en het controleren van de onmiddellijke omgeving van het ziekenhuis;

j) de praktische werking van een cel voor de opvang en psychosociale begeleiding van de familie;

k) de mogelijkheid om de communicatiemiddelen uit te breiden, om communicatienetwerken uit te bouwen en om de ontvangst en de verspreiding van informatie te centraliseren;

l) de voorschriften betreffende de samenwerking met de gemeentelijke en provinciale overheid met het oog op de integratie van het ziekenhuis in de gemeentelijke of provinciale noodplannen;

m) de beschrijving van de aanwending van het ziekenhuisnoodplan in de vorm van een synoptische tabel;

n) een handleiding met de instructiefiches bestemd voor de verschillende soorten ziekenhuisdiensten en -personeel;

o) de middelen voor de opleiding van geneesheren en alle personeelsleden;

p) het meerjarenplan betreffende de oefeningen om validatie of aanpassing van het ziekenhuisnoodplan mogelijk te maken;

q) de voorschriften inzake het in veiligheid brengen, de interne en externe evacuatie van de opgenomen patiënten en van het personeel;

r) de capaciteit om slachtoffers op te vangen uitgedrukt in reële verzorgings- en behandelingscapaciteit, evenals de huisvestingscapaciteit.

De incidenten die de hoogste risico's inhouden en minimaal voor risico's van chemische, biologische, radiologische en/of nucleaire aard en explosieven (CBRNe), brand, uitval van IT-voorzieningen, uitval nutsvoorzieningen en pandemie, alsook voor de risico's waarvoor op basis van reglementering een noodplan moet worden uitgewerkt, moeten in het ziekenhuisnoodplan specifiek behandeld worden.

Iedere dienst en ieder personeelslid moet beschikken over de instructiefiches die hem aanbelangen en moet eveneens ingelicht zijn over zijn opdracht binnen het ziekenhuisnoodplan.⁵

² 15° De directeur van het erkend laboratorium voor klinische biologie van het ziekenhuis of waarmee het ziekenhuis een samenwerkingsakkoord heeft, houdt toezicht op en is verantwoordelijk voor de uitvoering in het ziekenhuis van gedecentraliseerde testen klinische biologie zoals bedoeld in artikel 1, 2°, van het koninklijk besluit van 3 december 1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.²

³ 16° Elk algemeen ziekenhuis keurt, na pluridisciplinair beraad binnen de instelling, een protocol voor beroertezorg goed dat de hoofdlijnen bevat voor de specifieke opvang van de patiënten met een acute beroerte.

Dit protocol behandelt in het bijzonder :

1° de specifieke eerste opvang van patiënten met een acute beroerte;

2° de modaliteiten met betrekking tot de doorverwijzing van patiënten;

3° desgevallend de opvang van patiënten met een acute beroerte in de post-acute fase en de revalidatiefase.

De hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van deze verplichting.

Dit protocol wordt meegedeeld aan en ter beschikking gesteld van de leden van het medisch en verpleegkundig departement van alle vestigingsplaatsen van het ziekenhuis.³

¹ IV. Normen inzake traceerbaarheid en melding van ernstige bijwerkingen en ernstige ongewenste voorvallen met betrekking tot het menselijk lichaamsmateriaal.

1. ⁴ ...⁴

2. ⁴ ...⁴

3. ⁴ ...⁴

4. ⁴ ...⁴

5. ⁴ ...⁴

6. ⁴ ...⁴

7. Het wegnemingsrapport en de gegevens inzake documentatie van de donor van menselijk lichaamsmateriaal bedoeld in punt 1.4 van bijlage III van het koninklijk besluit bedoeld in 1, b), dat bestemd is voor een productie-instelling, worden gedurende een periode van tenminste dertig jaar en maximaal vijftig jaar bewaard door het ziekenhuis waar het menselijk lichaamsmateriaal is weggenomen, onverminderd punt 1.4.1. van bijlage III van hoger vermeld besluit.

8. Elk ziekenhuis meldt, jaarlijks uiterlijk op 30 april, de lijst van de depots, zoals bedoeld in het koninklijk besluit bedoeld in 1, b), die zich het voorgaande jaar op zijn vestigingsplaatsen bevonden, aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten.

Bij elk depot wordt gepreciseerd op welke vestigingsplaats van het ziekenhuis deze zich bevindt.

9. De voorgaande punten zijn niet van toepassing ten aanzien van de volgende categorieën ziekenhuizen die op voorhand aan de voor erkenning bevoegde overheid en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten melden dat in het betrokken ziekenhuis geen menselijk lichaamsmateriaal wordt toegepast op de mens zoals bedoeld in de in 1, a) bedoelde wet en dat in het betrokken ziekenhuis geen menselijk lichaamsmateriaal bij levende donors wordt weggenomen :

a) de psychiatrische ziekenhuizen;

b) de geïsoleerde geriatriediensten (kenletter G);

c) de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter S), al of niet samen met diensten voor gewone hospitalisatie (kenletter H) of diensten neuropsychiatrie voor behandeling van volwassenen patiënten (kenletter T), of gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) bestemd voor patiënten met psychogeriatrische en chronische aandoeningen en voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte die zich in een terminale fase bevinden en palliatieve zorg behoeven.

De ziekenhuizen die bij toepassing van het eerste lid een melding hebben verricht, trekken onverwijld deze melding in indien deze niet meer aan de realiteit beantwoordt.¹

- (2)<KB 2012-08-03/37, art. 1, 043; Inwerkingtreding : 14-09-2012>
(3)<KB 2014-04-19/75, art. 1, 047; Inwerkingtreding : 18-08-2014>
(4)<KB 2017-07-31/23, art. 2, 048; Inwerkingtreding : 01-02-2018>
(5)<BESL 2019-05-03/08, art. 1, 051; Inwerkingtreding : 01-07-2019>

Art. N1 VLAAMS GEWEST.

Bijlage. A. Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn. <Gedeeltelijk vernietiging door het arrest van de Raad van state nr. 120.537 van 12 juni 2003 ; zie B.St. 03.12.2003, Ed. 2, p. 57842>

De algemene normen, die op al de inrichtingen toepasselijk zijn, betreffen al de diensten zonder onderscheid, ongeacht hun kenletter.

I. Architectonische normen.

A. Normen voor de algemene hygiëne der gebouwen.

1° De inrichting moet in een rustig en gezond oord gelegen zijn. Zoniet dienen al de voorbehoedmiddelen tegen het lawaai genomen.

2° De gebouwen moeten geregeld onderhouden worden en elke vochtigheid of infiltratie moet bestreden worden.

3° De voor de nieuwbouw aangewende materialen moeten onbrandbaar zijn. Alle voorzorgen dienen getroffen om het brandgevaar te beperken :

a) door bescherming van de brandbare materialen (onbrandbare vloeren en muurbekleding);

b) door plaatsing van voldoende blustoestellen en kranen;

c) door uitvoering van alle verticale verkeersmogelijkheden in hard en onbrandbaar materiaal;

d) door, in de mate van het mogelijke, toegangswegen te voorzien welke de tussenkomst van de wagens voor brandbestrijding toelaten.

4° De inrichtingen met verdiepingen dienen voorzien van een voldoende aantal liften of ziekenliften, opdat het verticaal verkeer doeltreffend zou kunnen geschieden.

5° Al de vloeren en wanden moeten afwasbaar, ondoordringbaar en gemakkelijk te ontsmetten zijn.

Het meubilair moet eenvoudig, bij voorkeur in metaal, afwasbaar en gemakkelijk te ontsmetten zijn.

6° De verbindingen tussen wand en vloer moeten afgerond zijn.

7° Overbodige versiersels, lijstwerken en voorwerpen, die stof kunnen opvangen, dienen geweerd.

8° In het verwarmen, het ventileren en het verlichten van alle lokalen en gangen moet voorzien zijn, bij om 't even welk weder en onder alle omstandigheden.

Er moet een noodverlichting bestaan.

9° Al de leidingen moeten in gemakkelijk bereikbare, in de muren aangebrachte kokers verenigd zijn.

10° In gans het gebouw moet drinkwater van goede hoedanigheid overvloedig voorhanden zijn.

11° Er moeten afzonderlijke sanitaire installaties, in voldoende aantal voorhanden zijn voor de zieken, de bezoekers en het personeel.

12° Het afvalwater moet gezuiverd worden vooraleer het naar buiten afgevoerd wordt, in alle gevallen waar zulks voor de Dienst voor Zuivering van Afvalwater geëist wordt.

13° De vaste afval en inzonderheid de keukenafval moet in hermetisch gesloten recipiënten weggevoerd worden, terwijl bevuilde en besmette verbandmiddelen verplicht verbrand moeten worden.

14° De inrichtingen van de algemene diensten, en inzonderheid de keukens en washuizen, moeten zó gelegen zijn dat de verspreide geuren en dampen geen hinder veroorzaken.

B. Normen die op de ziekenhuisverpleging betrekking hebben.

1° De ziekenkamers moeten ingericht worden in het kalmste en best georiënteerd gedeelte.

2° De oppervlakte van de ziekenkamers moet ten minste 8 m² bedragen; in de lokalen met verscheidene bedden mag die oppervlakte tot 7 m² per bed verminderd.

3° Het volume van de ziekenkamers moet tenminste 25 m³ bedragen; die inhoud mag tot 20 m³ per bed verminderd worden in de lokalen met verscheidene bedden.

4° De oppervlakte van de voor de natuurlijke verlichting bestemde wanden moet ten minste 1/6 bedragen van de vloeroppervlakte.

5° Het moet vermeden worden meer dan zes bedden per lokaal te plaatsen.

6° De bedden moeten evenwijdig geplaatst zijn met het vlak der vensters. Zij moeten tegen tocht beschermd zijn.

7° Iedere zieke moet, voor zijn persoonlijk gebruik over een bed, een kast en een nachttafeltje beschikken. Die drie stukken zijn het minimummeubilair.

8° De zieken moeten over voldoende kunstlicht beschikken.

De nachtverlichting, die doeltreffend en bescheiden moet zijn, moet in de ziekenkamers, de gangen en de verzorgingslokalen aangelegd zijn.

9° De kamers moeten op natuurlijke wijze geventileerd kunnen worden, zonder tocht te veroorzaken.

10° De kamers dienen zodanig verwarmd dat men bij om het even welke weersgesteldheid een temperatuur van 20° kan bereiken. Men zal een systeem aannemen waarin open vuur en ontwikkeling van gas of stof, of de aanwending van schoorstenen in de ziekenkamers volstrekt vermeden worden.

11° De ziekenkamers moeten uitgerust zijn met ten minste 1 wastafel met stromend drinkbaar water.

12° De ziekenhuisafdelingen dienen van voldoende sanitaire installaties voorzien te zijn. Zij omvatten tenminste : 1 W.C. voor 10 zieken, 1 bedpannenwasser voor 30 zieken, 1 bad- of stortbadkamer voor 30 zieken.

13° Geen enkele leiding mag zonder volstreekte noodzakelijkheid door de ziekenkamers gaan. Alle voorzorgen zullen genomen worden om te verhinderen dat die leidingen een verzamelplaats voor stof zouden worden.

14° Een aanrechtkeuken zal worden ingericht voor de uitdeling van het voedsel en de dranken, en de bereiding van kleine maaltijden. Geen enkele ongezonde of gevaarlijke bewerking mag in dat lokaal geschieden.

15° De verplegingseenheid moet bovendien over een lokaal voor de verpleegster beschikken.

16° Wanneer in een verplegingseenheid meer dan 1/4 der zieken in gemeenschappelijke kamers verpleegd worden, past het over een onderzoeks- en behandelingszaal te beschikken.

17° Men moet beschikken over een voldoende aantal kamers met één bed om er steeds de zieken in te kunnen opnemen, voor wie afzondering vereist is.

II. Functionele normen.

1° De inrichting moet gemakkelijk toegankelijk zijn voor de ambulancewagens.

Er moeten autoparkeerplaatsen beschikbaar zijn voor de geneesheren die dringend kunnen opgeroepen worden.

Er moet een afzonderlijke ingang zijn voor de algemene diensten (lijkhuisje, keuken, enz.).

2° De toegang tot de technische afdelingen en de verplegingseenheden moet gemakkelijk zijn, hoewel er toch een werkelijke scheiding tussen de diensten moet bestaan.

3° Het verticaal verkeer moet van de verplegingseenheden afgezonderd zijn.

4° De diensten van de polikliniek voor lopende zieken mogen niet in de verplegingseenheden gelegen zijn.

Door bijzondere beschikkingen dient ervoor gezorgd dat, in de consultatieafdeling, de zieken-externen en de zieken-internen van elkander gescheiden zijn.

5° De keuken moet zo gelegen zijn dat het voedsel gemakkelijk en vlug aan al de zieken van alle eenheden kan bezorgd worden.

De maaltijden moeten volgens de meest nauwgezette regelen van zindelijkheid en hygiëne bereid en uitgedeeld worden. De maaltijden moeten warm aan de zieken opgediend worden.

6° Voor al de zieken moet voortdurend een geneeskundig dossier en een koortsblad bijgehouden worden.

De voorschriften van de geneesheren, die dagelijks voor de verschillende zieken gegeven worden, moeten in een register of op kaarten ingeschreven worden.

7° Een bescheiden maar doeltreffend oproepingssysteem moet in al de ziekenkamers voorhanden zijn.

8° Het voor de zieken gebruikt geneeskundig materieel (injectiespuitjes, verbandmiddelen, enz.) moet zorgvuldig gesteriliseerd worden.

(9°) (...) <KB 2006-12-28/57, art. 8, 033; Inwerkingtreding : 30-07-2007>

III. Organisatorische normen.

1° De leiding over de behandeling van de zieken moet uitsluitend bij de geneesheren berusten.

De inrichting moet steeds, en binnen de kortst mogelijke tijd, over de bevoegde hulp van ervaren geneesheren kunnen beschikken.

1°bis. (Elk ziekenhuis (dat over een erkend zorgprogramma voor kinderen beschikt, waarvan een erkende dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E) deel uitmaakt), evenals elk ziekenhuis dat niet over een dergelijke dienst beschikt maar waar het is toegestaan in toepassing van onderhavig besluit, kinderen te behandelen, moet, na multidisciplinair beraad binnen de instelling, een protocol goedkeuren dat de hoofdlijnen bepaalt voor de specifieke opvang van de opgenomen of ambulante verzorgde kinderen; de uitvoering van deze verplichting behoort tot de verantwoordelijkheid van de beheerder van het ziekenhuis. <KB 2006-07-13/54, art. 34, 2°, 030; Inwerkingtreding : 01-01-2007>

Dit protocol behandelt in het bijzonder :

- specifieke maatregelen inzake het informeren, het geven van advies en het verlenen van psychologische steun aan de kinderen, hun ouders of hun wettelijke vertegenwoordigers;

- initiatieven die moeten worden genomen om, in de mate van het mogelijke, de ouders te betrekken bij de zorgverlening aan hun kind;

- initiatieven om het comfort van de opgenomen kinderen te verbeteren, meer bepaald voor wat betreft de inrichting van de zalen, de maaltijden, de bezoeken;

- specifieke maatregelen om het toezicht op en de veiligheid van de kinderen, zowel in het ziekenhuis als in de onmiddellijke omgeving, te waarborgen (parkeerterrein, enz.);

- maatregelen inzake het overleg tussen een kinderarts en de arts verantwoordelijk voor de dienst voor volwassenen waar een kind ouder dan 14 jaar is opgenomen;

- maatregelen inzake het overleg tussen pediatriesch verpleegkundigen en verpleegkundigen van andere diensten.

Dit protocol wordt meegedeeld aan de personeelsleden van het ziekenhuis en wordt ter beschikking gesteld van de kinderen, hun ouders en hun wettelijke vertegenwoordigers.) <KB 1999-04-29/79, art. 2, 023; Inwerkingtreding : 06-04-2000>

2° (In elk ziekenhuis dient de verantwoordelijkheid met betrekking tot de verpleegkundige activiteit, te worden toevertrouwd aan een gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of een bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde als hoofd van het verpleegkundig departement. Hij heeft een bijkomende opleiding gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering. <KB 2007-04-26/63, art. 1, 1°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 1°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

Onverminderd de opdracht van de directeur van het ziekenhuis, zoals bedoeld in artikel 8, 2°, en in artikel 12 van de wet op de ziekenhuizen, werkt het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis mee aan de integratie van de verpleegkundige activiteit in het geheel van de activiteit van het ziekenhuis, en dit in nauw contact met de hoofdgeneesheer en de verantwoordelijken van de onderscheiden aspecten van de ziekenhuisactiviteiten.

Ter ondersteuning van de organisatorische en inhoudelijke aspecten van de verpleegkundige zorgverlening, dient in de algemene ziekenhuizen een middenkader, bestaande uit verpleegkundigen-diensthoofden, te worden voorzien. Het middenkader wordt er, per 150 bedden, gevormd door tenminste één gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of één bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende opleiding heeft gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering. <KB 2007-04-26/63, art. 1, 2°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 2°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

In alle psychiatrische ziekenhuizen dient een middenkader, bestaande uit verpleegkundigen-diensthoofden, te worden voorzien. Het middenkader wordt er gevormd door tenminste één gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of één bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende opleiding heeft gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering. <KB 2007-04-26/63, art. 1, 3°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 3°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

In de psychiatrische ziekenhuizen met 150 bedden of meer wordt het aantal middenkaders verhoudingsgewijs bepaald, op basis van één gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of één bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende opleiding heeft gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering, per 150 bedden. <KB 2007-04-26/63, art. 1, 4°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 4°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

Het middenkader kan, naar gelang van de organisatiestructuur van het ziekenhuis, met bepaalde opdrachten worden belast, inzonderheid met het onthaal en de vorming van personeelsleden, met de problemen die verband houden met ziekenhuishygiëne, met de evaluatie van de kwaliteit van de verpleegkundige zorgen, met de patiëntenvoorlichting en met de invoering van nieuwe werkmethodes en procedures.

Het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis overlegt tenminste tien keer per jaar met de verpleegkundigen-diensthoofden teneinde :

- de strategische visie van het verpleegkundig departement te omschrijven;
- de coherentie ervan met de algemene strategie van het ziekenhuis te evalueren, meer bepaald inzake de verbetering van de kwaliteit van de zorgen;
- de opvolging van de ontwikkeling en de implementatie ervan te verzekeren.

Op het niveau van het ziekenhuis dient een organogram van het verpleegkundig departement te bestaan waarin de verantwoordelijken van het departement en van de onderscheidene diensten en verpleegafdelingen worden aangeduid.

Naast dit organogram moet het ziekenhuis ook beschikken over een lijst van alle verpleegkundigen die in het ziekenhuis werkzaam zijn, met vermelding van het diploma of brevet en de bijkomende kwalificaties.

Het aantal met de zorgen belaste personen moet voldoen aan de bijzondere voorwaarden die voor de verschillende diensten gesteld worden.) <KB 2006-07-13/67, art. 1, 031; Inwerkingtreding : 07-09-2006>

(De minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan de lijst van diploma's die in aanmerking komen voor de uitoefening van de functie van hoofd van het verpleegkundig departement en verpleegkundige van het middenkader, zoals bedoeld in de leden 1, 3, 4 en 5, wijzigen.) <KB 2007-04-26/63, art. 1, 5°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 1, 5°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

3° Het personeel moet aan en regelmatig geneeskundig toezicht onderworpen worden en algemene asepsie- en hygiënische maatregelen in acht nemen.

4° Het ziekenbezoek moet bij huishoudelijk reglement geregeld worden. Op beslissing van de geneesheer zullen beperkingen opgelegd worden.

Gepaste maatregelen moeten getroffen worden om een te groot aantal bezoekers in een kamer te voorkomen.

5° Aan de bedienaren van de eredienst en de lekeraadgevers, die door patiënten gevraagd worden, zal ongehinderd toegang worden verleend tot de inrichting; zij moeten er voor de uitoefening van hun opdracht de geschikte sfeer en faciliteiten vinden. Volledige vrijheid van levensbeschouwing, godsdienst en politieke overtuiging dient aan iedereen gewaarborgd.) <KB 12-01-1970, art. 1>

6° Het binnenverkeer van de inrichting zal grafisch bestudeerd en uitgewerkt worden. (Het houdt rekening met de noodwendigheden van het personeel, de zieken, de bezoekers, de verdeling van het voedsel, enz.)

7° De inrichting moet, op ieder ogenblik, een telefonische oproep kunnen ontvangen en beantwoorden.

8° Alle publiciteit, klantenjagerij of opzichtige reclame, met in 't algemeen door de code van geneeskundige plichtenleer afgekeurde middelen, is verboden.

9° Alle voorzorgen zullen getroffen worden om de profylaxe tegen de besmettelijke ziekten te verzekeren. In al de twijfelachtige gevallen zal de Rijksgezondheidsinspecteur geraadpleegd worden.

Krachten de bestaande wetgeving zal hij onmiddellijk op de hoogte gebracht worden van elke aanstekelijke ziekte.

9°bis. (ziekenhuishygiëne

a) algemeen

In ieder ziekenhuis is het bevorderen van de hygiëne een taak van :

- de hoofdgeneesheer;
- het hoofd van het verpleegkundig departement;
- een team voor ziekenhuishygiëne;
- en een comité voor ziekenhuishygiëne.

b) het team voor ziekenhuishygiëne

Het team voor ziekenhuishygiëne bestaat uit :

- één of meerdere geneeshe(e)r(en) - ziekenhuishygiënist;
- en één of meerdere verpleegkundige(n) - ziekenhuishygiënist.

De geneesheer-ziekenhuishygiënist hangt bij het uitoefenen van zijn functie binnen het team af van de hoofdgeneesheer van het ziekenhuis onder wiens supervisie hij rechtstreeks functioneert.

De verpleegkundige-ziekenhuishygiënist hangt bij het uitoefenen van zijn functie binnen het team af van het hoofd van het verpleegkundig departement onder wiens supervisie hij rechtstreeks functioneert.

Het team voor ziekenhuishygiëne is op het operationele vlak onafhankelijk, maar rapporteert naar het comité voor ziekenhuishygiëne, de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement. De operationele beslissingen van het team voor ziekenhuishygiëne worden uitgevoerd na overleg met, in opdracht van en onder de verantwoordelijkheid van de hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement. Het team voor ziekenhuishygiëne kan rechtstreeks samenwerken met andere comités en instanties in het ziekenhuis.

De geneesheer-ziekenhuishygiënist coördineert de werking van het team voor ziekenhuishygiëne.

De leden van het team dienen te beschikken over een gepaste opleiding van universitair niveau zoals bedoeld in de volgende leden.

De verpleegkundige-ziekenhuishygiënist dient te beschikken over een diploma van bachelor verpleegkunde aangevuld met een master in de verpleegkunde of een master in de volksgezondheid.

Met het oog op het doelmatig uitvoeren van de functie moet hij bovendien aantonen, dat hij met goed gevolg een opleiding heeft gevolgd in ten minste de volgende domeinen :

- ziekenhuisinfecties : preventie en controle; microbiologische en infectiologische aspecten; epidemiologische aspecten;
- wetgeving inzake ziekenhuishygiëne.

Deze opleiding bedraagt minstens 250 contacturen.

