



BEMIDDELINGSBOEK 2017

Ombudsfunctie in Ziekenhuizen en Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg

7 maart 2018

Vlaamse
Ombudsdienst

34.948 contacten ombudsdiensten ziekenhuis/geestelijke gezondheidszorg

Een primeur bij dit jaarverslag is de rapportage over in totaal 20.714 klachten, 3.509 informatievragen, 1.336 proactieve meldingen, 1.408 andere, en 5.219 inzage patiëntendossier, of in totaal 32.186 contacten bij de ziekenhuisombudsdiensten. Daarbij kwamen nog eens 2.762 aanmeldingen via de externe ombudsdiensten geestelijke gezondheidszorg, wat een eindtotaal geeft van 34.948.

De rapportagegraad was hoog. Zo bezorgen de ombudsdiensten van alle algemene ziekenhuizen (op twee na) een jaarverslag. De voorzieningen die aangesloten zijn bij de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg dienden één gezamenlijke rapportage in voor hun externe ombudsfunctie. Twee psychiatrische ziekenhuizen bezorgden daar bovenop een jaarverslag van hun interne ombudsdienst.

Alle rapporten zijn terug te vinden in hun eigen rubriek Bemiddelingsboek 2017 op de site van de Vlaamse Ombudsdienst, rubriek Documentatie. Het Bemiddelingsboek 2017 vormt herkenbare en erg nuttige gespreksstof voor betere kwaliteit van de zorg.

Hier volgen vijf observaties van de Vlaamse Ombudsdienst. Nadere analyse en dialoog zal de komende jaren geleidelijk aan opgebouwd worden, zodat volgende edities ook meer verslag zullen brengen van klachtenbeelden en verzoeningsresultaten.

1. Inhoudelijk rapporteert men vaak over pijnpunten inzake communicatie zowel door artsen als door verpleegkundigen; zowel qua stijl als qua inhoud is er daar veel ruimte voor verbetering. Een opvallend punt in veel rapporten en ook in het klachtenrapport WVG is de onduidelijkheid over de tarifiering van het niet-dringend liggend ziekenvervoer. Wanneer ziekenhuizen steeds meer vanuit een netwerkmodel zullen werken kan verwacht worden dat de klachten over dit thema in de toekomst enkel zullen toenemen.
2. Veel patiënten willen met een klacht niet zozeer zelf gelijk krijgen maar willen een signaal geven en ertoe bijdragen dat gelijkaardige klachten in de toekomst vermeden worden. Ombudspersonen rapporteren wel dat er vaak verkeerde verwachtingen bestaan rond hun mogelijkheden. Ze zijn geen klachtenbehandelaars maar werken vanuit een bemiddelende rol. Opvallend ook is dat de mondigheid van de patiënten en de assertiviteit toeneemt. In bepaalde gevallen is er zelfs sprake van agressie en een racistische ondertoon.
3. Voorts beperken de meeste ombudsdiensten zich niet tot het eiland van de patiëntenrechten. Ze werken ruimer en zijn aanspreekpunt voor allerhande klachten. Dit is uiteraard positief vanuit het perspectief van de patiënt die zo een duidelijk aanspreekpunt heeft bij ongenoegen.
4. Complexere klachten en veeleisendere patiënten leiden echter tot een toename van de werklast. Die werklast wordt nog meer vergroot doordat ombudspersonen worden ingeschakeld in het bredere kwaliteitsverhaal, met soms opdrachten die eerder in de lijn van preventie liggen. In een ideale wereld maakt een ombudsdienst zichzelf op termijn gedeeltelijk overbodig door duidelijke aanbevelingen te formuleren die opgepikt worden door het beleid en die op zijn minst al zorgen voor het verdwijnen van repetitieve meldingen.

De Vlaams ombudsman waarschuwt voor het uitbreiden van het takenpakket. Zonder adequate financiering is het niet mogelijk om kwalitatief werk te blijven leveren. Taken die bijna louter uitvoerend zijn, bijvoorbeeld het bezorgen van afschriften van medische dossiers, worden best uit het kerntakenpakket van de ombudsdiensten weggenomen zodat er meer tijd is voor het zuivere bemiddelingswerk.

5. De ombudspersonen geven aan dat er openheid is vanwege de directies om te leren uit klachten. De Vlaamse ombudsman neemt zich alvast voor om mee erover te waken dat hetzelfde gezegd kan worden van elke beroepsbeoefenaar, ook hij of zij die, om zichzelf in te dekken, niet onmiddellijk geneigd is om info bloot te geven en zichzelf afschermt met het medisch beroepsgeheim.



ZOL JAARVERSLAG 2017

Ombudsdienst

Lieve Lenie & Ingrid Coyette
ZOL Ombudsdienst

Schiepse Bos 6 - Genk
T 089/32 15 21 - ombudspersoon@zol.be

Ziekenhuis Oost-Limburg | Campus Sint-Jan | Campus Sint-Barbara | Medisch Centrum André Dumont



Inhoud

1.	Inleiding	2
2.	Algemeen	3
3.	Indeling, bespreking, grafieken volgens registratie VVOVAZ en vergelijking van 2017 met de drie voorgaande jaren	4
3.1	Lokalisatie patiënt	4
3.2	Relatie aanbrenger	5
3.3	Vorm aanbrengen	5
3.4	Gericht aan	6
3.5	Verwachting	7
3.6	Lokalisatie klacht	8
3.7	Voorwerp dossiers	9
3.8	Beroepsbeoefenaar	10
3.9	Inhoud van de klachten	10
3.10	Doorlooptijd	15
4.	Samengevat uit de cijfers van 2017 kunnen we het volgende vaststellen:	16
5.	Aanbevelingen voor 2018 gebaseerd op het jaarrapport van 2017	17
6.	Tot slot	21

1. Inleiding

In deze inleiding worden een aantal algemene bemerkingen meegegeven over het ZOL, de manier van registreren en de ervaren evolutie in de ombudsdienst.

Het ZOL (ziekenhuis Oost-Limburg), met erkenningsnummer 371, is een algemeen ziekenhuis met 811 hospitalisatiebedden. Er zijn 2 beddencampusen, namelijk campus Sint-Jan en campus Sint-Barbara en een medisch centrum in Waterschei. Het ZOL heeft een eigen ombudsdienst en deze wordt bemand door 2 ombudspersonen, Lieve Lenie (100%) en Ingrid Coyette (30%). De ombudsdienst bevindt zich in de nabijheid van het onthaal op campus Sint-Jan. De werking is vastgelegd in **het huishoudelijk reglement** dat terug te vinden is op de website.

De ombudspersonen situeren zich als **staf lid onder de medisch directeur** en hebben een bemiddelingsfunctie tussen de patiënt/familie en het ziekenhuis, artsen en andere medewerkers van het ZOL.

Dit is het 19de jaarrapport van de ombudsdienst in het ZOL. **Het jaarrapport** van de ombudsdienst heeft verschillende doeleinden. Er wordt een beeld gegeven over de materie die de ombudsdienst verwerkt, dit op basis van cijfermateriaal, gevisualiseerd in een aantal grafieken. Hierbij wordt de activiteit binnen de ombudsdienst 2017 (januari t/m december) vergeleken met 2016, 2015 en 2014. Daarnaast worden **aanbevelingen** geformuleerd voor het jaar 2018, gebaseerd op de ervaringen van 2017.

Het jaarrapport wordt **gecommuniceerd naar en gepresenteerd voor** de Raad van Bestuur van het ZOL, de directie, de medische directie en medische diensthoofden en het managementcomité. Het jaarrapport wordt op intranet geplaatst voor alle artsen en medewerkers en ook 1x per jaar verspreid in de wekelijkse E-flash. Voorheen werd het jaarrapport overgemaakt aan de federale commissie “rechten van de patiënt” (FOD Volksgezondheid), maar vanaf 2017 dient het overgemaakt te worden aan de **Vlaamse ombudsman**. Sinds 2016 is de Vlaamse overheid namelijk bevoegd voor deze materie.

De **registratie van patiëntenklachten of contacten met de ombudsdienst** gebeurt vanuit het **perspectief van de patiënt** die een klacht heeft of informatie wil. Dit overzicht doet geen uitspraak over juiste of foutieve hulpverlening, maar wel over de manier waarop de hulpverlening wordt ervaren door de patiënt. In het registratiesysteem, dat opgelegd wordt door de overheid, wordt getracht te rapporteren over hoe het contact met de ombudsdienst verloopt en over de verschillende ziekenhuisaspecten. Bij de meeste items wordt een kort woordje uitleg geschreven om misverstanden en verschillende interpretaties te vermijden. Zoals de voorgaande jaren worden de **richtlijnen van het VVOVAZ** (Vlaamse Vereniging Ombudsfuncties van Alle Zorgvoorzieningen) als leidraad genomen. In 2016 werden er ook per kwartaal een aantal gegevens verzameld voor de balanced scorecard (BSC).

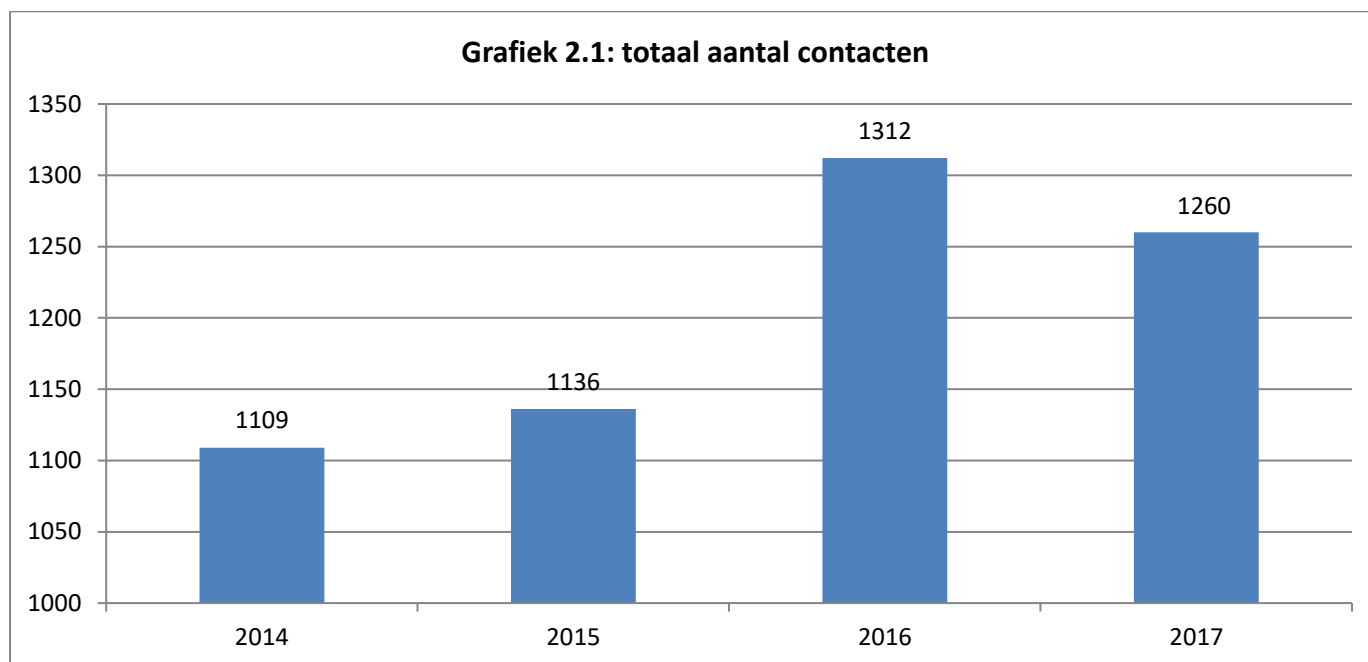
Patiënten en hun familie komen naar de ombudsdienst met een klacht of vraag en hebben er **specifieke verwachtingen** bij. Vaak zal de subjectieve beleving veel nadrukkelijker worden benoemd omdat het voor de niet-vakinhoudelijke mens moeilijk te beoordelen is of de technisch verrichte handeling wel goed is uitgevoerd. Dit is een van de redenen waarom patiënten de ‘bejegening’ en het gemis aan ‘aandacht en opvang’ zo vaak noemen als klacht. Zij hebben een beeld van een empathische medewerker die zorgzaam is en op een vriendelijke manier met patiënten omgaat. In de huidige maatschappij, ook in de gezondheidszorg, lijkt er ook vaak geen tijd meer te zijn voor persoonlijk contact of een gesprek. Nochtans verwachten patiënten en hun familie dit engagement maar zorgverleners komen er soms niet meer toe of bieden het onvoldoende aan. We zijn ons bewust dat er bij bepaalde casussen een samenloop van omstandigheden is waardoor er een escalatie kan optreden. Uitzonderlijke situaties zullen we ook nooit volledig kunnen vermijden ook al doet men zijn uiterste best. Maar ongetwijfeld zijn er ook situaties in het ziekenhuis die een klacht waard zijn.

De ombudsdienst stuurt de klagers vaker terug naar de beroepsbeoefenaars: **‘éénzijdig afgebroken’ klachten** zijn dan ook gestegen. Belangrijk is dat de beroepsbeoefenaars ook mee zijn in dit verhaal en de mensen kunnen opvangen.

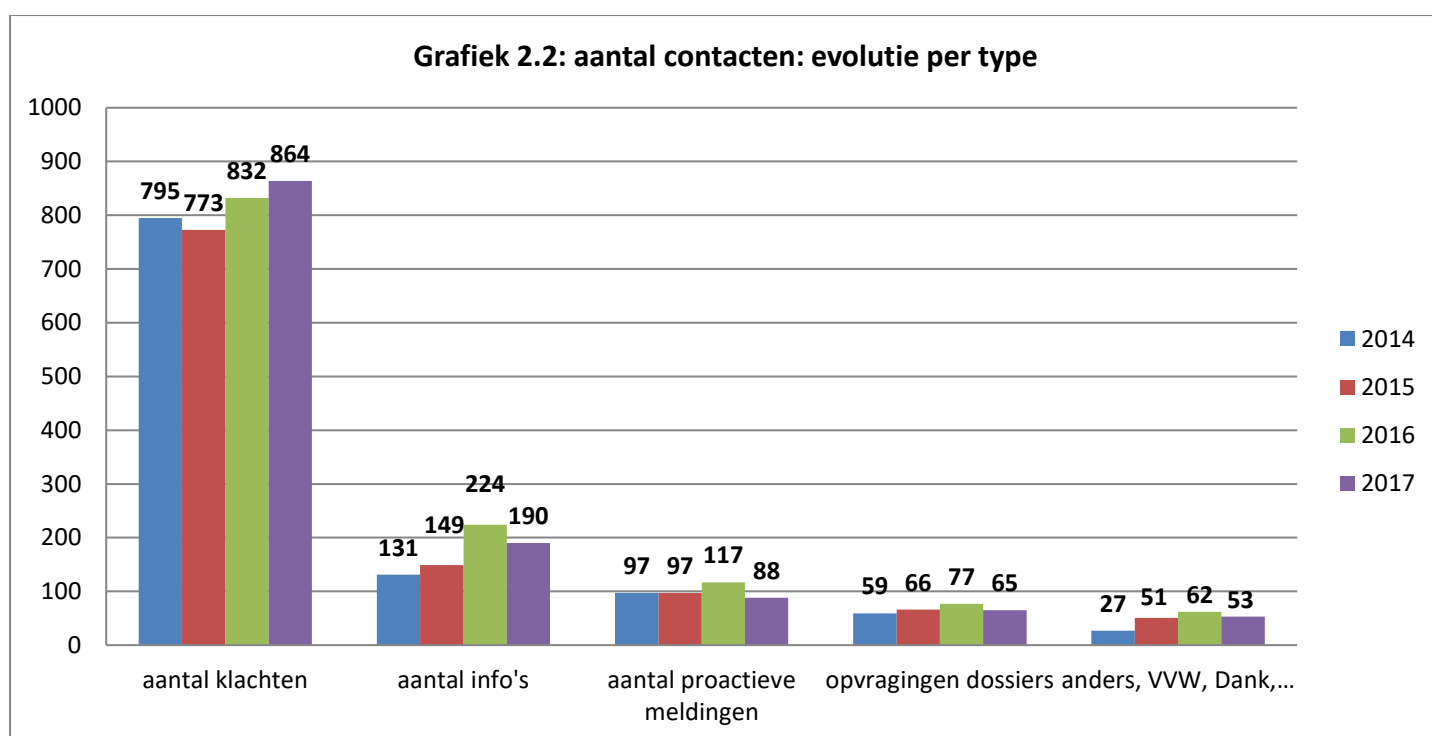
In 2017 is er ook weer tijd besteed aan de **preventieve taak** van de ombudsdienst en het werken rond de bekendheid van de ombudsdienst. Er werd bijscholing gegeven waar iedere arts en elk personeelslid naar toe kon gaan. Voor de nieuwe arts-assistenten werd er een presentatie gegeven bij de start van hun stage in het ZOL zodat zij op de hoogte zijn van de werking van de ombudsdienst.

2. Algemeen

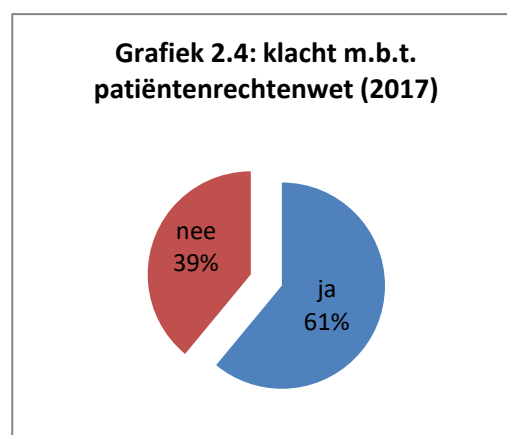
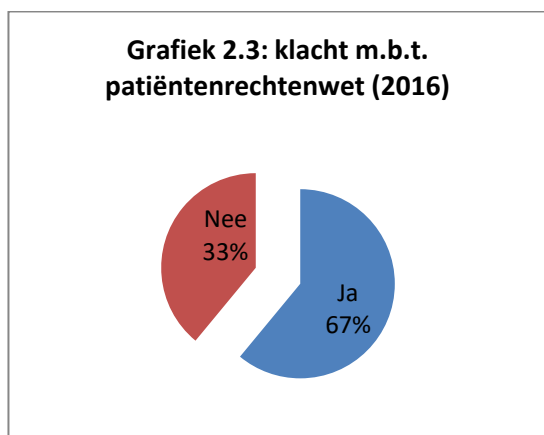
Voor 2017 is er een afname van het totaal aantal contacten bij de ombudsdienst (grafiek 2.1). Het aantal contacten met de ombudsdienst is met 4% gedaald in 2017 ten opzichte van 2016.



Door het gebruik van het registratiesysteem 'Infoland' is er een opsplitsing mogelijk van de verschillende soorten contacten bij de ombudsdienst (grafiek 2.2). In het jaar 2017 zijn er in totaal 1260 contacten geweest waarvan 864 klachtmeldingen (+3.8%), 190 infovragen, 88 proactieve meldingen en 65 afschriften van medische dossiers. Daarenboven werden 53 contacten geklasseerd onder 'anders'. Hiertoe behoren onder andere de meldingen van diefstal, verloren voorwerpen zonder dat er een klacht aan verbonden is, maar ook de dankwoorden vallen hieronder.



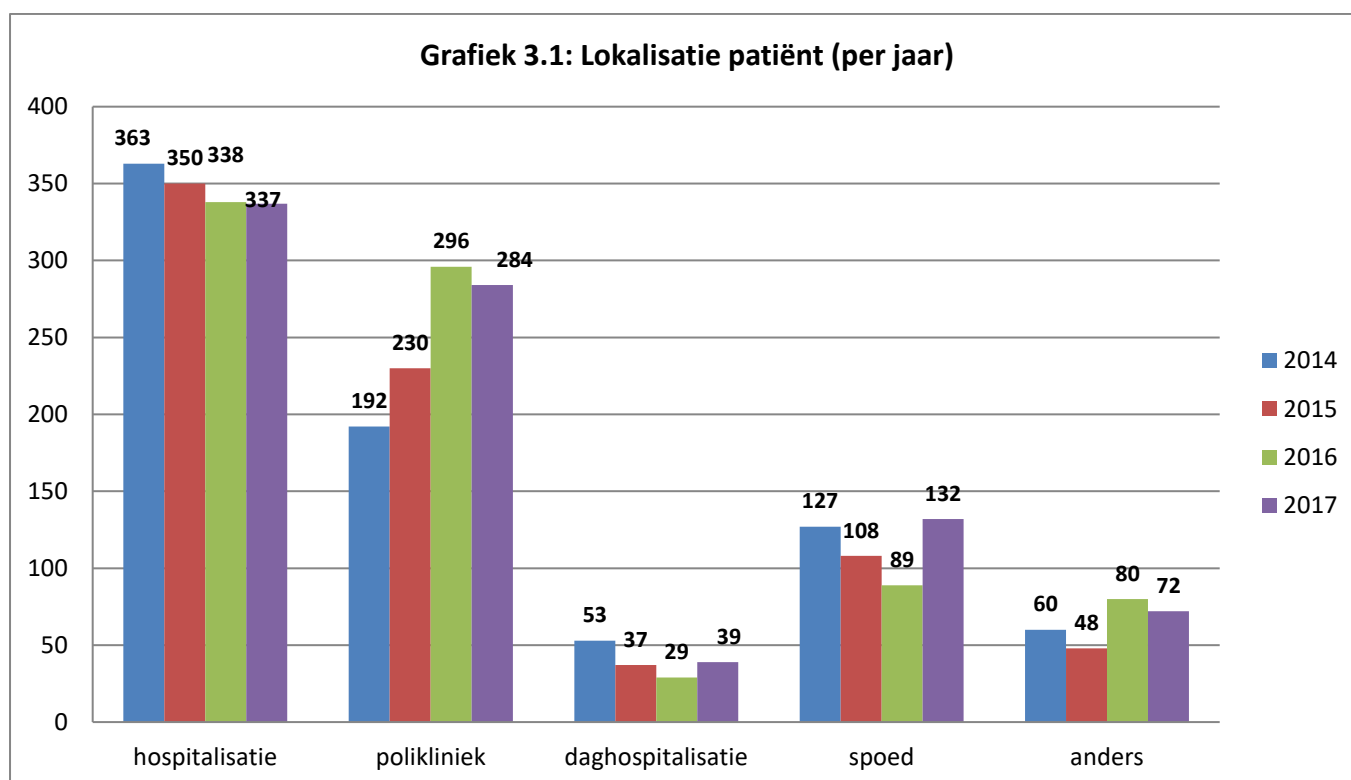
In grafiek 2.3 en 2.4 zien we dat 61 % van de klachten in 2017 over de patiëntenrechtenwet gaan en 39 % niet. In 2017 zijn er dus 6% meer klachten geweest over items die niet tot de patiëntenrechtenwet behoren t.o.v. 2016.



3. Indeling, bespreking, grafieken volgens registratie VVOVAZ en vergelijking van 2017 met de drie voorgaande jaren

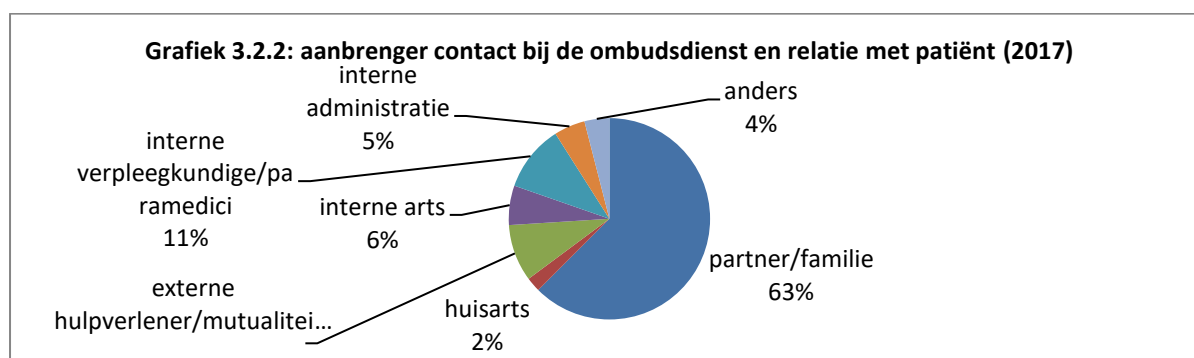
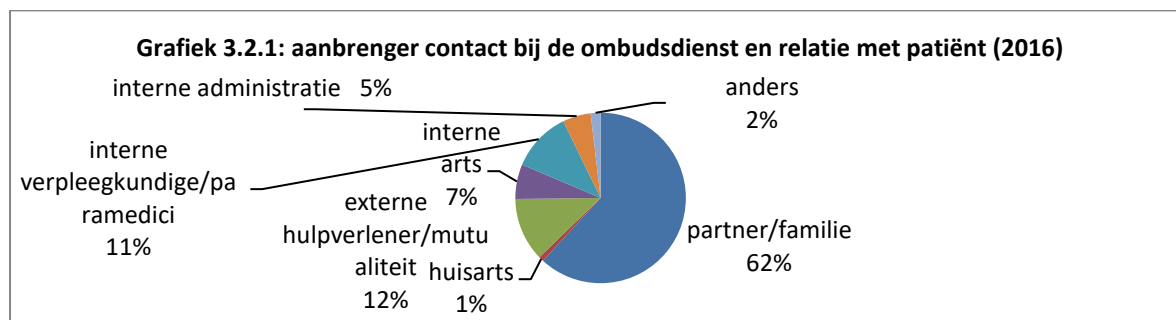
3.1 Lokalisatie patiënt

Hier gaat het over de plaats waar de patiënt zich bevindt op het moment van de klacht, dus een registratie per hospitalisatietype. Het hoogst aantal klachten in 2017 (337) is afkomstig als de **patiënt gehospitaliseerd** is (grafiek 3.1). we zien hier een stabilisatie van het aantal klachten. Er werden 284 klachten geregistreerd i.v.m. **ambulante contacten** en dit is een **daling van 4.1%**. Voor 2017 zien we een **stijging** van het aantal klachten als de patiënt zich op **daghospitaal bevindt, maar het blijven beduidend minder klachten dan de hospitalisatie afdelingen of de polikliniek. Het aantal klachten als de patiënt zich op spoed bevindt is fel gestegen** en zorgen voor een belangrijk aandeel in het totaal aantal klachten. Onder de groep 'anders' worden klachten geregistreerd van bijvoorbeeld de facturen (als de patiënt al thuis is), de parking en het onthaal.



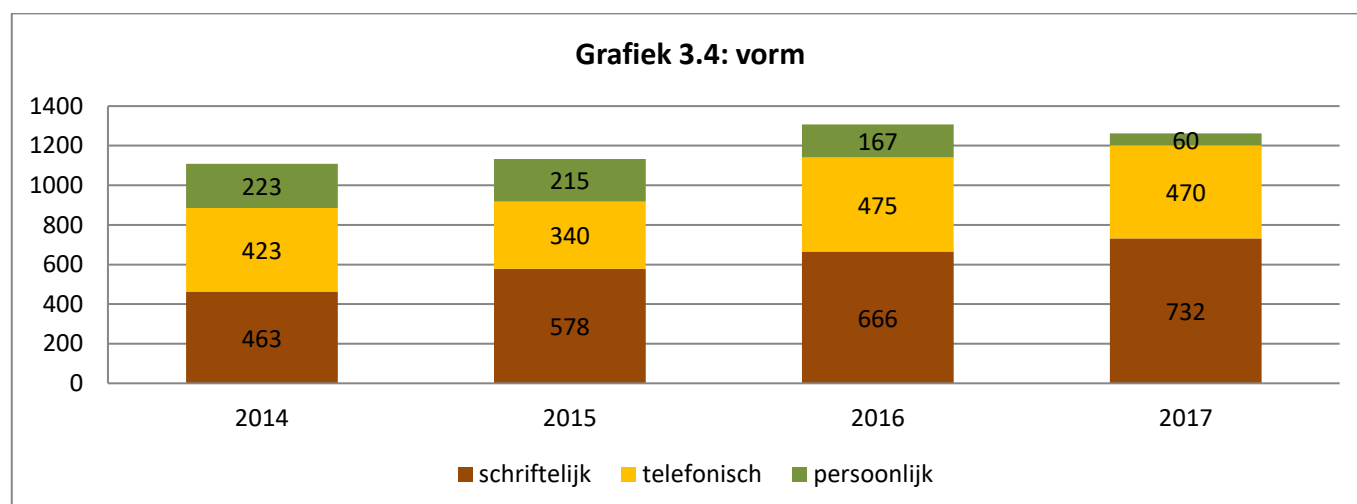
3.2 Relatie aanbrenger

We zien dat wat betreft het aanbrengen van de contacten door de patiënt in 2017 er geen groot verschil is in vergelijking met 2016. In het totaal betreft dit 52% door de patiënt zelf. Zo'n 37% van de contacten worden door een interne verpleegkundige/paramedicus (11%) of arts (6%), externe hulpverlener/mutualiteit (9%), interne administratie (5%), en huisarts (2%) aangebracht. In de volgende grafieken zien we hier de uitsplitsing van de anderen die behoren tot de 48%, die een contact bij de ombudsdienst aanbrengen in 2016 (grafiek 3.2.1) en in 2017 (grafiek 3.2.2).



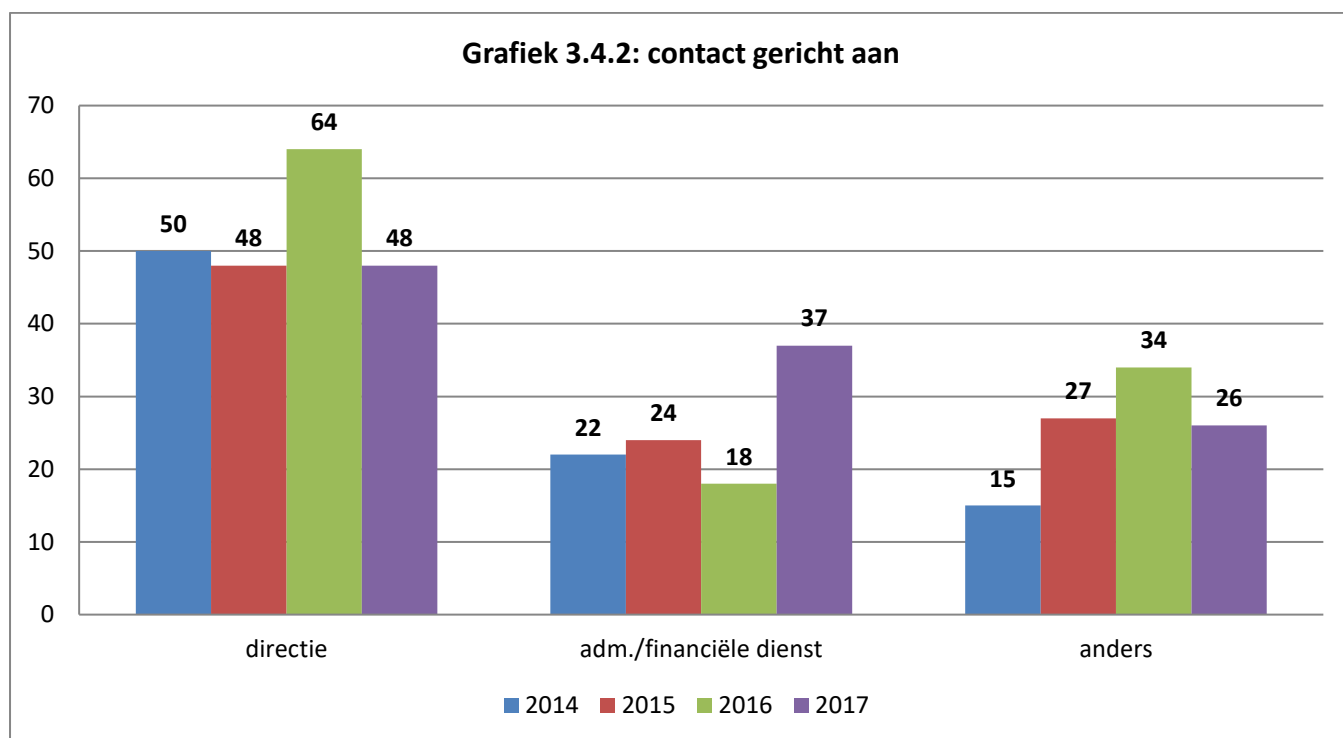
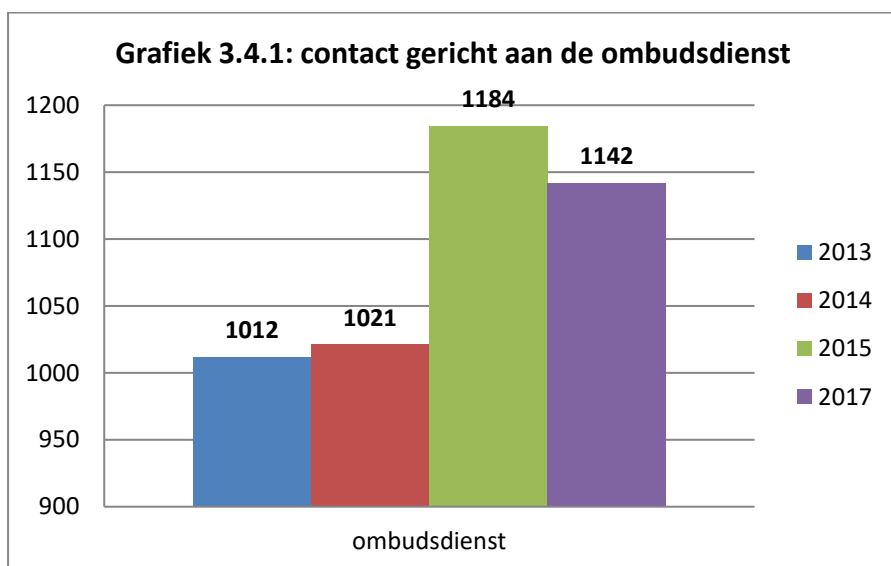
3.3 Vorm aanbrengen

Dit item geeft aan hoe er contact wordt opgenomen met de ombudsdienst. Er wordt telkens maar één vorm aangeduid in het systeem van Infoland. We zien dit jaar opnieuw een stijging in de schriftelijke klachten (9.9%). In de telefonische contacten zien we een hele lichte daling (-1.1%). Bij de persoonlijke contacten zien we een zeer sterke afname van 64.1%. Hiertoe behoren de personen die op afspraak komen en ook de personen met klachten die onverwacht bij de ombudsdienst aan de deur komen.



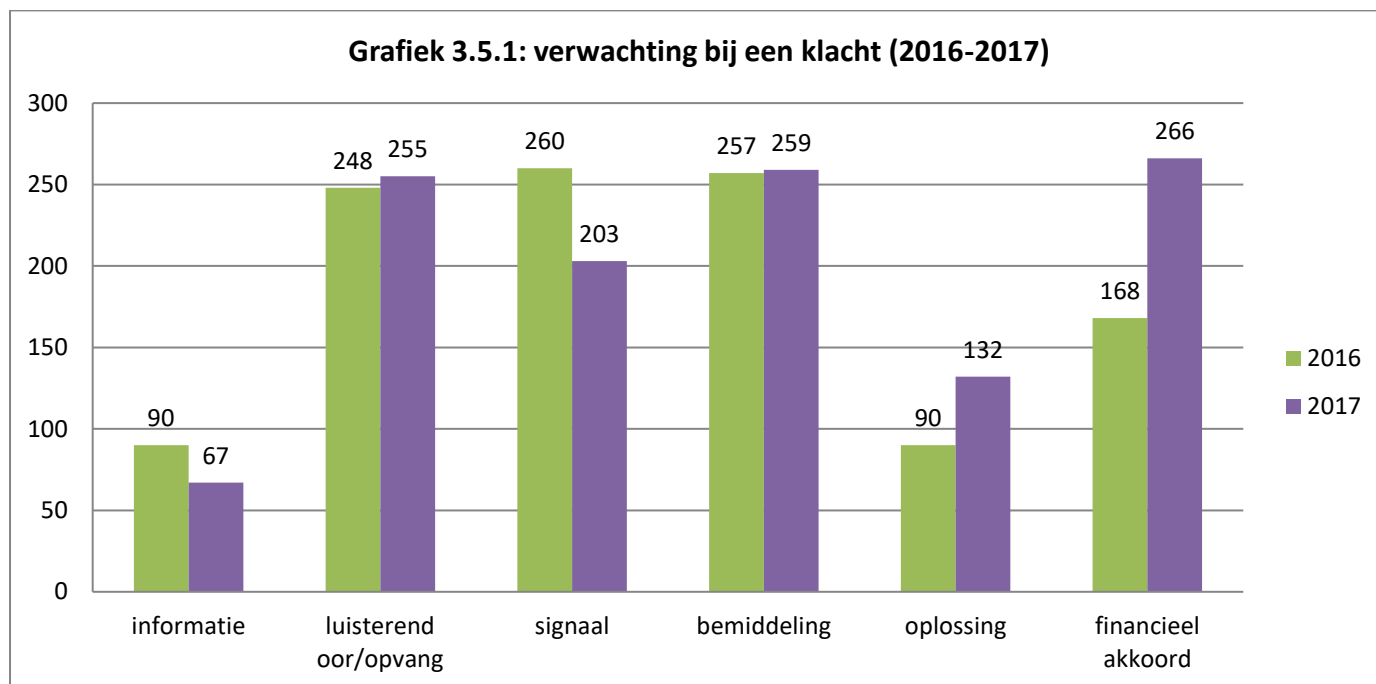
3.4 Gericht aan

Hier wordt geregistreerd welke instantie of dienst in het ziekenhuis als eerste werd aangesproken om een klacht te formuleren. Men kan hier zien dat de meeste mensen zich rechtstreeks tot de ombudsdienst wendden. Het aantal brieven of mails dat rechtstreeks bij de directie toekomt, is gedaald. Er zijn dubbel zoveel klachten die naar de administratieve /financiële dienst zijn gericht en dan doorgestuurd zijn naar de ombudsdienst. We zien een stijging van het item 'anders' en hieronder vallen de klachten die rechtstreeks aan de artsen of verpleging gericht zijn, of de klachten andere instanties buiten het ziekenhuis en klachten die rechtstreeks naar de BA-verzekeraar worden gestuurd.

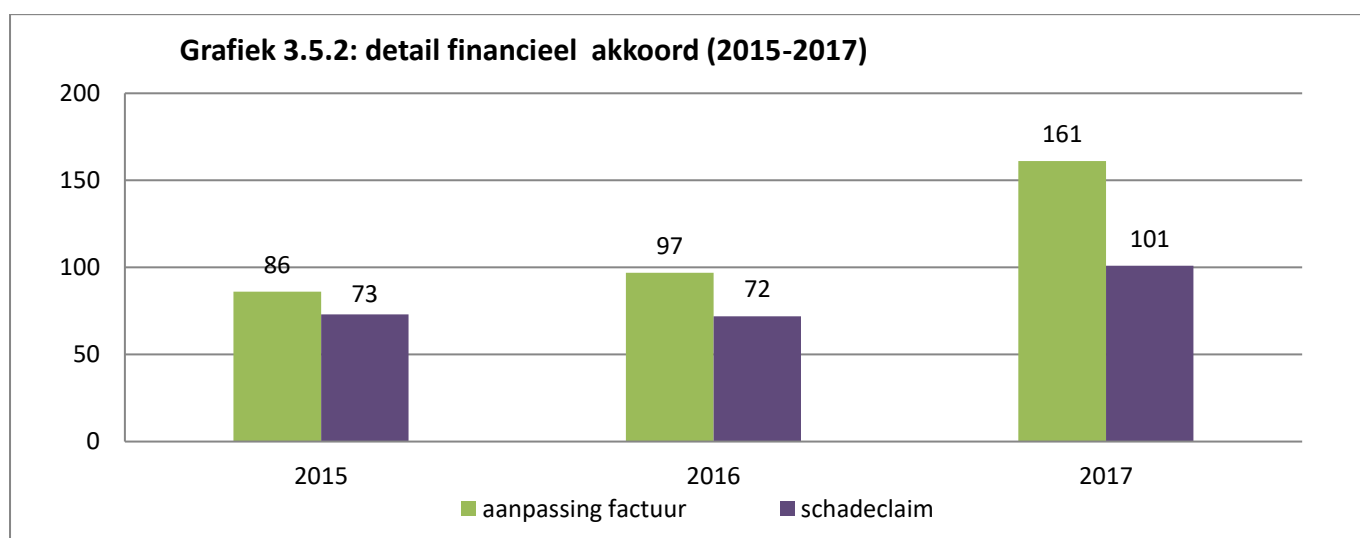


3.5 Verwachting

In grafiek 3.5.1 wordt geregistreerd wat men wil bereiken met de klacht. De verdere opvolging en de eventueel te ondernemen acties hangen af van de verwachting die van de patiënt uit komt. In sommige gevallen moet er meer informatie worden verstrekt om het ongenoegen te kunnen wegnemen. Hiervan zien we een daling. Ook voor het item van ‘het geven van een signaal voor de organisatie ter voorkoming voor anderen’ zien we een forse daling. De vraag naar bemiddeling en de vraag naar het bieden van een luisterend oor/opvang is stabiel gebleven. De vraag naar een financieel akkoord als compensatie voor iets wat volgens de klager verkeerd gelopen is, is fors gestegen. Het vragen naar een oplossing voor hun probleem is in 2017 gestegen t.o.v. 2016.



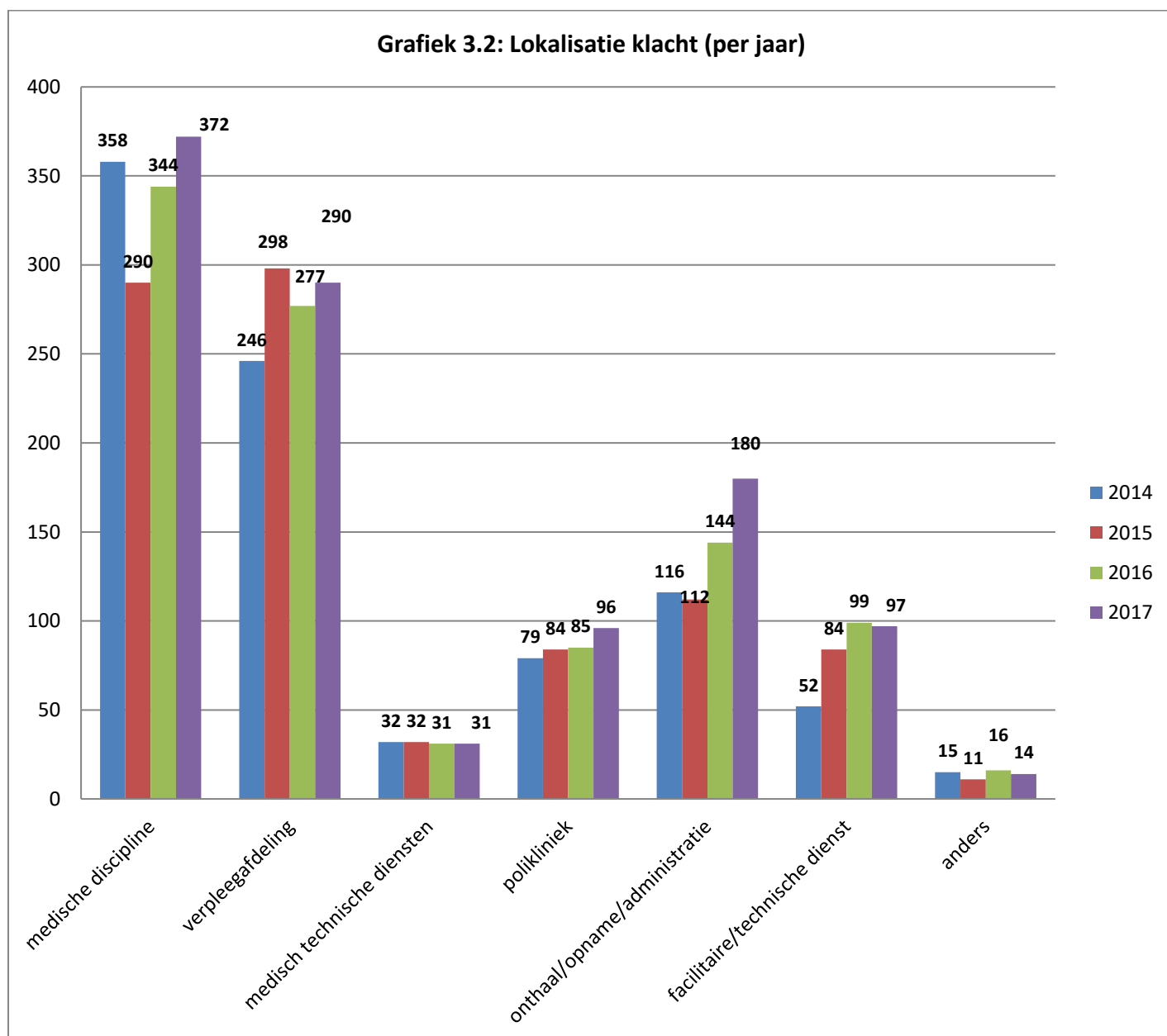
In grafiek 3.5.2 zien we een uitsplitsing van wat de klager wil bereiken met een klacht waar er een vraag is naar een ‘financieel akkoord’ in grafiek 3.5.1. **De vraag naar aanpassing van de factuur is bijna verdubbeld** en **de vraag naar schadeclaims is ook gestegen met 40.3 % t.o.v. 2016**. In 2017 werden er effectief **85 dossiers overgebracht naar de BA-verzekeraar**. Dit zijn er **30 meer** dan in 2016.