In afwijking op de vorige leden dient de verpleegkundige die, op de datum van inwerking treden van het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, in toepassing van de op dat ogenblik vigerende erkenningsnormen, fungeert als verpleegkundigeziekenhuishygiënist, niet te voldoen aan de gestelde voorwaarden inzake de vereiste opleiding.

De geneesheer-hygiënist is een geneesheer of een apotheker-klinisch bioloog die een opleiding heeft gevolgd die equivalent is aan deze van geneesheer-ziekenhuishygiënist zoals hieronder beschreven.

Met het oog op het doelmatig uitvoeren van de functie moet hij aantonen, dat hij met goed gevolg een opleiding heeft gevolgd in ten minste de volgende domeinen :

- ziekenhuisinfecties : preventie en controle, microbiologische en infectiologische aspecten; epidemiologische aspecten;
- wetgeving inzake ziekenhuishygiëne;
- antimicrobiële middelen en antibioticabeleid.

Deze opleiding bedraagt minstens 300 contacturen.

In afwijking op de vorige leden dient de geneesheer of de apotheker-bioloog die, op de datum van inwerkingtreden van het koninklijk besluit van 26 april 2007 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, in toepassing van de op dat ogenblik vigerende erkenningsnormen, fungeert als geneesheer-ziekenhuishygiënist, niet te voldoen aan de gestelde voorwaarden inzake de vereiste opleiding.

Het team voor ziekenhuishygiëne vervult volgende taken :

1° ontwikkeling, implementatie en opvolging van een beleid doorheen het ziekenhuis in verband met :

- a) standaardvoorzorgsmaatregelen ter preventie van overdracht van besmettelijke kiemen;
- b) isolatie van besmette patiënten ter indijking van overdracht van besmettelijke ziekten;
- c) surveillance van ziekenhuisinfecties aan de hand van indicatoren die toelaten hun incidentie in de instelling te volgen en bij te sturen;

2° opzetten van een epidemiebeleid;

3° opvolgen van de hygiëneaspecten bij ziekenhuisactiviteiten zoals :

- a) het bouwen of verbouwen;
- b) de activiteiten in het operatiekwartier en het verloskwartier;
- c) de aankoop van materialen;

4° implementatie van richtlijnen en aanbevelingen opgesteld door officiële instanties, zoals de Hoge Gezondheidsraad;

5° uitwisselen van informatie en ervaring met andere instellingen binnen het kader van een samenwerkingsplatform op het gebied van ziekenhuishygiëne zoals bedoeld in artikel 56, § 3, van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

Het team stelt een algemeen strategisch plan op evenals een jaarlijks beleidsplan, een jaarlijks activiteitenverslag en een jaarlijks verslag over de werking van het team.

c) Het Comité voor ziekenhuishygiëne

Het Comité voor ziekenhuishygiëne is minstens samengesteld uit :

- 1° de directeur van het ziekenhuis;
- 2° het team voor ziekenhuishygiëne;
- 3° een ziekenhuisapotheker;
- 4° een microbioloog;

5° de hoofdgeneesheer;
6° het hoofd van het verpleegkundig departement;
7° drie geneesheren werkzaam in de instelling, aangewezen door de medische raad;
8° drie verpleegkundigen werkzaam in de instelling, aangewezen door het hoofd van het verpleegkundig departement.

Het comité voor ziekenhuishygiëne vervult minimaal volgende taken :

1° bespreken en goedkeuren van het algemeen strategisch plan en het jaarlijkse beleidsplan opgesteld door het team;

2° bespreken en goedkeuren van het jaarlijks activiteitenverslag opgesteld door het team;

3° bespreken en goedkeuren van het jaarlijks verslag van de werking van het team;

4° bespreken en goedkeuren van de budgetten en kostenramingen;

5° het coördineren van het toewijzen van opdrachten op het vlak van :

a) de controle op technieken van sterilisatie;

b) antibioticumbeleid;

c) het uitwerken van richtlijnen voor en het houden van toezicht op :

- de methoden van wassen en verdeling van linnen;

- de hygiëne in de bereiding en de distributie van de voeding in keuken en melkkeuken;

- het verzamelen en verwijderen van ziekenhuisafval;

d) het opstellen van een reglement van inwendige orde voor de operatieafdeling, de bevallingsafdelingen en desgevallend de risicodiensten.

Alle beslissingen die binnen het comité worden genomen worden geacteerd in een register en als advies overgemaakt aan de directeur van het ziekenhuis. Het register kan bovendien worden geraadpleegd door de bevoegde geneesheer-inspecteur.

Het comité komt minstens 4 maal per jaar samen.

Het comité wijst een voorzitter aan onder zijn leden-geneesheren.

Het comité kan de diensthouders die betrokken zijn bij de behandelde materie uitnodigen.

Het comité mag beroep doen op adviseurs.) <KB 2007-04-26/67, art. 1, 038; Inwerkingtreding : 17-06-2007>
(9°ter plaatselijk ethisch comité van het ziekenhuis.

Elk ziekenhuis moet beschikken over een plaatselijk ethisch Comité van het ziekenhuis, hierna " het Comité " genoemd.

In het geval van een erkende ziekenhuisgroepering, zoals bepaald in artikel 69, 3°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, kan er geopteerd worden voor :

1° hetzij een gemeenschappelijk Comité voor alle ziekenhuizen van de groepering;

2° hetzij een apart Comité voor elk ziekenhuis van de groepering;

3° onder voorbehoud van de toepassing van 1° worden de ziekenhuizen bedoeld in artikel 5, §§ 4 en 5, van het koninklijk besluit van 10 augustus 1987 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Medische Raad, vrijgesteld van de verplichting om een Comité op te richten, op voorwaarde dat ze elk afzonderlijk aansluiten bij het Comité van een ander ziekenhuis via een overeenkomst op grond waarvan ze zich tot dat Comité kunnen wenden voor alle opdrachten, bepaald in de rubriek " Opdrachten " van dit besluit, waarmee ze zouden worden belast.

Samenstelling.

Het Comité bestaat uit minstens 8 en hoogstens 15 leden, die beide geslachten vertegenwoordigen, waaronder :

- een meerderheid artsen die aan het ziekenhuis of aan de ziekenhuisgroepering verbonden zijn;

- minstens een huisarts die niet aan het ziekenhuis of aan de ziekenhuisgroepering verbonden is;

- minstens een lid van het verpleegkundig personeel van het ziekenhuis of aan de ziekenhuisgroepering;

- een jurist.

Belangstellenden, al dan niet aan het ziekenhuis of de ziekenhuisgroepering verbonden, kunnen als lid van het Comité worden aangewezen.

De hoedanigheid van lid van het Comité is onverenigbaar met de volgende functies :

- directeur van het ziekenhuis;

- hoofdgeneesheer;

- voorzitter van de Medische Raad;

- hoofd van het verpleegkundig departement.

Werking.

Het Comité stelt zijn huishoudelijk reglement op. Het mandaat van lid van het Comité heeft een duur van vier jaar en is hernieuwbaar.

De leden van het Comité worden door de beheerder van het ziekenhuis of van de ziekenhuisgroepering aangewezen :

- wat de artsen betreft, op voorstel van de Medische Raad van het ziekenhuis of van de Medische Raden van de ziekenhuisgroepering;

- wat de verpleegkundige(n) betreft, op voorstel van het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis of van de ziekenhuisgroepering.

Het Comité komt minstens eenmaal per kwartaal bijeen en dit met gesloten deuren.

Het stelt een jaarlijks activiteitenverslag op dat minstens de volgende elementen dient te bevatten :

- een kwantitatieve evaluatie van de werkzaamheden van het Comité;

- de lijst van de behandelde onderwerpen.

Opdrachten.

Het Comité oefent de volgende functies uit, telkens het een verzoek in die zin ontvangt :

1° een begeleidende en raadgevende functie met betrekking tot de ethische aspecten van de ziekenhuiszorg;

2° een ondersteunende functie bij beslissingen over individuele gevallen inzake ethiek;

3° een adviserende functie met betrekking tot alle protocollen inzake experimenten op mensen.

Het verzoek kan uitgaan van elk personeelslid van het ziekenhuis of van de ziekenhuisgroepering en van elke arts.

De adviezen en raadgevingen van het Comité zijn vertrouwelijk en niet bindend en ze zijn het voorwerp van een gemotiveerd verslag dat uitsluitend aan de verzoeker wordt overgezonden en waarin de verschillende standpunten van de leden worden weergegeven.

Het Comité kan, op grond van een gemotiveerde beslissing, weigeren op een verzoek in te gaan.) <KB 1994-08-12/64, art. 1, 015; Inwerkingtreding : 27-03-1995>

(9°quater. ⁵ Bescherming van natuurlijke personen bij de verwerking van persoonsgegevens van patiënten, in het bijzonder gegevens over gezondheid.

In dit punt wordt verstaan onder algemene verordening gegevensbescherming : verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (algemene verordening gegevensbescherming).

a) Elk ziekenhuis moet, voor de verwerking van persoonsgegevens die betrekking hebben op patiënten, in het bijzonder gegevens over gezondheid als vermeld in artikel 4, 15), van de algemene verordening gegevensbescherming, beschikken over een reglement over de bescherming van natuurlijke personen bij de verwerking van persoonsgegevens.

b) De bepalingen van dat reglement worden aan de patiënten meegedeeld, samen met de gegevens, vermeld in artikel 13, lid 1 en 2, van de algemene verordening gegevensbescherming.

c) Het reglement vermeldt, voor elke verwerking, minstens de volgende informatie :

1) het doel van de verwerking;

2) in voorkomend geval, de wet, het decreet of de ordonnantie of de reglementaire akte waarbij de verwerking wordt ingesteld;

3) de identiteit en de contactgegevens van de verwerkingsverantwoordelijke en van de persoon die namens de verwerkingsverantwoordelijke kan optreden;

4) de naam van de arts, vermeld in d), onder de verantwoordelijkheid van wie gegevens over gezondheid worden verwerkt en die daarvoor is aangewezen door de verwerkingsverantwoordelijke;

5) de naam van de functionaris voor gegevensbescherming;

6) de identiteit en de contactgegevens van de verwerkers;

7) de rechten en plichten van de verwerkers;

8) de categorieën van de personen die toegang hebben tot of gemachtigd zijn om gegevens over gezondheid te verkrijgen;

9) de categorieën van betrokkenen;

10) de aard van de verwerkte gegevens en de manier waarop ze worden verkregen;

11) de organisatie van het circuit van de te verwerken gegevens over gezondheid;

12) de procedure om gegevens te anonimiseren als dat wenselijk of noodzakelijk is;

13) de beveiligingsprocedures om toevallige of ongeoorloofde vernietiging van gegevens, toevallig verlies of ongeoorloofde toegang, wijziging of verspreiding van gegevens tegen te gaan;

14) de termijn waarna, in voorkomend geval, de gegevens niet meer bewaard, gebruikt of verspreid mogen worden;

15) de onderlinge verbanden, de onderlinge verbindingen of elke andere vorm van vergelijking van gegevens die worden verwerkt;

16) de onderlinge verbindingen en raadplegingen;

17) de gevallen waarin de gegevens worden verwijderd;

18) de wijze waarop de patiënten hun rechten, vermeld in de regelgeving over de bescherming bij de verwerking van persoonsgegevens, kunnen uitoefenen.

d) De verwerkingsverantwoordelijke wijst een erkende arts aan onder de verantwoordelijkheid en het toezicht van wie de gegevens over gezondheid worden verwerkt.

e) De verwerkingsverantwoordelijke wijst een functionaris voor gegevensbescherming aan als vermeld in artikel 9 van het decreet van 18 juli 2008 betreffende het elektronische bestuurlijke gegevensverkeer. ⁵

(9°quinquies. Transfusiecomité van het ziekenhuis.

a) Oprichting.

Elk algemeen ziekenhuis moet beschikken over een Transfusiecomité, hierna " het Comité " genoemd, dat instaat voor de bepaling, opvolging en verbetering van het transfusiebeleid van het ziekenhuis.

De beheerder van het ziekenhuis kan beslissen het transfusiecomité onder te brengen bij het medisch farmaceutisch comité zoals bedoeld in artikel 24, § 1, van het koninklijk besluit van 4 maart 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisapothek moet voldoen om te worden erkend. In voorkomend geval worden de bevoegdheden van het transfusiecomité uitgeoefend door voornoemd medisch farmaceutisch comité.

In geval van een erkende groepering, zoals bepaald in artikel 69, 3°, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, kan er geopteerd worden voor :

1° hetzij een gemeenschappelijk Comité voor alle ziekenhuizen van de groepering;

2° hetzij een apart Comité voor elk ziekenhuis van de groepering.

Onverminderd de toepassing van het voorafgaande lid worden de ziekenhuizen bedoeld in artikel 5, §§ 4 en 5,

van het koninklijk besluit van 10 augustus 1987 tot vaststelling van de regels met betrekking tot de samenstelling en werking van de Medische Raad in uitvoering van de artikelen 24, 25 en 26 van de wet van 1963 op de ziekenhuizen, vrijgesteld van de verplichting een Comité op te richten, op voorwaarde dat het betrokken ziekenhuis zich op grond van een overeenkomst met een ander ziekenhuis aansluit bij het comité van dat ziekenhuis, dat daardoor ook bevoegd wordt ten aanzien van het betrokken ziekenhuis.

b) Samenstelling en werking.

1. Het Comité bestaat uit :

- de hoofdgeneesheer;
- het hoofd van het verpleegkundig departement;
- (de persoon die de leiding heeft van de ziekenhuisbloedbank zoals bedoeld in artikel 1, 1°, van het koninklijk besluit van 17 februari 2005 houdende vaststelling van de normen waaraan een ziekenhuisbloedbank moet voldoen om te worden erkend, die zorgt voor het opslaan en het ter hand stellen van bloed en bloedderivaten in het ziekenhuis;) <KB 2005-02-17/36, art. 1, 028; Inwerkingtreding : 25-02-2005>
- minstens drie geneesheren behorende tot onderscheiden disciplines, werkzaam in het ziekenhuis en aangewezen, voor een hernieuwbare periode van vier jaar, op voorstel van de Medische Raad;
- de ziekenhuisapotheker-titularis;
- de afgevaardigde van het bloedtransfusiecentrum dat voor de normale bevoorrading van het ziekenhuis zorgt.

2. Het Comité wijst een voorzitter aan onder de leden.

3. Het Comité stelt een huishoudelijk reglement op.

4. Het Comité komt minstens tweemaal per jaar samen.

5. Het Comité is verplicht de diensthouders, die betrokken zijn bij de behandelde materie, uit te nodigen.

6. Het Comité mag beroep doen op adviseurs.

c) Opdrachten.

Het Comité is belast met volgende taken :

1. het waarborgen van een wetenschappelijk gefundeerd, veilig en kwalitatief verantwoord transfusiebeleid in het ziekenhuis door het toepassen van door haar opgestelde transfusierichtlijnen.

Deze richtlijnen hebben ondermeer betrekking op :

- 1° de indicatiestelling en het daaraan beantwoordende voorschrift;
- 2° de afname van het bloedstaal;
- 3° de procedures met betrekking tot de ontvangst van het labiel bloedproduct, de bewaarcondities en het transport binnen het ziekenhuis;
- 4° de toediening van het labiel bloedproduct (pre-transfusie procedure, observatie tijdens de transfusie, inlichting rond alarmsymptomen);
- 5° de declaratie van vermeden en werkelijke afwijkingen van de voorgeschreven procedures bij transfusie;
- 6° de informatie aan de patiënt en de behandelende geneesheer van de werkelijke afwijkingen bedoeld in 5°;
- 7° de post-transfusionele opvolging van de receptor en de feedback van informatie aan de patiënt en de behandelend geneesheer.

2. het samenbrengen van de richtlijnen, bedoeld in het eerste punt, in een transfusiehandboek;

3. het overmaken of ter beschikking stellen van het transfusiehandboek, bedoeld in het tweede punt, aan alle betrokkenen van het ziekenhuis;

4. het stimuleren van en het meewerken aan wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot transfusiebeleid;

5. het verspreiden van nationale en internationale literatuurgegevens en in het bijzonder praktijkveranderende wetenschappelijke informatie inzake transfusie;

6. het organiseren van een kwaliteitscontrole en, meer in het bijzonder, van een systeem van hemovigilantie.

Dit omvat onder andere :

a) de gegevens van het ziekenhuis over de nevenwerkingen te wijten aan de labiele bloedproducten en de gevolgde procedures bespreken;

b) het voorlichten van de betrokkenen over bedoelde nevenwerkingen.

Dit veronderstelt de toevoeging aan het medisch dossier van de patiënt, van een document zoals bedoeld in artikel 2, § 1, 10°, van het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medische dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen.

7. het bekwamen van het personeel op het vlak van transfusie.

d) Toezicht op de activiteiten van het Comité.

De maatregelen die door het Comité genomen worden, moeten te boek gesteld worden in een register dat kan geraadpleegd worden door de bevoegde geneesheer-inspecteur.) <KB 2002-04-16/41, art. 1, 027; Inwerkingtreding : 12-07-2002>

(9sexies. Elk algemeen ziekenhuis moet beschikken over een systeem waarbij elke afzonderlijke eenheid bloed of bloedderivaat die het ziekenhuis ontvangt ondubbelzinnig wordt geïdentificeerd en geregistreerd zodat ze kunnen worden getraceerd van donor tot eindbestemming en omgekeerd. Eveneens dient ieder algemeen ziekenhuis te beschikken over een registratie- en meldingsprocedure voor vermoede ernstige ongewenste bijwerkingen bij de patiënten tijdens en na de transfusie die aan de kwaliteit of veiligheid van bloed of bloedderivaten kunnen worden toegeschreven evenals voor ernstige ongewenste voorvallen bij het opslaan, ter hand stellen of uitvoeren van compatibiliteitstests op bloed en bloedderivaten die van invloed kunnen zijn op de kwaliteit of veiligheid ervan.

Voor bloed en bloedderivaten die met een melding zoals hierboven bedoeld in verband kunnen worden gebracht dient bovendien een snelle en verifieerbare procedure te worden uitgewerkt om ze aan de distributie te

onttrekken.) <KB 2006-10-17/34, art. 1, 032; Inwerkingtreding : 03-11-2006>

10° Dagelijks zal de geneesheer zijn ziekenbezoek afleggen.

11° De directie van de inrichting zal door een doctor in de geneeskunde bijgestaan worden, die bij voorkeur door collega's gekozen wordt; hij treedt op als technisch adviseur van de directie en is tegenover haar verantwoordelijk voor de technische werking, de veiligheidsmaatregelen voor personeel en zieken, de toepassing van de regels van de plichtenleer en de wettelijke of reglementaire voorschriften.

12° (Per verpleegafdeling wordt één hoofdverpleegkundige aangeduid. De hoofdverpleegkundige is een gegradueerde verpleegkundige of vroedvrouw of een bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde die bovendien een bijkomende kaderopleiding in de verpleegkunde, of een bijkomende opleiding van universitair niveau, master in de verpleegkunde en de vroedkunde (, master in het management en beleid van gezondheidszorg) of master in de gezondheidsvoorlichting en -bevordering heeft gevolgd. <KB 2007-04-26/63, art. 2, 1°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 2, 1°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

Deze scholing dient betrekking te hebben op het geven van leiding aan een verpleegkundige equipe.

De hoofdverpleegkundige werkt mee aan de integratie van de verpleegkundige activiteit in het geheel van de activiteit van het ziekenhuis, en voert zijn opdracht uit onder de hiërarchie van het hoofd van het verpleegkundig departement en in nauw contact met de artsen en de verantwoordelijken van de onderscheiden aspecten van de activiteiten van de afdeling.

Doorheen alle dagen van het jaar moet, naast de hoofdverpleegkundige, permanent per afdeling en maximum per 30 zieken, de aanwezigheid van een gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde of de vroedkunde gewaarborgd zijn, zodat de continuïteit en de kwaliteit van de zorg verzekerd zijn.

De verhouding deeltijds werk/voltijds werk dient in overleg met het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis op zo een niveau vastgelegd te worden dat de continuïteit en de kwaliteit van de zorg verzekerd blijven.

Het verpleegkundig werk dient op de afdelingen op die wijze georganiseerd te worden dat op elk ogenblik kan vastgesteld worden welke verpleegkundige voor welke patiënt verantwoordelijk is.) <KB 2006-07-13/67, art. 2, 031; Inwerkingtreding : 07-09-2006>

(De minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan de lijst van diploma's die in aanmerking komen voor de uitoefening van de functie van hoofdverpleegkundige, zoals bedoeld in het eerste lid, wijzigen.) <KB 2007-04-26/63, art. 2, 2°, 035; Inwerkingtreding : 14-06-2007 en bevestigd bij KB 2007-04-26/66, art. 2, 2°, 037; Inwerkingtreding : 17-06-2007>

12°bis. (...). <KB 2007-04-27/94, art. 13, 036; Inwerkingtreding : 14-06-2007>

12°ter. De verpleegkundige uurroosterregelingen dienen schriftelijk vastgelegd, waarin op ziekenhuisniveau de interne wacht onder leiding van een supervisor 24 uur op 24 uur verzekerd wordt. Bovendien moet er in het ziekenhuis een schriftelijke procedure bestaan waarbij de wijze wordt bepaald van optreden bij interne urgenties.

12°quater. (Het hoofd van het verpleegkundig departement, de verpleegkundigen-diensthouders en de hoofdverpleegkundigen dienen een permanente vorming te volgen van tenminste 60 uur over een periode van 4 jaar, teneinde hun kennis en competenties te onderhouden in de volgende domeinen :

- ziekenhuiswetgeving, met inbegrip van wetgeving betreffende de ziekenhuisfinanciering;
- organisatie en beheer van personeel, met inbegrip van coaching;
- sociale wetgeving;
- principes van bedrijfsbeheer;
- epidemiologie;
- beheer van ziekenhuisgegevens;

- efficiëntie en kwaliteit van de zorg.) <KB 2006-07-13/67, art. 3, 031; Inwerkingtreding : 07-09-2006>

(12°quinquies : § 1. Elk ziekenhuis beschikt over een mobiele equipe van personeelsleden, die niet gebonden is aan een architectonische, structurele of functionele eenheid.

§ 2. Deze mobiele equipe, bestaande uit verpleegkundigen en verzorgenden, wordt toegewezen aan het verpleegkundig departement van de instelling en valt onder de verantwoordelijkheid van het hoofd van het verpleegkundig departement.

§ 3. De mobiele equipe bestaat voor minimaal 70 % uit verpleegkundigen.

De aanwerving van het personeel van deze mobiele equipe gebeurt bovenop de bestaande erkennings- en financieringsnormen.

Het personeel dat het voorwerp uitmaakt van een andere overheidsfinanciering komt niet in aanmerking voor de creatie van de mobiele equipe.

De mobiele equipe mag geenszins aangewend worden om aan de minimumomkaderingsnormen van de ziekenhuisdiensten, functies, afdelingen, zorgprogramma's, medisch-technische en medische diensten te beantwoorden.

De aanwerving van de leden van de mobiele equipe wordt als volgt vastgelegd :

1° op 1 januari 1999 :

a) wat betreft de algemene ziekenhuizen, 0,5 personeelslid per 30 C, D, E, H* en Sp bedden;

b) wat betreft de psychiatrische ziekenhuizen, 0,5 personeelslid per 30 T-bedden;

2° op 1 januari 2000 :

onverminderd de bepalingen in 1°, bijkomend 0,5 personeelslid volgens hetzelfde criterium als beschreven in 1°.