3.6 Lokalisatie klacht

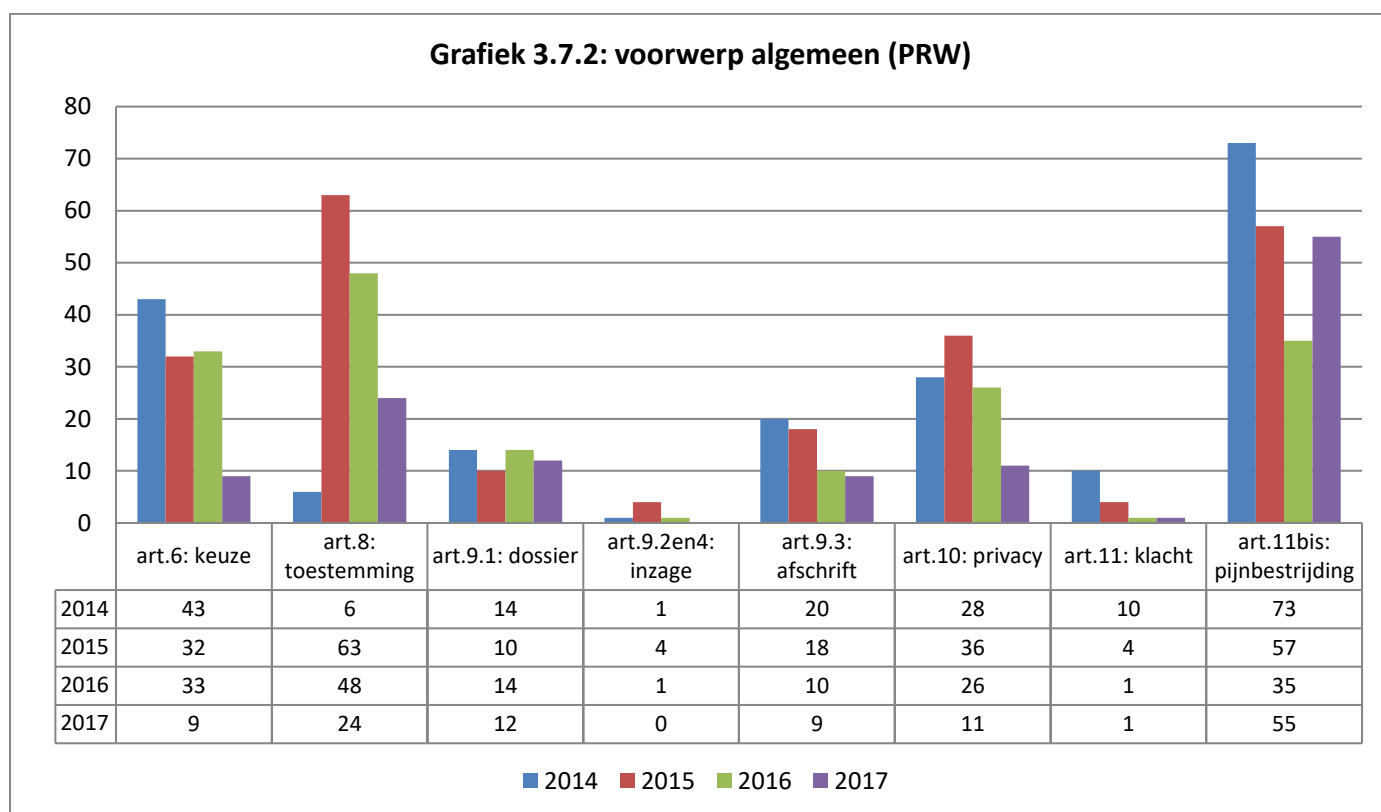
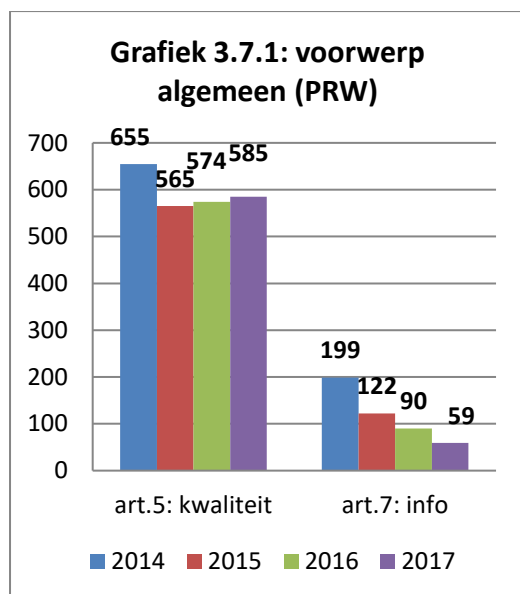
Dit item laat zien aan welke dienst, discipline of lokalisatie de klacht gericht is. Er kunnen meerdere items per klacht geregistreerd worden, vb. een klacht over de bejegening op een dienst en de factuur in één dossier.

In het merendeel van de gevallen gaat de klacht over een medische dienst, zoals bijvoorbeeld over de wachttijden op de consultaties of een klacht over de (assistent-)artsen. We zien hier terug een stijging ten opzichte van 2016. Bij de klachten over verpleegafdelingen zien we ook een lichte stijging t.o.v. 2016. De klachten over medisch technische diensten zijn stabiel gebleven. Klachten over de poliklinieken zijn lichtjes gestegen. De **klachten over het onthaal en de administratie- en opnamedienst zijn forser gestegen**. De klachten over de facilitaire/technische dienst zijn lichtjes gedaald. Bij 'andere' worden o.a. de klachten over het ziekenhuis (ZOL) in het algemeen opgenomen en ook hier zien we een lichte daling.



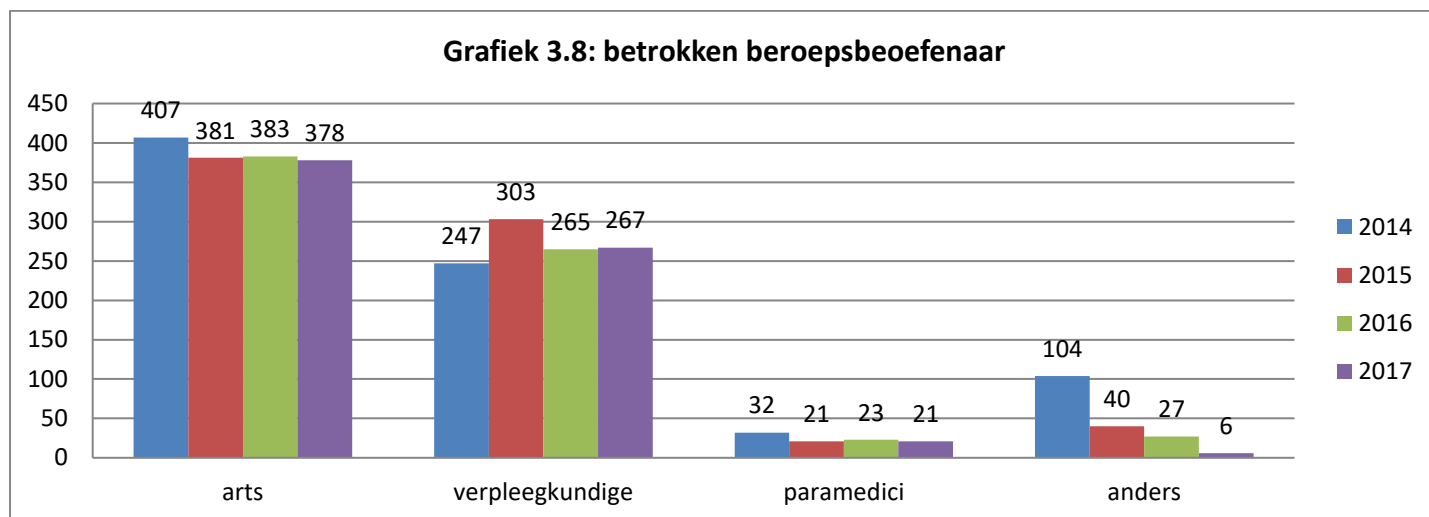
3.7 Voorwerp dossiers

Bij 'voorwerp van de klacht' (grafieken 3.7.1 en 3.7.2 op de volgende pagina) wordt een indeling gemaakt van de verschillende items van de patiëntenrechtenwet (PRW). Er zijn 2 grafieken gemaakt omdat er grote verschillen zijn in de aantallen van de verschillende onderdelen van de items van de PRW. De meeste klachten die rechtstreeks betrekking hebben op de individuele relatie tussen de patiënt en zorgverlener worden geuit omwille van het gebrek aan kwaliteitsvolle dienstverlening (artikel 5 van de patiëntenrechtenwet). Dit is een breed aspect van bejegening, behandeling, wachttijden, afspraken. We zien hier voor 2017 min of meer een stabilisatie. Voor het item 'pijnbestrijding zien we terug een stijging, maar het aantal klachten hierover blijft toch lager dan in 2015 of 2016. Mogelijks heeft dit ook te maken met de manier van registreren. **Het aantal klachten over inforverstreking, over vrije keuze van beroepsbeoefenaar, geïnformeerde toestemming en privacy zijn fel gedaald en dat is een heel positieve evolutie.**



3.8 Beroepsbeoefenaar

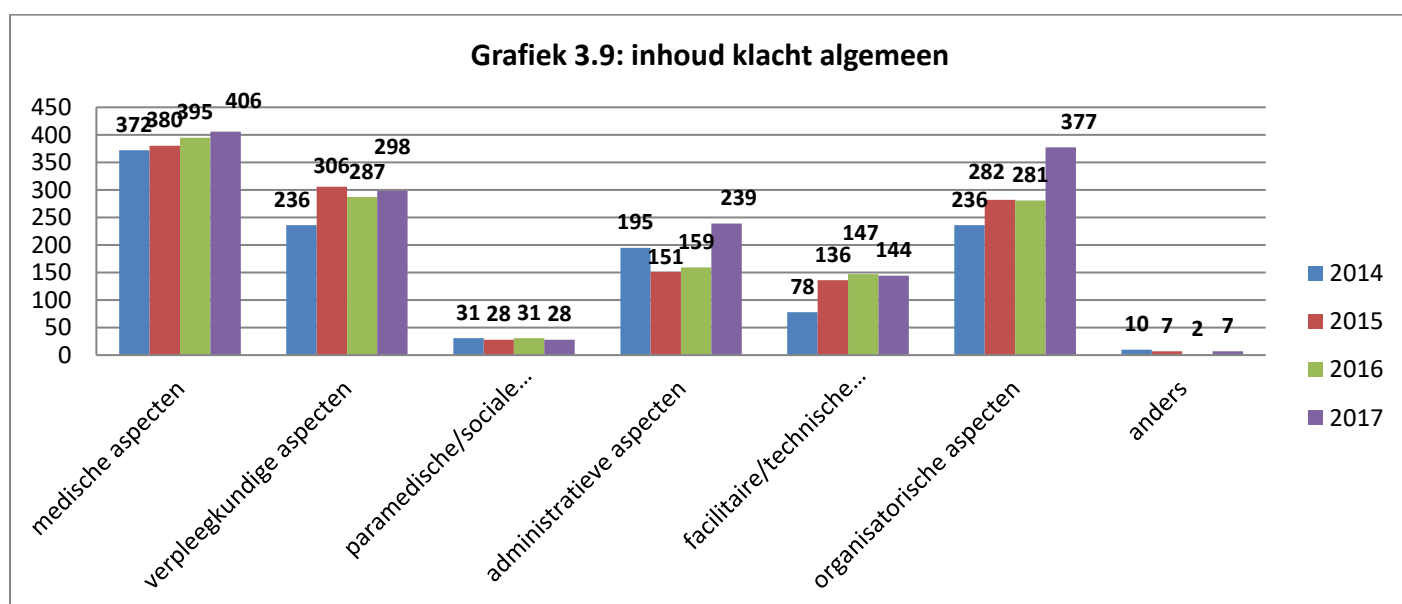
Dit item laat zien welke beroepsbeoefenaars bij de klacht betrokken zijn. Dit zijn vooral de artsen en de verpleegkundigen, zij zijn de behandelaars en verzorgers van de patiënten en hebben de meeste contacten met de familie en huisarts. Bij beiden zien we een stabilisatie van het aantal klachten voor de periode 2016-2017. Net als bij de paramedici waarover we maar heel weinig klachten bij de ombudsdienst krijgen. De groep beroepsbeoefenaars in de patiëntenrechtenwet werd in 2016 uitgebreid waardoor de psychologen ook tot de groep van de paramedici behoren.



3.9 Inhoud van de klachten

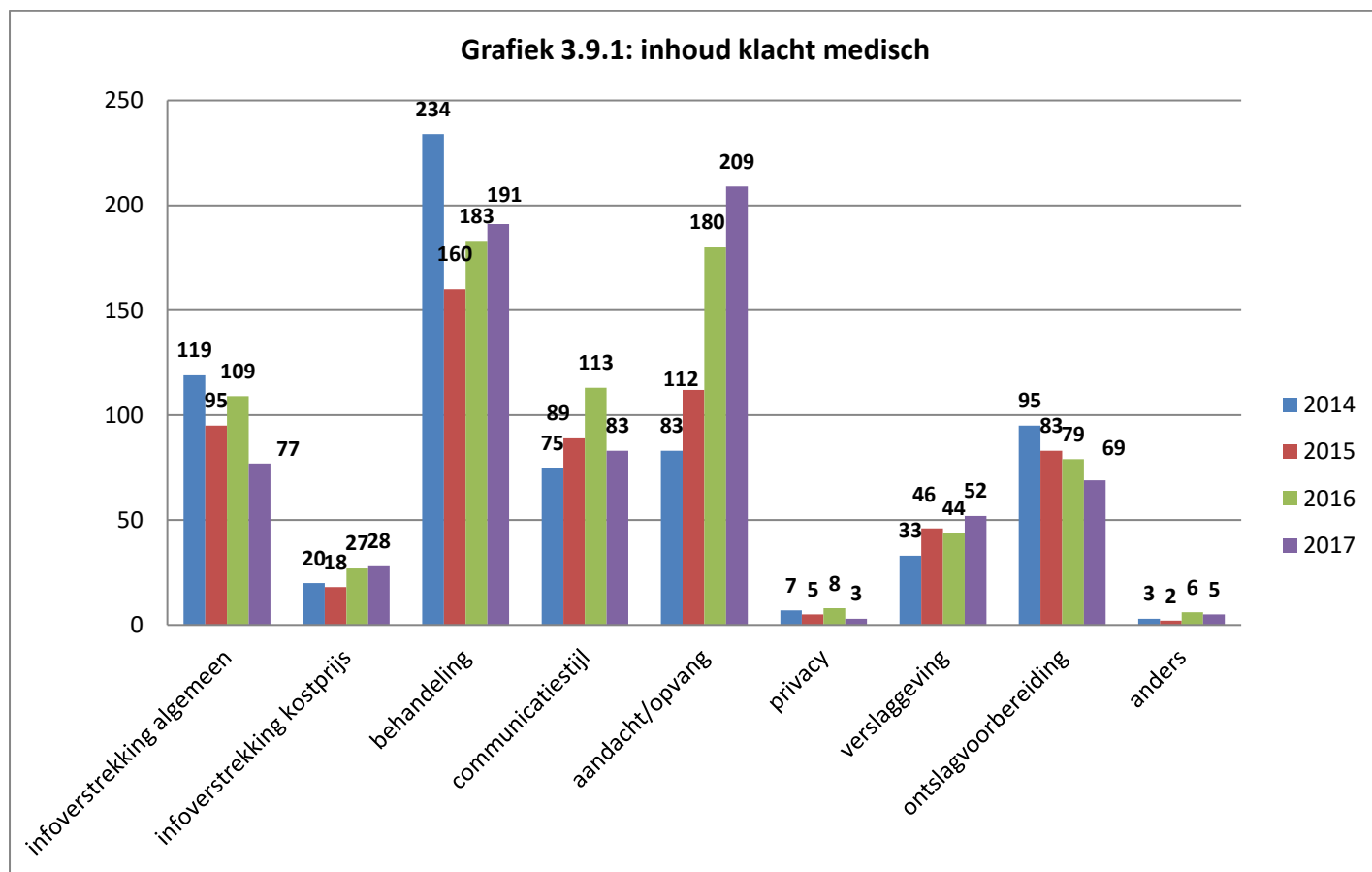
Er wordt een indeling gemaakt van het zorgproces in zeven aspecten (grafiek 3.9). Binnen deze aspecten wordt het zorgproces nog eens onderverdeeld in gestandaardiseerde activiteiten, die bij de meeste zorgaspecten gemeenschappelijk voorkomen (grafieken 3.9.1 t/m 3.9.6). De registratie maakt het op deze manier mogelijk om structurele problemen vroeger en gemakkelijker te herkennen. **Er kunnen meerdere aspecten per klacht aangekruist worden.** Niet vergeten: **de registratie gebeurt vanuit het oogpunt van de ervaring van de klagende of vragende patiënt.**

Uit de grafiek kunnen we afleiden dat dit jaar, net zoals de vorige jaren, het hoogst aantal klachten gaat over medische aspecten die wel min of meer stabiel zijn gebleven. Een nieuwe tendens lijkt zich te manifesteren bij de organisatorische aspecten en ook de administratieve aspecten die beiden fel gestegen zijn. De klachten over verpleegkundige aspecten zijn eerder stabiel gebleven, net als de klachten over facilitaire/technische aspecten.



3.9.1 Inhoud medische aspecten

Bij de medische aspecten gaat het meestal over de kwaliteit van de behandeling, over aandacht/opvang, informatieverstrekking en over de communicatiestijl. Vaak merkt men hier dat het een gevolg is van gebrekkige medische kennis waardoor er een verkeerd verwachtingspatroon ontstaat bij de patiënt of familie, die zich vaak al in een emotionele toestand bevindt. Maar ook de medische complicaties en fouten worden hierin opgenomen. Het gaat hier over artsen en assistent-artsen. Voor 2017 zien we het volgende:



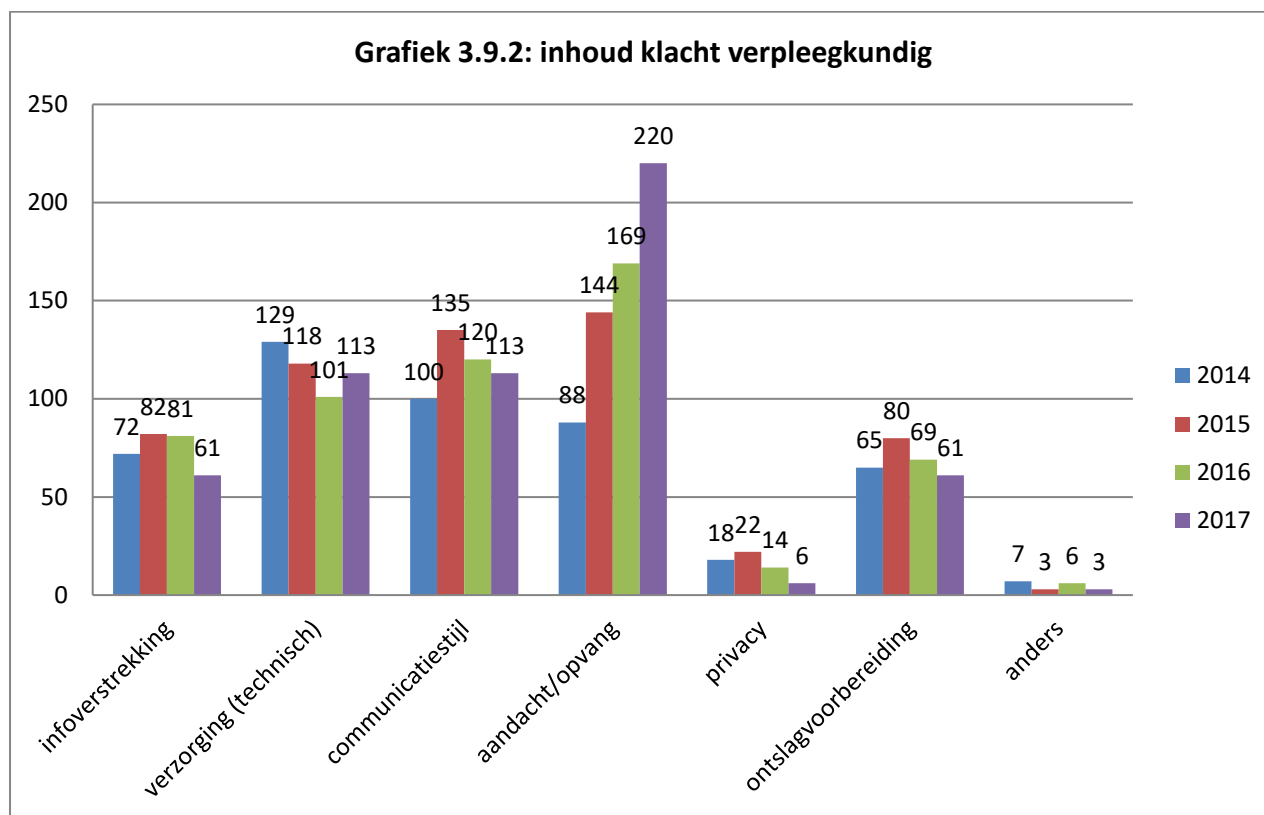
De klager heeft vaker (+16.1%) geklaagd over het feit dat de arts **onvoldoende aandacht** aan hem schonk. De **wachttijden** spelen hier ook een rol in. Het item **'behandeling'** stijgt lichtjes t.o.v. 2016. Mensen denken vaak dat de (assistent-)arts iets 'fout' heeft gedaan. Meestal gaat het echter over 'complicaties'.

Het item 'informatieverstrekking algemeen' is fel gedaald en 'informatieverstrekking kostenprijs' is stabiel gebleven. De arts dient namelijk de patiënt goed te informeren over de behandeling, ingreep, kostprijs, mogelijke complicaties... ('Informed consent') en hierop heeft men ook hoog ingezet in het ZOL.

Het item **'communicatiestijl'** is dit jaar **opvallend gedaald** ten opzichte van vorig jaar. Het blijft soms nog een bron van ongenoegen. Soms 'klikt' het gewoon niet tussen de (assistent-) arts en de patiënt of geven ze aan dat de manier van communiceren niet correct verlopen is. Iedereen heeft de verantwoordelijkheid om de reputatie van het ZOL hoog te houden en ook hierop hebben de verantwoordelijken hoog ingezet. Een laatste item is de **'ontslagvoorbereiding'**. Dit is het afgelopen jaar opnieuw **gedaald**. Contacten met huisartsen worden hierdoor ook verbeterd.