§ 4. Het hoofd van het verpleegkundig departement stelt een ontwerp van toewijzingsplan op met betrekking tot de grootte, de samenstelling, de concrete plaats en wijze van inzetten van deze mobiele equipe en legt dit voor advies voor aan de ondernemingsraad of bij ontstentenis, de syndicale delegatie voor private instellingen, of

het betreffende overlegcomité voor de openbare instellingen.

Het toewijzingsplan wordt opgemaakt door het hoofd van het verpleegkundig departement bij de vorming van de mobiele equipe, en daarna op jaarlijkse basis, evenals bij wijziging van de grootte, de samenstelling, de concrete plaats en wijze van inzetten.

Het hoofd van het verpleegkundig departement zal verslag uitbrengen aangaande het toewijzingsplan aan de ondernemingsraad of bij ontstentenis, de syndicale delegatie voor private instellingen, of het betreffende overlegcomité voor de openbare instellingen. Dit verslag is opvraagbaar door de overheden die de erkenning in hun bevoegdheid hebben.

§ 5. Het volledige effectief van voormelde mobiele equipe dient ingezet te worden in verpleegeenheden, het operatiekwartier, de functie "gespecialiseerde spoedgevallenzorg" of de gipskamer. De concrete plaats en wijze van inzetten is vrij te bepalen door het hoofd van het verpleegkundig departement volgens de procedure bedoeld in § 4, rekening houdend met de noodzaak :

1° om het personeel op een meer permanente wijze in te zetten op de hiervoor genoemde diensten en functies die een hogere zorgvraag genereren, welke leidt tot een verhoogde werkdruk;

2° om acute situaties van verhoogde of toegenomen zorgvraag en werkdruk op te vangen;

3° ter vervanging van verpleegkundigen of verzorgenden bij ziekte of vorming, en ter vervanging en bijstand van specifieke verpleegkundige functies zoals de referentieverpleegkundige.) <KB 1999-02-15/444, art. 2, 022; Inwerkingtreding : 1999-01-01>

13° Er moet voldoende onderhoudspersoneel zijn.

(14° Ieder ziekenhuis moet beschikken over een actieplan om het hoofd te bieden aan grote ongevallen binnen het ziekenhuis.

Daarenboven moet ieder ziekenhuis, met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen, de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (kenletter V) en de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over gespecialiseerde diensten (kenletter S), al of niet samen met hierboven bedoelde V-diensten of diensten voor gewone hospitalisatie (kenletter H) of diensten neuro-psychiatrie voor behandeling van volwassen patiënten (kenletter T), beschikken over een actieplan om het hoofd te bieden aan grote ongevallen buiten het ziekenhuis.

[6] De algemeen directeur is eindverantwoordelijke voor het actieplan, hierna ziekenhuisnoodplan genoemd, onverminderd de verantwoordelijkheden van de hoofdgeneesheer voor de medische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het medisch ziekenhuisnoodplan of ZNP MED) en de verantwoordelijkheden van de technisch directeur voor de technische aspecten van het ziekenhuisnoodplan (het technisch ziekenhuisnoodplan of ZNP TEC). Vanuit die verantwoordelijkheid:

a) is de algemeen directeur of zijn vervanger voorzitter van het permanent comité;

b) is de algemeen directeur of zijn vervanger contactpersoon voor de overheden in geval van een interne of externe rampspoedige gebeurtenis. De algemeen directeur of zijn vervanger is daartoe 24 uur per dag en 7 dagen per week bereikbaar;

c) is de algemeen directeur of zijn vervanger voorzitter van de coördinatiecél van het ziekenhuis (CCZ) als het ziekenhuisnoodplan wordt toegepast;

d) bepaalt de algemeen directeur of zijn vervanger de behandelcapaciteit van het ziekenhuis. Hij meldt de behandelcapaciteit in het Incident Crisis Management System (ICMS). In dit punt wordt verstaan onder behandelcapaciteit: de vrije bedden die op het ogenblik van het incident beschikbaar zijn;

e) kan de algemeen directeur of zijn vervanger de reflex- of huisvestigingscapaciteit van het ziekenhuis tijdens het incident in geen geval wijzigen. In dit punt wordt verstaan onder reflex- of huisvestigingscapaciteit: het minimale aantal slachtoffers dat de ziekenhuiscampus kan opnemen tijdens het eerste uur;

f) kan de algemeen directeur of zijn vervanger, als het ziekenhuisnoodplan is afgekondigd, beslissen, nadat de reflexcapaciteit is bereikt en na overleg met de federale gezondheidsinspecteur, om geen slachtoffers van de noodsituatie (meer) naar het ziekenhuis te laten verwijzen.

Ieder ziekenhuis duidt een noodplancoördinator aan. De noodplancoördinator treedt zowel intern als extern op als aanspreekpunt voor het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator heeft zowel preventieve als operationele taken inzake het ziekenhuisnoodplan. De noodplancoördinator is functioneel belast met de coördinatie en kwaliteitsbewaking van alle activiteiten met betrekking tot het ziekenhuisnoodplan. Daartoe biedt de noodplancoördinator ondersteuning en medewerking aan de volgende processen:

a) de ontwikkeling en uitwerking van de noodprocedures op basis van een risicoanalyse, waarbij rekening wordt gehouden met de patiëntveiligheid en de veiligheid van de medewerkers;

b) de ontwikkeling van het ziekenhuisnoodplan, aangepast voor alle diensten binnen het ziekenhuis;

c) de integratie van de gemeentelijke en provinciale noodplanning binnen het ziekenhuisnoodplan;

d) de verspreiding van het ziekenhuisnoodplan in het ziekenhuis;

e) de bewaking van de noodzakelijke aanpassingen met het oog op de wijzigende ziekenhuisorganisatie;

f) de organisatie van oefeningen;

g) de opleiding van de sleutelfiguren binnen het ziekenhuisnoodplan;

h) het verstrekken van informatie aan ziekenhuispersoneel en het verzorgen van een communicatieve brugfunctie met de diensten van het ziekenhuis en externe instanties;

i) de evaluatie van de toepassing van het ziekenhuisnoodplan.

De noodplancoördinator speelt tijdens noodsituaties waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is, een rol in de coördinatiecél van het ziekenhuis (CCZ): hij fungeert er als procesbewaker en ondersteunt er de algemeen directeur. De tijd dat de noodplancoördinator voor deze taken wordt vrijgesteld, wordt bepaald door het ziekenhuis, afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis en van de gemaakte risicoanalyse. De functie van noodplancoördinator is verenigbaar met een andere functie in het ziekenhuis. Als het ziekenhuisnoodplan van

toepassing is en de noodplancoördinator is niet in het ziekenhuis, probeert men hem altijd op te roepen, voor zover hij beschikbaar is.

In ieder ziekenhuis wordt een permanent comité, onder leiding van de algemeen directeur, belast met het opstellen, het actualiseren en het valideren van het ziekenhuisnoodplan. Binnen het permanent comité wordt er een bureau opgericht waarvan minstens de hoofdgeneesheer, de noodplancoördinator, het medisch diensthoofd van de spoedgevallendienst en een secretariaatsfunctie deel uitmaken. De secretariaatsfunctie kan door één van de verplicht aanwezige functies in het Bureau worden waargenomen. De relatie tussen het bureau en het permanent comité wordt vastgelegd in een huishoudelijk reglement. In dat huishoudelijk reglement worden minimaal de opdrachten, de vergaderfrequentie en de wijze van besluitvorming van het bureau vastgelegd. Het bureau heeft een beleidsvoorbereidende taak en ondersteunt het permanent comité bij de uitvoering van de beslissingen over het ziekenhuisnoodplan.

Het ziekenhuisnoodplan wordt voor advies voorgelegd aan de burgemeester van de gemeente waarin het ziekenhuis ligt. Daartoe wordt het ziekenhuisnoodplan bezorgd aan de burgemeester, die het ziekenhuisnoodplan voor advies bezorgt aan de gemeentelijke veiligheidscel. De gemeentelijke veiligheidscel betreft in het uitbrengen van dat advies enerzijds de provincie waarin het ziekenhuis is gesitueerd of Brussel Preventie en Veiligheid voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, en anderzijds de federale gezondheidsinspectie. Daartoe worden de federale diensten van de gouverneur en de federale gezondheidsinspectie van de provincie uitgenodigd op de bespreking van het ziekenhuisnoodplan op de gemeentelijke veiligheidscel. Als de provinciale vertegenwoordigers niet zijn ingegaan op de uitnodiging, maakt de gemeentelijke veiligheidscel autonoom een advies op, dat ter kennisgeving aan de provinciale noodplancoördinator, de federale gezondheidsinspectie en de burgemeester wordt bezorgd. De provinciale noodplancoördinator en de federale gezondheidsinspectie kunnen opmerkingen op het advies bezorgen aan de burgemeester. Als er binnen twee maanden die volgen op het bezorgen van het advies, geen opmerkingen worden geformuleerd, wordt het advies zoals geformuleerd door de gemeentelijke veiligheidscel als definitief beschouwd. De burgemeester attesteert, op basis van dat advies, al dan niet met opmerkingen door de noodplancoördinator of de federale gezondheidsinspectie, het advies over het ziekenhuisnoodplan. In het attest van de burgemeester kunnen opmerkingen worden geformuleerd. Het attest van de burgemeester wordt aan het ziekenhuis bezorgd, die het op zijn beurt bezorgt aan de minister, bevoegd voor het gezondheidsbeleid. De minister keurt, op basis van dat attest, het ziekenhuisplan al dan niet goed. Een goedkeuring geldt voor een periode van vijf jaar.

Het ziekenhuis maakt een meerjarenplan op voor het oefenen van het ziekenhuisnoodplan, waarbij minimaal één keer per jaar een oefening wordt gepland. De gemeentelijke veiligheidscel controleert de uitvoering van het meerjarenplan. Een reële noodsituatie, waarbij het ziekenhuisnoodplan van toepassing is, is geldig als oefening, op voorwaarde dat er een kwalitatieve debriefing is gevolgd waarbij alle actoren zijn betrokken en de daaruit volgende verbetermogelijkheden zijn geïmplementeerd.

In het ziekenhuisnoodplan worden twee fasen gehanteerd: de fase 'informatie' en de fase 'actie'. Het hulpcentrum 112 speelt een cruciale rol in de bepaling van de fase van het ziekenhuisnoodplan. In de fase 'actie' zijn er twee niveaus: niveau I en niveau II. De coördinatierol van het ziekenhuis bepaalt het niveau.

In de fase 'informatie':

a) is er kennis van een noodsituatie hetzij omdat het ziekenhuis via de noodcentrale 112 wordt verwittigd dat het Medisch Interventieplan (MIP) is afgekondigd, hetzij omdat er een spontane en onaangekondigde toestroom van een belangrijk aantal patiënten is van eenzelfde gebeurtenis. In het laatste geval stelt het ziekenhuis de noodcentrale 112 daarvan in kennis;

b) wordt de spoedgevallensarts verwittigd. De spoedgevallensarts informeert zich over de aard van de noodsituatie, het te verwachten aantal slachtoffers, de aard van de aandoeningen en de aankomsttijden. Op basis van die informatie beslist de spoedgevallensarts, na intern overleg, of er al dan niet wordt overgegaan tot de fase 'actie'.

In de fase 'actie' correspondeert 'niveau I' met een minimale toename van de personeelsinzet die wordt gerealiseerd door interne verschuivingen. Er wordt geen extra personeel opgeroepen. 'Niveau I' stemt overeen met een te verwachten aantal slachtoffers dat de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) niet overstijgt.

'Niveau II' stemt overeen met een groot aantal te verwachten slachtoffers, waarbij de eerste theoretische golf (de reflexcapaciteit) overschreden wordt. Er is nood aan bijkomend, extra op te roepen personeel.

Het ziekenhuisnoodplan bevat de procedures voor evacuatie, relocatie, receptie en isolatie van slachtoffers en heeft betrekking op de volgende aangelegenheden:

a) de oprichting, de samenstelling en de werking van een coördinatierol, belast met het leiden van de operaties, het verzamelen van informatie over de noodsituatie, het beslissen over het reactievermogen van het ziekenhuis, het eventueel aanpassen van het ziekenhuisnoodplan en het instaan voor de contacten met de families, de overheden en de pers;

b) de fasen en niveau's met hun respectievelijk personeelseffectief van interne mobilisatie, de procedures en de logistieke actiemiddelen, evenals de aanwijzing van de personen die bevoegd zijn om te beslissen over de toepassing van het ziekenhuisnoodplan of één van de fasen;

c) de aanwijzing van de lokalen, bestemd voor de triage, het toezicht op en de behandeling van de slachtoffers volgens de urgentiegraad, evenals van de lokalen van de pers, de familieleden, de overheid en de stoffelijke overschotten;

d) de voorschriften voor de identificering van de slachtoffers;

e) het organogram, de manier van werken en de aanwijzing van de personeelsleden naargelang van de fase en het niveau;

f) de lijst van enerzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën van het ziekenhuis die oproepbaar en meteen beschikbaar moeten zijn en anderzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën die oproepbaar

zijn, evenals oproepmodaliteiten die daarvoor gelden;

g) de logistieke maatregelen voor de toepassing van het ziekenhuisnoodplan en in het bijzonder het inzetten van materieel, geneesmiddelen en noodvoorraden, de maatregelen inzake bloed- en derivatenvoorraden, evenals de maatregelen met betrekking tot de spoedgevallendienst, de dienst voor intensieve behandeling, het operatiekwartier, de radiologiedienst en het laboratorium;

h) de maatregelen voor de bescherming van de slachtoffers, het personeel, de lokalen en het materiaal in geval van besmetting, evenals de te volgen decontaminatieprocedures en -technieken;

i) de voorschriften voor de interne circulatie en het controleren van de onmiddellijke omgeving van het ziekenhuis;

j) de praktische werking van een cel voor de opvang en psychosociale begeleiding van de familie;

k) de mogelijkheid om de communicatiemiddelen uit te breiden, om communicatienetwerken uit te bouwen en om de ontvangst en de verspreiding van informatie te centraliseren;

l) de voorschriften voor de samenwerking met de gemeentelijke en provinciale overheid met het oog op de integratie van het ziekenhuis in de gemeentelijke of provinciale noodplannen;

m) de beschrijving van de aanwending van het ziekenhuisnoodplan in de vorm van een synoptische tabel;

n) een handleiding met de instructiefiches die bestemd zijn voor de verschillende soorten ziekenhuisdiensten en -personeel;

o) de middelen voor de opleiding van geneesheren en alle personeelsleden;

p) het meerjarenplan voor de oefeningen om validatie of aanpassing van het ziekenhuisnoodplan mogelijk te maken;

q) de voorschriften voor het in veiligheid brengen en de interne en externe evacuatie van de opgenomen patiënten en van het personeel;

r) de capaciteit om slachtoffers op te vangen, uitgedrukt in reële verzorgings- en behandelingscapaciteit, evenals de huisvestigingscapaciteit.

De incidenten die de hoogste risico's inhouden en minimaal voor risico's van chemische, biologische, radiologische of nucleaire aard en explosieven (CBRNe), brand, uitval van IT-voorzieningen, uitval van nutsvoorzieningen en pandemie, alsook voor de risico's waarvoor op basis van reglementering een noodplan moet worden uitgewerkt, worden in het ziekenhuisnoodplan specifiek behandeld.

*Iedere dienst en ieder personeelslid beschikt over de instructiefiches die hem aanbelangen en is eveneens ingelicht over zijn opdracht binnen het ziekenhuisnoodplan.*⁶

² 15° De directeur van het erkend laboratorium voor klinische biologie van het ziekenhuis of waarmee het ziekenhuis een samenwerkingsakkoord heeft, houdt toezicht op en is verantwoordelijk voor de uitvoering in het ziekenhuis van gedecentraliseerde testen klinische biologie zoals bedoeld in artikel 1, 2°, van het koninklijk besluit van 3 december 1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.²

³ 16° Elk algemeen ziekenhuis keurt, na pluridisciplinair beraad binnen de instelling, een protocol voor beroertezorg goed dat de hoofdlijnen bevat voor de specifieke opvang van de patiënten met een acute beroerte.

Dit protocol behandelt in het bijzonder :

1° de specifieke eerste opvang van patiënten met een acute beroerte;

2° de modaliteiten met betrekking tot de doorverwijzing van patiënten;

3° desgevallend de opvang van patiënten met een acute beroerte in de post-acute fase en de revalidatiefase.

De hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement van het ziekenhuis zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van deze verplichting.

*Dit protocol wordt meegedeeld aan en ter beschikking gesteld van de leden van het medisch en verpleegkundig departement van alle vestigingsplaatsen van het ziekenhuis.*³

¹ IV. Normen inzake traceerbaarheid en melding van ernstige bijwerkingen en ernstige ongewenste voorvallen met betrekking tot het menselijk lichaamsmateriaal.

1. ⁴ ...⁴

2. ⁴ ...⁴

3. ⁴ ...⁴

4. ⁴ ...⁴

5. ⁴ ...⁴

6. ⁴ ...⁴

7. Het wegnemingsrapport en de gegevens inzake documentatie van de donor van menselijk lichaamsmateriaal bedoeld in punt 1.4 van bijlage III van het koninklijk besluit bedoeld in 1, b), dat bestemd is voor een productie-instelling, worden gedurende een periode van tenminste dertig jaar en maximaal vijftig jaar bewaard door het ziekenhuis waar het menselijk lichaamsmateriaal is weggenomen, onverminderd punt 1.4.1. van bijlage III van hoger vermeld besluit.

8. Elk ziekenhuis meldt, jaarlijks uiterlijk op 30 april, de lijst van de depots, zoals bedoeld in het koninklijk besluit bedoeld in 1, b), die zich het voorgaande jaar op zijn vestigingsplaatsen bevonden, aan het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten.

Bij elk depot wordt gepreciseerd op welke vestigingsplaats van het ziekenhuis deze zich bevindt.

9. De voorgaande punten zijn niet van toepassing ten aanzien van de volgende categorieën ziekenhuizen die op voorhand aan de voor erkenning bevoegde overheid en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten melden dat in het betrokken ziekenhuis geen menselijk lichaamsmateriaal wordt toegepast op de mens zoals bedoeld in de in 1, a) bedoelde wet en dat in het betrokken ziekenhuis geen

menselijk lichaamsmateriaal bij levende donors wordt weggenomen :

- a) *de psychiatrische ziekenhuizen;*
- b) *de geïsoleerde geriatriediensten (kenletter G);*
- c) *de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter S), al of niet samen met diensten voor gewone hospitalisatie (kenletter H) of diensten neuropsychiatrie voor behandeling van volwassenen patiënten (kenletter T), of gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) bestemd voor patiënten met psychogeriatrische en chronische aandoeningen en voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte die zich in een terminale fase bevinden en palliatieve zorg behoeven.*

*De ziekenhuizen die bij toepassing van het eerste lid een melding hebben verricht, trekken onverwijld deze melding in indien deze niet meer aan de realiteit beantwoordt.*¹

-
- (1)<KB 2009-09-28/10, art. 2, 041; Inwerkingtreding : 01-12-2009>
 - (2)<KB 2012-08-03/37, art. 1, 043; Inwerkingtreding : 14-09-2012>
 - (3)<KB 2014-04-19/75, art. 1, 047; Inwerkingtreding : 18-08-2014>
 - (4)<KB 2017-07-31/23, art. 2, 048; Inwerkingtreding : 01-02-2018>
 - (5)<BVR 2019-01-25/40, art. 14, 049; Inwerkingtreding : 25-05-2018>
 - (6)<BVR 2019-02-15/11, art. 1, 050; Inwerkingtreding : 01-07-2019>

Art. N2. Bijzondere normen toepasselijk op de dienst voor gewone hospitalisatie : Kenletter H.

Sommige inrichtingen kunnen onder die bijzondere kenletter erkend worden, voor zover zij voldoen aan de architectonische, functionele en organisatorische normen toepasselijk op het geheel der ziekenhuizen.

Art. N3. Bijzondere normen toepasselijk op de diensten voor diagnose en geneeskundige behandeling : Kenletter D.

I. Architectonische normen.

Benevens de algemene normen, moet de dienst over een onderzoekzaal voor de geneesheer-specialist beschikken.

II. Functionele normen.

1° De dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling moet beschikken over :

- a) een behoorlijk beschermde vaste installatie voor radiologische diagnose;
- b) een laboratorium voor klinische analyses;
- c) een installatie voor gewone geneeskundige diagnose, waardoor het o.a. mogelijk is tot het electrocardiografisch onderzoek, het meten van het besaal metabolisme, enz. over te gaan.

2° Er moet aan de zieken een dieetvoeding kunnen bezorgd worden.

3° Het moet mogelijk zijn, op elk ogenblik, aan alle zieken, zuurstof toe te dienen; ook een bloedtransfusie moet binnen de kortst mogelijke tijd kunnen toegediend worden.

III. Organisatorische normen.

Een geneesheer, specialist in de inwendige geneeskunde, moet geregeld toezicht op de patiënten uitoefenen.

In geval van onvoorziene verergering moet een spoedverzorging gewaarborgd zijn.

Art. N4. Bijzondere normen toepasselijk op de diensten voor diagnose en voor heelkundige behandeling : Kenletter C.

I. Architectonische normen.

Benevens de algemene normen, moet de heelkundige dienst beschikken over een operatieafdeling, die afgezonderd is van de hospitalisatie en van de binnengangen van de inrichting.

1° De operatieafdeling moet omvatten :

- a) Tenminste 2 operatiezalen, de ene voor de zware en aseptische gevallen, de andere voor de lichte en septische gevallen. Deze zalen moeten uit harde, onbrandbare, ondoordringbare en afwasbare materialen gebouwd zijn.

Alle voorzorgen moeten genomen worden tegen het gevaar voor ontploffing van de verdovende gassen.

De verwarming moet, bij om het even welke weersgesteldheid, toelaten een temperatuur van 25-28 °C te bereiken; een open vuur of een systeem waarbij een schoorsteen nodig is, dient in deze zalen volstrekt geweerd.

Benevens het daglicht moet een kunstmatige verlichting voorhanden zijn waarbij het mogelijk is zonder slagschaduw te opereren; die verlichting zal door een noodverlichting aangevuld worden, om in geval van stroomdefect te kunnen dienst doen; zij zal steeds paraat gehouden worden.

b) Een voor de sterilisatie bestemd lokaal.

c) Een voor het onderhoud en het bergen van het materieel bestemd lokaal.

d) Een uitsluitend voor het geneeskundig korps (kleedkamer en colloquia) bestemd lokaal.

e) Een verblijfolokaal voor het verplegingspersoneel.

2° Behangpapier dient voor de muren van de operatieafdelingen volstrekt geweerd.

II. Functionele normen.

1° De sterilisatie van de instrumenten en verbandmiddelen moet op onberispelijke wijze, door middel van betrouwbare en steeds bruikbare installaties, geschieden; deugdelijkheidsbewijzen van de sterilisatietoestellen moeten ter beschikking van de inspectie gehouden worden.