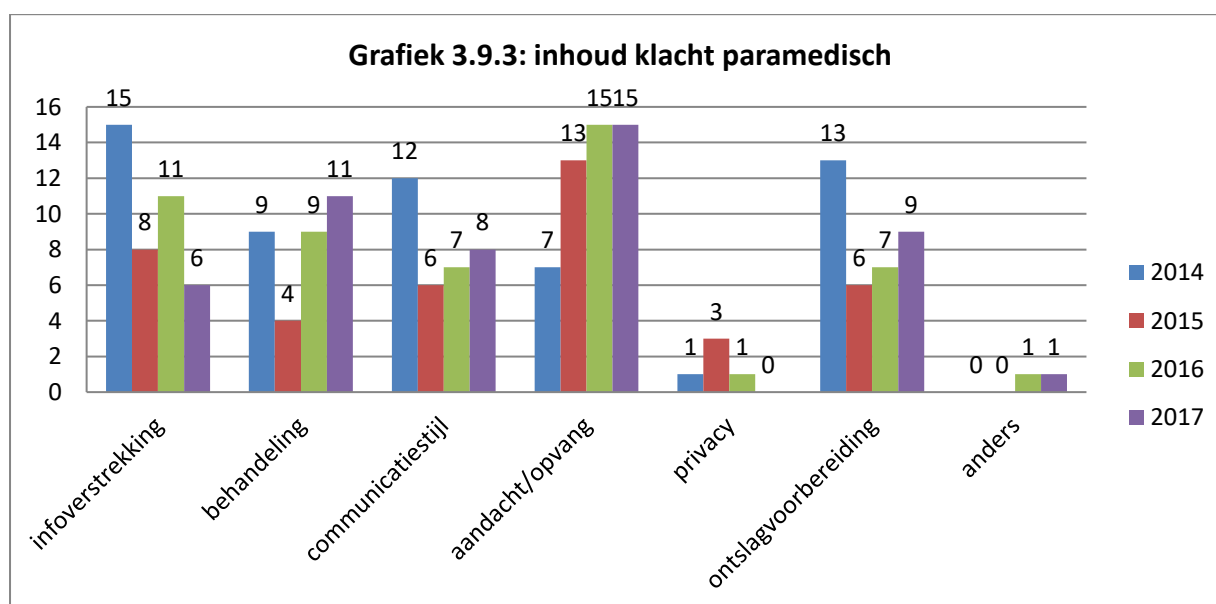
3.9.2 Inhoud verpleegkundige aspecten

Bij de verpleegkundigen is er in 2017 een **sterkere stijging** te zien bij het item 'aandacht en opvang' (+30%). Er is terug een **lichte stijging bij het item 'verzorging'**. Verder zien we een **daling** van klachten die te maken hebben met **communicatiestijl en privacy, ontslagvoorbereiding en infoverstreking**.



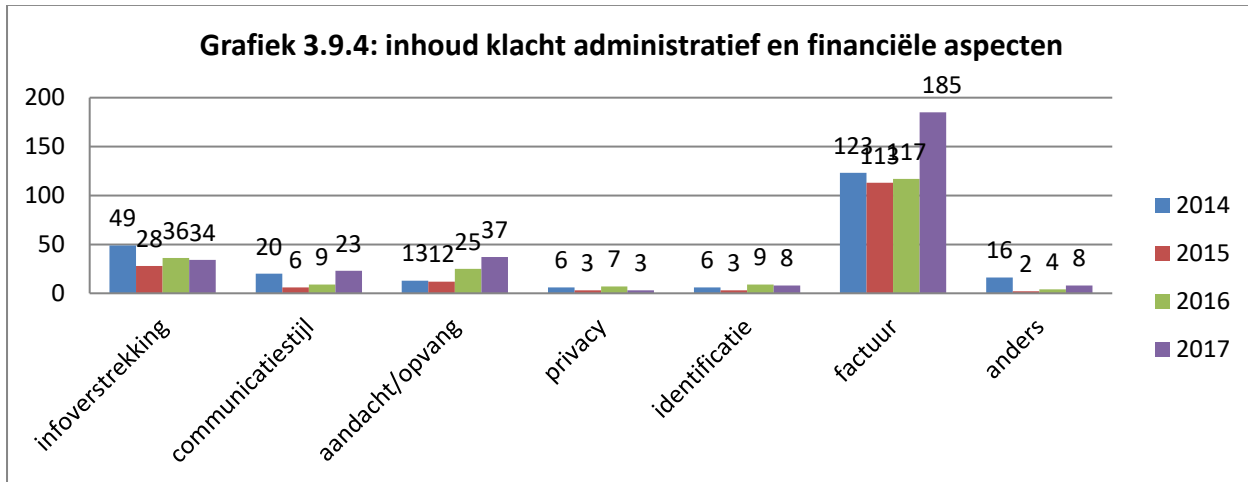
3.9.3 Inhoud paramedische aspecten

Bij de paramedici is er in 2017 een **lichte stijging van klachten die te maken hebben met behandeling, ontslagvoorbereiding en communicatiestijl**. Voor het item infoverstreking en privacy zien we een daling. **Let wel op de kleinere aantallen** want dat komt in deze grafiek niet zo naar voren in vergelijking met grafiek van de verpleging.



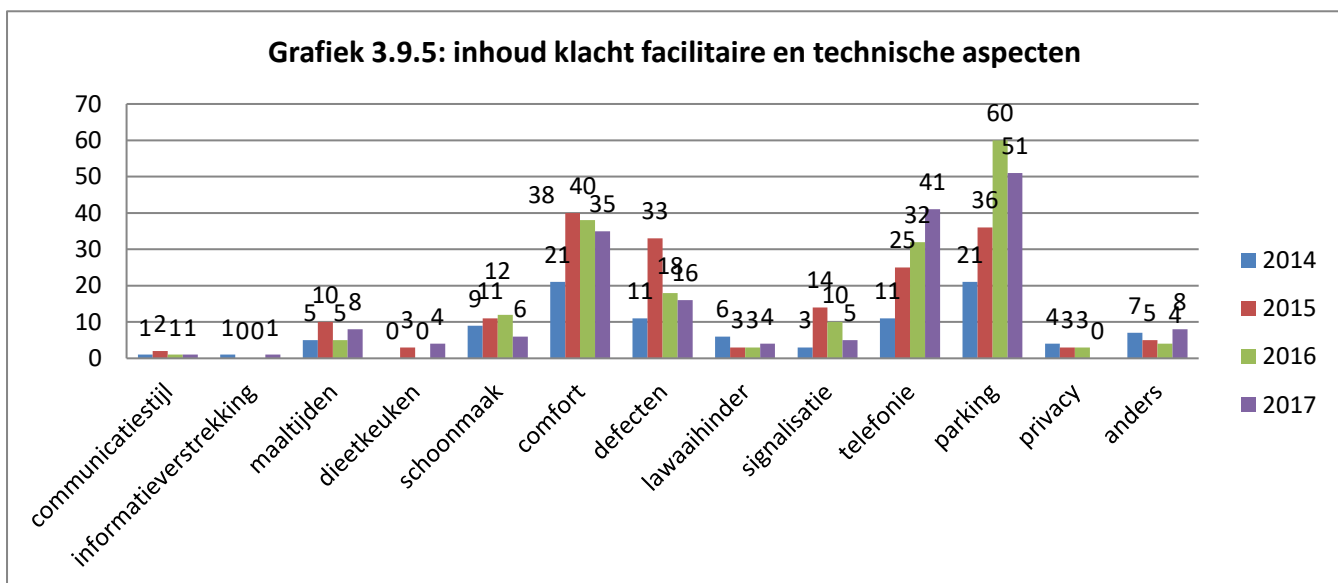
3.9.4 Inhoud administratieve en financiële aspecten

Er is vaker een ontevreden gevoel geweest over de administratieve en financiële aspecten. Meestal gaat het hier over de (laattijdige) facturen of dossiers bij de debiteurenadministratie. Dit heeft waarschijnlijk te maken met de factuurmaatregelen die men getroffen heeft in 2016-2017. Maar ook de klachten over communicatiestijl binnen dit aspect zijn gestegen in 2017. Mensen zijn ook vaker ontevreden geweest over de bereikbaarheid van de debiteurenadministratie en dit resulteert in een stijging van klachten bij het item 'aandacht/opvang'. Klachten over de informatieverstrekking zijn lichtjes gedaald. In het ZOL is er op de facturatedienst elke werkdag een personeelslid verantwoordelijk voor de telefonische vragen. Als de medewerkers horen dat de patiënt een klacht heeft over een arts of over een behandeling, verwijzen ze de mensen gericht door naar de ombudsdienst.



3.9.5 Inhoud facilitaire en technische aspecten

In 2017 zien we in het algemeen een daling van het aantal klachten over facilitaire en technische aspecten. Klachten over de **parking** (parkingtickets en de gehandicaptenplaatsen) zijn ook gedaald, maar klachten over de **telefonie** (bereikbaarheid ZOL) zijn opnieuw wat gestegen. De ombudsdienst krijgt wekelijks telefoons met de vraag om doorverbonden te worden met bepaalde consultaties of het afsprakenbureau. De mensen geven dan aan dat ze via de centrale of via het afsprakennummer niet terecht kunnen. Als de mensen geen ongenoegen hierover uiten, worden zij gewoon doorverbonden of gevraagd om later terug te bellen en dan wordt dit ook niet geregistreerd als een klacht. Pas als de mensen het echt vermelden dat zij misnoegd zijn of als zij een schriftelijke melding hiervan doen, wordt het wel als klacht geregistreerd.



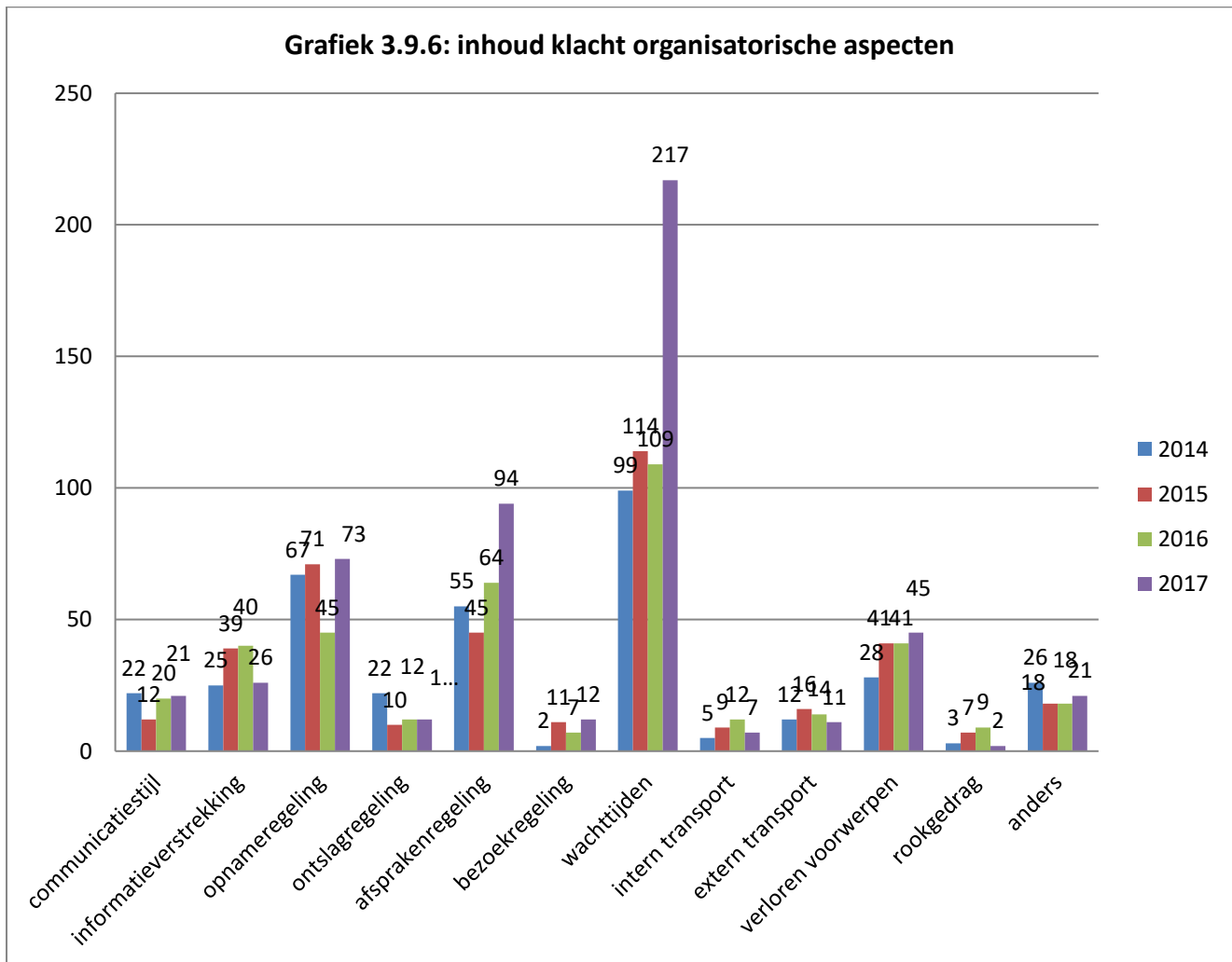
3.9.6 Inhoud organisatorische aspecten

Onder organisatorische aspecten vallen zaken als wachttijden, afspraken, opnameregeling, enzovoort.

Klachten over **wachttijden** zowel op de spoeddienst, de consultaties (drukke afsprakenagenda), hospitalisatie-afdelingen (vb. beloproepen) als op de opnamediens (vb. geen bed ter beschikking voor een geplande OK) zijn bijna **verdubbeld**. Ook wachttijden in de wachtzalen bij bepaalde disciplines en bij de inschrijvingen voor onderzoeken en consultaties vallen hieronder.

Klachten over **afsprakenregeling** zijn in 2017 ook fel gestegen t.o.v. 2016. Dit gaat over verkeerd geboekte afspraken, lang wachten op een afspraak, afspraken niet kunnen bereiken.... Het aantal klachten over opnameregeling, bezoeksregeling en communicatiestijl zijn veel minder veranderd. Het aantal klachten over verloren voorwerpen dat tot bij de ombudsdienst komt is min of meer stabiel gebleven. Mensen vragen dan meestal een schadevergoeding en deze dossiers worden dan overgebracht naar de BA-verzekering. We merken dan ook een stijging van het aantal aangiftes aan de BA-verzekeraar, maar hiervan hebben we geen grafiek. Klachten over informatieverstrekking, rookgedrag en het 'intern- en extern vervoer' zijn stabiel gebleven, net als het item ontslagregeling dat ook stabiel is gebleven.

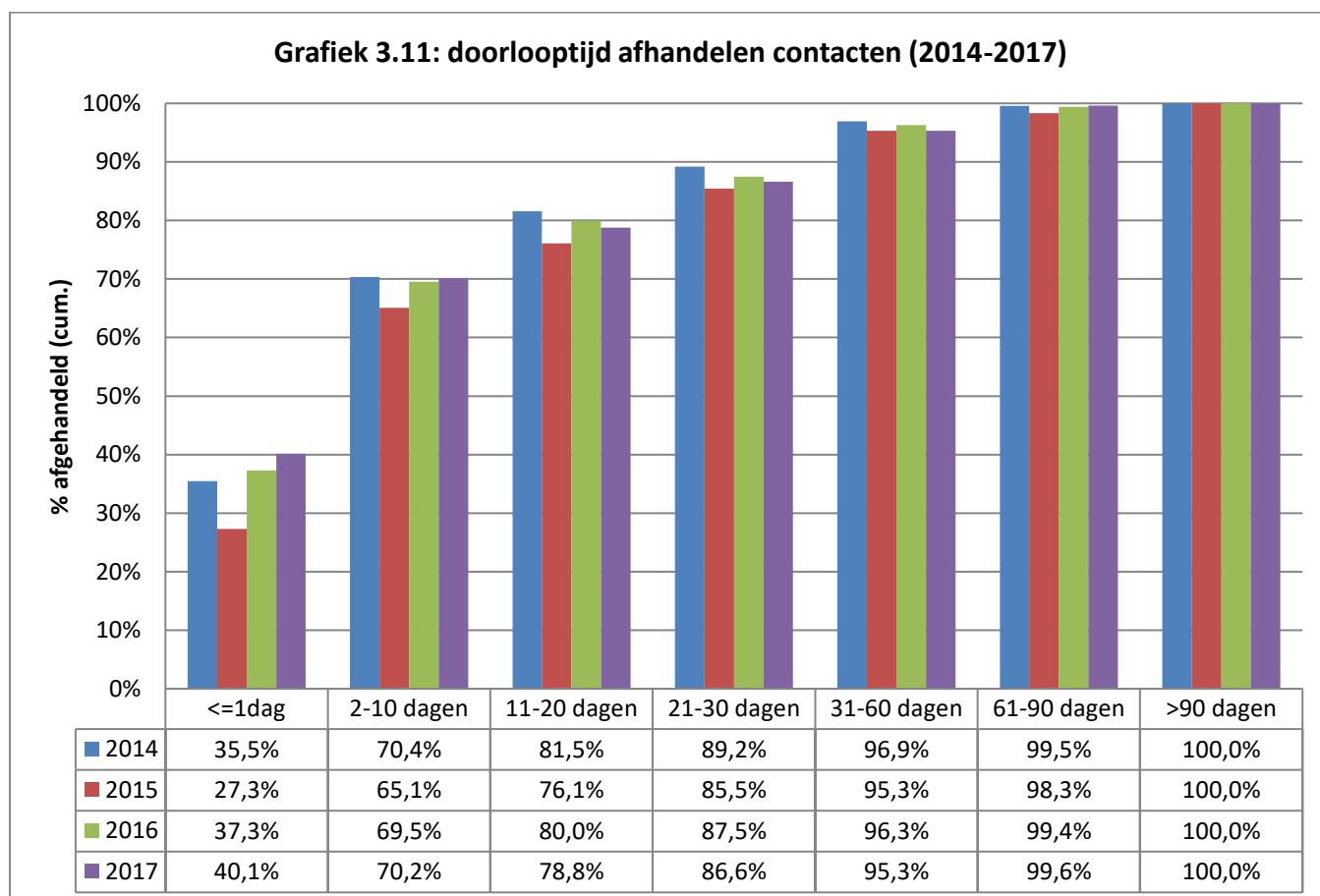
Grafiek 3.9.6: inhoud klacht organisatorische aspecten



3.10 Doorlooptijd

Dit is de tijd tussen de datum van registratie en de datum van afhandeling van het dossier. Zo'n 40% van de contacten wordt binnen 1 dag afgehandeld en 86.6% binnen één maand. Alle contacten worden afgehandeld omdat de dossiers die naar de verzekering gaan, worden afgesloten op het moment dat ze aan de verzekering worden overgedragen. In het ZOL worden deze dossiers ook verder opgevolgd door de ombudspersoon, die eveneens als contactpersoon voor de burgerlijke aansprakelijkheidsverzekering fungeert. De proactieve meldingen en informatie worden meestal binnen 1 dag afgehandeld. Afschriften van dossiers worden grotendeels binnen de wettelijke termijn van 14 dagen afgehandeld.

Grafiek 3.11: doorlooptijd afhandelen contacten (2014-2017)



4. Samengevat uit de cijfers van 2017 kunnen we het volgende vaststellen:

- ✓ Er is een **afname van het totaal aantal contacten bij de ombudsdienst**. Er is echter wel een **stijging van het totaal aantal klachten**. Vooral de klachten op de **spoeddienst** zijn gestegen en zijn een belangrijk deel van het totaal aantal klachten. Bij dagopnames, gehospitaliseerde patiënten en ambulante contacten zien we een stabilisatie of daling van de klachten.
- ✓ **Er zijn minder klachten gemeld m.b.t. de patiëntenrechtenwet in 2017 (61% t.o.v. 67% in 2016)**. Het aantal klachten over **items zoals ontslagvoorbereiding, privacy, geïnformeerde toestemming en informatie zijn duidelijk afgenomen** en dat zou kunnen te maken hebben met het feit dat men hierop hoog inzet door bijvoorbeeld bijscholingen (vb. beroepsgeheim) en de voorbereiding voor het behalen van het kwaliteitslabel JCI. Maar ondanks het feit dat men hoog inzet op **pijnbestrijding** zien we hier spijtig genoeg terug een **stijging** van klachten rond dit item na de felle daling in 2016. Wat betreft de klachten m.b.t. kwaliteitsvolle dienstverlening, blijven deze het hoogste in aantal binnen de onderverdeling van de patiëntenrechtenwet, maar hier zien we wel een stabilisatie van het aantal klachten.
- ✓ Bij een onderverdeling van de klachten binnen zeven verschillende aspecten van het zorgproces (cfr. grafiek 3.9) zien we een **stijging in het aantal klachten m.b.t. organisatorische en administratieve aspecten** en een zekere stabilisatie van de klachten m.b.t. medische, verpleegkundige, paramedische/sociale en facilitaire aspecten. Medische en verpleegkundige klachten blijven wel nog het belangrijkste in aantal. Er zijn ook meer vragen naar schadeclaims geweest en er werden ook meer dossiers naar de BA-verzekering overgebracht.
- ✓ Binnen de klachten m.b.t. medische, verpleegkundige en paramedische aspecten, maar ook bij de administratieve aspecten, zien we een sterkere stijging van het item **'aandacht en opvang'** en dit blijft ook een van de belangrijkste items waarover geklaagd wordt. De patiënt ervaart geregeld onvoldoende aandacht en opvang van de beroepsbeoefenaars.
- ✓ Bij de **artsen (specialisten en arts in opleiding) en verpleegkundigen** zien we inhoudelijk **een daling** van het aantal klachten **bij de meeste items** als 'inforestrekking', 'communicatiestijl', 'privacy' en 'ontslagvoorbereiding'.
- ✓ Er is een grotere **toename** van klachten over **financiële zaken** (facturen, debiteurendossiers en financiële informatie). Dit heeft waarschijnlijk te maken met de verandering naar een nieuw boekhoudkundig pakket en de factuurmaatregel in 2016.
- ✓ Bij klachten over **facilitaire/technische zaken** zien we dat de problemen rond **de telefonie** nog niet zijn opgelost. Dit zorgt vaker voor veel ongenoegens. Volgens de patiënten die de ombudsdienst hierover contacteren krijgen zij geen gehoor als zij bellen naar de centrale van het ziekenhuis of naar de afspraken dienst. Zij contacteren dan de ombudsdienst met de vraag om doorverbonden te worden of om een klacht in te dienen. De ombudsdienst heeft tot nu toe enkel de meldingen als klacht geregistreerd waarvan de mensen echt aangeven dat zij hiervoor een klacht willen indienen. Als er enkel hulp gevraagd werd om naar de juiste dienst door te verbinden, werd dit contact niet geregistreerd.
- ✓ Bij de **organisatorische aspecten** van een klacht zijn de **wachttijden sterk gestegen (van 109 naar 217 in absolute aantallen)** en de **afsprakenregeling** is ook **gestegen** van 64 naar 94 in absolute aantallen. Wachttijden omvat hier een breed aspect, namelijk wachttijden om het ziekenhuis telefonisch te bereiken, wachttijden op de consultaties, wachttijden op de afdelingen bij beloproepen, enz. De afsprakenregeling op zich gaat meer over klachten i.v.m. hoe men de afspraken regelt, vb. duurtijd of het feit dat men meerdere patiënten tegelijk laat komen op hetzelfde uur.
- ✓ **De doorlooptijd** waarbinnen de contacten bij de ombudsdienst behandeld werden is **in 2017 stabiel** gebleven.

5. Aanbevelingen voor 2018 gebaseerd op het jaarrapport van 2017

De ombudsdienst formuleert jaarlijks aanbevelingen voor de organisatie. In het ZOL merken we dat de directie, managers en andere verantwoordelijken deze aanbevelingen ernstig nemen en er iets mee doen. We zien deze items ook terugkomen in de communicatie die verspreid wordt, in beleidsplannen, teamvergaderingen en in de accrediteringsnormen (JCI). We merken geregeld dat hierdoor bepaalde klachten ook in aantal afnemen. Vanuit de klachten die in 2017 geuit werden bij de ombudsdienst, wordt aanbevolen dat het beleid van het ziekenhuis voor 2017 zich best focust op volgende punten:

- Het bevorderen van een kwaliteitsvolle dienstverlening.

- ✓ Bejegening

Blijf werken rond empathie, attitude van (assistent-)artsen, verpleging en alle andere medewerkers van het ZOL. Een positieve, assertieve attitude kan een groot verschil maken bij een klacht. Dat kan alleen als we de verwachtingen van de zorgvragers als uitgangspunt nemen. Alle zorgverstrekkers moeten streven naar een 'warme' zorg. 'Onheuse bejegening': trainingen organiseren rond empathisch luisteren en constructief omgaan met verbale agressie en emoties.

Ontwikkeling en engagement van de medewerkers stimuleren door hen meer verantwoordelijkheid en autonomie te geven. Die autonomie strekt ook uit tot zelfontwikkeling en dit moet blijvend aangemoedigd worden. Iedereen moet gestimuleerd worden om mee te denken over hoe ze iets wat niet helemaal oké is, kunnen ombuigen tot een opportuniteit. Een vaardigheidspaspoort kan een hulpmiddel zijn of een vormingsfiche zoals men in het ZOL nu al gebruikt.

- ✓ Communicatie door de beroepsbeoefenaars en verschaffen van informatie

Communicatiestijl: trainingen rond conflicthantering, empathisch luisteren en constructief leren omgaan met verbale agressie en emoties.

Duidelijkheid geven aan de patiënt en de familie rond het ZOL als opleidingscentrum (met de inzet van studenten en artsen in opleiding). Er is een belangrijke rol weggelegd voor de medewerkers en beroepsbeoefenaars die het eerste contactpunt zijn van de patiënt. (vb. onthaalbalies, telefonisten,...)

Blijven inzetten op 'informed consent'. Meer aandacht geven rond de begrippen 'complicatie' en 'fout' zou een aantal klachten mogelijks kunnen verminderen omdat mensen soms denken dat ze ook bij complicaties recht hebben op schadevergoeding. Artsen zouden hier best proactief al op ingaan. Bij klachten over facturen uit zich dat ook, in die zin dat mensen vaak denken dat ze niet hoeven te betalen als er een complicatie is opgetreden.

Theoretisch lijkt in de verslaggeving soms alles goed verlopen te zijn, maar in realiteit blijkt het niet steeds te kloppen. Probeer als beroepsbeoefenaar niet enkel een perfect dossier te hebben om je 'in te dekken'. Bij de klachten merken patiënten soms op dat zij het niet eens zijn met de weergave van de beroepsbeoefenaars.

Vakjargon vermijden en spreken op het niveau van de patiënt. Meegeven van brochures alleen is onvoldoende, mondelijke toelichting is noodzakelijk.

- ✓ Kwaliteit van zorg en behandeling

Initiatieven nemen om knelpunten die uit de klachten en uit het jaarverslag van de ombudsdienst naar voren komen, blijvend onder de aandacht te brengen op de betrokken diensten en bij de betrokken medewerkers. We merken dat in het ZOL echt iets met de aanbevelingen gedaan wordt. Dat is positief en willen we blijvend stimuleren.

'Aandacht/opvang': tijd maken, beloftes nakomen en verwittigen indien je dit niet kan waarmaken. Proactieve hulp bieden of bevragen naar behoeftes en geen afwachtende houding aannemen. Aandacht hebben voor naasten, zeker bij kinderen en ouderenzorg. Aandacht bij het levenseinde van de patiënten: opvang bij stervensbegeleiding niet alleen op palliatieve diensten, maar op alle diensten. Nabestaande gesprekken organiseren bij onverwachte overlijdens.

Aandacht voor verpleegkundige basiszorgen, pijnmetingen, distributieproces van medicatie en het maaltijdgebeuren op de verpleegafdelingen. Het voorbije jaar zagen we een vermindering van klachten hierrond. Het blijft echter belangrijk om hierop te blijven inzetten. Het normenkader van JCI helpt hier ook bij. Kwaliteitscontroles blijven een noodzaak.

Lean-projecten over efficiëntere werking van bepaalde afdelingen starten en verder opvolgen. Initiatieven zoals bedside brieven, GTD zijn hier mooie voorbeelden van. Sta open voor continue verbetering en nieuwe ideeën. Focus meer zodat je efficiënt werkt.

Klantvriendelijkheid in het algemeen en een klantgericht onthaal blijvend stimuleren. Het persoonlijke onthaal aan balies in het ganse ziekenhuis en het telefonisch onthaal bij de telefooncentrale, op consultaties en diensten, is voor de meeste bezoekers en patiënten de eerste kennismaking met onze organisatie. Het onthaal bepaalt dus voor een groot deel het imago van het ziekenhuis. De kwaliteit van het onthaal hangt af van de professionele vaardigheden van onthaalmedewerkers.

✓ Afsprakenbeleid en wachttijden

Online afspraken maken zal mogelijk worden met ChipSoft (EPD). Dit kan ook de samenwerking met de huisarts verbeteren want er zal een portaal voor de huisartsen zijn.

Knelpunten i.v.m. afsprakenbeheer en wachttijden analyseren en een gericht actieplan opstellen. Klachten over wachttijden op de raadplegingen zijn gestegen, net als de wachttijden bij geplande- en spoedopnames (beddencapaciteit), wachttijden bij bepaalde raadplegingen van artsen en bij bepaalde onderzoeken. Wachttijden i.v.m. afspraken maken bij bepaalde disciplines, wachttijden op bepaalde verpleegafdelingen i.v.m. beloproepen, wachttijden bij telefonie.

Bij interne verplaatsing of annulatie van een afspraak, niet enkel schriftelijk maar ook telefonisch verwittigen.

Plan realistisch en vermijd dubbele boekingen.

Men is zich vaak bewust van het feit dat er soms lange wachttijden ontstaan op de raadplegingen en helaas komt dit vaak door onvoorziene omstandigheden. Het feit dat wachttijden soms lang zijn maakt dat er een strak tijdschema per raadpleging dient gehouden te worden om zo toch zoveel mogelijk mensen te kunnen helpen. Ook hier is combineren van meerdere taken niet goed en zorgt het vaak voor vertragingen, bijvoorbeeld én consultaties doen én tegelijk van spoedwacht zijn, dit is moeilijk te combineren. Sommige artsen maken al een goede planning van mensen die voor een eerste consult komen en mensen die in opvolging komen.

Ook mogen we niet vergeten te vermelden dat de perceptie over 'lang wachten' verschillend is van patiënt tot patiënt. Er wordt reeds volop naar oplossingen gezocht om deze problemen te verhelpen en daarom kunnen we ook enkel aanraden om hierop blijvend in te zetten. Ook het informeren over de wachttijd is van groot belang. Dit kan door schermen op raadplegingen of onthaalbalies. Probeer de reden en vooral de duur van de vertraging weer te geven, wel rekening houden met de privacy en beroepsgeheim. Een goed voorbeeld wat effect heeft op het aantal klachten is het invoeren van het triagesysteem op de spoeddienst.

✓ Opnamebeleid

Op sommige diensten kan men best oplijsten wat de patiënt meebrengt en vragen om waardevolle spullen en geld mee naar huis te geven aan de familie om te vermijden dat er achteraf zaken' verloren' of 'verdwenen' zijn.

✓ Transferbeleid

Aandacht voor de persoonlijke bezittingen zoals hoorapparaten, brillen, protheses, juwelen en identiteitskaarten. Het zorgt voor veel ongemak, ongenoegens en de emotionele waarde wordt vaak onderschat. Terugkoppeling doen aan betrokken diensten i.v.m. schadedossiers om beroepsbeoefenaars bewust te maken van de financiële gevolgen van bijvoorbeeld verloren voorwerpen (tandprotheses, hoorapparaten...)

Bij verloren voorwerpen goed meehelpen naar het zoeken ervan en het registreren bij de dienst verloren voorwerpen.

Extra aandacht voor een goede communicatie als patiënten uit een psychiatrische- of andere instelling komen zodat de instelling weet waar de patiënt verblijft en wat de planning is. Eventueel tussentijdse aanpassingen zoals transfert naar een andere afdeling duidelijk communiceren.

- Privacy beleid

De Europese wetgeving is hierin serieus verstrengd en we dienen dit dan ook goed op te volgen om bij te blijven met de veranderde situaties. De juridische dienst heeft hierin al een belangrijke rol gespeeld om alle artsen en medewerkers hierin op te leiden en ook de komende tijd wordt hier hoog op ingezet.

Opgelet met informatie geven in wachtzalen of gangen zodat anderen niet kunnen meeluisteren naar diagnosestelling, behandeling of 'slechtnieuws'-gesprekken.

- Het administratieve luik

Vermijd laattijdige facturen want dat zorgt voor verwarring en onduidelijkheid en ook bij nalatenschappen zorgt dit soms voor problemen als de regeling bij de notaris afgesloten is. Eventueel een voorrangregel invoeren voor facturen als een patiënt overleden is.

Door de opstart van het ERP-systeem is een inhaalbeweging geweest waardoor er niet alleen laattijdige aanmaningen, maar ook veel aanmaningen verstuurd zijn, waardoor er sinds de tweede helft van 2016 een toename was van klachten over facturen en over de dienst debiteurenadministratie. In de loop van 2018 zou die inhaalbeweging klaar zijn en hopen we dat de klachten hierover ook gaan afnemen. Ondertussen blijft een goede communicatie hierover bij de debiteurenadministratie heel belangrijk. Positief is ook dat men de bevolking geïnformeerd heeft via de pers.

Bij financiële zaken die niet meer onderhandeld kunnen worden, is het beter de mensen best niet doorsturen naar de ombudsdienst want dit zorgt voor nog meer frustratie bij de mensen.

Procedure maken over het opvragen en inkijken van medisch dossiers uit het EPD zodat de wettelijke termijn kan gerespecteerd worden. Vermijden om onvolledige dossiers af te leveren als een patiënt zijn dossier opvraagt want dit zorgt voor meer ongenoegens en schendt het vertrouwen. Men denkt dan dat er stukken bewust worden achtergehouden.

De procedure van opvragen dossiers en inzage in dossiers van overleden patiënten is nog onvoldoende gekend en kan best opnieuw onder de aandacht gebracht worden. De wettelijke bepalingen zijn hier vrij duidelijk in.

- Organisatorisch, facilitair en technisch beleid

Bij **telefonie**: probeer **lange wachttijden op te lossen door** hulp te bieden bij het doorverbinden met de juiste persoon om te vermijden dat de mensen van het kastje naar de muur gestuurd worden. Opletten dat men niet te veel telefoontoestellen, waar geen permanentie is, doorschakelt naar een nummer waar er een antwoordapparaat op komt. Zorg ervoor dat de mensen steeds terecht kunnen voor afspraken of vragen. De **aanpassing van de telefooncentrale** zal op korte termijn gerealiseerd worden. Probeer de mensen te informer over de piekmomenten zodat zij niet telkens opnieuw blijven bellen, maar op een later moment kunnen terugbellen.

De parking: Van het probleem op de parking is men zich bewust en men probeert dit dan ook zo goed mogelijk op te lossen met allerlei acties en afspraken, maar het blijft moeilijk om iedereen "op het rechte pad te houden". De bewaking/ stadswacht doet regelmatig controles op parkinginbreuken. Het is de bedoeling dat er enkel vergunningen voor deze plaatsen toegekend worden aan de patiënten die, omwille van medische redenen, geen lange afstanden kunnen afleggen. Patiënten die hier niet voor in aanmerking komen, hebben dus geen recht op deze plaatsen. Er was een postercampagne waarmee men aan de patiënten begrip vraagt voor zijn "collega revalidant" die baat heeft bij een plaats dicht bij het revalidatiecentrum. Ook blijft de communicatie belangrijk rond de aanpassingen in het parkeerbeleid van bijvoorbeeld mensen met een mindervalidenkaart en de aanpassingen van de parkeertarieven. Belangrijk is dat men de tarieven zoveel mogelijk hetzelfde houdt voor alle patiënten en bezoekers. Probeer de weekabonnementen van campus Sint-Jan en campus Sint-Barbara gelijk te maken zodat de mensen dit abonnement optimaal kunnen benutten. Bekijken of er een mogelijkheid is om abonnementen van bijvoorbeeld 4 dagen te verkopen gezien de opname van patiënten ook vaak maar een paar dagen duurt.

- Patiënt/familie 'empowerment'

"Goed patiëntschap" stimuleren. We leven in een maatschappij waar we ons vooral bewust zijn van onze rechten, maar minder van onze verantwoordelijkheden. Het is dan ook logisch dat de kloof tussen onze verwachtingen en de werkelijkheid dan ook soms groter is en mensen ongelukkig worden of gaan klagen. Probeer de patiënt (of zijn omgeving) te zien als een echte partner in het zorgteam zodat goede zorgverlening ontstaat. Een aantal initiatieven zoals 'eten met de directie', 'we walk'...werden al gestart en we kunnen enkel aanbevelen om dit verder uit te breiden.

Patiënten die op spoeddienst komen zonder brief van de huisarts of "onjuist gebruik maken van de spoeddienst": probeer hen te informeren over de juiste stappen op een professionele manier zodat zij het voor een volgende keer weten. Vb. een soort standaard informatieblad maken. Als ze door de huisarts gestuurd zijn en eigenlijk 'onterecht' op de spoeddienst zijn gekomen, dan best de huisarts hierover contacteren en uitleg geven over de toekomstige aanpak.

- Preventie en veiligheid

Toegang voor 'onbevoegden': overdag is dit moeilijk te verwezenlijken omv het feit dat het ZOL een openbare instelling is, maar 's nachts kan men enkel via de spoeddienst het ZOL binnenkomen. Mensen geven vaker aan zich onveilig te voelen in deze tijd waar terreur geregeld opduikt, daarom is het belangrijk dat men hierrond ook communicatie voert.

Situaties goed proberen in te schatten en proberen te vermijden dat er escalaties optreden. Erop letten dat een agressieve persoon nog meer agressie kan vertonen als men dreigt met bewaking te bellen of als men effectief de bewaking belt terwijl de persoon erbij is.

- Het ZOL als opleidingscentrum

Blijvend aandacht hebben voor nieuwkomers en herintreders, studenten en artsen in opleiding.

Het ZOL wil zich profileren als een opleidingscentrum en dient hierin zijn rol continu op te nemen. Als er een incident of klacht zich voordoet met bijvoorbeeld een GSO, dan dient de verantwoordelijke stagemester hierin ook betrokken te worden en zijn rol op te nemen.

Permanente bijscholing per vakgebied blijven organiseren. Het aanbod in het ZOL is al groot en de samenwerking met de scholen heeft dit aanbod nog vergroot.

- Spoeddienst

De spoeddienst is voor het ZOL een belangrijke ingangspoort voor veel patiënten en hun familieleden. Alle medewerkers, verpleegkundigen en de artsen van alle disciplines dienen mee te helpen om maximaal in te zetten op empathie en professionaliteit. Er dient samengewerkt te worden om een vlotte doorstroom naar andere diensten in het ZOL of naar huis te bewerkstelligen. Problemen en klachten dienen met de betrokken medewerkers besproken te worden om herhaling te vermijden. Het moeilijke in de klachten is vaak dat we niet weten wie er precies betrokken is bij een voorval. Hulp van leidinggevenden is hier belangrijk om de juiste personen aan te spreken die betrokken zijn bij een klacht.

6. Tot slot

Het jaarrapport geeft ons een algemeen overzicht voor het volledige ZOL.

Managers en verantwoordelijken willen een kwaliteitsvolle dienstverlening bieden op een patiëntvriendelijke en veilige manier. Het is vaak niet gemakkelijk om op te boksen tegen tijdsdruk, performante werking, manieren van werken en een algemene cultuur die op afdelingen soms heerst. Ook mogen we niet vergeten dat er geregistreerd wordt vanuit het oogpunt van de patiënt en het jaarrapport geeft eerder een beeld van de activiteit bij de ombudsdienst, dan een kwaliteitsoordeel. Klachten en cijfers hierover vanuit de ombudsdienst mogen dan ook niet dienen om bestraffend te werken of om goede of minder goede werking van diensten aan te tonen.

“Artsen en medewerkers zouden allen wat meer manager moeten zijn in sommige situaties”

Klachten over wachttijden, afsprakenbeheer en telefonie zijn nog gestegen. Efficiënte planning en werking waarbij aanpassingen soms kunnen meehelpen om klachten hierover te verminderen.

“Voor elke job heb je een zekere ‘passie’ nodig!”

Hopelijk worden de diep menselijke zorgwaarden niet besmet door de toenemende verzakelijking die ook in de zorgsector aanwezig is. De studie Verpleegkunde, zorgkundige, logistieke medewerker,... geeft werkzekerheid in de sterk vergrijzende samenleving. Meer patiënt-georiënteerde en waarde-gedreven zorg zijn belangrijk en hopelijk hebben de nieuwe verpleegkundigen en andere beroepsbeoefenaars en medewerkers “meer zin in zorg dan verlangen naar zekerheid”. Persoonlijke ontwikkeling moet ook een streefdoel zijn van iedere zorgverlener.

“Leiderschap maakt vaak het verschil, ook bij de bespreking en opvolging van klachten”. Leidinggevendenden moeten personen zijn die inspireren, creativiteit aanwakkeren, kracht geven en mensen meenemen in veranderingen en oog hebben voor de morele distress bij de medewerkers. “Vertrouwen als bouwsteen van leiderschap” is een belangrijk element geworden in de huidige maatschappelijke cultuur van onzekerheid. Vertrouwen, engagement en verantwoordelijkheid zijn sleutelbegrippen in het streven naar een kwalitatief goede zorg. Het is dan ook van cruciaal belang dat leiderschap en vertrouwen hand in hand gaan, ook in zorgverlenende organisaties.

Klachten dienen volgens het huishoudelijk reglement met de rechtstreeks betrokkenen opgenomen te worden. De leidinggevendenden kunnen hierin helpen door de ombudspersoon in contact te brengen met de betrokken beroepsbeoefenaars. Bij afwezigheid van de leidinggevende wordt er best een verantwoordelijke aangeduid als centraal aanspreekpunt. Vertrouwen bouwen is een 2-wegstraat, kwestie van geven en nemen, iets dat gedeeld wordt, daarom is het ook bij klachten van belang om de medewerkers de kans te geven om met de ombudspersoon de klachten te bespreken zodat zij merken dat we niet bestraffend zijn. De rol van leidinggevendenden zou eerder begeleidend moeten zijn.

Betere bekendheid en betekenis van de patiëntenrechtenwet en adequaat gebruik van de ombudsdienst blijft belangrijk voor patiënten en de familie, maar ook voor de ziekenhuismedewerkers.

Bekijk de ombudsdienst niet als een ‘loket’ waar men op eender welk moment terecht kan. Problemen dienen zoveel mogelijk op de diensten zelf aangepakt te worden en pas in tweede instantie doorverwijzen naar de ombudsdienst. Hierin hebben we al een positieve evolutie in gekend en hopelijk wordt deze ook verder gezet.

Dank aan allen voor de samenwerking.

De ombudsdienst dankt de directie, artsen, managers, hoofdverpleegkundigen en alle medewerkers van het ZOL voor hun positieve bijdrage in haar opdracht om de patiënt maximaal te helpen. Het verzoenen van wat de patiënt en zijn familie verwachten met wat menselijk, medisch, technisch en financieel haalbaar is, is en blijft veelal een evenwichtsoefening. De ombudsdienst hoopt jullie ook in 2018 te helpen om de klachten zo goed mogelijk op te vangen, te bespreken en te vermijden in de toekomst.



HUISHOUDELIJK REGLEMENT Ombudsdienst

Lieve Lenie, Ombudspersoon

Januari 2014

goedgekeurd door de Raad van Bestuur op 10 februari 2014



Inhoud

1. Inleiding en verwijzing naar wettelijke bepalingen	3
2. Toepassingsgebied	3
3. Goedkeuring en inzage huishoudelijk reglement.....	4
4. Federale commissie rechten van de patiënt	4
5. De opdracht en positie van de ombudspersoon.....	4
5.1 De opdracht van de ombudspersoon:.....	4
5.2 Inspanningsverbintenis	5
5.3 Onpartijdigheid en beroepsgeheim.....	5
5.4 Onafhankelijkheid	5
5.5 Zorgvuldig en binnen redelijke termijn	6
5.6 Bereikbaarheid.....	6
5.7 Vervanging tijdens afwezigheid	6
6. Klacht en bemiddeling.....	6
6.1 Definitie klacht	6
6.2 Vorm van de klacht.....	6
6.3 Anonieme klachten.....	7
6.4 Klachten van personeelsleden	7
6.5 Eerste en tweede lijn klachten	7
1. Eerste lijn: informele klachten	7
2. Tweede lijn: formele klachten.....	7
6.6 Klachtenproces.....	7
6.7 Klachtenregistratie	8
6.8 Klachtenrapportering	9
7. Versiebeheer	9

1. Inleiding en verwijzing naar wettelijke bepalingen

Sinds bijna 20 jaar is er binnen het Ziekenhuis Oost-Limburg een ombudsdienst ter beschikking. De ombudsdienst werd opgericht met als hoofddoel de dienstverlening aan de patiënten te optimaliseren.

Dit reglement werd opgesteld overeenkomstig de bepalingen van :

- de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt van 22 augustus 2002 (BS 26 september 2002) die stelt dat de patiënt het recht heeft een klacht neer te leggen bij een bevoegde ombudsfunctie (in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet).
- Het KB van 8 juli 2003 (BS 26 augustus 2003) dat de voorwaarden beschrijft waaraan deze ombudsfunctie dient te voldoen. Art 10 van dit KB vermeldt het huishoudelijk reglement *'waarin de specifieke modaliteiten van de organisatie, werking en klachtenprocedure van de ombudsfunctie worden vastgelegd'*.
- De omzendbrief betreffende de onafhankelijkheid en neutraliteit van de ombudsfunctie 'rechten van de patiënt' van 6/7/2010 van de Minister van Volksgezondheid, L. Onkelinx.