2° Het water dat voor alle doeleinden in de operatiezalen gebruikt wordt, moet drinkbaar of gesteriliseerd zijn; in de inrichtingen die over geen leidingwater beschikken, zal een officieel lichaam, om de drie maanden, tot een ontleding van het water overgaan en het resultaat er van moet in een register opgetekend worden, dat ter beschikking van de inspectie gehouden wordt.

3° De inrichting moet beschikken over een vaste apparatuur voor radiologische diagnose en eventueel, over een verplaatsbaar apparaat.

4° De inrichting moet de technieken van reanimatie, bloedtransfusie en zuurstoftoediening kunnen verrichten.

5° Zij moet beschikken over de diensten van een laboratorium voor klinische analyses.

6° Zij moet een dieetvoeding kunnen bezorgen.

(III. Organisatorische normen.

1° Met de leiding van de dienst moet een specialist-chirurg belast worden, die te gepasten tijd de nodige richtlijnen moet geven voor de doeltreffende verzorging van de zieken en die moet instaan voor de spoedverzorging, inzonderheid door de wachtdienst te regelen van de chirurgen en de anesthesisten waarop de dienst op elk ogenblik een beroep moet kunnen doen.

2° De dienst moet, zonder onderbreking, kunnen beschikken over bevoegd personeel voor de operatiezaal en voor de sterilisatie.

3° De specialist-chirurg, belast met de leiding van de dienst zal, samen met de verantwoordelijke voor de verpleging, al de nodige voorzorgen nemen om besmettingen te vermijden.) <KB 18-07-1980, art. 1>

2° De dienst moet, zonder onderbreking, kunnen beschikken over bevoegd personeel voor de operatiezaal en voor de sterilisatie.

3° Al het personeel dat in de operatiezaal werkzaam is zal al de nodige voorzorgen nemen om de besmetting van de operatiewonden te vermijden.

Art. N5. (Bijzondere normen toepasselijk op de dienst materniteit : Kenletter M.) <KB 1987-08-15/30, art. 2, 006; Inwerkingtreding : 01-01-1988>

(I. Architectonische normen.

A. Bedden en standaard verpleegeenheden.

1. Per dienst moet er minstens één verpleegeenheid zijn.

2. De bedden dienen uitsluitend in één- of tweebedkamers opgesteld.

3. Een voldoende aantal bedden moet opgesteld worden in éénbedkamers ten einde bepaalde patiënten te kunnen afzonderen.

De éénbedkamers dienen verspreid te zijn over de verschillende verpleegeenheden.

4. De pasgeborenen moeten in de kamers kunnen worden afgezonderd op een zodanige wijze dat zicht en toezicht op de pasgeborene door de moeder mogelijk is.

5. De kamers dienen uitgerust met de nodige sanitaire voorzieningen, W.C. inbegrepen, die toelaten aan de moeder en pasgeborene alle lichaamsverzorging te verstrekken.

B. De lokalen van de verpleegeenheden.

Volgende technische lokalen moeten worden voorzien per verpleegeenheid of per groep van twee verpleegeenheden voor zover deze laatsten aansluitend op eenzelfde niveau liggen :

1. Een lokaal voor vroedvrouwen en verpleegkundigen :

Dit lokaal heeft onder meer volgende functies :

1.1. De permanentie van de verpleging.

1.2. De secretariaatsfunctie van de verpleging.

- een oproepsysteem moet voorzien zijn voor zover dit niet centraal werd ingericht;

- de vereiste uitrusting voor een efficiënt secretariaat voor de eenheid moet beschikbaar zijn. Dit omvat onder meer een telefoon met telefoonrepertorium en de lijst der gehospitaliseerde patiënten.

1.3. Werkruimte voor de vroedvrouwen en verpleegkundigen.

- opstellen en bijhouden van de patiëntendossiers die permanent onder toezicht moeten staan zodat het beroepsgeheim gewaarborgd wordt;

- voorbereiden en bewaren van de geneesmiddelen. De geneesmiddelen moeten bewaard worden in een geneesmiddelenkast of koelkast die permanent onder toezicht staat.

1.4. Afzonderlijke werkruimte voor de hoofdvroedvrouw (desnoods hoofdverpleegkundige).

2. Een onderzoeks- en behandelkamer.

Dit lokaal kan gebruikt worden door de geneesheren voor het onderzoek van patiënten die in de eenheid verblijven en voor het uitvoeren van bepaalde behandelingen en ingrepen bij deze patiënten. Het lokaal kan tevens gebruikt worden door vroedvrouwen en door verpleegkundigen voor het uitvoeren van bepaalde verpleegtechnieken.

3. Een dokterslokaal.

Indien het medisch dossier van de patiënten, die in de eenheid verblijven, in dit lokaal wordt opgeborgen, dient het permanent onder toezicht te staan zodat het beroepsgeheim gewaarborgd wordt.

4. Een bergruimte voor verpleegmateriaal.

Deze dient ondermeer voor de berging van de verpleegvoorraad, het klaarmaken van de verpleegkarren, het voorbereiden van de verpleegtechnieken en het opslaan van het schoon linnen.

5. Een ruimte voor linnen.

Dit lokaal dient onder meer voor het tijdelijk opslaan van het vuil linnen en materiaal, van urinestalen en afval. Een wasbak dient in dit lokaal voorzien.

6. Bergruimte :

In de eenheid moet men voldoende bergruimte voorzien. De bergruimte kan voorzien worden in één lokaal of verdeeld worden over verschillende ruimten die eventueel nog een andere functie hebben.

Een gescheiden bergruimte dient voorzien te worden voor het onderhoudsmateriaal.

7. Een verdeelkeuken voor moeder en kind :

- zelfs indien een centraal verdeelsysteem der maaltijden voorzien is, moet een bepaalde oppervlakte voorzien

worden voor uitgestelde maaltijden alsook voor tussentijdse voedsel- en drankverstrekkingen, het bergen van de vaat, de eventueel vaatwas en een koelkast;

- aansluitend bij de verdeelkeuken voor de parturiënten doch hiervan afgezonderd, dient een beperkte oppervlakte voorzien te worden als lokale melkkeuken met eigen koelkast, ter bereiding van aanvullende melkvoedingen en het opwarmen van de gekoelde flesbereidingen.

Men dient steeds te beschikken over aseptische speentjes.

8. Een daglokaal :

Dit lokaal is bestemd voor niet bedlegerige patiënten van één of verschillende eenheden en kan ondermeer gebruikt worden voor ontspanning, als eetzaal en voor het ontvangen van bezoekers. Ook hier dient rookverbod te worden opgelegd.

9. Een badkamer :

Per verpleegeenheid moet men één badkamer met douche voorzien.

10. Er dient een beperkte opbergruimte te worden voorzien voor persoonlijke bezittingen van het personeel (handtas, enz.).

11. Afzonderlijk toilet voor personeel en bezoekers.

12. De mogelijkheid moet worden voorzien voor opleiding, groepsbespreking en gespreksruimte.

Bij de schikking van deze lokalen over de verpleegeenheid dient men bijzondere aandacht te besteden aan hun functionele samenhang.

II. Functionele normen.

1. De M-dienst maakt deel uit van een algemeen acuut ziekenhuis en dient o.m. te beschikken over volgende nevenfuncties :

1.1. Een melkkeuken (zie bijlage);

1.2. Een bevallingsafdeling (zie bijlage);

1.3. (Opgeheven) <KB 1996-08-20/43, art. 2, 018; Inwerkingtreding : 01-01-1997>

De functionele bindingen met de medische, medisch-technische en nevenfuncties dienen zodanig gerealiseerd dat alle vereiste inlichtingen betreffende de patiënten op systematische wijze en binnen de kortst mogelijke tijd verstrekt worden.

2. De maternale sterfgevallen en de perinatale sterfgevallen moeten aan een autopsie onderworpen worden, voor zover er geen administratieve of juridische beletselen bestaan.

3. ¹ De M-dienst maakt deel uit van een ziekenhuis met een erkend zorgprogramma voor kinderen en een erkende functie lokale neonatale zorg (N*-functie).]¹

(4. Van bij de eerste dag van opname in de M-dienst wordt aan de kraamvrouw een onthaalbrochure overhandigd, waarin onder meer het bezoeksreglement is opgenomen.) <KB 1996-08-20/43, art. 2, 018; Inwerkingtreding : 01-01-1997>

III. Organisatorische normen.

1. Medische staf.

1.1. Een geneesheer erkend specialist in de verloskunde en gynecologie wiens ziekenhuisactiviteit exclusief wordt uitgeoefend in de instelling, heeft de leiding van de dienst.

De geneesheer-diensthooft is verantwoordelijk voor de goede werking en het wetenschappelijk niveau van zijn dienst met alle rechten en plichten die hieruit voortvloeien. Door informatie, afspraken, coördinatie en bepaalde tussenkomsten in de domeinen die rechtstreeks of onrechtstreeks een invloed uitoefenen op de goede werking van de dienst, zorgt hij ervoor dat de optimale behandeling binnen de perken van de kortst mogelijke verblijfsduur gewaarborgd wordt.

Deze maatregelen worden opgenomen in een huishoudelijk reglement.

1.2. De geneesheer-diensthooft is verantwoordelijk voor het treffen van alle maatregelen die de continuïteit van de medische zorgen voor de patiënten waarborgen.

1.2.1. Het diensthooft maakt een lijst van de wachtbeurten op die in de dienst, in de bevallingsafdeling en in de neonatale afdeling wordt uitgehangen en die wordt overgemaakt aan de geneesheer die binnen het ziekenhuis de permanentie waarneemt.

1.2.2. De dienst moet op elk ogenblik een beroep kunnen doen op en beschikken over een gynecoloog-obstetricus, een geneesheer-specialist in de anesthesiologie en een kinderarts.

(Lid opgeheven) <KB 1996-08-20/43, art. 2, 018; Inwerkingtreding : 01-01-1997>

1.3. Bij het ontslag van de patiënt waakt de geneesheer-diensthooft erover dat de verloskundige onmiddellijk een rapport aan de doorverwijzende arts overmaakt.

1.4. Het diensthooft moet zorgen voor de medewerking van een geneesheer, erkend in de kindergeneeskunde, voor het toezicht op de pasgeborenen, en een geneesheer erkend in de anesthesiologie en de reanimatie.

1.5. Onder de verantwoordelijkheid van de geneesheer-diensthooft moet voor iedere patiënt, zowel voor de moeder als voor het kind, een medisch dossier bijgehouden worden.

Onder de verantwoordelijkheid van de geneesheer-diensthooft dient een identificatiesysteem te worden voorzien waarbij elke verwarring tussen de pasgeborenen wordt uitgesloten.

1.6. Onder de verantwoordelijkheid van de geneesheer-diensthooft wordt de perinatale registratie bijgehouden. Op het einde van het jaar worden de bijzonderste elementen verzameld in een jaarverslag met o.m. de perinatale en maternale sterftcijfers.

1.7. Elk geval van maternale en perinatale sterfte moet het voorwerp uitmaken van een bijzondere bespreking en evaluatie.

Het schriftelijk verslag hiervan wordt opgenomen in het medisch dossier.

2. Vroedvrouwen, verplegend en verzorgend personeel.

2.1. Per verpleegeenheid dient tenminste 1 hoofdvroedvrouw (desnoods hoofdverpleegkundige) te worden

voorzien alsook voldoende vroedvrouwen om de vereiste permanentie aan vroedvrouwen 24 uur op 24 te verzekeren. Tevens dient de dienst te beschikken over het nodige aantal gekwalificeerde verpleegkundigen en verzorgend personeel in functie van de verpleegkundige en verzorgingsbehoeften.

2.2. De verpleegkundigen en het verzorgend personeel dienen een bijzondere ervaring te hebben in de verzorging van pasgeborenen.

BIJLAGE 1 : DE MELKKEUKEN.

De voeding voor pasgeborenen en zuigelingen dient bereid te worden in een melkkeuken.

Deze melkkeuken dient twee onderscheiden lokalen te omvatten, één voor de schoonmaak en één voor de bereiding na sterilisatie der zuigflessen.

De melkkeuken dient voorzien van een koelkast.

BIJLAGE 2 : DE BEVALLINGSAFDELING.

I. Architectonische en fysische normen.

§ 1. De bevallingsafdeling moet volgende lokalen omvatten :

1. Ten minste twee verloskamers die dienst kunnen doen als verlos- en arbeidskamer, en ten minste één arbeidskamer waar in geval van nood ook verlossingen kunnen plaatshebben.

2. Een ruimte voor de voorbereiding van de verloskundigen.

Deze ruimte mag voorzien worden voor twee verloskamers.

Ze moet uitgerust zijn met een wastafel die voorzien is van een kraan met elleboog- of voetbediening.

3. Een lokaal voor de verzorging en reanimatie gedurende een korte periode, van de pasgeborenen.

4. Sanitair en douche voor het personeel dienen voorzien.

5. Voldoende bergruimte.

6. Een ruimte die mogelijkheid biedt tot diverse dienst-activiteiten.

7. Aan de ingang van de bevallingsafdeling dient een sluiszone voorzien met een onderzoeklokaal en een kleine wachtkamer.

§ 2. De bevallingsafdeling moet, naast het klassiek verloskundig materiaal, beschikken over de nodige apparatuur om, volgens de stand van de wetenschap, de veiligheid van moeder en kind te waarborgen.

II. Functionele normen.

1. In een reglement van orde opgesteld in gemeen overleg tussen het diensthoofd en het Comité voor ziekenhuishygiëne worden ondermeer volgende bepalingen opgenomen :

a) De voorwaarden voor de toegang tot de verschillende zones van de bevallingsafdeling en dat zowel voor de geneesheren, het personeel, de patiënten en de echtgenoten van de patiënten als voor het materiaal, zodat de regels van de hygiëne en de sterilisatie optimaal worden nageleefd;

b) De modaliteiten voor het vervoer van het materiaal en de verplaatsingen van de patiënten en van het personeel binnen het bevallingskwartier;

c) Alle maatregelen die moeten getroffen worden om te beletten dat het vuil of niet steriel materiaal in aanraking zou komen met het rein of steriel materiaal;

d) De reinigingstechnieken voor de bevallingsafdeling;

e) De maatregelen die moeten getroffen worden bij eventuele besmetting van een lokaal van de bevallingsafdeling.

2. Elke bevalling dient in een register genoteerd. Men moet minstens volgende gegevens noteren : de identiteit van de patiënte of het nummer van haar medisch dossier, de naam van de verloskundige(n) en/of anesthesist(en), datum en uur van de bevalling, de aard van de bevalling, geslacht en gewicht van de pasgeborene.

3. Het verslag van de bevalling dient opgenomen in het medisch dossier van de moeder.

Een evaluatieverslag van de pasgeborene dient door de pediater ingevuld en gevoegd bij het medisch dossier van de pasgeborene en dient te bevatten : de APGAR-score en de basis-biometrische gegevens.

4. De graad van aseptie van de bevallingsafdeling zal minstens om de drie maanden met daartoe geëigende bacteriologische onderzoeken, worden gecontroleerd.

5. De anesthesieapparatuur en de reanimatieapparatuur moeten op hun betrouwbaarheid minstens tweemaal per jaar getest worden.

III. Organisatorische normen.

1. De medische staf :

1.1. De geneesheer-diensthoofd moet waken over de toepassing van alle voorschriften van het reglement van orde.

1.2. De geneesheer-diensthoofd moet een jaarlijks rapport opstellen van de activiteiten van de bevallingsafdeling met o.m. gegevens over de maternale en perinatale mortaliteit.

[² 1.3. Een pediater van het zorgprogramma voor kinderen is permanent beschikbaar.]²

2. Vroedvrouwen :

2.1. De dagelijkse activiteiten worden verricht onder het toezicht van de hoofdvroedvrouw.

2.2. In de bevallingsafdeling dienen voldoende vroedvrouwen te worden voorzien om 24 uur op 24 de vereiste permanentie aan vroedvrouwen te waarborgen.

BIJLAGE 3 : DE AFDELING NIET-INTENSIEVE NEONATALE ZORGEN (n-AFDELING). (Opgeheven) <KB 1996-08-20/43, art. 2, 018; Inwerkingtreding : 01-01-1997>

(1)<KB 2014-04-02/12, art. 1, 046; Inwerkingtreding : 28-04-2014>

(2)<KB 2014-04-02/12, art. 2, 046; Inwerkingtreding : 28-04-2014>

Art. N6. Bijzondere normen toepasselijk op de dienst voor kindergeneeskunde : Kenletter E.

(Een dienst voor kindergeneeskunde (kenletter E) mag slechts worden uitgebaat als behandelingsmogelijkheid binnen een erkend zorgprogramma voor kinderen, bedoeld in het koninklijk besluit van 13 juli 2006 houdende vaststelling van de normen waaraan een zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend.) <KB 2006-07-13/54, art. 34, 3°, 030; Inwerkingtreding : 01-01-2007>

[Art. N7.](#) Bijzondere normen toepasselijk op de diensten voor besmettelijke ziekten : Kenletter L.

I. Architectonische normen.

Benevens de algemene normen, moet de dienst aan de volgende normen beantwoorden :

1° Hij moet beschikken over afgezonderde lokalen, die rechtstreeks van buiten toegankelijk zijn. De materialen waarmede de muren van die lokalen bekleed zijn, moeten met overvloedig water afwasbaar zijn en tegen de werking van de gewone ontsmettingsmiddelen bestand zijn.

2° In de algemene schikking dienen twee afzonderlijke verkeersregelingen voorzien : de ene voor het binnenleiden van de zieken in hun kamers; de andere voor het personeel dat de zieken moet verzorgen.

3° De dienst moet beschikken over een lokaal voor dringend heelkundig ingrijpen.

4° Wastafels in ontsmettingssassen moeten in toereikend aantal aanwezig zijn om de inachtneming van de regelen van stipte aseptie tijdens de onderzoeken en de geneeskundige verpleging mogelijk te maken.

5° De dienst moet over een lokaal en materieel beschikken om de klederen, het linnen en het beddegoed te ontsmetten, vooraleer ze eventueel naar de centrale wasserij weggevoerd worden.

6° In de afdeling van de besmettelijke ziekten wordt noch woning noch woonvertrek voor een van de personeelsleden geduld.

7° De vuilnis wordt ter plaatse verbrand; de vloeibare vuilnis wordt voor de afvoer aan een zuiveringsproces onderworpen.

II. Functionele normen.

1° Onder geen enkel voorwendsel mogen de zieken, zolang ze besmettingsgevaar opleveren, het lokaal verlaten waar ze verpleegd worden.

De diagnose- en verzorgingstechnieken dienen dus derwijze toegepast dat aan die voorwaarde voldaan wordt.

2° De verdeling van de spijzen zal zodanig geschieden, dat het overdragen van een besmetting, zowel binnen de inrichting als van binnen naar buiten, gesloten is.

3° Alleen de personen die er werkzaam zijn, worden in de hospitalisatieafdeling toegelaten.

4° Het linnen en de klederen worden na geschikte ontsmetting weggevoerd.

III. Organisatorische normen.

1° Een verantwoordelijk geneesheer moet toezicht houden op de verzorging van de in die dienst verpleegde zieken.

Hij dient al de onderrichtingen te verstrekken in verband met die verzorging en met de voorbehoeding tegen de besmetting in het ziekenhuis.

Hij moet er zorgvuldig voor waken dat de maatregelen die hij oplegt, toegepast worden.

2° Het verplegend personeel dat in die afdeling te werk gesteld wordt, mag geen andere zieken verzorgen dan die van de afdeling.

Dat personeel moet talrijk genoeg zijn om de besmettingen in het ziekenhuis te voorkomen, hierbij in acht genomen het aantal in de dienst verpleegde zieken.

Zowel bij zijn aankomst als bij zijn vertrek moet het personeel zich geheel omkleden.

Bij het verlaten van de dienst is het verplicht een stortbad te nemen. Die verrichtingen worden vergemakkelijkt door het inrichten van kleedkamers met dubbele uitgang.

3° Al de individuele voorbehoedsmiddelen tegen de besmettelijke ziekten moeten aan het personeel opgelegd worden.

4° De bezoekers zijn van de zieken door een glazen beschoot gescheiden en blijven buiten het verplegingslokaal; die beschikkingen dienen ten behoeve van ieder niet aan de dienst verbonden persoon, op goed zichtbare wijze aangeplakt te worden.

[Art. N8.](#) <KB 1996-08-20/43, art. 3, 018; Inwerkingtreding : 01-01-1997> Bijzondere normen toepasselijk op de dienst voor intensieve neonatologie, kenletter NIC.

I. Algemene bepalingen

1. De NIC-dienst is uitsluitend bestemd voor de opname en verzorging van pasgeborenen die in levensbedreigende of bijzondere ziektecondities verkeren.

De pasgeborenen verblijven in de NIC-dienst tot op het ogenblik dat zij dermate hersteld zijn dat zij zonder onnodige risico's kunnen terug getransfereerd worden naar het doorverwijzend ziekenhuis voor verdere ziekenhuisverzorging.

2. Indien de functie van lokale neonatale zorg (N*-functie), zoals omschreven in het koninklijk besluit van 22 augustus 1996 houdende vaststelling van de normen waaraan een functie van lokale neonatale zorg (N*-functie) moet voldoen om te worden erkend, geïntegreerd is in de NIC-dienst dienen beiden duidelijk van elkaar onderscheiden zijn en dienen de intensieve zorgen voorbehouden te zijn voor de erkende NIC-bedden.

3. (De NIC-dienst moet beantwoorden aan tenminste drie van de hiernavolgende activiteitsnormen :

1° jaarlijks worden minstens 50 pasgeborenen met een geboortegewicht van minder dan 1500 gram opgenomen;

2° jaarlijks heeft tenminste 20 % van de opnamen betrekking op intra- of extra-uteriene transferts;

3° jaarlijks worden de pasgeborenen met nood aan intensieve zorg afkomstig van tenminste 5.000 verlossingen

behandeld via samenwerkingsovereenkomsten met M-diensten en N*-functies;

4° jaarlijks wordt minstens 50 % van de intra- of extra-uterien verwezen NIC-patiënten terugverwezen naar de doorverwijzende instelling.) <KB 2008-03-10/37, art. 1, 039; Inwerkingtreding : 17-04-2008>

II. Architectonische normen

1. De dienst moet over minimum 15 bedden beschikken.

De lokalen van de dienst moeten een geheel vormen dat duidelijk te onderscheiden is van de andere ziekenhuisdiensten (eenheden) van de inrichting.

2.1. De dienst moet de volgende lokalen bevatten :

1° een ingangsas voor de verpleegdienst, waarin voorzieningen aanwezig zijn voor het wassen van de handen alsook alle andere voorzieningen die voor de toepassing van de regels inzake hygiëne noodzakelijk zijn;

2° één of meer lokalen bestemd voor intensieve verzorging.

Hierin moeten de incubators en de bedden opgesteld worden.

De temperatuur moet in deze lokalen tot 25 °C gebracht kunnen worden. Het systeem dat aangewend wordt voor de luchtregeeling mag de verspreiding van kiemen niet bevorderen;

3° een lokaal met twee isoleergedeelten.

Dit lokaal, dat moet beantwoorden aan de in 2° bedoelde criteria, is bestemd voor het isoleren en observeren der kinderen bij wie een infectie wordt vermoed.

Dit lokaal moet voorzien zijn van een sas waarin het mogelijk is de handen te wassen, en te wisselen van kliniekjassen.

2.2. Bovendien moet de dienst nog de volgende technische lokalen bevatten :

1° een onderzoekslokaal;

2° een bureau voor de geneesheren;

3° een lokaal voor het verplegend personeel;

4° twee onderscheiden lokalen voor het opbergen en verhandelen van schoon materiaal en schoon linnen en van vuil materiaal en vuil linnen;

5° een melkkeuken waar de voeding voor de pasgeborenen bereid moet worden.

Ze moet bestaan uit 2 afzonderlijke lokalen : één voor de reiniging en één voor de bereiding van de zuigflessen nadat ze gesteriliseerd werden.

Men moet steeds over aseptische speentjes beschikken.

2.3. De in punt 2.2. bedoelde lokalen mogen buiten de dienst gelegen zijn.

De lokalen van de melkkeuken mogen gebeurlijk gemeenschappelijk zijn met deze van de kraaminrichting.

2.4. Het afnemen en bewaren van de moedermelk moet onder de beste voorwaarden kunnen geschieden.

III. Functionele normen

1. Voor elk bed moet zuurstoftoediening, gebruik van perslucht evenals aspiratie, gewaarborgd zijn.

Op elk ogenblik moet de dienst in staat zijn onder de beste voorwaarden en met de nodige apparatuur cardiorespiratoire reanimatie, en langdurige kunstmatige beademing toe te passen.

2. De dienst moet in staat zijn om gedurende lange tijd parenterale voeding toe te dienen. Daarvoor dient hij te beschikken over een uitgebreid arsenaal aan perfusiepompen.

3. De dienst moet binnen een minimum van tijd kunnen beschikken over de uitslagen van de biologische analyses die onmisbaar zijn voor het toezicht en voor de bovengenoemde therapieën. Deze onderzoeken moeten met micro-technieken kunnen uitgevoerd worden.

De dienst moet dringend kunnen beroep doen op een analysetoestel voor de pH en voor de bloedgassen alsook over een apparaat voor de meting van glycemie.

4. Het moet mogelijk zijn in de dienst kleine heelkundige ingrepen te verrichten.

5. De dienst moet binnen een minimum van tijd kunnen beschikken over de uitslagen van de radiologische onderzoeken, die in de instelling worden uitgevoerd en die noodzakelijk zijn voor het toezicht van de bovengenoemde therapieën.

De dienst moet beroep kunnen doen op een mobiel radiografietoestel en over een echografieapparaat.

6. De opmerkingen en vaststellingen vanwege het medisch, verplegend en paramedisch personeel moeten opgetekend worden en gevoegd bij het dossier van de patiënt.

Dit dossier moet bijgehouden worden en steeds ter beschikking zijn van het bevoegde personeel.

7. Voor elke pasgeborene moeten de geneesheren van de dienst elke dag voorschriften en richtlijnen geven die opgetekend worden op een blad : dat blad moet bij het medisch dossier gevoegd worden wanneer het kind de dienst verlaat.

8. De dienst moet kunnen beschikken over een ziekenwagen met transportincubator die uitgerust is voor de reanimatie, monitoring en het vervoer van pasgeborenen.

De dienst moet het transport, onmiddellijk na de oproep, onder medisch en verpleegkundig toezicht in de beste omstandigheden waarborgen.

Daarom moet de geneesheer die de pasgeborene begeleidt praktische ervaring hebben wat betreft de behandeling en de reanimatie van pasgeborenen.

9. De dienst moet meewerken aan de perinatale registratie conform de richtlijnen verstrekt door de Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft.

(10. De dienst staat in voor de organisatie van een gestandaardiseerde follow-up van de zogenaamde hoogrisico pasgeborenen, dit zijn pasgeborenen met een geboortegewicht van minder dan 1500 gram of waarvan de moeder vóór 32 weken zwangerschap is bevallen.) <KB 2008-03-10/37, art. 1, 039;

Inwerkingtreding : 17-04-2008>

IV. Organisatorische normen

1. Medische staf.

1.1. Een erkend geneesheer-specialist in de pediatrie met bijzondere ervaring in de neonatologie wiens ziekenhuisactiviteit exclusief wordt uitgeoefend in de instelling, heeft de leiding van de dienst.

Onder geneesheer-specialist in de pediatrie met bijzondere ervaring in de neonatologie wordt verstaan : een geneesheer-specialist in de pediatrie die :

- ofwel houder is van de bijzondere beroepstitel van geneesheer-specialist in de neonatologie;
- ofwel, zolang die bijzondere bekwaming door geen enkele specifieke beroepstitel wordt bekrachtigd, bij de erkenningscommissie voor geneesheren-specialisten in de pediatrie bekend staat als bijzonder ervaren in de neonatale zorg. De vaststelling van die algemene bekendheid moet blijken uit een advies van de erkenningscommissie.

De geneesheer-diensthoud is verantwoordelijk voor de goede werking en het wetenschappelijk niveau van zijn dienst met alle rechten en plichten die hieruit voortvloeien.

Door informatie, afspraken, coördinatie en bepaalde tussenkomsten in de domeinen die rechtstreeks of onrechtstreeks een invloed uitoefenen op de goede werking van de dienst, zorgt hij ervoor dat de optimale behandeling binnen de perken van de kortst mogelijke verblijfsduur gewaarborgd wordt.

Die maatregelen worden opgenomen in huishoudelijk reglement.

1.2. De geneesheer-diensthoud is verantwoordelijk voor het treffen van alle maatregelen die de continuïteit van de zorgen aan de pasgeborene waarborgen.

1.3. Een erkend geneesheer-specialist in de pediatrie met bijzondere ervaring in de neonatologie die voor zijn ziekenhuisactiviteit exclusief aan het ziekenhuis verbonden is, dient 24 uur op 24 uur aanwezig te zijn in de instelling.

Deze permanentie mag ook waargenomen worden door een geneesheer in opleiding in de pediatrie voor zover hij minstens twee jaar postgraduate opleiding heeft genoten, dat de dienst waarin hij de permanentie waarneemt in zijn stageprogramma is opgenomen en dat hij vertrouwd werd gemaakt met alle aspecten van de dringende behandeling en reanimatie van zijn specialisme.

Indien de permanentie wordt waargenomen door een geneesheer-specialist in opleiding dient een geneesheer-specialist van dezelfde discipline 24 uur op 24 uur oproepbaar te zijn.

1.4. Op elk ogenblik moet binnen een minimum van tijd de medewerking kunnen gewaarborgd worden van geneesheren-specialisten wier aanwezigheid vereist is voor de behandeling van de pasgeborenen.

1.5. Het diensthoud maakt een lijst van wachtbeurten op die in de dienst wordt uitgehangen en die wordt overgemaakt aan de geneesheer die in het ziekenhuis de permanentie waarneemt voor de andere hospitalisatiediensten.

1.6. Per vijf erkende NIC-bedden dient de dienst te beschikken over een voltijds equivalent geneesheer-specialist in de pediatrie met bijzondere ervaring in de neonatologie. Het diensthoud moet voltijds en exclusief tewerkgesteld zijn in de betrokken NIC-dienst; de medewerkers moeten elk ten minste 3/4-tijds en exclusief in de dienst tewerkgesteld zijn.

2. Verplegend, verzorgend- en ander personeel.

2.1. De hoofdverpleegkundige is een gegradueerde verpleger of verpleegster, bij voorkeur gegradueerde pediatrie verpleger of gegradueerde pediatrie verpleegster, of vroedvrouw, en heeft een bijzondere ervaring in neonatologie.

Onder gegradueerde pediatrie verpleger of gegradueerde pediatrie verpleegster met bijzondere ervaring in de neonatologie wordt verstaan :

een gegradueerde pediatrie verpleger of gegradueerde pediatrie verpleegster die :

- ofwel houder is van de bijzondere beroepsbekwaming in de neonatologie;
- ofwel, zolang die bijzondere bekwaming aan geen enkele specifieke bekrachtiging onderworpen is, bij de Nationale Raad voor Verpleegkunde bekend staan als bijzonder ervaren in de neonatale zorg, nadat zij een specifiek programma gevolgd hebben dat zowel theoretisch als praktisch onderricht omvat. De vaststelling van die algemene bekendheid moet blijken uit een advies van de Nationale Raad voor Verpleegkunde.

Onder vroedvrouw met bijzondere ervaring in de neonatologie wordt verstaan :

een vroedvrouw die :

- ofwel houder is van de bijzondere beroepsbekwaming in de neonatologie;
- ofwel, zolang die bijzondere bekwaming aan geen enkele specifieke bekrachtiging onderworpen is, bij de Nationale Raad voor Vroedvrouwen bekend staan als bijzonder ervaren in de neonatale zorg, nadat zij een specifiek programma gevolgd hebben dat zowel theoretisch als praktisch onderricht omvat. De vaststelling van die algemene bekendheid moet blijken uit een advies van de Nationale Raad voor Vroedvrouwen.

2.2. De hoofdverpleegkundige is verantwoordelijk voor de goede werking van de verpleegkundige activiteit van de NIC-dienst. Door informatie, afspraken, coördinatie en bepaalde tussenkomsten in de domeinen die rechtstreeks of onrechtstreeks een invloed uitoefenen op de verpleegkundige activiteit, zorgt hij mede voor de optimale verzorging van de pasgeborenen binnen de kortst mogelijke verblijfsduur.

2.3. De hoofdverpleegkundige houdt toezicht op de toepassing van het huishoudelijk reglement onder meer met betrekking tot de wijze waarop de lokalen waar pasgeborenen verblijven toegankelijk zijn, de regels van asepsie die dienen toegepast ten aanzien van het personeel en de bezoekers, en de maatregelen die getroffen dienen te worden door het personeel in geval van infecties van endemische aard.

2.4. De hoofdverpleegkundige is verantwoordelijk voor de organisatie van de verpleegkundige registratie en het individuele verpleegkundige dossier ten aanzien van pasgeborenen zolang zij in de NIC-dienst verblijven.

2.5. De hoofdverpleegkundige is verantwoordelijk voor het organiseren van de opvang van de ouders.

2.6. Per bezet NIC-bed moet de dienst beschikken over 2,5 voltijds equivalenten aan gegradueerde, bij voorkeur pediatrie, verpleegkundigen en/of vroedvrouwen, waarvan ten minste 60 % met bijzondere ervaring in neonatologie.

2.7. Aan de NIC-dienst moet ten minste één voltijds equivalent aan administratieve kracht verbonden zijn. Het onderhoudspersoneel moet voldoende talrijk zijn om een dagelijkse reiniging van de dienst, ook in de week-ends en op feestdagen, mogelijk te maken.

3. Andere organisatorische normen.

3.1. Van bij de eerste dag van opname in de NIC-dienst wordt aan de ouders een onthaalbrochure overhandigd, waarin onder meer het bezoekreglement is opgenomen.

3.2. De ouders moeten spoedig en in toenemende mate betrokken worden bij de verzorging van hun kind.

3.3. De ouders moeten steeds toegang kunnen hebben tot hun pasgeborene(n). Overdag moet deze bezoekmogelijkheid zo ruim mogelijk zijn, 's nachts kan het ziekenhuis deze afhankelijk maken van de voorafgaande toestemming van de verantwoordelijke verpleegkundige.

3.4. Bijzondere aandacht dient te gaan naar de adequate opvang van de ouders bij perinatale sterfte.

[Art. N9](#). Bijzondere normen toepasselijk op de secties voor tuberculosebehandeling die in de algemene ziekenhuizen gevestigd zijn : Kenletter B (bacillose).

Aan elke inrichting die erkend is voor ziekenopneming, diagnose en heelkunde, kan de vergunning verleend worden tuberculoselijders op te nemen indien zij beschikt over een speciale sectie die aan de hieronder bepaalde normen voldoet.

Door speciale sectie, voorbehouden voor de diagnose en behandeling van tuberculosepatiënten, dient verstaan : een paviljoen, een verdieping of een gedeelte van een verdieping, bestaande uit een geheel van ziekenkamers en technische lokalen, die een functionele eenheid uitmaken; die sectie mag niet als een doorgangsinrichting gebruikt worden.

Alleen de inrichtingen die aan de volgende voorwaarden voldoen, kunnen voor de behandeling en de verzorging van tuberculoselijders erkend worden :

I. Architectonische normen.

Alleen de secties die aan de algemene voorwaarden voldoen en die in onder kenletters C en D erkende instellingen gevestigd zijn, kunnen erkend worden.

Bovendien beschikken de patiënten in de sectie zelf over :

- a) een refter met aanrechtkeuken;
- b) een voor het geneeskundig onderzoek bestemd lokaal dat met een radioscopie-apparaat is uitgerust;
- c) ten minste één spreekkamer;
- d) eventueel elk lokaal waarvan het voorhanden zijn mocht blijken uit de onder II en III gestelde eisen.

Bedden, ten belope van ten minste een derde van de volledige bezetting, moeten de afzondering in individuele kamers mogelijk maken.

II. Functionele normen.

Zonder de tuberculoselijders naar een andere inrichting te moeten overbrengen, en buiten de onder index D bepaalde installaties, moet de inrichting beschikken over :

- a) een installatie voor tomografie;
- b) de apparatuur voor functionele onderzoeken;
- c) lokalen en apparaten voor bronchoscopie.

De inrichting moet eveneens beschikken over een laboratorium dat culturen en tests betreffende de gevoeligheid voor antibiotica alsook de analyses van klinische biologie kan verrichten, ofwel gaat zij met een dergelijk laboratorium een verbintenis aan om over zijn medewerking te kunnen beschikken.

III. Organisatorische normen.

- a) Een geneesheer-fysioloog en/of pneumoloog moet met het bestuur van die sectie belast worden.
- b) In beginsel mag de sectie alleen zieken ouder dan 14 jaar opnemen.
- c) In geval van onvoorziene verergering moet dringende verzorging kunnen gegeven worden.
- d) Al de leden van het geneeskundig, verzorgings- en huispersoneel, die hetzij voortdurend, hetzij tijdelijk in die sectie tewerkgesteld zijn, moeten : allergie vertonen voor de tuberculine, vrij zijn van tuberculeuze aandoeningen van evolutieve aard, vrij van besmettelijke aandoeningen.

Bij hun tewerkstelling in de sectie moeten zij een selectieonderzoek ondergaan en moet een radiografie genomen worden.

Bovendien moet op hun gezondheid geregeld toezicht gehouden worden en moeten zij ten minste om de zes maanden een klinisch en radiologisch onderzoek ondergaan.

e) Voor iedere zieke moet een volledig geneeskundig dossier aangelegd en ter beschikking van de geneesheren-inspecteurs gehouden worden.

f) In de sectie moeten toestellen aanwezig zijn voor de ontsmetting van de septische produkten en de verbandmiddelen.

g) Iedere zieke moet de occupational therapie kunnen genieten.

h) Het voor de sectie bestemd vaatwerk moet in de sectie zelf gewassen en opgeborgen worden. Het moet uitsluitend voor die sectie bestemd blijven en moet van een andere kleur zijn dan het overige vaatwerk van het ziekenhuis. Op de vorken, lepels en messen moet een blijvend kenteken aangebracht worden. Indien de keuken voor beide secties gemeenschappelijk is, moeten de middelen voor het overbrengen van het voedsel, van de keuken naar de bedden der zieken, de warmserveerwagens, de warmserveerrecipiënten en de individuele kookketels van elkander verschillen en steeds een eigen kenmerk dragen. Dat overbrengen moet door het personeel van de sectie geschieden.

i) Het linnen en de dekens moeten verschillend zijn voor de sectie. Op het linnen en op de dekens moet een blijvend kenteken aangebracht worden. De wasserij mag gemeenschappelijk zijn, op voorwaarde dat het weken en het ontsmetten van het linnen in de sectie zelf geschiedt. Het linnen zal op vastgestelde dagen gewassen en

gestreken worden.

j) De sectie moet beschikken over haar eigen klein geneeskundig materieel (spuwbakken, bedpannen, maagsondes, bedflessen, enz.) dat een eigen kenteken moet dragen. Dat geneeskundig materieel moet in daartoe bestemde lokalen opgeborgen worden.

k) Alle nuttige maatregelen moeten getroffen worden om elke besmettingsmogelijkheid te voorkomen, inzonderheid voor het gebruik van materieel en van gemeenschappelijke lokalen.

Art. N10. Bijzondere normen toepasselijk op de diensten voor geriatrie en revalidatie : Kenletter R. (opgeheven) <KB 1984-04-12/41, art. 2, 002; Inwerkingtreding : 28-04-1984>

Art. N11. <KB 1993-10-12/32, art. 2, 012; Inwerkingtreding : 19-10-1993> Bijzondere normen toepasselijk op de gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie kenletter Sp.

1. (De gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie is bestemd voor patiënten met cardio-pulmonaire, neurologische, locomotorische, psychogeriatrische en chronische aandoeningen (chronische pathologieën en polypathologieën waarvoor curatieve zorg en revalidatie nodig is). Bedoelde patiënten behoeven een gespecialiseerde medische behandeling, verpleegkundige zorg, revalidatie en reactivering in een ziekenhuismilieu en hebben nood aan een actieve, verlengde maar in de tijd beperkte opvang.

Bovendien kan deze dienst bestemd zijn voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte die zich in een terminale fase bevinden en palliatieve zorg behoeven.) <KB 1995-11-13/34, art. 1, 017; Inwerkingtreding : 23-01-1996>

2. Het medisch, specialistisch, (...) verpleegkundig en multidisciplinair profiel van de ziekenhuisdienst dient door registratie te worden aangetoond. <KB 1995-11-13/34, art. 1, 017; Inwerkingtreding : 23-01-1996>

3. De Sp-dienst legt zich, per eenheid van 20 bedden, toe op eenzelfde specialiteit. (De eenheid echter, bestemd voor patiënten die palliatieve zorg vergen, omvat minimum 6 en maximum 12 bedden. Per ziekenhuis mag er slechts één eenheid van dit type bestaan.) De erkenningsbeslissing vermeldt de specialiteit-aard van de dienst. <KB 1995-11-13/34, art. 1, 017; Inwerkingtreding : 23-01-1996>

4. De patiënt wordt in de gespecialiseerde dienst opgenomen hetzij onmiddellijk, hetzij na een eerste behandeling in een ziekenhuisdienst, aangepast aan zijn aandoening. Het betreft patiënten met een specifieke pathologie die in het ziekenhuis moeten worden opgenomen voor aangepaste behandeling en revalidatie.

5. (...) <KB 1995-11-13/34, art. 1, 017; Inwerkingtreding : 23-01-1996>

5. (oud 6.) Behalve voor de opname van patiënten in een acute fase van de aandoening, staat de dienst ook in voor verlengde opname van patiënten in een evolutieve en niet gestabiliseerde fase, waarvoor gespecialiseerde (maar in de tijd beperkte) verzorging nodig is. <KB 1995-11-13/34, art. 1, 017; Inwerkingtreding : 23-01-1996>

6. (oud 7.) Op medisch, verpleegkundig en paramedisch vlak zal de werking van de dienst gericht zijn op een actieve behandeling die leidt tot herstel of tot optimaal behoud van het fysieke, psychische en sociale potentieel van de patiënt.

7. (oud 8.) Wanneer de dienst zich niet in een algemeen ziekenhuis bevindt, moet er een functionele binding bestaan met een algemeen ziekenhuis dat minstens beschikt over de diensten bedoeld in artikel 2 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.

8. (oud 9.) Voornoemde functionele binding moet in een geschreven overeenkomst zijn vastgelegd. Hierin moeten de samenwerkingsmodaliteiten worden behandeld en met name de werkingsregelen bij spoedgevallen en transfers worden bepaald.

(9. Onverminderd de toepassing van de in Hoofdstuk IIIbis vermelde specifieke normen voor verscheidene specialismen van de Sp-dienst, zijn de in punt I, II en III omschreven normen van toepassing op alle Sp-diensten.) <KB 1995-11-13/34, art. 1, 017; Inwerkingtreding : 23-01-1996>

I. Architectonische normen.

1. a) De Sp-diensten bevinden zich op de vestigingsplaats van een acuut ziekenhuis, behoudens wanneer ze tot stand gekomen zijn door de omschakeling van een V-dienst of van een S-dienst (...). <KB 1997-07-15/34, art. 1, 019; Inwerkingtreding : 31-07-1997>

b) De verpleegeenheden van de dienst moeten een functioneel geheel vormen.

c) De minimum bedcapaciteit van de Sp-dienst bedraagt 20 bedden.

2. De toegankelijkheid moet aan de invaliditeit van de patiënten zijn aangepast. In de gangen en de doorlopen van de dienst moeten alle oneffenheden van het vloeroppervlak, zoals treden, trappen en andere hindernissen vermeden worden. Daarenboven moet elk gevaar van uitglijden voorkomen worden.

3. De patiënten moeten in hun verplaatsingen in de dienst geholpen worden door leuningen en handgrepen. Die moeten ook in de sanitaire lokalen worden aangebracht. In de gangen moeten voldoende rustplaatsen zijn.

4. Alle lokalen moeten over een efficiënt oproepsysteem of over aangepaste toezichtapparatuur beschikken.

5. De sanitaire installaties voor de patiënten moeten zo dicht mogelijk bij de ziekenkamers evenals bij de zitkamers en oefenzalen worden aangebracht.

De toiletten moeten zo ontworpen zijn dat ze voor de patiënt gemakkelijk toegankelijk zijn.

6. De dienst moet over een onderzoekkamer beschikken die als verbandlokaal kan dienen en over een zaal voor gemeenschappelijke oefeningen (en een eetzaal). <KB 1995-11-13/34, art. 1, 017; Inwerkingtreding : 23-01-1996>

7. De verpleegeenheden moeten over een voldoende aantal zuurstoftherapie- en aspiratie-installaties beschikken.

II. Functionele normen.

1. De dienst moet over de nodige uitrusting beschikken voor de toepassing van de verpleegkundige en

paramedische technieken eigen aan het specialisme van de dienst.

Voor de toepassing van ergotherapie-, kinesitherapie-, en logopedietechnieken moet in de nodige en aan de pathologie aangepaste uitrusting worden voorzien.

2. Voor elke patiënt zal, van bij de opname, een gedetailleerd medisch dossier worden aangelegd dat volgende elementen bevat :

- de medische, verpleegkundige, paramedische en sociale gegevens;
- een evaluatie van de mogelijkheden en de eisen inzake terugkeer naar huis of naar een aangepast milieu;
- een programma met de speciale behandelingen en de revalidatiemogelijkheden.

3. Het dossier van de patiënt zal regelmatig worden aangevuld met een verslag over de evolutie van zijn toestand. Die evolutie moet worden getoetst aan het programma en het tijdschema die bij de opname en (in de daarop volgende fasen van zijn behandeling werden opgesteld). <KB 1995-11-13/34, art. 1, 017;

Inwerkingtreding : 23-01-1996>

Hiertoe moeten (wekelijks) multidisciplinaire vergaderingen worden belegd. <KB 1995-11-13/34, art. 1, 017; Inwerkingtreding : 23-01-1996>

III. Organisatorische normen.

1. De medische organisatie van de dienst wordt toevertrouwd aan een arts met een specifieke bekwaaming in de discipline(s) waarvoor de gespecialiseerde dienst erkend is.

Die bekwaaming moet blijken uit bewijsstukken die de arts moet kunnen voorleggen.