2. Toepassingsgebied

Het reglement beschrijft de klachtenbehandeling in het Ziekenhuis Oost-Limburg en is van toepassing op campus Sint-Jan, campus Sint-Barbara, campus André Dumont en de buitenraadpleging Mosselerlaan.

De patiënt heeft het recht een klacht neer te leggen bij de ombudspersoon wanneer hij/zij oordeelt dat een van de volgende rechten wordt geschaad:

- recht op het indienen van een klacht
- recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar
- recht op kwaliteitsvolle dienstverlening
- recht op pijnbestrijding
- recht op informatie over de gezondheidstoestand
- recht op vrije toestemming en voorafgaande info over de medische tussenkomsten
- recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier
- recht op inzage en op afschrift van het patiëntendossier
- recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Een centraal aanspreekpunt voor alle klachten wordt vooropgesteld omdat een klacht vaak meerdere raakvlakken heeft met uiteenlopende aspecten en zich zelden strikt beperkt tot de wet betreffende de rechten van de patiënt.

Conform het mandaat van de organisatie, is dit huishoudelijk reglement tevens van toepassing voor klachten buiten dit wettelijk omschreven gebied.

3. Goedkeuring en inzage huishoudelijk reglement

Deze procedure werd door de Raad van Bestuur van 10 februari 2014 en van het directiecomité van 28 januari 2014 goedgekeurd. Wijzigingen in het reglement worden opgevolgd in het 'versiebeheer' onder punt 7. Het goedgekeurde reglement wordt ter informatie bezorgd aan de Federale commissie 'Rechten van de patiënt' en ligt in het ziekenhuis ter inzage van de patiënten, de zorgverstrekkers, medewerkers van het ziekenhuis en iedere belangstellende. Dit huishoudelijk reglement is tevens raadpleegbaar op de website van het Ziekenhuis Oost-Limburg (www.zol.be) en via intranet.

4. Federale commissie rechten van de patiënt

Bij het Ministerie van sociale zaken, volksgezondheid en leefmilieu is een Federale Commissie "rechten van de patiënt" opgericht. Deze Commissie heeft tot taak:

- het verzamelen en verwerken van nationale en internationale informatie met betrekking tot patiëntrechtelijke aangelegenheden
- op verzoek of op eigen initiatief adviseren van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid met betrekking tot rechten en plichten van patiënten en beroepsbeoefenaars
- evalueren van de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002
- evalueren van de werking van de ombudsfuncties
- behandelen van klachten omtrent de werking van een ombudsfunctie. De Federale Commissie gaat niet in op het inhoudelijke aspect, wel op het gevolgde proces.

5. De opdracht en positie van de ombudspersoon

De ombudspersoon werkt als onafhankelijke stafmedewerker onder de algemene en medische directie van het ZOL. De leiding van de ombudsfunctie wordt toevertrouwd aan een door de bestuurder benoemd persoon.

Identiteit en coördinaten van de ombudspersoon zijn terug te vinden aan het onthaal, de website en de infobrochures.

ombudspersoon ZOL
Schiepse Bos 6
3600 Genk.
Telefoon 089/321521
Fax 089/57 98 31
e-mailadres: ombudspersoon@zol.be

5.1 De opdracht van de ombudspersoon

- Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen
- Het opvangen en registreren van klachten alsook het bemiddelen met het oog op het

Huishoudelijk reglement ombudsdienst A.V. Ziekenhuis Oost-Limburg

- bereiken van een oplossing
- Het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een oplossing
- Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie
- Het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten
- Beheren van documenten en gegevens voortvloeiende uit klachten en de werking van de dienst
- Het opmaken van een jaarverslag met een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat.

5.2 Inspanningsverbintenis

De opdracht van de ombudspersoon is een inspanningsverbintenis, geen resultaatsverbintenis ten aanzien van partijen. De ombudspersoon kan, in het kader van een correcte uitoefening van zijn opdracht, niet verantwoordelijk worden gesteld voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing.

5.3 Onpartijdigheid en beroepsgeheim

De ombudspersoon mag niet betrokken zijn geweest bij de feiten en de perso(o)n(en) waarop de klacht betrekking heeft. Dit betekent onder meer dat hij tijdens het proces van bemiddeling geen standpunt inneemt. Hij is verplicht het beroepsgeheim te respecteren.

5.4 Onafhankelijkheid

- De ombudspersoon werkt, zoals hoger genoemde wet, KB en omzendbrief het voorschrijven, autonoom en onafhankelijk. Hij bekleedt een staffunctie rechtstreeks onder de medisch directeur, zonder dat dit zijn onafhankelijkheid schaadt.
- Hij heeft, in de uitoefening van zijn functie, ongehinderd toegang tot alle bij een klacht betrokken personen. Dit betekent dat de ombudspersoon, voor zover hij/zij zorgvuldig handelt, geen verantwoording verschuldigd is over het bemiddelingsproces. Waar dit voor de organisatie van belang is (vb. i.v.m. corrigerende of preventieve maatregelen) kan de ombudspersoon de klacht eveneens bespreken met de medisch en algemeen directeur, of enige andere persoon die hierin een rol heeft te vervullen.
- Met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van zijn opdracht, kan de ombudspersoon niet worden gesanctioneerd wegens daden die hij in het kader van de correcte uitoefening van zijn opdracht stelt.
- Teneinde de onafhankelijkheid van de ombudsfunctie niet in het gedrang te brengen, is de functie van ombudspersoon onverenigbaar met:
 - a) een leidinggevende functie of beheersfunctie in een gezondheidszorgvoorziening zoals de functie van directeur, hoofdgeneesheer, hoofd van het verpleegkundig departement of voorzitter van de medische raad;
 - b) het uitoefenen in het ziekenhuis van een functie in het kader waarvan

gezondheidszorg wordt verstrekt als beroepsbeoefenaar zoals bedoeld in de patiëntenrechtenwet;

- c) een functie of een activiteit in een vereniging die de verdediging van de belangen van patiënten tot doel heeft.

5.5 Zorgvuldig en binnen redelijke termijn

Met het oog op een deskundige oplossing voor de klacht, oefent de ombudspersoon zijn bemiddelingsopdracht op een zorgvuldige wijze en binnen een redelijke termijn uit.

De ombudspersoon kan iedere informatie verzamelen die hij nuttig acht in het kader van de bemiddeling. De ombudspersoon legt deze informatie voor aan de betrokken partijen, zonder daarbij een standpunt in te nemen.

Om zo autonoom en onafhankelijk mogelijk te werken is het belangrijk dat de ombudspersoon het monopolie heeft over het beheer van de bemiddeling doorheen het volledige proces ervan. Het proces begint vanaf het ogenblik dat er door de patiënt een klacht wordt neergelegd en duurt tot de afsluiting van het ombudsdossier. Dit belet niet dat andere diensten of instanties nadien de klacht verder kunnen behandelen in een andere context dan deze van de bemiddeling 'rechten van de patiënt'.

5.6 Bereikbaarheid

- De ombudsdienst bevindt zich op campus Sint-Jan, op het gelijkvloers, dichtbij de inkomhal.
- De ombudsdienst is telefonisch te bereiken tijdens de kantooruren of via e-mail en fax.
- Na de kantooruren kan er een bericht nagelaten worden bij het onthaal.

5.7 Vervanging tijdens afwezigheid

- Tijdens verlof, ziekte, opleiding van de ombudspersoon wordt de continuïteit in de opvang van klachten verzekerd door het ziekenhuis.

6. Klacht en bemiddeling

6.1 Definitie klacht

Een klacht is iedere niet-anonieme uiting van ongenoegen of ontevredenheid over het zorgproces of omkadering van patiënten of zijn familie in het ziekenhuis.

De subjectieve beleving van de melder geldt als uitgangspunt, onafgezien of er ook objectief een tekort is in het zorgproces of in de zorgomkadering.

6.2 Vorm van de klacht

De patiënt kan, al dan niet bijgestaan door een vertrouwenspersoon, een mondelinge of schriftelijke klacht indienen bij de ombudspersoon. Een schadeclaim dient steeds schriftelijk te gebeuren.

6.3 Anonieme klachten

Anonieme klachten zijn steeds onontvankelijk.

6.4 Klachten van personeelsleden

De ombudspersoon is niet bevoegd om op te treden of te bemiddelen bij klachten tussen zorgverleners en/of personeelsleden onderling tenzij een klacht door het betrokken personeelslid als patiënt wordt geformuleerd.

6.5 Eerste en tweede lijn klachten

1. Eerste lijn: informele klachten

De informele klachten worden best zo snel en efficiënt mogelijk tussen de klager en de betrokkenen opgelost. De oplossing kan er in bestaan om de nodige corrigerende maatregelen voor te stellen en te nemen. Hierbij dienen artsen en andere ziekenhuismedewerkers op de diverse echelons in het ziekenhuis open te staan voor kritiek van de patiënt en op een begripvolle en professionele manier met klachten van patiënten / bezoekers om te gaan. Indien men er niet in slaagt om tot een oplossing te komen, kan men beroep doen op de ombudspersoon, als tweedelijnsfunctie.

2. Tweede lijn: formele klachten

Indien klachten niet tussen de directe betrokkenen kunnen opgelost worden, kan men beroep doen op de ombudspersoon, als tweede lijnfunctie. De ombudspersoon behandelt alle schriftelijke en mondelinge niet-anonieme klachten die rechtstreeks via de ombudsdienst toekomen of die doorverwezen worden via de medewerkers.

Patiënten of familieleden die de ombudspersoon rechtstreeks contacteren, worden gevraagd of er reeds een poging ondernomen is om over hun probleem met de betrokken zorgverstreker te praten.

6.6 Klachtenproces

Ten laatste één week na de registratiedatum, wordt door de ombudspersoon aan de patiënt of zijn vertegenwoordiger een telefonische of schriftelijke **ontvangstmelding** bezorgd.

Om een efficiënt (doeltreffend) klachtenbeleid te voeren wordt er eerst **informatie** ingewonnen door te luisteren naar de onvrede (klacht) van de klager en te peilen naar de verwachtingen van de klager.

Indien de klager feiten signaleert louter met het oog op een verbetering naar de toekomst, wordt de klacht louter ter informatie overgemaakt aan de bevoegde verantwoordelijken. Een klacht wordt door de ombudspersoon rechtstreeks gebracht bij diegene die in de klacht betrokken is.

Indien de betrokken beroepsbeoefenaar niet met naam genoemd wordt of het betreft een team, dan kan de ombudspersoon onrechtstreeks het standpunt vragen via het

departementshoofd of diensthoofd of verantwoordelijk directielid (algemene, medische, verpleegkundige directie)

Binnen 14 dagen na ontvangst van de kopie of omschrijving van de klacht, dient de betrokken arts/ziekenhuismedewerker een **voorstel tot verdere afhandeling** te formuleren aan de ombudspersoon. De betrokkene – arts of andere ziekenhuismedewerker – stuurt aan de ombudspersoon een ontwerp van antwoord of een kopie van zijn/haar afhandelend schrijven.

Tijdens het **verloop van de klachtenprocedure** verzorgt de ombudspersoon de opvolging, de terugkoppeling en informatie naar de patiënt, familie of andere aanbrenger. Indien nodig worden sommige klachten besproken in een overlegmoment met de medisch directeur.

De **afhandeling** naar de melder van de klacht kan plaatsvinden in een persoonlijk overleg, telefonisch contact of een schrijven door de ombudspersoon.

Het **resultaat** van de bemiddeling wordt door de ombudspersoon in het klachtendossier geregistreerd.

Gedurende maximum drie maanden, volgend op de registratie van de klacht, bemiddelt de ombudspersoon tussen patiënt en betrokkene. Binnen deze termijn zorgt hij voor de afhandeling in een persoonlijk of telefonisch onderhoud met de patiënt of via een schriftelijk antwoord.

Wanneer de klager zich niet kan verzoenen met de beslissingen/of het voorstel na de interne bemiddeling, informeert de ombudspersoon de klager over de mogelijkheden voor de verdere afhandeling van zijn klacht, conform de wetgeving.

6.7 Klachtenregistratie

Iedere formele klacht, die via de ombudspersoon wordt geformuleerd, wordt in een dossier opgenomen en verwerkt in een intern registratiesysteem. Het dossier bevat alle stukken met betrekking tot de afhandeling van de klacht en conform de desbetreffende wetgeving, wordt het dossier na volledige afhandeling vernietigd.

Een degelijke registratie is noodzakelijk om herhalings- en structurele klachten te detecteren en aanbevelingen te kunnen formuleren inzake verbeteringen t.a.v. het beleid.

Er worden minstens de volgende gegevens geregistreerd:

- de identiteit van de patiënt en desgevallend van de vertrouwenspersoon
- de datum van ontvangst van de klacht
- de aard en de inhoud van de klacht
- de datum van afhandeling van de klacht
- het resultaat van de afhandeling van de klacht

Na de afhandeling van het jaarrapport worden alle klachten op het registratiesysteem geanonimiseerd en worden de papieren dossiers vernietigd.

Verzekeringdossiers worden niet vernietigd maar in dit stadium wel als afgehandeld beschouwd.

6.8 Klachtenrapportering

Op basis van het registratiesysteem wordt er door de ombudspersoon jaarlijks een geanonimiseerd rapport opgesteld, het jaarrapport genaamd.

- Het jaarrapport wordt intern verspreid.
- Het verslag zal geen elementen bevatten waardoor één van de natuurlijke personen betrokken bij de afhandeling van de klacht, kan worden geïdentificeerd.
- In dit jaarrapport worden aanbevelingen geformuleerd voor de organisatie om het zorgtraject van de patiënt te optimaliseren.
- Tevens kunnen moeilijkheden die de ombudspersoon ondervindt in de uitoefening van zijn opdracht en eventuele suggesties om deze te verhelpen, worden opgenomen.
- Het jaarrapport van het afgelopen jaar wordt uiterlijk in de maand april voorgelegd aan:
 - de medische directeur, hoofdgeneesheer
 - de raad van bestuur en de directie
 - het managementcomité
 - het medische diensthooftoverleg
- De directie, betrokken managers en diensthooftden dragen zorg voor verdere opvolging en implementatie van de nodige corrigerende en preventieve maatregelen.
- Het jaarverslag kan bij de ombudspersoon worden geraadpleegd door de bevoegde geneesheer- inspecteur.
- Het jaarrapport (versie FOD) van het afgelopen jaar wordt in de loop van april overgemaakt aan:
 - het Directoraat-generaal Organisatie gezondheidsvoorzieningen, Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
 - De VVOVAZ: de Vlaamse Vereniging van Ombudspersonen Van Alle Zorginstellingen. (in het kader van de benchmarking)


7. Versiebeheer

- Januari 2014 : startversie is de oorspronkelijke versie die goedgekeurd werd door de Raad van Bestuur op 10/02/2014.
- Mei 2014: versie aangepast
 - Buitenraadpleging Mosselerlaan is toegevoegd op pg. 3 punt 2
 - Het e-mailadres ombudsman@zol.be is verwijderd op pg. 4 punt 5

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	BZIO
Adres	Zeedijk 286 8400 Oostende
Gewest	West- Vlaanderen
Erkenningsnummer	710/679/40
Type (AZ, UZ, PZ,...)	SP-Locomotorisch
Aantal bedden	125 "Imbo" 25 WZC "Het Verhaal" 38 Gezondheidscentrum "Koninklijke Villa "
Aantal campussen	
Naam ombudsperso(o)n(en)	Patrick Claes
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1 maart 2015
Bestaffing	20% werkzaam als ombudsdienst

Lokalisatie dienst	Geen vaste bureau, na afspraak wordt er een vrijstaande lokaal vastgelegd
Registratiesysteem	VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement is te bekomen in de Patiënteninformatiedienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	2015 : opleiding basisbemiddeling VVOVAZ 2016 : bijkomende opleiding rond bemiddeling in conflictsituatie VVOVAZ
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	4 x West Vlaams overleg ombudsdienst VVOVAZ 1 x Vlaams overleg ombudsdienst VVOVAZ
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Klachtenbemiddeling al dan niet in kader van patiëntenrechten; afschrift patiëntendossier;
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Via mail, rechtstreeks link via onze website, telefonisch of persoonlijk. Kan ook via artsen of directie die de klacht hebben ontvangen en ze doorsturen

Behandeling van klachten en onvrede
<p>Hoe gaat de organisatie om met klachten?</p> <p>De klacht wordt gezien als een kans zowel voor de patiënt , zorgverlener, organisatie</p>
<p>Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?</p> <p>Ik tracht telkens een open communicatie te voeren met de patiënt en de betrokkenen .Dit gebeurt in eerste instantie via pendeldiplomatie met de nodige ingebouwde discretie . Na deze verkennende gesprekken zien we op welke manier verder kan gehandeld worden in kader van het verwachtingspatroon van de patiënt.</p>
<p>Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)</p> <p>Klachten worden 3 maandelijks besproken met hoofdgeneesheer en directeur patiëntenzorg. Hieruit kunnen verbeteracties uitvloeien .</p>

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<p><u>Opmerkingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	33
Aantal infodossiers	0
Aantal pro actieve dossiers	0
Aantal opvragingen patiëntendossier	8
Aantal 'andere'	32

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)**Opmerkingen:**

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	15
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	2
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	5
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	8
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	16
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	3

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	32
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
De klachten rond geïnformatiseerde toestemming blijven aanhouden Dit jaar opvallende vele personen die mij opgezocht hebben i.v.m. cognitief gestoorde patiënten	

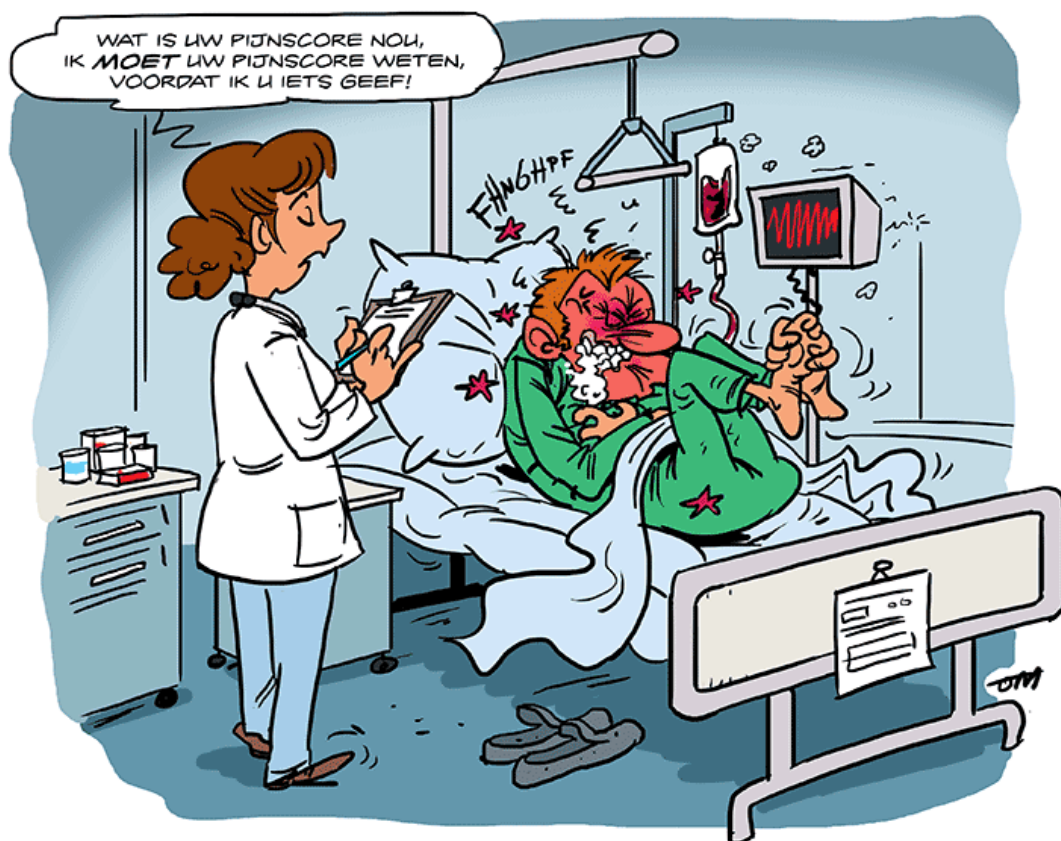
Aanbevelingen

- ✓ Oppuntstelling Informed Consent (ook financiële info)
- ✓ Opnamepolitiek transparanter maken
- ✓ Idem tarifiering parkeerplaats “ Imbo” en “ Koninklijke Villa”
- ✓ Opmaken noodprocedure bij kapotte ijsmachine
- ✓ Duidelijke procedures rond organisatie van het vervoer
- ✓ Het nodige doen om cognitieve patiënten tegen zichzelf te beschermen, alsook medepatiënten / bezoekers / personeel
- ✓ Interne audit op de neurologische afdeling 3
- ✓ Belang van een goede ontvangst op de dag van opname onderstrepen
- ✓ Voorzien van een overdekte parkeerplaats voor ambulante patiënten die met fiets/ 3-wieler komen
- ✓

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):



Jaarrapport Ombudsdienst 2017



INHOUDSTABEL

1. INLEIDING	3
2. AANTAL MELDINGEN	3
3. ITEMS MET BETREKKING TOT ALLE MELDINGEN	5
3.1 RELATIE AANBRENGER	5
3.2 VORM	6
3.3 GERICHT AAN.....	7
3.4 DOORLOOPTIJD	8
4. ITEMS MET BETREKKING TOT KLACHTEN	8
4.1 LOKALISATIE PATIËNT	8
4.2 VERWACHTING	10
4.3 LOKALISATIE KLACHT.....	11
4.4 VOORWERP VAN DE DOSSIERS.....	12
4.5 BEROEPSBEOEFENAAR	13
4.6 INHOUD VAN DE KLACHTEN	14
4.6.1 <i>Inhoud medische aspecten</i>	15
4.6.2 <i>Inhoud verpleegkundige aspecten</i>	16
4.6.3 <i>Inhoud paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten</i>	16
4.6.4 <i>Inhoud administratief financiële aspecten</i>	17
4.6.5 <i>Inhoud facilitaire en technische aspecten</i>	18
4.6.6 <i>Inhoud organisatorische aspecten</i>	18
4.7 BEREIKTE RESULTAAT	19
4.8 CLASSIFICATIE	20
5. BESLUIT.....	21

1. INLEIDING

Zorginstelling: Ziekenhuis Maas & Kempen
 Diestersteenweg 425
 3680 Maaseik
 Erkenningsnummer: 717
 Type: Algemeen ziekenhuis
 Naam ombudspersoon: Kim Moors
 Registratieperiode: 1.01.2017 - 31.12.2017

Sinds 2008 dient de ombudsdienst zijn jaarverslag elektronisch over te maken aan het Ministerie van Volksgezondheid (Federale Commissie Rechten van de Patiënt) dat beantwoordt aan een aantal wettelijke bepalingen. Vanaf 2017 dient het jaarverslag echter aan de Vlaamse ombudsman te worden overgemaakt. De ombudsdienst kan zelf beslissen over de inhoud van dit rapport.