2. De in punt 1 bedoelde arts moet, indien nodig, op elk moment kunnen rekenen op de samenwerking van de bij de behandeling betrokken artsen of, bij ontstentenis hiervan, op die van het algemeen ziekenhuis of van een van de algemene ziekenhuizen waarmee een functionele binding bestaat.

3. De verpleging moet in handen zijn van verpleegkundig personeel bijgestaan door een voldoende aantal (verzorgend personeel). (De verpleegkundige permanentie, bedoeld in 12° van punt III " Organisatorische normen " van de rubriek " Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn " van deze bijlage, moet verzekerd worden per verpleegeenheid van minstens 20 bedden.) <KB 1995-11-13/34, art. 1, 017;

Inwerkingtreding : 23-01-1996>

4. De dienst moet over kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten, maatschappelijk assistenten of gegradueerde sociale verplegers en psychologen beschikken; hun aantal hangt af van het aantal bedden in de dienst.

IIIbis. (Specifieke normen per specialisme.) <KB 1997-07-15/34, art. 2, 019; Inwerkingtreding : 31-07-1997>

(A. Specifieke Normen voor de Sp-dienst (psychogeriatrische aandoeningen).) <Opschrift ingevoegd bij KB 1997-07-15/34, art. 2, 019; Inwerkingtreding : 31-07-1997>

(1. Als Sp-dienst voor patiënten met psychogeriatrische aandoeningen worden erkend, de diensten die bejaarde patiënten opnemen die een diagnose en/of een behandeling van psychiatrische en somatische aard alsook een multidisciplinaire opvang behoeven, zodat het fysieke, psychische en sociale potentieel van de patiënt volledig of zo goed mogelijk kan worden hersteld.

2. In afwijking van punt I, 1, a, kan deze dienst zich eveneens bevinden op de vestigingsplaats van een psychiatrisch ziekenhuis; in dat geval dienen alle maatregelen te worden genomen opdat deze dienst architectonisch en functioneel van de andere diensten van het ziekenhuis gescheiden is.

3. Teneinde de continuïteit van de opvang en van de verzorging te garanderen, dient voor een functionele binding te worden gezorgd met extramurale voorzieningen en diensten voor huisvesting of voor thuisverzorging van patiënten met psychogeriatrische aandoeningen, zoals psychiatrische verzorgingstehuizen, rust- en verzorgingstehuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg en diensten voor thuisverzorging.

Deze functionele binding dient het voorwerp uit te maken van een schriftelijke overeenkomst.

4. De architecturale en functionele organisatie van de dienst moet van die aard zijn dat de patiënt in de dienst een maximale bewegingsvrijheid heeft maar dat hij de dienst niet zonder toezicht kan verlaten.

5. De kamers en de gemeenschappelijke lokalen worden op de meest adequate wijze herkenbaar gemaakt voor de patiënten.

6. De geneesheren-specialisten in de inwendige geneeskunde en in de geriatrie, in de neuropsychiatrie, in de psychiatrie of in de neurologie, worden geacht te beschikken over de specifieke bekwaaming bedoeld in punt III, 1.

Wanneer de met de medische organisatie van de dienst belaste arts niet over de vereiste somatische of psychiatrische bekwaamheid beschikt, moet hij, indien nodig, te allen tijde een beroep kunnen doen op artsen die wel die bekwaamheid hebben.

7. ¹ De dienst moet per verpleegeenheid beschikken over een hoofdverpleegkundige die bij voorkeur houder is van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie.

Per 30 bezette bedden, moet de dienst, naast de hoofdverpleegkundige, over minstens 8 verpleegkundigen beschikken, die bij voorkeur houder zijn van hetzij de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie of in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie, hetzij de bijzondere beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie of in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie.

De dienst beschikt tevens over 6 zorgkundigen.¹

8. Per 30 bedden moet de dienst beschikken over minstens een halftijds equivalent kinesitherapeut en over minstens een voltijds equivalent ergotherapeut, logopedist of ander lid van de paramedische beroepen.

Per 90 bedden en, in evenredigheid, wanneer de dienst minder bedden telt, moet de dienst beschikken over een voltijds equivalent psycholoog en over een voltijds equivalent maatschappelijk assistent of verpleegkundige houder van de bijzondere beroepstitel van gegradueerde verpleger of gegradueerde verpleegster in de sociale gezondheidszorg.

9. Om de kwaliteit van de zorgverlening maximaal te garanderen, dient er een regelmatig teamoverleg georganiseerd te worden waarbij voor iedere patiënt geëvalueerd wordt in hoeverre de therapeutische en relationele interventies op een geïntegreerde manier gebeurden.) <ingevoegd bij KB 1995-11-13/34, art. 1, 017; Inwerkingtreding : 23-01-1996>

(B. Specifieke normen voor de Sp-dienst (palliatieve verzorging).

1. De Sp-dienst (palliatieve zorg) is bestemd voor patiënten met een ongeneeslijke ziekte in een terminale fase die palliatieve zorg behoeven.

Bedoelde dienst legt zich specifiek toe op activiteiten als symptoomcontrole, psychologische begeleiding, rouwvoorbereiding en -begeleiding.

2. De bedden van bedoelde dienst zijn verspreid over meerdere hospitalisatiediensten van het ziekenhuis of vormen, een architectonisch zelfstandige en herkenbare entiteit;

In afwijking van rubriek I ("Architectonische normen"), 1, a, kan de dienst zich buiten de vestigingsplaats van een acuut ziekenhuis bevinden wanneer de dienst tot standgekomen is door reconversie van C-, D-, H-, of G-bedden.

3. In afwijking van rubriek I ("Architectonische normen"), 1, c, beschikt de Sp-dienst (palliatieve verzorging) over minimum 6 en maximum 12 bedden.

Er dient voldoende oppervlakte per bed voorzien te zijn. De kamers dienen ruim en huiselijk te zijn, te beschikken over eigen sanitair, aangepast meubilair met o.a. een hoog-laag bed.

Minstens de helft van de kamers zijn éénpersoonskamers, de overige kamers mogen tweepersoonskamers zijn.

4. De dienst dient over voldoende badinstallaties te beschikken die toelaten dat de patiënt er in liggende positie gebracht wordt.

5.1. De dienst dient te beschikken over de volgende gemeenschappelijke ruimtes :

- een living met huiselijk karakter;
- een keuken, waar ook de familie toegang heeft;
- een bureel voor de verpleegkundige équipe.

5.2. In de dienst moet het mogelijk zijn om zich te bezinnen, pluridisciplinaire vergaderingen te beleggen en de familieleden op te vangen.

Bovendien moet voor de familieleden de mogelijkheid bestaan op de dienst te overnachten.

6. Elke kamer beschikt over telefoon, radio- en TV-aansluiting en een oproepsysteem.

7. De dienst beschikt over de noodzakelijke technische middelen voor pijnbestrijding.

8. Er moeten wekelijks interdisciplinaire teamvergaderingen gehouden worden.

9. Uit het in punt II, 2, bedoelde dossier dient de pluridisciplinaire benadering te blijken.

10. Bezoek door familieleden en naastbestaanden is mogelijk 24 uur op 24 uur.

11. De dienst maakt deel uit van het samenwerkingsverband inzake palliatieve zorg dat het desbetreffend geografisch gebied bestrijkt.

12. De permanente opleiding van de teamleden omvat minimum 2 dagen per jaar.

13. De activiteiten moeten regelmatig geëvalueerd worden via registratie van verstrekte medische, medisch-technische en verpleegkundige handelingen.

Uit bedoelde registratie moet blijken dat het aantal technische handelingen doelgericht en beperkt zijn en dat de patiënt gedurende een beperkte periode in de dienst verbleef.

De registratie vermeldt de bestemming van de patiënt na zijn ontslag uit de dienst.

De Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft kan, met betrekking tot deze registratie, nadere regels vaststellen.

14. (De medische leiding van de dienst berust bij een geneesheer-specialist met bijzondere ervaring in de palliatieve verzorging of bij een huisarts met bijzondere ervaring in de palliatieve zorg.) <KB 2002-02-19/35, art. 1, 026; Inwerkingtreding : 21-04-2002>

De dienst moet steeds een beroep kunnen doen op geneesheren-specialist in de oncologie, de anesthesiologie en de geriatrie. Deze artsen dienen een bijzondere ervaring in de palliatieve verzorging te hebben.

15. (Met inbegrip van de hoofdverpleegkundige dient de dienst, per erkend bed, over 1,50 verpleegkundigen te beschikken, bijgestaan door voldoende verzorgend personeel.) <KB 2002-02-19/35, art. 1, 026;

Inwerkingtreding : 21-04-2002>

Dit verpleegkundig kader bestaat voor minstens 2/3 uit gegradueerde verpleegkundigen.

Minstens 66 % van de gegradueerde verpleegkundigen is houder van de bijzondere beroepsbekwaming van verpleger of verpleegster in de palliatieve zorg.

16. De dienst moet beroep kunnen doen op een kinesitherapeut, maatschappelijk werker, levensbeschouwelijk begeleider en op consulenten waaronder een psycholoog en een geneesheer-specialist in de psychiatrie of de neuro-psychiatrie.) <Ingevoegd bij KB 1997-07-15/34, art. 2, 019; Inwerkingtreding : 31-07-1997; in zoverre deze invoeging betrekking heeft op rubriek IIIbis, onderdeel B, punten 3, tweede en derde lid, 4, 5 en 6, treedt ze evenwel in werking op een door de Koning nader te bepalen datum.>

(C. Specifieke normen voor de Sp-dienst (cardiopulmonaire aandoeningen).

1. Als Sp-dienst voor patiënten met cardiopulmonaire aandoeningen worden erkend, de diensten die patiënten opnemen die een voortgezette cardiopulmonaire behandeling, alsook een multidisciplinaire opvang behoeven om hun fysieke, psychische en sociale potentieel op een zo hoog mogelijk peil te houden of te brengen.

Het verzorgingsplan omvat een actieplan om, via gerichte informatie inzake ondermeer leef- en voedingspatronen, het recidiverisico te verkleinen.

2. Als de Sp-dienst voor patiënten met cardiopulmonaire aandoeningen niet op de campus van een algemeen ziekenhuis is gevestigd of als de dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling van het ziekenhuis niet beschikt over een medische staf met geneesheren specialisten in de cardiologie of in de pneumologie, wordt een

functionele binding opgezet met een ziekenhuis dat daar wel over beschikt. Bedoelde functionele binding is erop gericht de continuïteit van de opvang en de zorgverlening te waarborgen.

Er wordt ook een functionele binding opgezet met de extramurale voorzieningen en diensten voor huisvesting of thuisverzorging van patiënten met cardiopulmonaire aandoeningen, zoals rust- en verzorgingstehuizen en gecoördineerde diensten voor thuisverzorging.

Die functionele bindingen worden in een schriftelijke overeenkomst vastgelegd.

3. De functie "revalidatie" van het ziekenhuis waarin de cardiopulmonaire Sp-dienst is gevestigd, is uitgerust om in de revalidatiebehoeften van de patiënten met cardiopulmonaire aandoeningen te voorzien.

4. De architectonische en functionele organisatie van de dienst moet, gelet op het langdurige verblijf, de patiënten de onontbeerlijke levenskwaliteit bieden.

5. De dienst moet over de nodige uitrusting en zorgprocedures beschikken om patiënten met cardiopulmonaire aandoeningen constant dringende zorgverlening te kunnen bieden.

Alle bedden op de dienst zijn in de hoogte verstelbaar, geleed en mobiel.

De dienst beschikt over voldoende rolstoelen, looprekken en hulpmiddelen om de mobiliteit te vergemakkelijken.

Zorgprocedures evenals voldoende materieel om ligwonden te voorkomen moeten beschikbaar zijn.

6. De geneesheren-specialisten in de cardiologie, in de inwendige geneeskunde of in de pneumologie worden geacht de specifieke bekwaamheid bedoeld in punt III, 1, te hebben.

Naar gelang van de specifieke bekwaamheid van de arts die met de medische organisatie van de dienst is belast, moet hij, indien nodig, te allen tijde een beroep kunnen doen op artsen die de vereiste bekwaamheden hebben.

7. Per verpleegeenheid, en zeker per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80 %, moet de dienst beschikken over een hoofdverpleegkundige met een bijzondere ervaring in de opvang van patiënten met cardiopulmonaire aandoeningen.

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80 % moet de dienst, naast 1 hoofdverpleegkundige, ten minste beschikken over 8 voltijds equivalent verpleegkundigen waaronder ten minste 5 gegradueerde verpleegkundigen en 7 voltijds equivalent leden van het verzorgend personeel.

8. Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80 % moet de dienst ten minste beschikken over een voltijds equivalent ergotherapeut of logopedist of paramedicus met een bijzondere ervaring in de revalidatie.

Er moet een beroep kunnen worden gedaan op een diëtist met een bijzondere ervaring in het overbrengen van informatie inzake voedingsleer.

9. Om de kwaliteit van de zorgverlening maximaal te waarborgen, dient regelmatig teamoverleg te worden gepleegd waarbij per patiënt wordt nagegaan in hoeverre de therapeutische en relationele hulp op een geïntegreerde wijze verliep.) <KB 1998-08-10/07, art. 1, 021; Inwerkingtreding : 31-10-1998>

(D. Specifieke normen voor de Sp-dienst (neurologische aandoeningen).

1. Als Sp-dienst voor patiënten met neurologische aandoeningen worden erkend, de diensten die patiënten opnemen die een voortgezette neurologische behandeling, alsook een multidisciplinaire opvang behoeven om hun fysieke, psychische en sociale potentieel op een zo hoog mogelijk peil te houden of te brengen.

2. Als de Sp-dienst voor patiënten met neurologische aandoeningen niet op de campus van een algemeen ziekenhuis is gevestigd of als de dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling van het ziekenhuis niet beschikt over een medische staf met ten minste één geneesheer-specialist in de neurologie, wordt een functionele binding opgezet met een ziekenhuis dat daar wel over beschikt.

Bedoelde functionele binding is erop gericht de continuïteit van de opvang en de zorgverlening te waarborgen.

Er wordt ook een functionele binding opgezet met de extramurale voorzieningen en diensten voor huisvesting of thuisverzorging van patiënten met neurologische aandoeningen, zoals rust- en verzorgingstehuizen en gecoördineerde diensten voor thuisverzorging.

Die functionele bindingen worden in een schriftelijke overeenkomst vastgelegd.

3. De functie "revalidatie" van het ziekenhuis waarin de neurologische Sp-dienst is gevestigd, is uitgerust is om in de revalidatiebehoeften van de patiënten met neurologische aandoeningen te voorzien.

4. De architectonische en functionele organisatie van de dienst moet, gelet op het langdurige verblijf, de patiënten de onontbeerlijke levenskwaliteit bieden.

Alle lokalen die bestemd zijn voor de patiënten, moeten zo toegankelijk mogelijk worden gemaakt, ook voor rolstoelpatiënten.

De verplaatsingen van de patiënten binnen de dienst moeten worden vergemakkelijkt door de installatie van een leuning in de gangen en in het sanitair.

5. De dienst moet over de nodige uitrusting en zorgprocedures beschikken om patiënten met neurologische aandoeningen constant dringende zorgverlening te kunnen bieden.

Alle bedden op de dienst zijn in de hoogte verstelbaar, geleed en mobiel.

De dienst beschikt over voldoende rolstoelen, looprekken en hulpmiddelen om de mobiliteit te vergemakkelijken.

Zorgprocedures evenals voldoende materieel om ligwonden te voorkomen, moeten beschikbaar zijn.

6. (De geneesheren-specialisten in de neurologie, in de inwendige geneeskunde, in de fysieke geneeskunde en revalidatie, en in de neuropsychiatrie worden geacht de specifieke bekwaamheid te hebben, bedoeld in punt III, 1.) <KB 2005-11-10/59, art. 1, 029; Inwerkingtreding : 31-10-1998; de wijzigingsbeschikking vermeldt een vernetiging bij arrest nr. 136.962 van de Raad van State van 3 november 2004>

Naargelang van de bekwaming van de arts die met de medische organisatie van de dienst is belast, moet hij, indien nodig, te allen tijde een beroep kunnen doen op artsen die de vereiste bekwaamheden hebben.

Hij moet eveneens een beroep kunnen doen op een geneesheer-specialist in de urologie.

7. Per verpleegeenheid, en zeker per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80 %, moet de dienst beschikken over een hoofdverpleegkundige met een bijzondere ervaring in de opvang van patiënten met neurologische

aandoeningen.

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80 % moet de dienst, naast 1 hoofdverpleegkundige, ten minste beschikken over 8 voltijds equivalent verpleegkundigen waaronder ten minste 5 gegradueerde verpleegkundigen en 6 voltijds equivalent leden van het verzorgend personeel.

8. Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80 % moet de dienst ten minste beschikken over twee voltijds equivalenten ergotherapeut, logopedist of paramedicus met een bijzondere ervaring in de revalidatie.

Er moet een beroep kunnen worden gedaan op een psycholoog.

9. Om de kwaliteit van de zorgverlening maximaal te waarborgen, dient regelmatig teamoverleg te worden gepleegd waarbij per patiënt wordt nagegaan in hoeverre de therapeutische en relationele hulp op een geïntegreerde wijze verliep.

E. Specifieke normen voor de Sp-dienst (locomotorische aandoeningen).

1. Als Sp-dienst voor patiënten met locomotorische aandoeningen worden erkend, de diensten die patiënten opnemen die een voortgezette behandeling van motorische aard, alsook een multidisciplinaire opvang behoeven om hun fysieke, psychische en sociale potentieel op een zo hoog mogelijk peil te houden of te brengen.

2. Om de continuïteit van de opvang en de zorgverlening te waarborgen, wordt een functionele binding opgezet met de extramurale voorzieningen en diensten voor huisvesting of thuisverzorging van patiënten met locomotorische aandoeningen, zoals rust- en verzorgingstehuizen en gecoördineerde diensten voor thuisverzorging.

Er moet ook een functionele binding worden opgezet met een centrum voor integratie van personen met een handicap.

Die functionele bindingen worden in een schriftelijke overeenkomst vastgelegd.

3. De functie "revalidatie" van het ziekenhuis waarin de locomotorische Sp-dienst is gevestigd, is uitgerust om in de revalidatiebehoeften van de patiënten met locomotorische aandoeningen te voorzien.

4. De architectonische en functionele organisatie van de dienst moet, gelet op het langdurige verblijf, de patiënten de onontbeerlijke levenskwaliteit bieden.

5. De dienst moet over de nodige uitrusting en zorgprocedures beschikken om patiënten met locomotorische aandoeningen constant dringende zorgverlening te kunnen bieden.

Alle bedden op de dienst moeten in de hoogte verstelbaar, geleed en mobiel zijn.

De dienst moet beschikken over voldoende rolstoelen, looprekken en hulpmiddelen om de mobiliteit te vergemakkelijken.

Zorgprocedures evenals voldoende materieel nodig om ligwonden te voorkomen, moeten beschikbaar zijn.

6. De geneesheren-specialisten in de neurologie, in de orthopedische heekunde, in de fysieke geneeskunde en revalidatie of in de reumatologie worden geacht de specifieke bekwaamheid bedoeld in punt III, 1, te hebben.

Naar gelang van de bekwaamheid van de arts die met de medische organisatie van de dienst is belast, moet hij, indien nodig, te allen tijde een beroep kunnen doen op artsen die de vereiste bekwaamheden hebben.

Hij moet ook een beroep kunnen doen op een geneesheer-specialist in de urologie.

7. Per verpleegeenheid moet de dienst beschikken over een hoofdverpleegkundige met een bijzondere ervaring in de opvang van patiënten met locomotorische aandoeningen.

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80 % moet de dienst, naast 1 hoofdverpleegkundige, ten minste beschikken over 8 voltijds equivalent verpleegkundigen waaronder ten minste 5 gegradueerde verpleegkundigen en 6 voltijds equivalent leden van het verzorgend personeel.

8. Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80 % moet de dienst ten minste beschikken over twee voltijds equivalenten ergotherapeut, logopedist of paramedicus met een bijzondere ervaring inzake revalidatie.

Er moet een beroep kunnen worden gedaan op een psycholoog.

9. Om de kwaliteit van de zorgverlening maximaal te waarborgen, dient regelmatig teamoverleg te worden gepleegd waarbij per patiënt wordt nagegaan in hoeverre de therapeutische en relationele hulp op een geïntegreerde wijze verliep.

F. Specifieke normen voor de Sp-dienst (chronische aandoeningen).

1. Als Sp-dienst voor patiënten met chronische aandoeningen worden erkend, de diensten die patiënten opnemen die een voortgezette medische behandeling vereisen om wille van een chronische aandoening, alsook een multidisciplinaire opvang behoeven om hun fysieke, psychische en sociale potentieel op een zo hoog mogelijk peil te houden of te brengen.

2. Om de continuïteit van de opvang en de zorgverlening te waarborgen, wordt een functionele binding opgezet met de extramurale voorzieningen en diensten voor huisvesting of thuisverzorging van patiënten met chronische aandoeningen, zoals rust- en verzorgingstehuizen en gecoördineerde diensten voor thuisverzorging.

Die functionele binding wordt in een schriftelijke overeenkomst vastgelegd.

3. De functie "revalidatie" van het ziekenhuis waarin de chronische Sp-dienst is gevestigd, is uitgerust om in de revalidatiebehoeften van de patiënten met chronische aandoeningen te voorzien.

4. De architectonische en functionele organisatie van de dienst moet, gelet op het langdurige verblijf, de patiënten onontbeerlijke levenskwaliteit bieden.

5. De dienst moet over de nodige uitrusting en zorgprocedures beschikken om patiënten met chronische - aandoeningen constant dringende zorgverlening te kunnen bieden.

Alle bedden op de dienst moeten in de hoogte verstelbaar, geleed en mobiel zijn.

De dienst moet beschikken over voldoende rolstoelen, looprekken en hulpmiddelen om de mobiliteit te vergemakkelijken.

Zorgprocedures evenals voldoende middelen om ligwonden te voorkomen, moeten beschikbaar zijn.

6. De geneesheren-specialisten worden geacht de specifieke bekwaamheid bedoeld in punt III, 1, te hebben.

7. Per verpleegeenheid moet de dienst beschikken over een hoofdverpleegkundige met een bijzondere ervaring

in de opvang van patiënten met chronische aandoeningen.

Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80 % moet de dienst, naast 1 hoofdverpleegkundige, ten minste beschikken over 8 voltijds equivalent verpleegkundigen waaronder ten minste 5 gegradueerde verpleegkundigen en 7 voltijds equivalent leden van het verzorgend personeel.

8. Per 30 bedden met een bezettingsgraad van 80 % moet de dienst ten minste beschikken over één voltijds equivalent ergotherapeut, logopedist of paramedicus met een bijzondere ervaring inzake revalidatie.

Er moet een beroep kunnen worden gedaan op een psycholoog.

9. Om de kwaliteit van de zorgverlening maximaal te waarborgen, dient regelmatig teamoverleg te worden gepleegd waarbij per patiënt wordt nagegaan in hoeverre de therapeutische en relationele hulp op een geïntegreerde wijze verliep.) <KB 1998-08-10/07, art. 1, 021; Inwerkingtreding : 31-10-1998>

IV. Overgangsbepaling.

De Minister die de erkenning van de ziekenhuizen onder zijn bevoegdheid heeft kan, voor een periode van maximum twee jaar na de inwerkingtreding van onderhavig besluit, afwijkingen toestaan op de bepalingen voorzien in punt 3 en in punt I, 1. c).

(1)<KB 2013-06-02/05, art. 1, 044; Inwerkingtreding : 29-06-2013>

[Art. N12.](#) Bijzondere normen toepasselijk op de neuropsychiatrische diensten : Kenletter P. (opgeheven) <KB 15-02-1974, art. 2, § 2>

[Art. N13.](#) Bijzondere normen toepasselijk op de dienst voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen : Kenletter V. <Ingevoegd bij KB 15-04-1965, art. 2> (opgeheven) <KB 1994-02-21/30, art. 2, 013; Inwerkingtreding : 01-03-1994>

[Art. N14.](#) Bijzondere normen toepasselijk op de open psychiatrische diensten : Kenletter O. (opgeheven) <KB 15-02-1974, art. 2, § 2>

[Art. N15.](#) Bijzondere normen toepasselijk op de psychiatrische diensten voor nachtverpleging : Kenletter Q. (opgeheven) <KB 15-02-1974, art. 2, § 2>

[Art. N16.](#) Bijzondere normen toepasselijk op de diensten voor intensieve verzorging : Kenletter I (opgeheven) <KB 1998-04-27/41, art. 23, 020; Inwerkingtreding : 29-06-1998>

[Art. N17.](#) Bijzondere normen toepasselijk op de dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling van kinderen : Kenletter K. <KB 29-03-1977, art. 2>

De dienst K is bestemd voor jonge patiënten, die ofwel dringende hulp in geval van crisistoestand, ofwel een observatie of een actieve behandeling vergen.

De dienst K kan instaan voor hetzij dag- en nachtverpleging, hetzij voor dagverpleging, hetzij voor nachtverpleging.

De dienst moet ten minste 20 plaatsen en mag ten hoogste 60 plaatsen omvatten.

Er zullen leefeenheden van minimum 6 en maximum 10 patiënten voorzien worden.

Behoudens tegenindicatie in het belang van de patiënten, zullen de adolescenten gescheiden worden van de kinderen.

I. Architectonische normen.

Ten einde de autonomie van de dienst veilig te stellen, moet hij werkelijk van de andere ziekenhuisdiensten gescheiden zijn.

De dienst zal gelegen zijn buiten elke instelling voor gehandicapten.

De dag- en nachtl lokalen en de technische diensten mogen in verschillende gebouwen worden ondergebracht, op voorwaarde dat de functionele samenhang gehandhaafd blijft.

A. Normen voor algemene hygiëne van de gebouwen.

De algemene normen zijn van toepassing, met uitzondering van deze vermeld onder 5°, 6° en 7°.

B. Bijzondere normen voor de ziekenhuisverpleging.

De algemene verplegingsnormen zijn van toepassing, met uitzondering van deze vermeld onder 2°, 3°, 11° en 12°.

Deze normen worden als volgt aangevuld :

1. Er zijn zoveel nachtl lokalen als noodzakelijk. Het verblijf in de instelling van een familielid mag uitzonderlijk voorzien worden indien dit de behandeling van de patiënt ten goede komt.

2. De eenpersoons- en gemeenschappelijke kamers moeten zo zijn ingericht dat de zieken gemakkelijk geobserveerd kunnen worden, rekening houdend met de vereiste "privacy". Hiervoor dient oordeelkundig gebruik gemaakt te worden van glazen beschotten en panelen. Het aangewend glas moet van het veiligheidstype zijn.

3. De vensters zullen voorzien zijn van veiligheidsapparaten die de verluchting mogelijk maken en er tevens voor zorgen dat de opening van de vensters beperkt kan worden.

4. De eenpersoonskamers moeten ten minste 8 m² oppervlakte hebben. De gemeenschappelijke kamers moeten een oppervlakte hebben van ten minste 6 m² per bed voor de kinderen ouder dan 10 jaar; voor de kinderen onder de 10 jaar wordt een oppervlakte van 5 m² voorzien en voor deze minder dan 3 jaar, 3 m². Er worden ten hoogste 4 bedden per kamer toegestaan.

5. De kamer van de wachtdienst moet dicht bij de slaapkamers gelegen zijn.

6. Het sanitair moet bestaan uit ten minste 1 wastafel met stromend water per 2 zieken, 1 bad of stortbad per 10 zieken, 1 W.C. per 5 zieken. De deuren van de W.C.'s en van de badkamers moeten naar buiten opengaan en uitgerust zijn met veiligheidssluitingen die door het personeel van buitenaf kunnen worden bediend. De stortbakken van de W.C.'s mogen niet met een ketting zijn uitgerust.

7. De eet- en dagzalen dienen plaats te bieden aan alle zieken; de totale oppervlakte van de dagzalen moet ten minste 4 m² per zieke bedragen, waarvan 1 m² voor de eetzaal.

8. In de nabijheid van de dagverblijven moeten voldoende kleedkamers en sanitaire installaties worden voorzien.

9. De dienst moet beschikken over een tuin, een terras of een koer aangepast aan de behoeften van de patiënten.

10. De dienst moet een aantrekkelijk leefmilieu vormen dat afgestemd is op de psychologische behoeften van de patiënten.

11. De inrichting op de dienst moet beschikken over :

a) lokalen met de nodige uitrusting voor de artsen, psychologen, maatschappelijke werkers en voor de individuele therapie;

b) lokalen voorzien van het nodige materieel, bestemd voor groepstherapie, zoals psychotherapie, ergotherapie, kinesithérapie, creatieve activiteiten alsmede voor de pedagogische activiteiten;

c) observatiekamers voor het afzonderen van onrustige zieken welke gedragstoornissen vertonen of lijden aan een besmettelijke aandoening. Die kamers moeten in de nabijheid van de kamer van de wacht gelegen zijn. De kamers moeten zo worden ingericht dat de veiligheid van de zieken gewaarborgd is.

II. Functionele normen.

De algemene normen zijn van toepassing met uitzondering van deze vermeld onder 6° en 7°.

Deze normen worden als volgt aangevuld :

1. De geneesmiddelen moeten worden bewaard in een kast op slot die zich moet bevinden in een lokaal dat voor de zieken niet toegankelijk is.

2. Het medisch dossier moet stelselmatig en nauwkeurige beschrijving geven van de geestelijke en lichamelijke toestand van de zieke bij de opneming, de toegepaste behandeling vermelden en de verdere evolutie schetsen. Deze dossiers worden in de inrichting achter slot bewaard.

3. De inrichting moet kunnen beroep doen op een dienst voor radiologie en een laboratorium voor klinische biologie, alsmede op een dienst voor electro-encefalografie.

4. Er moet een nauwe functionele binding tot stand gebracht worden met een erkende dienst voor pediatrie E of voor diagnose en geneeskundige behandeling D, met een neuro-psychiatrische dienst A voor volwassenen, met de extra murale diensten voor geestelijke gezondheidszorg van de streek en met aangepaste instellingen bestemd voor gehandicapten.

De dienst voor uitsluitend dagverpleging moet voor een nauwe functionele binding zorgen met een dienst K voor dag- en nachtverpleging.

De voorwaarden voor de samenwerking met deze diensten moeten worden bepaald in een schriftelijke overeenkomst die goedgekeurd zal worden door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.

5. Een dienst K die minstens 40 zieken telt moet op elk ogenblik in staat zijn beroep te doen op een geneesheer-specialist in de neuro-psychiatrie of in de kindergeneeskunde om in te staan voor een dringende opneming.

III. Organisatorische normen.

(Eerste lid) <opgeheven door KB 1999-02-15/44, art. 3, 022; Inwerkingtreding : 1999-01-01>

(Inleidende zin van het tweede lid) <opgeheven door KB 1999-02-15/44, art. 3, 022; Inwerkingtreding : 1999-01-01>

1. De medische equipe zal geleid worden door een geneesheer-specialist in de neuro-psychiatrie gekwalificeerd in de kinder-psychiatrie. In elk geval moeten minstens twee geneesheren gehecht zijn aan de inrichting waarvan de tweede specialist is in neuro-psychiatrie, in kindergeneeskunde of in inwendige geneeskunde, volgens de leeftijd en de opgenomen patiënten.

2. Er moet beroep gedaan kunnen worden op geneesheren-specialisten wanneer de toestand van de zieke dit vereist.

3. Om de medisch-psychologisch equipe te vervolledigen moeten een licentiaat in de psychologie en een maatschappelijk assistent of een gegradueerde sociale verpleger voorzien worden per 20 zieken.

4. Het personeel dat bestendig voor de verpleging en het toezicht moet instaan omvat, per 20 zieken :

a) in geval van dag- en nachtverpleging :

2 equipes van 6 personen, waarvan 1 verpleger; van de 5 overige equipeleden dienen er ten minste 3 in het bezit te zijn van een diploma van verpleger, ergotherapeut, opvoeder of psychologisch assistent of van een brevet van verpleegassistent; de 2 andere moeten in het bezit zijn van een brevet van gezins- en sanitaire hulp of een opleiding hebben genoten die is aangepast aan de noodwendigheden van de dienst. Voor de ganse dienst moeten, gedurende de nacht ten minste 2 personen, onder wie een verpleger, de wachtdienst verzekeren.

b) in geval van uitsluitend dagverpleging :

2 personen in het bezit van een diploma van verpleger, ergotherapeut, psychologisch assistent of opvoeder of van een brevet van verpleegassistent. Voor de ganse dienst moet er ten minste 1 verpleger zijn.

c) ingeval van nachtverpleging :

2 equipes van 3 personen waarvan 1 verpleger; van de overige equipeleden dient er ten minste 1 in het bezit te zijn van een diploma van verpleger, psychologisch assistent, opvoeder of ergotherapeut of van een brevet van verpleegassistent; de andere moet in het bezit zijn van een brevet van gezins- en sanitaire hulp of een opleiding hebben genoten die is aangepast aan de noodwendigheden van de dienst. Voor de ganse dienst moeten, gedurende de nacht ten minste 2 personen onder wie 1 verpleger de wachtdienst verzekeren, overdag 1

persoon.

5. Om al de modaliteiten van de tenlastneming te verzekeren zal dat personeel, per 20 zieken, bovendien aangevuld worden met :

- a) 2 personen in geval van dag- en nachtverpleging;
- b) 4 personen in geval van dagverpleging;
- c) 2 personen in geval van nachtverpleging.

Deze personeelsleden zullen in het bezit zijn van een licentiaatsdiploma of een diploma van hoger niet-universitair onderwijs met een paramedisch, sociaal, pedagogisch of artistiek karakter, zoals psychologie, criminologie, lichamelijke opvoeding, kinesi- of ergotherapie of een diploma van opvoeder, onderwijzer of regent.

(6. Het personeel dat bestendig voor de verpleging en het toezicht moet instaan, wordt, in geval van dag- en nachtverpleging, verhoogd met 5 voltijdse eenheden per 20 bedden bezet aan 70 %.

Die personeelsleden dienen in het bezit te zijn van een diploma van hoger niet universitair onderwijs met een verpleegkundig, paramedisch, sociaal, psychologisch, pedagogisch of artistiek karakter, zoals het diploma van gegradueerde verpleegkundige, kinesi- of ergotherapie, maatschappelijk assistent, assistent in de psychologie, lichamelijke opvoeding, of een diploma van opvoeder, onderwijzer of regent.) <KB 1999-03-25/64, art. 1, 024; Inwerkingtreding : 17-10-1999>

Art. N18. Bijzondere normen toepasselijk op de dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling van volwassen patiënten : Kenletter A. <Ingevoegd bij KB 15-02-1974, art. 1, § 2>

De dienst A is bestemd voor volwassen patiënten, die ofwel een dringende hulp vergen in geval van crisistoestand, ofwel een observatie of een actieve behandeling vergen. (Voor de toepassing van de bepalingen van de betrokken rubriek, onder " volwassen patiënten " verstaan wordt patiënten van 15 jaar of ouder.) <KB 1999-04-29/79, art. 4, 023; Inwerkingtreding : 06-04-2000>

De dienst A moet instaan voor dag- en nachtverpleging en kan zorgen voor dag- of nachtverpleging.

De dienst moet ten minste 30 bedden omvatten.

I. Architectonische normen.

Ten einde de autonomie van de dienst veilig te stellen, moet hij wezenlijk van de andere ziekenhuisdiensten gescheiden zijn.

De dag- en nachtl lokalen en de technische diensten mogen in verschillende gebouwen zijn ondergebracht, op voorwaarde dat de functionele samenhang gewaarborgd blijft.

A. Normen voor algemene hygiëne van de gebouwen.

De algemene normen zijn van toepassing met uitzondering van deze vermeld onder 5°, 6° en 7°.

B. Bijzondere normen voor de ziekenhuisverpleging.

De algemene verplegingsnormen zijn van toepassing, met uitzondering van deze vermeld onder 2°, 3°, 11° en 12°.

Deze normen worden als volgt aangevuld :

1. De individuele en gemeenschappelijke kamers moeten zo zijn ingericht dat de zieken gemakkelijk kunnen geobserveerd worden, rekening houdend met de vereiste privacy.

Hiervoor dient oordeelkundig gebruik gemaakt te worden van glazen schotten en panelen.

Het aangewend glas moet van het veiligheidstype zijn.

2. De vensters zullen voorzien zijn van veiligheidsinrichtingen die de verluchting mogelijk maken maar er tevens voor zorgen dat de opening van de vensters kan beperkt worden.

3. De individuele kamers moeten ten minste 8 m² oppervlakte hebben.

De gemeenschappelijke kamers moeten een oppervlakte hebben van ten minste 6 m² per bed.

Er worden ten hoogste 6 bedden per kamer toegestaan.

4. De kamer van de nachtdienst moet dicht bij de gemeenschappelijke kamers zijn gelegen.

5. De sanitaire installatie moet bestaan uit ten minste 1 wastafel met stromend water per 2 zieken, 1 bad of stortbad per 10 zieken, 1 W.C. per 10 zieken.

De deuren van de W.C.'s en van de badkamers moeten naar buiten opengaan en uitgerust zijn met veiligheidssluitingen die door het personeel van buitenaf kunnen worden bediend.

De stortbakken van de W.C.'s mogen niet met een ketting zijn uitgerust.

6. De eet- en dagzalen dienen plaats te bieden aan alle zieken; de totale oppervlakte van de dagzalen moet ten minste 4 m² per zieke bedragen, waarvan 1 m² voor de eetzaal.

7. In de nabijheid van de dagverblijven moeten voldoende kleedkamers en sanitaire installaties worden voorzien.

8. Zo mogelijk moet de dienst beschikken over een tuin of een terras.

9. Er moet voor gezorgd worden dat aan de ganse inrichting een gezellig uitzicht wordt gegeven.

10. De inrichting of de dienst moet beschikken over :

a) lokalen met de nodige uitrusting voor de artsen, psychologen, maatschappelijke werkers;

b) lokalen met de nodige uitrusting voor de individuele therapie, zoals psychotherapie, kinesitherapie;

c) lokalen voorzien van het nodige materiele, bestemd voor groepstherapie, zoals psychotherapie, ergotherapie, creatieve activiteiten;

d) zalen uitgerust met de geschikte apparatuur voor biologische behandelingen;

e) observatiekamers voor het afzonderen van onrustige zieken; die kamers moeten in de nabijheid van de kamer van de wacht gelegen zijn en moeten beschikken over voldoende verlichting, comfort en verluchting; de kamers moeten zo worden ingericht dat de veiligheid van de zieken is gewaarborgd;

f) een laboratorium voor de gebruikelijke analyses;

g) een dienst voor elektro-encephalografie.

II. Functionele normen.

De algemene normen zijn van toepassing, met uitzondering van deze vermeld onder 6° en 7°.

Deze normen worden als volgt aangevuld :

1. De geneesmiddelen moeten worden bewaard in een kast op slot die zich moet bevinden in een lokaal welk voor de zieken niet toegankelijk is.
2. Een discreet maar doelmatig oproepsysteem moet naar gelang van de behoeften in de kamers van de zieken voorhanden zijn.
3. In het medisch dossier moet een nauwkeurige beschrijving van de geestelijke en lichamelijke toestand gegeven bij de opname, de toegepaste behandeling vermeld en de verdere evolutie geschetst.
Dit dossier wordt achter slot bewaard.
4. De inrichting moet kunnen beroep doen op een dienst voor radiologie en een laboratorium voor klinische biologie.
5. Er moet een nauwe binding tot stand gebracht worden met een dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling D, een dienst T, en met de extramurale diensten voor geestelijke gezondheidszorg van de streek.
De voorwaarden van de samenwerking met deze diensten moeten bepaald worden in een schriftelijke overeenkomst die zal goedgekeurd worden door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.
6. Een dienst die minstens 60 zieken telt moet op elk ogenblik in staat zijn :
 - een therapeutische equipe te zenden ten huize van een zieke die dringende hulp nodig heeft;
 - beroep te doen op een geneesheer-specialist in de neuro-psiatrie om in te staan voor een dringende opname.

III. Organisatienormen.

(Eerste lid) <opgeheven door KB 1999-02-15/44, art. 3, 022; Inwerkingtreding : 1999-01-01>

(Inleidende zin van het tweede lid) <opgeheven door KB 1999-02-15/44, art. 3, 022; Inwerkingtreding : 1999-01-01>

1. De geneeskundige equipe wordt geleid door een geneesheer-specialist in de neuro-psiatrie wiens benoeming door de Minister van Volksgezondheid moet worden bekrachtigd.

Er moet minstens één neuro-psiater zijn per 30 zieken.

In elk geval dienen minstens twee geneesheren gehecht aan de dienst, waarvan één specialist in neuro-psiatrie is en de tweede specialist in de neuro-psiatrie of in inwendige geneeskunde.

2. Er moet beroep kunnen gedaan worden op geneesheren-specialisten wanneer de toestand van de zieke dit vereist.

3. Om de medische-psycho-sociale equipe te vervolledigen moeten een licentiaat in de psychologie en een gegradueerde sociale verpleger of een maatschappelijke assistent voorzien worden per 60 zieken.

4. Het team dat bestendig voor de verpleging en het toezicht moet instaan omvat, per 30 zieken :

a) voor de dag- en nachtdiensten : 11 personen, waarvan 6 verplegers, bij voorkeur psychiatrische verplegers; van de 5 overige personeelsleden dienen er ten minste 2 in het bezit te zijn van een diploma van verpleger, arbeidstherapeut, opvoeder of psychologisch assistent of van een brevet van verpleger of verpleegassistent; de overige 3 moeten in het bezit zijn van een brevet van gezins- en sanitaire hulp of een opleiding hebben genoten die is aangepast aan de noodwendigheden van de dienst; gedurende de nacht moeten ten minste twee personen, onder wie een verpleger, de wachtdienst verzekeren;

b) voor de diensten die bijkomend dagverpleging verzekeren : 3 verplegers;

c) voor de diensten die bijkomend nachtverpleging verzekeren; 7 personen onder wie 5 verplegers; de overige 2 moeten in het bezit zijn van een brevet van gezins- en sanitaire hulp of een vorming hebben gekregen die is aangepast aan de noodwendigheden van de dienst; gedurende de nacht moeten ten minste 2 personen onder wie 1 verpleger, de wachtdienst verzekeren; overdag : 1 persoon.

5. Om al de modaliteiten van de ten lasteneming te verzekeren, zal het team, per 30 zieken, bovendien aangevuld worden met :

a) 4 personen voor de dag- en nachtdiensten;

b) 6 personen voor de dagdiensten;

c) 3 personen voor de nachtdiensten.

Deze personeelsleden zullen in het bezit zijn van een licentiaatsdiploma of van een diploma van hoger niet universitair onderwijs met een paramedisch, sociaal, pedagogisch of artistiek karakter, zoals psychologie, criminologie, lichamelijke opvoeding, kinesi- of ergotherapie of een diploma van opvoeder, onderwijzer of regent.

Art. N19. Bijzondere normen toepasselijk op de dienst neuro-psiatrie voor behandeling van volwassen patiënten : Kenletter T. <Ingevoegd bij KB 15-02-1974, art. 1, § 2>

De dienst T is bestemd voor volwassen patiënten en moet erop gericht zijn hun sociale wederaanpassing optimaal te verzekeren. (Voor de toepassing van de bepalingen van de betrokken rubriek, onder " volwassen patiënten " verstaan wordt patiënten van 15 jaar of ouder.) <KB 1999-04-29/79, art. 5, 023; Inwerkingtreding : 06-04-2000>

De dienst T kan instaan voor hetzij dag- en nachtverpleging, hetzij voor dagverpleging, hetzij voor nachtverpleging.

De dienst die de dag- en nachtverpleging verzekert, moet ten minste 60 patiënten kunnen opnemen.

De dienst die uitsluitend nachtverpleging verzekert, moet ten minste 30 patiënten kunnen opnemen.

I. Architectonische normen.

Ten einde de autonomie van de dienst veilig te stellen, moet hij wezenlijk van de andere ziekenhuisdiensten gescheiden zijn.

De dag- en de nachtlokalen en de technische diensten mogen in verschillende gebouwen zijn ondergebracht, op

voorwaarde dat de functionele samenhang gewaarborgd blijft.

A. Normen voor algemene hygiëne van de gebouwen.

De algemene normen zijn van toepassing met uitzondering van deze vermeld onder 5°, 6° en 7°.

B. Bijzondere normen voor de ziekenhuisverpleging.

De algemene verplegingsnormen zijn van toepassing, met uitzondering van deze vermeld onder 2°, 3°, 11° en 12°.

Deze normen worden als volgt aangevuld :

1. Er zijn zoveel nachtl lokalen als noodzakelijk.

2. De individuele en gemeenschappelijke kamers moeten zo zijn ingericht dat de zieken gemakkelijk kunnen geobserveerd worden, rekening houdend met de vereiste privacy.

Hiervoor dient oordeelkundig gebruik gemaakt te worden van glazen schotten en panelen.

Het aangewend glas moet van het veiligheidstype zijn.

3. De vensters zullen voorzien zijn van veiligheidsinrichtingen die de verluchting mogelijk maken maar er tevens voor zorgen dat de opening van de vensters kan beperkt worden.

4. De individuele kamers moeten ten minste 8 m² oppervlakte hebben.

De gemeenschappelijke kamers moeten een oppervlakte hebben van ten minste 6 m² per bed.

Er worden ten hoogste 6 bedden per kamer toegestaan.

5. De kamer van de nachtdienst moet dicht bij de gemeenschappelijke kamers zijn gelegen.

6. De sanitaire installatie moet bestaan uit ten minste 1 wastafel met stromend water per 2 zieken, 1 bad of 1 stortbad per 10 zieken, 1 W.C. per 10 zieken.

De deuren van de W.C.'s en van de badkamers moeten naar buiten opengaan en uitgerust zijn met veiligheidsssluitingen die door het personeel van buitenaf kunnen worden bediend.

De stortbakken van de W.C.'s mogen niet met een ketting zijn uitgerust.

7. De eet- en dagzalen dienen plaats te bieden aan alle zieken; de totale oppervlakte van de dagzalen moet ten minste 4 m² per zieke bedragen, waarvan 1 m² voor de eetzaal.