Vanaf 2013 worden de klachten geregistreerd via infoland. De vragen naar informatie, afschriften of inzagen van het medisch dossier en de proactieve meldingen waar geen klacht werd geuit, zijn niet in alle rubrieken opgenomen.

Voor het afgelopen jaar willen we opnieuw de patiënt, zijn familie, het bestuur, de directie, de artsen, verpleegkundigen, paramedici, administratieve en andere ziekenhuismedewerkers in ZMK uitdrukkelijk danken voor het vertrouwen en de medewerking om samen klachten van patiënten op een constructieve manier op te lossen.

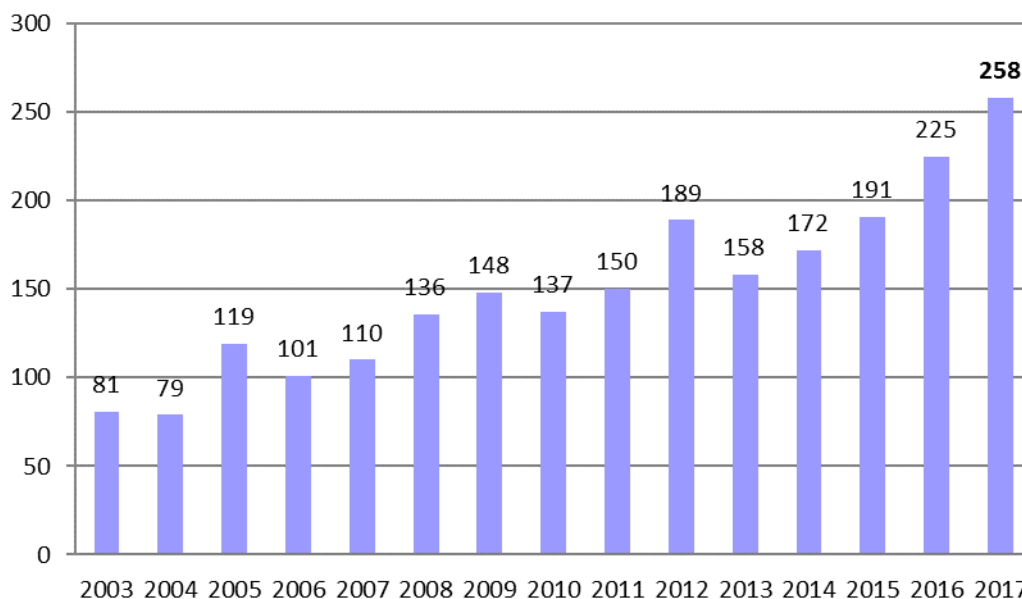
2. AANTAL MELDINGEN

Tabel 1: Overzicht aantal meldingen per jaar in absolute getallen en meldingsratio

Jaar	Aantal meldingen	Meldingsratio (# meldingen t.o.v. activiteit opnames en dagopnames)
2007	110	110/13162 patiënten = 0.83%
2008	136	136/14242 patiënten = 0.95% *
2009	148	148/14964 patiënten = 0.99%
2010	137	137/14913 patiënten = 0.92%
2011	150	150/15763 patiënten = 0.95%
2012	189	189/16388 patiënten = 1.15%
2013	158	158/16650 patiënten = 0.95%
2014	172	172/18632 patiënten = 0.92%
2015	191	191/19362 patiënten = 0.99%
2016	225	225/20588 patiënten = 1.09%
2017	258	258/22135 patiënten = 1.17%

* aanpassing op basis van correctie activiteitsgegevens 2008

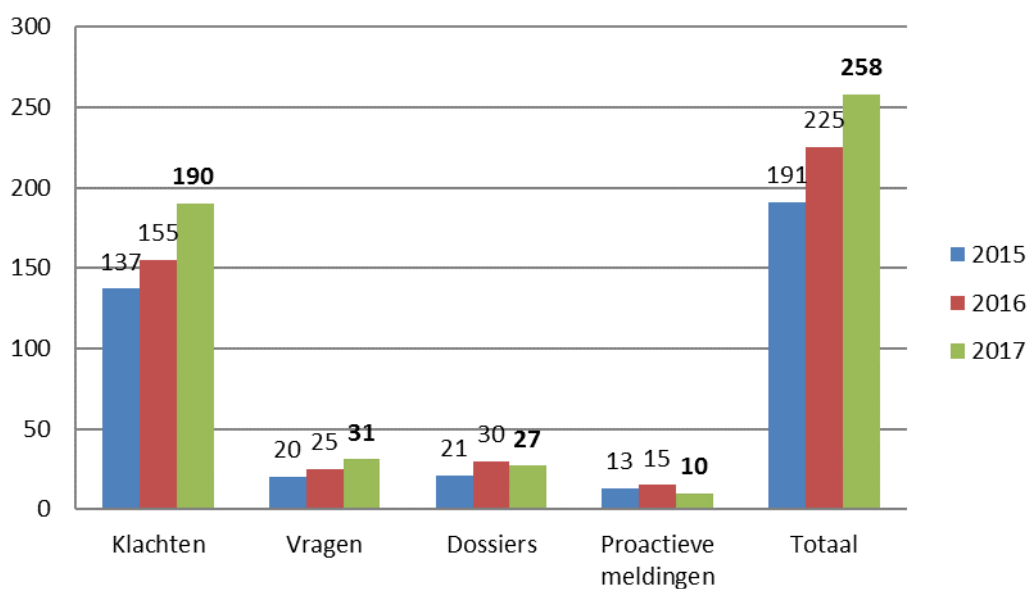
Grafiek 1: Overzicht aantal meldingen per jaar



In 2017 werden in totaal 258 meldingen behandeld. Dit is een stijging in vergelijking met voorgaande jaren.

De registratie van de meldingen geeft aan of het over een klachtmelding, het opvragen van een patiëntendossier, een vraag naar informatie of over een proactieve melding gaat.

Grafiek 2: Aantal meldingen



Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- Het **totaal** aantal meldingen is gestegen met 33 in vergelijking met 2016.
- Het aantal **klachten** is gestegen van 155 in 2016 naar 190 in 2017.
- Het aantal **vragen** is gestegen van 25 in 2016 naar 31 in 2017.
- Er werd 27 keer een **patiëntendossier** opgevraagd via de ombudsdienst.
- Er werden 10 **proactieve** meldingen gemaakt.

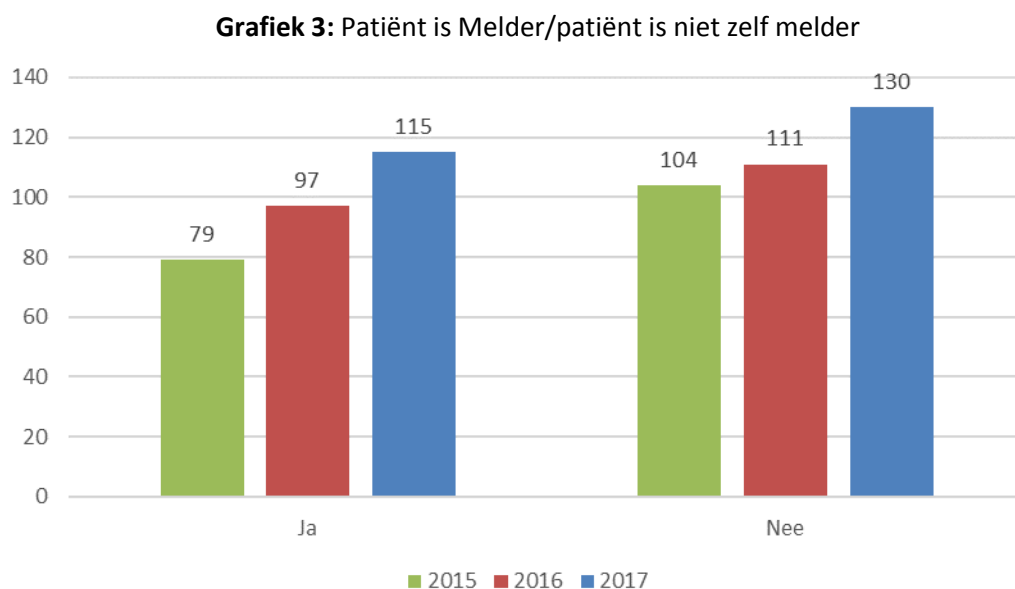
De meldingsratio - het aantal meldingen ten opzichte van de activiteit van de opnames en de dagopnames - is gestegen van 1.09% in 2016 naar 1.17 % in 2017.

3. ITEMS MET BETREKKING TOT ALLE MELDINGEN

Bij deze items zijn zowel de klachten, de vragen naar informatie, de afschriften of inzagen van het medisch dossier en de proactieve meldingen opgenomen.

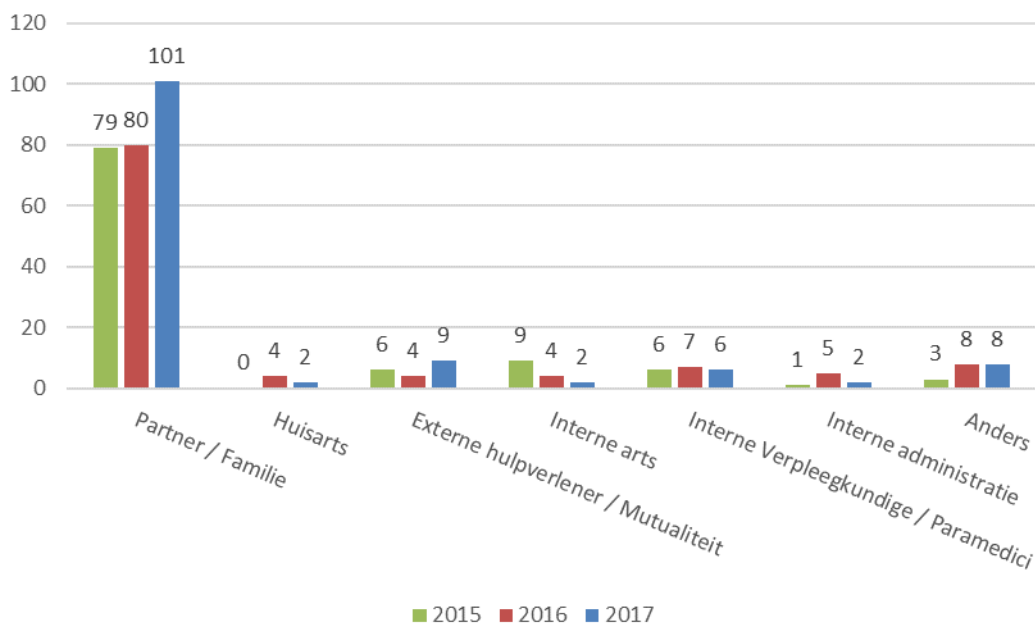
3.1 Relatie aanbreyer

Een klacht of een vraag kan worden geformuleerd door de patiënt zelf, maar ook door familieleden, de huisarts, de mutualiteit, etc. Voor elk dossier werd één keuze bepaald, ook als de klacht door meerdere personen werd aangebracht.



De patiënt heeft in 115 dossiers zelf de melding gedaan en in 130 gevallen gebeurde de melding door een andere betrokkene.

Grafiek 4: Relatie melder tot patiënt

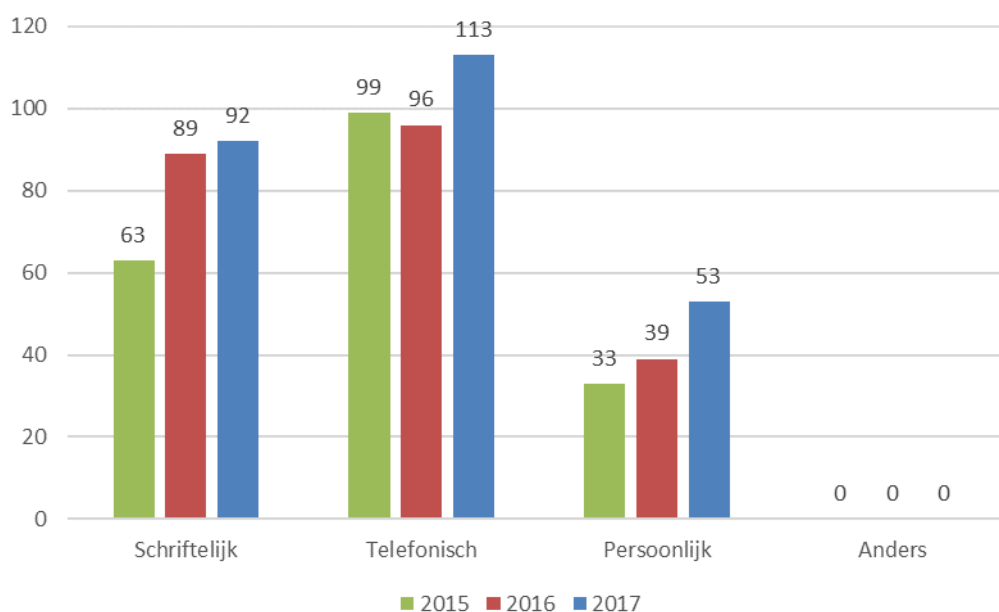


Indien een andere betrokkene een melding formuleerde, ging het meestal over de partner of een familielid.

3.2 Vorm

Dit item geeft aan hoe de klacht wordt geformuleerd. Verschillende vormen kunnen tegelijk voorkomen: een klacht kan worden meegedeeld in een persoonlijk onderhoud of in een brief, die al dan niet aangetekend wordt verzonden of misschien persoonlijk wordt afgegeven.

Grafiek 5: Vorm waarin melding werd aangeleverd

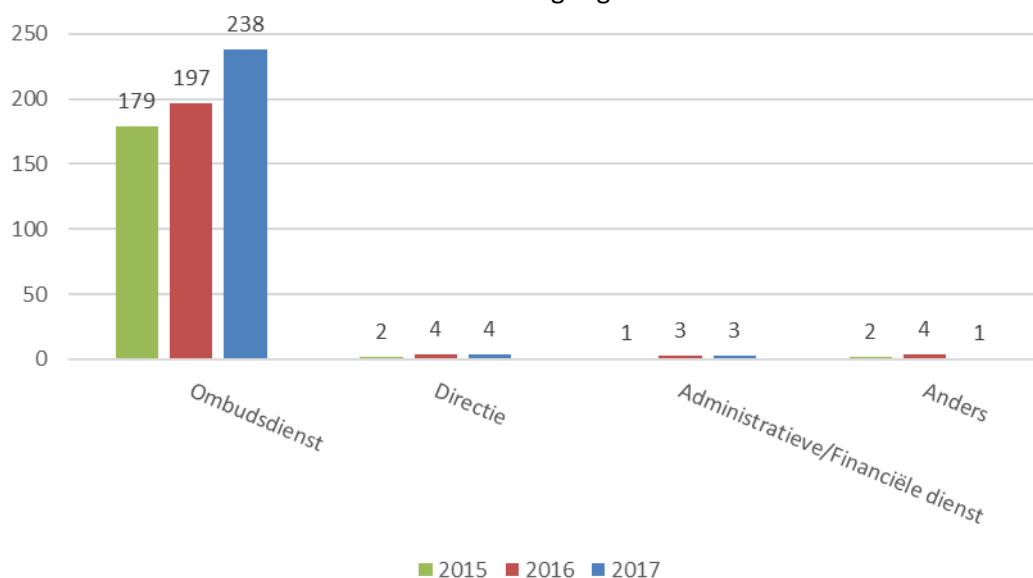


De patiënt of zijn vertegenwoordiger meldde meestal telefonisch of schriftelijk een klacht, gevolgd door persoonlijke gesprekken.

3.3 Gericht aan

Hier wordt geregistreerd welke instantie of dienst in het ziekenhuis werd aangesproken om een vraag of klacht te formuleren. Het is mogelijk dat de patiënt of de aanbrengrer van de klacht via verschillende kanalen zijn klacht formuleerde.

Grafiek 6: Melding is gericht aan

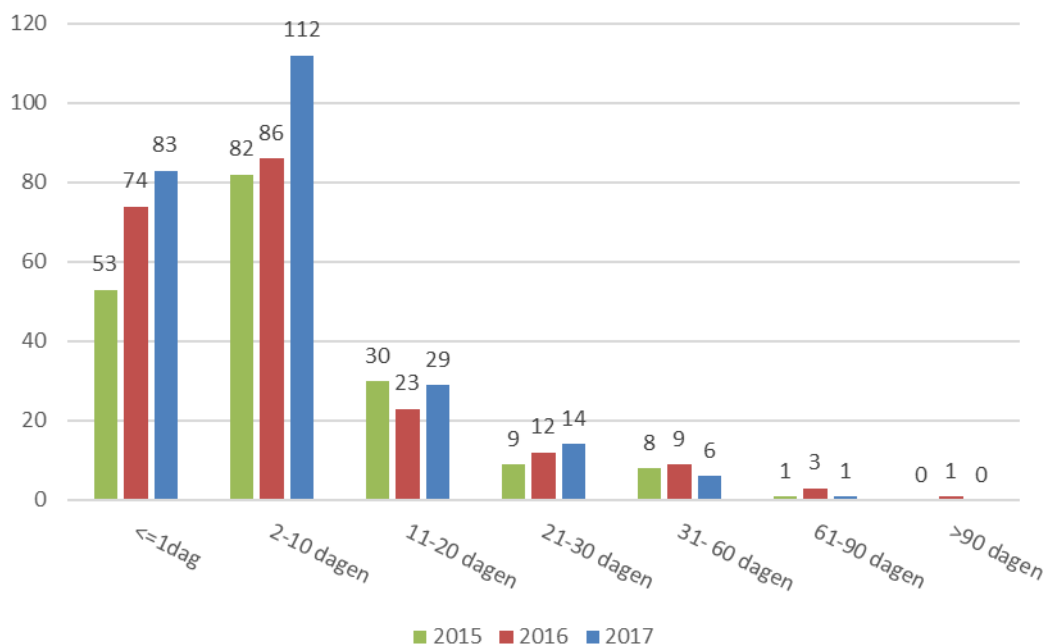


De meeste meldingen worden rechtstreeks aan de ombudsdienst gemeld, hoewel er toch ook een beperkt aantal klachten en vragen over patiëntendossiers zijn die via een andere weg tot bij de ombudsdienst geraken.

3.4 Doorlooptijd

De doorlooptijd voor de behandeling van een klacht of vraag of het opvragen van een patiëntendossier is het verschil tussen datum van afhandeling en datum van registratie.

Grafiek 7: Doorlooptijd



Snel interveniëren is belangrijk in de klachtafhandeling. Hoe sneller het ongenoegen bij de patiënt wordt aangepakt, hoe kleiner de kans dat de klacht escaleert.

De meerderheid van de klachten wordt binnen een termijn van tien dagen afgehandeld. Voor een aantal klachten waren meerdere overlegmomenten nodig. Het betreft hier vaak medische klachten, al dan niet gekoppeld aan een verzekeringsdossier, en het opvragen van patiëntendossiers.

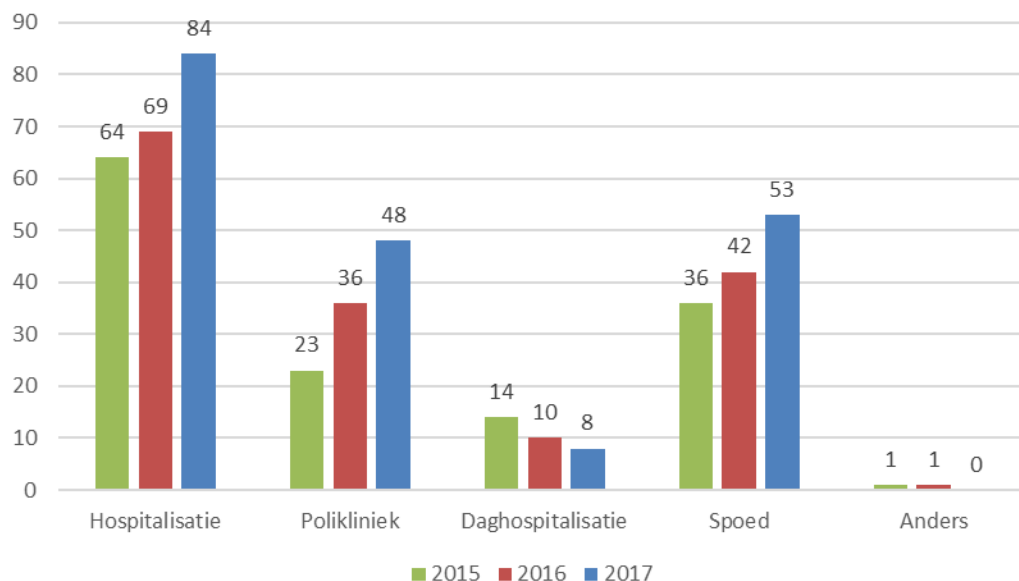
4. ITEMS MET BETREKKING TOT KLACHTEN

Deze items behandelen enkel de klachten. De vragen naar informatie, de afschriften of inzagen van het medisch dossier en de proactieve meldingen zijn hier niet opgenomen.

4.1 Lokalisatie patiënt

Dit item werd geregistreerd om inzicht te verwerven over de lokalisatie van de patiënt, die zelf of via een belanghebbende aanbrengrer een klacht formuleerde.

Grafiek 8: Lokalisatie patiënt in geval van klachten



Legende:

- **Poliklinisch:** een ambulante patiënt zonder nachtverblijf en zonder daghospitalisatie
- **Hospitalisatie:** een patiënt die een nachtverblijf en dus verpleegdagen realiseert
- **Daghospitalisatie:** een patiënt die meestal op een dagkliniek verblijft gedurende enkele uren, zonder nachtverblijf
- **Spoed:** een patiënt die op de spoedafdeling verblijft

Tabel 2: Lokalisatie patiënt in absolute getallen en klachtenratio uitgesplitst voor gehospitaliseerde patiënten, poliklinische patiënten, daghospitalisatie en spoed.

Locatie	Jaar	Aantal klachten	Klachtenratio
Gehospitaliseerde patiënten	2016	69	69/8120 patiënten = 0.85%
	2017	84	84/8362 patiënten = 1.01%
Poliklinische patiënten	2016	36	/
	2017	48	/
Daghospitalisaties	2016	10	10/12468 patiënten = 0.08%
	2017	8	8/13773 = 0.06%
Spoed	2016	42	42/14059 patiënten = 0.30%
	2017	53	53/15456 = 0.34%

De klachtenratio is het hoogst voor gehospitaliseerde patiënten.