8. In de nabijheid van de dagverblijven moeten voldoende kleedkamers en sanitaire installaties worden voorzien.

9. Zo mogelijk moet de dienst beschikken over een tuin of een terras.

10. Er moet voor gezorgd worden dat aan de ganse inrichting een gezellig uitzicht wordt gegeven.

11. De inrichting of de dienst moet beschikken over :

a) lokalen met de nodige uitrusting voor de artsen, psychologen, maatschappelijke werkers;

b) lokalen met de nodige uitrusting voor de individuele therapie, zoals psychotherapie, kinesithérapie;

c) lokalen voorzien van het nodige materieel bestemd voor groepstherapie, zoals psychotherapie, ergotherapie, creatieve activiteiten;

d) zalen uitgerust met de geschikte apparatuur voor biologische behandeling;

e) observatiekamers voor het afzonderen van onrustige zieken; die kamers moeten in de nabijheid van de kamers van de wacht gelegen zijn en moeten beschikken over voldoende verlichting, comfort en verluchting; de kamers moeten zo worden ingericht dat de veiligheid van de zieken is gewaarborgd;

f) een laboratorium voor de gebruikelijke analyses;

g) lokalen voor sociotherapie zoals een clublokaal, een feestzaal, werkateliers en sportaccommodatie.

II. Functionele normen.

De algemene normen zijn van toepassing, met uitzondering van deze vermeld onder 6° en 7°.

Deze normen worden als volgt aangevuld :

1. De geneesmiddelen moeten worden bewaard in een kast op slot die zich moet bevinden in een lokaal dat voor de zieken niet toegankelijk is.

2. Een discreet maar doelmatig oproepsysteem moet naar gelang van de behoeften in de kamers van de zieken voorhanden zijn.

3. In het medisch dossier moet een nauwkeurige beschrijving van de geestelijke en lichamelijke toestand gegeven bij de opname, de toegepaste behandeling vermeld en de verdere evolutie geschetst worden.

Dit dossier wordt achter slot bewaard.

4. De inrichting moet kunnen beroep doen op een dienst voor electro-encephalografie, voor radiologie en een laboratorium voor klinische biologie.

5. Er moet een nauwe binding tot stand gebracht worden met een dienst voor diagnose en geneeskundige behandeling D, een dienst A en met de extramurale diensten voor geestelijke gezondheidszorg van de streek.

De voorwaarden van de samenwerking met deze diensten moeten bepaald worden in een schriftelijke overeenkomst die zal goedgekeurd worden door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort.

III. Organisatienormen.

(Eerste lid) <opgeheven door KB 1999-02-15/44, art. 3, 022; Inwerkingtreding : 1999-01-01>

(Inleidende zin van het tweede lid) <opgeheven door KB 1999-02-15/44, art. 3, 022; Inwerkingtreding : 1999-01-01>

1. De geneeskundige equipe wordt geleid door een geneesheer-specialist in de neuro-psiatrie wiens benoeming door de Minister van Volksgezondheid moet worden bekrachtigd.

Er moet minstens één neuro-psiater zijn per 120 zieken.

In elk geval dienen minstens twee geneesheren gehecht aan de dienst waarvan één specialist in neuro-psiatrie is en de tweede een neuro-psiater, een specialist in inwendige geneeskunde of een omnipracticus.

2. Er moet beroep kunnen gedaan worden op geneesheren-specialisten wanneer de toestand van de zieke dit vereist.

3. Om de medisch-psycho-sociale equipe te vervolledigen moeten een licentiaat in de psychologie en een

gegradueerde sociale verpleger of een maatschappelijk assistent voorzien worden per 120 zieken.

4. Het team dat bestendig voor de verpleging en het toezicht moet instaan omvat, per 60 zieken :

a) voor de dag- en nachtdiensten : 11 personen waarvan 6 verplegers, bij voorkeur psychiatrische verplegers; van de 5 overige personeelsleden dienen er ten minste 2 in het bezit te zijn van een diploma van verpleger, arbeidstherapeut, opvoeder of psychologisch assistent of van een brevet van verpleger of verpleegassistent; de overige 3 moeten in het bezit zijn van een brevet van gezins- en sanitaire hulp of een opleiding hebben genoten die is aangepast aan de noodwendigheden van de dienst; gedurende de nacht moeten ten minste twee personen, onder wie een verpleger, de wachtdienst verzekeren;

b) voor de diensten die uitsluitend overdag patiënten opnemen : 3 verplegers;

c) voor de diensten die uitsluitend nachtverpleging verzekeren : 7 personen onder wie 5 verplegers; de overige 2 moeten in het bezit zijn van een brevet van gezins- en sanitaire hulp of een vorming hebben gekregen die is aangepast aan de noodwendigheden van de dienst; gedurende de nacht moeten ten minste 2 personen onder wie 1 verpleger de wachtdienst verzekeren; overdag 1 persoon.

Voor 30 patiënten zijn 5 personen waarvan 3 verplegers voldoende.

5. Om al de modaliteiten van de ten lasteneming te verzekeren, zal het team, per 60 zieken, bovendien aangevuld worden met :

a) 4 personen voor de dag- en nachtdiensten;

b) 6 personen voor de dagdiensten;

c) 3 personen voor de nachtdiensten.

Deze personeelsleden zullen in het bezit zijn van een licentiaatsdiploma of een diploma van hoger niet-universitair onderwijs met een paramedisch, sociaal, pedagogisch of artistiek karakter, zoals psychologie, criminologie, lichamelijke opvoeding, kinesi- of ergotherapie, of een diploma van opvoeder, onderwijzer of regent.

Art. N20. <Ingevoegd bij KB 1984-04-12/41, art. 1, §2, 002; Inwerkingtreding : 18-04-1984> Bijzondere normen voor de dienst Geriatrie.

1. (De erkenning als dienst voor geriatrie kan verleend worden aan een dienst van een algemeen ziekenhuis die voorziet in de medische geriatische diagnosestelling, -behandeling en revalidatie en die tevens in de beste voorwaarden de ziekenhuisverpleging en de verzorging van de geriatische patiënten verzekert.

Een geïsoleerde geriatriedienst, al dan niet verbonden aan een gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp), moet beschikken over een functionele band met de dienst geriatrie van het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Die functionele band moet het voorwerp uitmaken van een schriftelijke overeenkomst m.b.t. de regeling :

- van samenwerking tussen de diensten geriatrie, met name wat het opname- en transferbeleid van de geriatische patiënten betreft;

- van een beroep op de medisch-technische diensten;

- inzake de samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen en paramedici, met name in het kader van een beleid van overleg en permanente opleiding.

De bovengenoemde functionele band moet het voorwerp uitmaken van een schriftelijke overeenkomst wanneer de beide betrokken diensten geriatrie niet onder dezelfde inrichtende macht ressorteren.) <KB 2007-01-29/55, art. 34, 1°, 034; Inwerkingtreding : 01-09-2007>

2. De geriatische patiënt wordt in de dienst, hetzij rechtstreeks, hetzij na een eerste behandeling in een aan zijn aandoening aangepaste ziekenhuisdienst, opgenomen.

De geriatische patiënt heeft een multiële pathologie die van die aard is dat deze zonder geschikte behandeling invaliderend kan werken en een lange verblijfsduur in het ziekenhuis tot gevolg kan hebben.

3. Benevens de opname van geriatische patiënten in de acute fase van hun aandoening, staat deze dienst ook in voor de verlengde hospitalisatie van geriatische patiënten met een sub-acute, nog evolutieve en niet gestabiliseerde aandoening waarvoor specialistische zorgen zijn vereist.

De gemiddelde leeftijd van de patiënten in een dienst geriatrie bedraagt ten minste 75 jaar.

4. De ganse werking van de dienst zal zowel op medisch, verpleegkundig als op paramedisch gebied bestendig gericht zijn op de toepassing van een actieve behandeling die moet toelaten de patiënt met een optimaal hersteld fysisch, psychisch en sociaal potentieel zo snel mogelijk te ontslaan.

In geen geval mag de hospitalisatie in de G-dienst een langdurige hospitalisatie voor bejaarden zijn.

De gemiddelde verblijfsduur in de G-dienst mag in beginsel (niet meer dan 45 dagen) bedragen. <KB 2007-01-29/55, art. 34, 2°, 034; Inwerkingtreding : 01-09-2007>

5. De dienst G dient ter plaatse te beschikken over het personeel en de basisuitrusting die vereist zijn om binnen de kortst mogelijke tijd en in de beste voorwaarden bovengenoemde taak te vervullen.

I. Architectonische normen.

1. De verpleegheden van de dienst moeten een functioneel geheel vormen, volledig afgescheiden van de verplegingslokalen van de andere diensten, en rechtstreeks bereikbaar zijn. De verpleegeenheden moeten toegankelijk zijn voor rolstoelen.

2. In de gangen en doorlopen van de dienst moeten alle oneffenheden van de vloeren zoals treden, trappen en andere hindernissen geweerd worden. Bovendien moet slipgevaar worden voorkomen.

3. De patiënten moeten in hun verplaatsingen in de dienst worden geholpen door leuning en handgrepen. Leuning en handgrepen zullen eveneens voorzien zijn in de sanitaire lokalen. Er dienen in de gangen voldoende rustmogelijkheden te worden voorzien.

4. Alle lokalen moeten uitgerust zijn met een doeltreffend oproepingsstelsel.

5. De sanitaire installaties voor de patiënten moeten zo dicht mogelijk bij de ziekenkamers, evenals bij de zitkamers en oefenzalen aangebracht worden.

De W.C.'s moeten ruime afmetingen hebben en van een brede toegangsdeur voorzien zijn zodat men er met een rolstoel kan binnenrijden en de patiënt eventueel door het personeel kan bijgestaan worden.

6. De dienst zal ten minste een eenheid van minimum 24 bedden omvatten.

7. Elke verpleegeenheid moet ten minste kunnen beschikken over een onderzoeklokaal dat als verbandkamer kan dienst doen.

8. Op elk verpleegniveau moet naast een gesprekslokaal een eetkamer worden voorzien die als zitkamer kan aangewend worden. Tevens moet de dienst en zo mogelijk op hetzelfde verpleegniveau, kunnen beschikken over een zaal voor gemeenschappelijke oefeningen.

9. De functies van de verschillende lokalen zullen op een uniforme wijze worden aangeduid. Het huiselijk aspect zal in de architectuur en de aankleding zoveel mogelijk beklemtoond worden.

10. In de verpleegeenheden moeten centrale leidingen voor zuurstof en voor aspiratie voorzien zijn.

11. Er moet over gewaakt worden dat alle lokalen adequaat worden verlucht.

II. Functionele normen.

1. De dienst moet beschikken over de nodige uitrusting voor de toepassing van de verpleegkundige en paramedische technieken die eigen zijn aan de dienst.

Deze uitrusting bestaat minimaal uit :

a) voldoende hoog-laag bedden in elke verpleegeenheid die geleed en verplaatsbaar zijn;

- voldoende anti-decubitus materiaal;
- zijschermen voor enkele bedden;
- aangepaste zetels van verschillende hoogte;
- voldoende nachtstoelen;
- voldoende rolstoelen;
- voldoende loopkaders, gaankrukken en stokken.

b) in de oefenzaal van de dienst of van het verpleegniveau :

- een looprek;
- een oefenfiets;
- een oefentrap;
- een wandrek.

2. Voor de toepassing van de logopedie-, de kinesitherapie- en de ergotherapietechnieken moet de vereiste uitrusting voorzien zijn.

3. Onmiddellijk bij de opname wordt voor elke patiënt een gedetailleerd dossier samengesteld dat de sociale, de medische, de paramedische en de verpleegkundige gegevens van de patiënt omvat.

4. De geneesheer tekent de besluiten van het eerste volledige onderzoek bij de opname op in het patiëntendossier. In samenspraak met de sociale werker of de sociaal verpleegkundige zal vanaf de opname een evaluatie worden gemaakt van alle mogelijkheden en van de vereisten voor een terugkeer naar huis of naar een thuisvervangend milieu.

(De geneesheer zal in overleg met diegenen die bij de behandeling worden betrokken een behandelingsschema opstellen waarin zowel de bijzondere medische, verpleegkundige, paramedische, psychologische behandelingen als de revalidatiemogelijkheden worden vermeld.) <KB 2007-01-29/55, art. 35, 1°, 034; Inwerkingtreding : 01-09-2007>

Het dossier moet geregeld worden aangevuld met een verslag dat de evolutie in de toestand van de patiënt weergeeft en dat die toestand vergelijkt met het programma en de timing van de behandeling zoals die bij de opname en naderhand werd opgesteld of aangepast.

Hiertoe dient wekelijks een teamvergadering plaats te vinden van de geneesheer, de hoofdverpleegkundige, de kinesist en gebeurlijk de ergotherapeut, (de psycholoog,) de sociale werker en de logopedist. <KB 2007-01-29/55, art. 35, 2°, 034; Inwerkingtreding : 01-09-2007>

Het verslag van de teamvergadering wordt in het dossier opgenomen.

III. Organisatorische normen.

1. (De medische leiding van de dienst voor geriatrie wordt toevertrouwd aan een geneesheer-specialist erkend in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepsbekwaming in de geriatrie of een erkende geneesheer-specialist in de geriatrie.) <KB 2007-01-29/55, art. 36, 1°, 034; Inwerkingtreding : 01-09-2007>

De geneesheer-diensthooft moet met volle dagtaak (ten minste acht tiende van de normale beroepsactiviteit) in het ziekenhuis werkzaam zijn.

2. De geneesheer-diensthooft moet telkens dit nodig is, beroep kunnen doen op de geneesheren-specialisten die bij de behandeling betrokken zijn.

3. (De dienst beschikt minstens over 14,13 voltijdse equivalenten verpleegkundigen, paramedici en/of ¹zorgkundigen¹ per 24 erkende bedden, waaronder minstens :

1° één hoofdverpleegkundige per eenheid, houder van de bijzondere beroepstitel van verpleger gespecialiseerd in de geriatrie;

¹ De hoofdverpleegkundige van de geriatrische eenheid die op de datum van 1 mei 2014 nog geen houder is van de bijzondere beroepstitel van "verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie" moet ten laatste op 1 november 2014 een bewijs van inschrijving van een aanvullende opleiding in de geriatrie, zoals bedoeld in artikel 2 van het ministerieel besluit van 19 april 2007 tot vaststelling van de criteria voor erkenning waarbij de beoefenaars van de verpleegkunde gemachtigd worden de bijzondere beroepstitel te dragen van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie, voorleggen. De aanvullende opleiding moet binnen de 3 jaar vanaf de inschrijvingsdatum met succes worden voltooid.]¹

2° [¹ ...]¹

3° ¹ 9 voltijdse equivalenten beoefenaars van de verpleegkunde, bij voorkeur verpleegkundigen houders van de bijzondere beroepstitel van verpleegkundige gespecialiseerd in de geriatrie, of van de bijzondere

beroepsbekwaamheid van verpleegkundige met een bijzondere deskundigheid in de geriatrie, per 24 G-bedden;¹
4° in iedere zorgeenheid moet minstens één verpleegkundige permanent aanwezig zijn;

5° 1,33 voltijdse equivalenten personeelsleden met als kwalificatie gegradueerde/bachelor in de ergotherapie, gegradueerde/bachelor in de logopedie, licentiaat/master in de logopedie of licentiaat/master in de psychologie.)
<KB 2007-01-29/55, art. 36, 2°, 034; Inwerkingtreding : 01-09-2007>

4. De dienst moet kunnen beschikken over een kinesitherapeut. Tevens moet de dienst kunnen beroep doen op de medewerking van (...) diëtisten, maatschappelijke werkers en gegradueerde sociale verpleegkundigen waarvan het aantal functie is van het aantal bedden van de dienst. <KB 2007-01-29/55, art. 36, 3°, 034; Inwerkingtreding : 01-09-2007>

5. Er moet voldoende onderhoudspersoneel zijn.

6. In de dienst zal een gunstig psychologisch klimaat geschapen worden dat afgestemd is op de behoeften van geriatrische patiënten.

Met deze behoeften zal ondermeer rekening gehouden worden bij het opstellen van de dagindeling, het ritme van de verschillende activiteiten en bezigheden, de beurtregeling onder het personeel, enz.

De patiënten eten, zo mogelijk, groepswijze in de eetkamer. Kine- en ergotherapie gebeuren zoveel mogelijk in groepsverband. Socio-culturele activiteiten worden eveneens georganiseerd.

(1)<KB 2014-03-19/18, art. 1, 045; Inwerkingtreding : 28-04-2014>

[Art. N21.](#) <Ingevoegd bij KB 2008-03-10/42, art. 2; Inwerkingtreding : 17-04-2008> Bijlage 21. Bijzondere normen toepasselijk op de Dienst voor intensieve behandeling van psychiatrische patiënten, Kenletter IB (gevolgd door de aanduiding van de betrokken doelgroep) ".

I. Algemeen.

1. De dienst intensieve behandeling van psychiatrische patiënten richt zich tot de hiernavolgende doelgroepen :

- sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten, ouder dan 18 jaar;
- kinderen en jongeren met een sterk gedragsgestoorde en/of agressieve problematiek;
- kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek die een misdrijf hebben gepleegd;
- patiënten met een middelengerelateerde problematiek en een psychotische problematiek;
- geïnterneerde patiënten van de " medium risk " groep.

2. Een IB-dienst kan uitsluitend worden opgericht in een ziekenhuis.

3. Iedere IB-dienst bestaat uit 8 bedden of een meervoud hiervan.

II. Specifieke normen voor de IB-dienst (SGA-volwassenen).

A. Algemene normen.

1. Als IB-dienst (SGA-volwassenen) worden erkend, de diensten die patiënten opnemen en die minstens 7 jaar ervaring hebben met het behandelen van patiënten die :

- ten minste 1 behandeling in een residentiële psychiatrische setting hebben ontworpen;
- één of meerdere uitgesproken gedragsstoornissen of agressief gedrag vertonen en in de voorgeschiedenis reeds 3 overplaatsingen en/of wijziging van setting gekend hebben zonder dat daarbij voldoende therapeutisch resultaat werd bereikt;
- gestoord en/of agressief gedrag vertonen dat zich hetzij op zichzelf hetzij op anderen richt, al dan niet verward met een middelengerelateerde problematiek en al dan niet gekaderd in een acuut psychotisch beeld.

2. Worden uitgesloten van een opname in een IB-dienst (SGA-volwassenen) patiënten :

- die jonger dan 18 jaar of ouder dan 64 jaar zijn;
- met een duidelijke mentale handicap (IQ lager dan 65) die niet in staat zijn nieuw gedrag aan te leren;
- met een chronisch irreversibele organische pathologie;
- met crimineel gedrag zonder specifieke psychiatrische pathologie of patiënten met een middelengerelateerde problematiek zonder uitgesproken agressie; mits motivatie worden geïnterneerden " medium risk ", wanneer zij de inclusiekenmerken van SGA-patiënten vertonen, toegelaten voor een opname in een IB-dienst;
- die in een chronisch psychotische toestand verkeren waarbij weinig of geen verandering wordt verwacht.

3. Het verblijf moet beperkt in tijd zijn. De verblijfsduur mag in beginsel niet meer dan zes maanden bedragen. Deze mag eenmaal verlengd worden met maximum zes maanden.

B. Architectonische normen en uitrusting.

1. De IB-dienst (SGA-volwassenen) vormt een architecturale eenheid, afgezonderd van de andere diensten van het ziekenhuis.

2. De dienst moet ingericht en uitgerust zijn voor de opvang en de behandeling van agressieve en/of ernstig gedragsgestoorde patiënten.

3. De dienst moet de patiënt een voldoende veilige omgeving bieden in een gestructureerd kader.

4. De inrichting moet dusdanig zijn dat aan het personeel een voldoende veilig en vertrouwelijk kader geboden wordt.

5. Eenzelfde instelling mag beschikken over meerdere eenheden van 8 bedden, met een maximum evenwel van 3 eenheden per instelling.

6. Elke IB-dienst (SGA-volwassenen) beschikt minstens over :

- een ontvangstlokaal;
- een consultatieruimte;
- uitgebreide sanitaire voorzieningen;
- een intern veiligheids- alarm- en monitoringsysteem;

- 8 éénpersoons patiëntenkamers.

C. Functionele normen.

1. Het therapeutisch team preciseert voor elke patiënt afzonderlijk welke de doelstellingen zijn op korte en middellange termijn van de opname, het verblijf, de behandeling en het ontslag.

2. De continuïteit van de zorg wordt gegarandeerd.

3. Het ziekenhuis heeft als opdracht :

- een transfertbeleid uit te werken;

- een casemanagementbeleid uit te werken voor de opgenomen patiënten om recidives te voorkomen;

- verslag uit te brengen over de verwezenlijkte activiteiten (congressen, opleidingen,...).

Het ziekenhuis vat haar werkzaamheden samen in een jaarlijks rapport dat wordt voorgelegd aan de federale Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

4. De verwijzende instellingen behouden de verantwoordelijkheid voor de nazorg van de doorverwezen patiënten.

5. Elke dienst stelt ieder kalenderjaar een verslag op dat betrekking heeft op het voorbije jaar.

Dit verslag wordt uiterlijk op 31 maart van het jaar volgend op het jaar waarop het verslag betrekking heeft in 3 exemplaren aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu bezorgd.

Het verslag bestaat minstens uit :

- een beschrijving van de behandelingsvisie van de dienst;

- een gedetailleerde beschrijving van het in de SGA-dienst werkzame personeel (kwalificaties, opleidingen, soort van contract, arbeidsduur, anciënniteit,...). Deze informatie dient niet meer apart gerapporteerd te worden van zodra dit wordt opgevraagd via de geëigende registratiesystemen;

- een statistisch beschrijvend gedeelte betreffende het aantal opnames alsmede de gegevens die betrekking hebben op het risicoprofiel en de agressiegeschiedenis van de patiënten;

- de eventuele aanbevelingen en perspectieven.

D. Organisatorische normen.

1. De medische leiding van de IB-dienst (SGA-volwassenen) wordt toevertrouwd aan een geneesheer- specialist in de psychiatrie. Hij is minstens halftijds aan de dienst verbonden.

2. Hij vormt, samen met een psycholoog en een hoofdverpleegkundige, het multidisciplinair team dat instaat voor de goede gang van zaken in de dienst.

3. De IB-dienst (SGA-volwassenen) beschikt per eenheid van 8 bedden over een equipe van 15 voltijdse equivalenten personeelsleden, met inbegrip van het sub 2. bedoelde multidisciplinair team, waarvan :

- 2,5 VTE personen met licentiaats- of masterdiploma die directe therapeutische zorg verstrekken, waarvan ten minste 1 VTE psycholoog;

- 12,5 VTE verpleegkundigen en/of opvoeders en/of sociaal assistenten en/of psychologisch assistenten en/of paramedici, waarvan tenminste 0,5 VTE sociaal assistent, tenminste 0,5 VTE paramedicus, tenminste 0,5 VTE psychologisch assistent en tenminste 6 VTE verpleegkundigen houders van het diploma ofwel van gegradueerde verpleegkundige, vanaf het Bologna-akkoord gelijkgesteld met " bachelor in de verpleegkunde ", ofwel gebrevetteerde verpleegkundige, vanaf het Bologna-akkoord gelijkgesteld met " gediplomeerde in de verpleegkunde ".