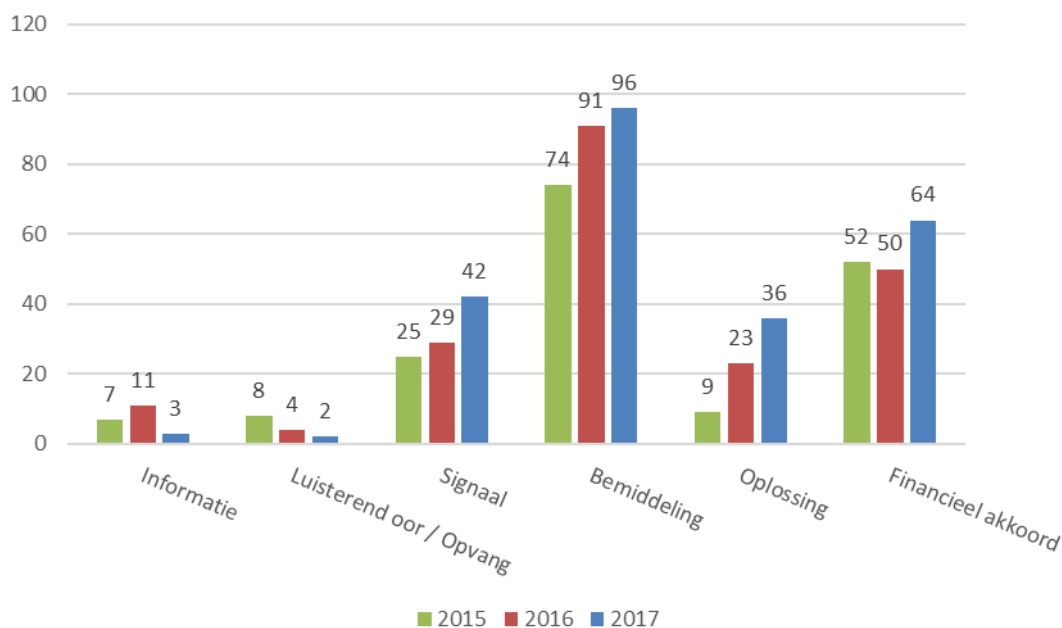
De klachtenratio is toegenomen voor gehospitaliseerde patiënten en voor de spoeddienst in vergelijking met 2016.

Voor patiënten in daghospitalisatie is de klachtenratio afgenomen in vergelijking met 2016.

4.2 Verwachting

Hier wordt geregistreerd wat de klager wil bereiken met de formulering van de klacht. Deze verwachting is belangrijk voor de verdere opvolging en de eventueel te nemen acties.

Grafiek 9: Verwachting patiënt



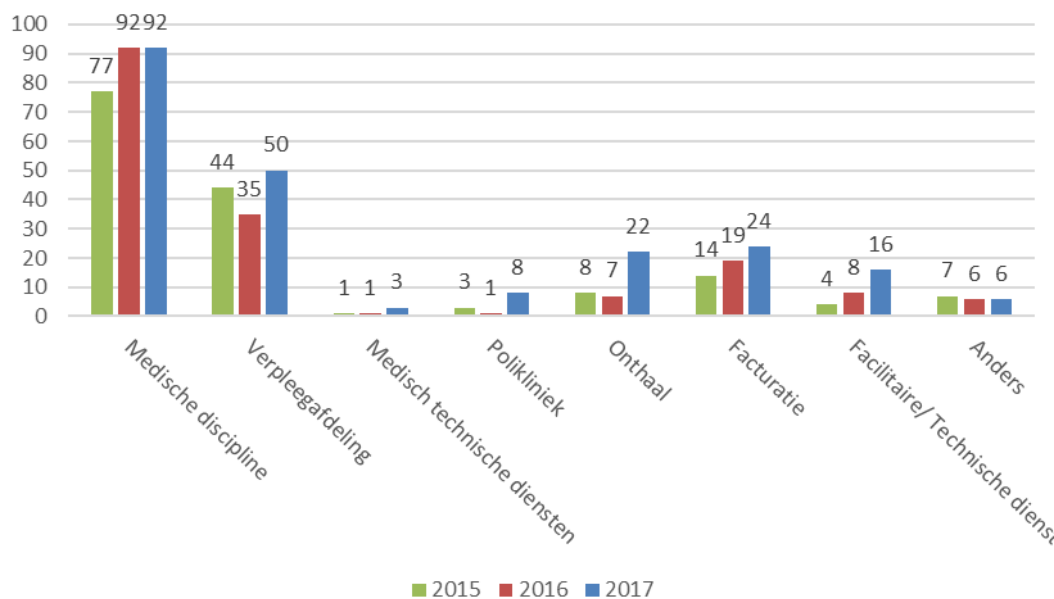
Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- Dit jaar waren er opnieuw het meeste **bemiddelingsgesprekken**, gaande van pendel-diplomaties tot het samenbrengen van de verschillende partijen. Enerzijds heeft deze toename te maken met de steeds groter wordende vraag van patiënten en hun familie om tussen te komen in klachten. Anderzijds werd de manier van registreren aangepast in 2015 op advies van het VVOVAZ (Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie Van Alle Zorgvoorzieningen). Zodra de ombudsdienst als het ware heen en weer “pendelt” tussen de verschillende betrokken partijen dient dit als bemiddeling geregistreerd te worden. Hierdoor worden andere verwachtingen minder geregistreerd.
- Ook was er dit jaar opnieuw veel vraag naar een **financieel akkoord**, gaande van de correctie van een factuur tot schadeclaims.
- Vaak wil de patiënt een duidelijk **signaal** geven. Volgens de patiënt moet de directie op de hoogte zijn van hetgeen er mogelijks fout is gegaan in het ziekenhuis en wat hem/haar overkomen is. Men wil verhinderen dat deze incidenten opnieuw zouden voorkomen.
- Ook verwacht de klager regelmatig een concrete **oplossing** voor een probleem dat zich stelt. Het gaat meestal om gehospitaliseerde patiënten die zo snel mogelijk een oplossing verwachten.
- Het verstrekken van bijkomende **informatie** helpt om het ongenoegen bij de patiënt of de klager weg te kunnen nemen.
- Soms heeft de patiënt nood aan een **luisterend oor** en wil hij zijn verhaal kwijt.

4.3 Lokalisatie klacht

Hier wordt de dienst, discipline of lokalisatie waartegen de klacht gericht is geregistreerd. Het is niet altijd mogelijk om 1 item per klacht te registreren, omdat er soms klachten geformuleerd worden die zich op meerdere lokalisaties situeren, bv. een klacht over de verpleegkundige behandeling en de factuur in één dossier.

Grafiek 10: Lokalisatie klacht



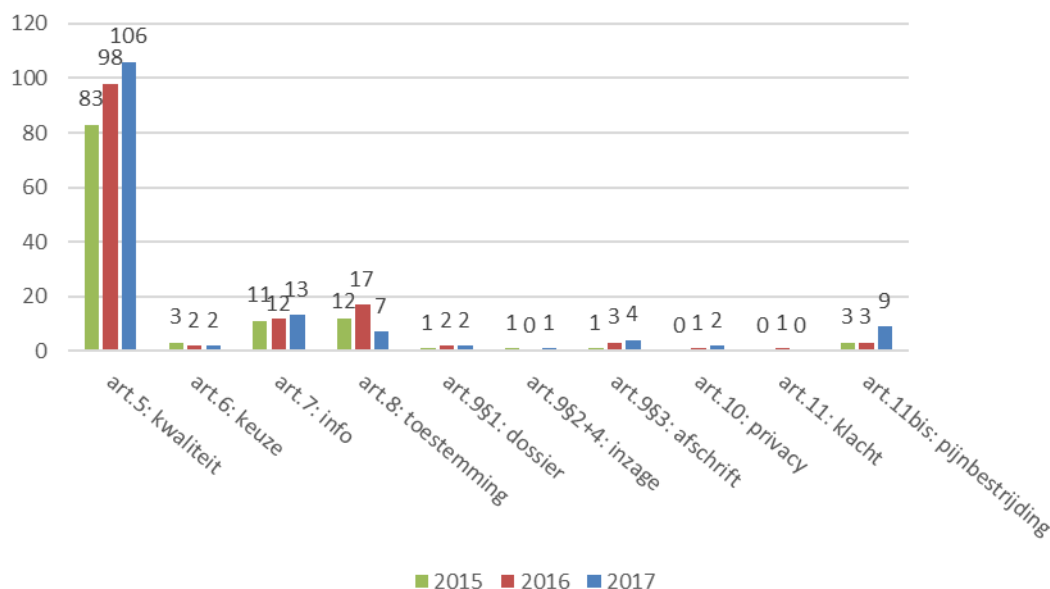
Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- De meeste klachten worden geuit tegenover de medische diensten, gevolgd door de verpleegafdelingen.
- Het aantal medische klachten is gelijk gebleven in vergelijking met 2016.
- Het aantal verpleegkundige klachten is gestegen in vergelijking met 2016.
- Het aantal klachten van het onthaal is meer dan verdriedubbeld in 2016. Deze klachten gaan vaak over vriendelijkheid en communicatiestijl.
- Het aantal klachten met technische en facilitaire aspecten is verdubbeld in 2016. Deze klachten hebben vaak te maken met de verhuis naar de nieuwbouw (vb. parking, verwarming, etc.,...)

4.4 Voorwerp van de dossiers

De klachtendossiers hebben vaak betrekking op de patiëntenrechten. De klachtendossiers waar de individuele relatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar centraal staat, krijgt een aanduiding met het geschonden recht.

Grafiek 11: Voorwerp klacht



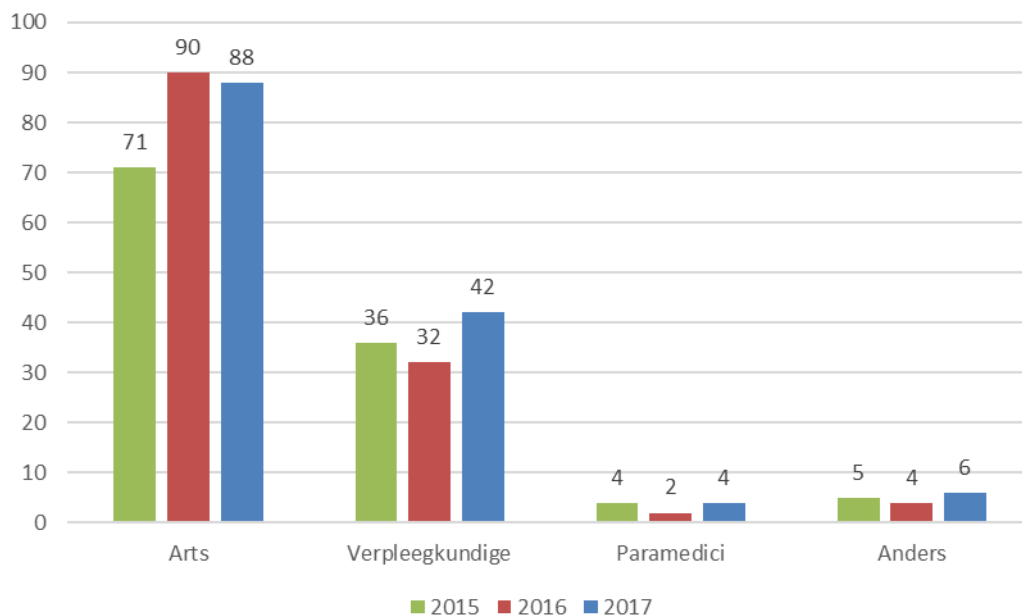
Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- Opvallend veel klachten hebben rechtstreeks betrekking op de individuele relatie tussen patiënt en zorgverlener. Deze klachten worden geuit met als argument een gebrek aan kwaliteitsvolle dienstverlening.
- Dertien keer ging het over het recht om geïnformeerd te worden over zijn gezondheidstoestand.
- Negen klachten gingen over het recht op pijnbestrijding.
- Zeven klachten handelde over “geïnformeerde toestemming”: elke patiënt heeft voor iedere tussenkomst die de beroepsbeoefenaar doet recht op toelichting, voorafgaande en vrije toestemming (informed consent). Vaak gaat het over een gebrek aan informatie over de kostprijs van een behandeling of ingreep.
- Twee klachten handelden over de vrije keuze van de beroepsbeoefenaar.
- Twee klachten handelden over het gebrek aan privacy.
- Het recht op het bijhouden, inzage en afschrift van een patiëntendossier wordt sinds 2013 enkel nog aangeduid indien er hieromtrent een klacht was, niet als het louter gaat om het opvragen van het dossier. Dit op advies van het VVOVAZ (Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie Van Alle Zorgvoorzieningen).

4.5 Beroepsbeoefenaar

Als een klacht duidelijk tegen één of meerdere beroepsbeoefenaars geuit wordt, wordt ook de betrokken beroepsbeoefenaar geregistreerd.

Grafiek 12: Betrokken beroepsbeoefenaar



Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

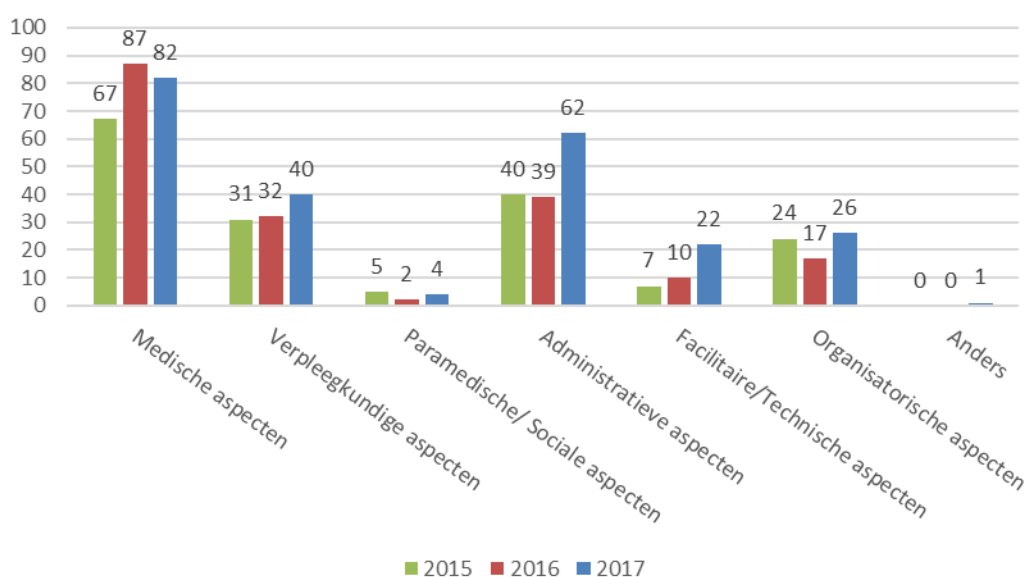
- De meeste klachten werden geuit tegenover artsen, gevolgd door verpleegkundigen.

4.6 Inhoud van de klachten

Om de analyse van klachten te vergemakkelijken, wordt - voor de registratie - het zorgproces ingedeeld in **zeven aspecten**. Binnen deze aspecten wordt het zorgproces nog eens onderverdeeld in gestandaardiseerde activiteiten, die bij de meeste zorgaspecten gemeenschappelijk voorkomen. Deze manier van registreren maakt het mogelijk om structurele problemen eerder en gemakkelijker te herkennen.

Nogmaals, de registratie gebeurt vanuit het oogpunt van de ervaring van de (klagende) patiënt. Afhankelijk van de klacht werden er soms meerdere aspecten per klachtrecord aangekruist.

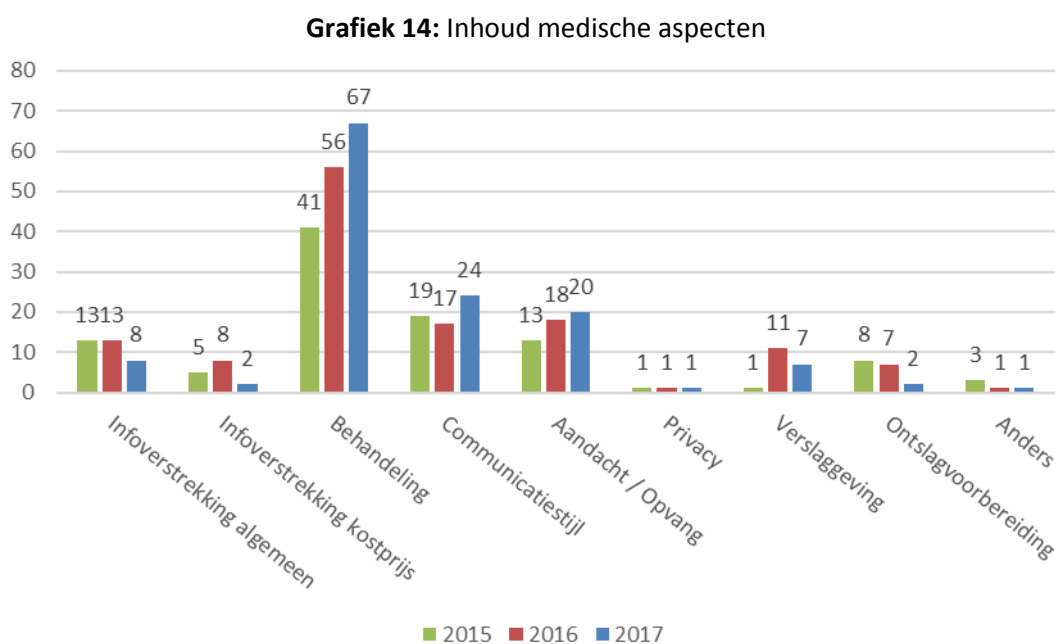
Grafiek 13: Inhoud van de klachten



Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- De meeste klachten werden geuit omwille van medische aspecten. Het aantal medische aspecten is echter gedaald in vergelijking met 2016, ondanks de toename van het totaal aantal klachten in 2017.
- Het aantal klachten met administratieve aspecten is sterk toegenomen in vergelijking met voorgaande jaren.
- Het aantal klachten met verpleegkundige aspecten is toegenomen in vergelijking met vorig jaar.
- Het aantal klachten met organisatorische aspecten en facilitair technische aspecten is toegenomen in vergelijking met vorig jaar.

4.6.1 Inhoud medische aspecten

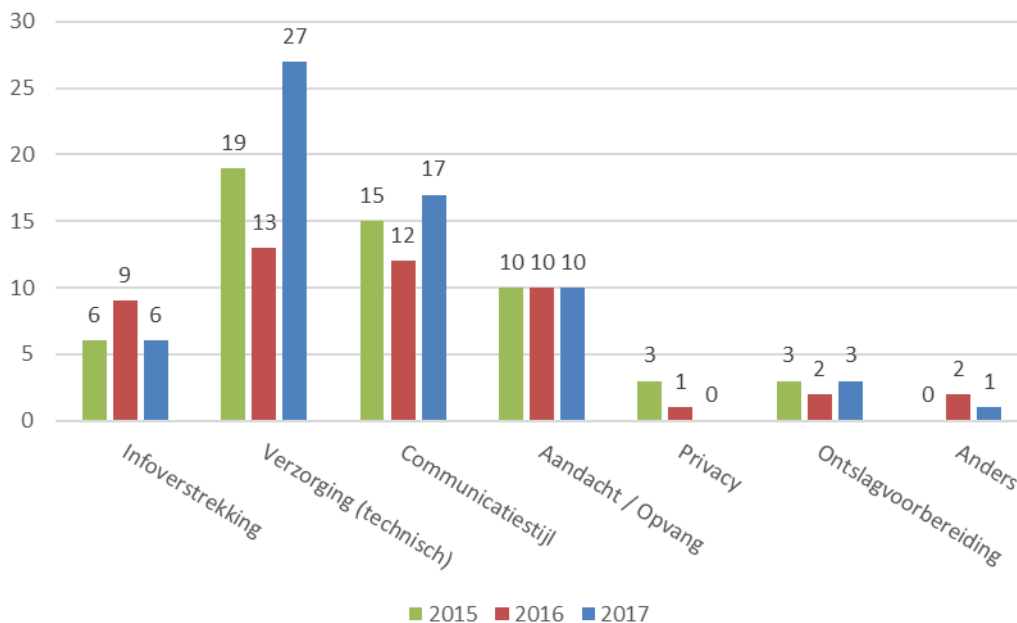


Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- Bij een analyse van de klachten stellen we vast dat bij de artsen de meeste problemen worden gemeld betreffende de kwaliteit van de behandeling (inhoud, kostprijs, diagnose, risico's,...).
- Regelmatig was men niet tevreden over de communicatiestijl van de arts en over het geven van voldoende aandacht.
- Ook het verstrekken van informatie, verslaggeving en de ontslagvoorbereiding kwamen aan bod.

4.6.2 Inhoud verpleegkundige aspecten

Grafiek 15: Inhoud verpleegkundige aspecten

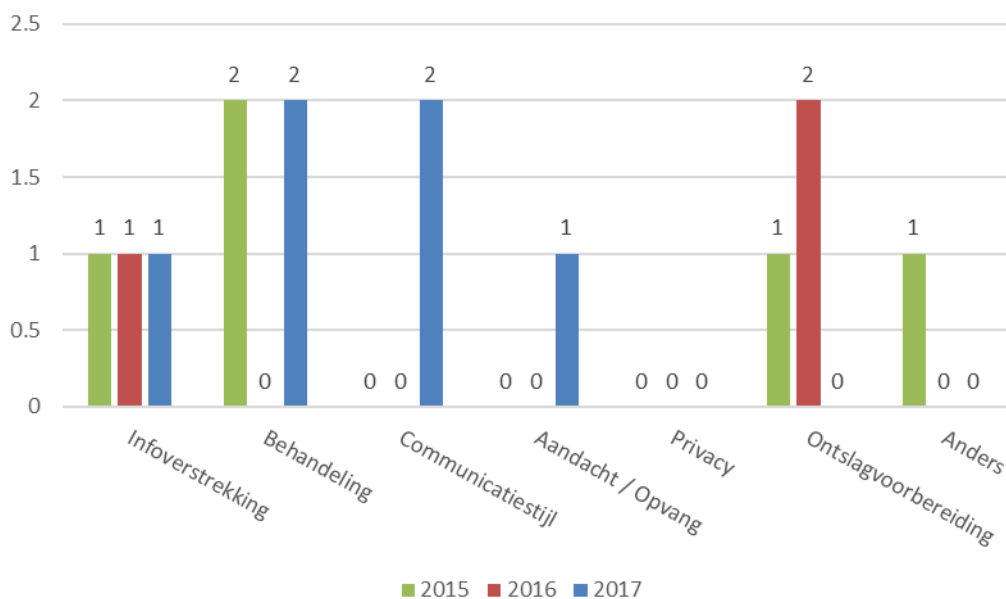


Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- Er werden opvallend meer klachten geuit betreffende de kwaliteit van de verzorging.
- Regelmatig was men niet tevreden over de stijl van communiceren, een gebrek aan aandacht en informatieverstrekking.

4.6.3 Inhoud paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten

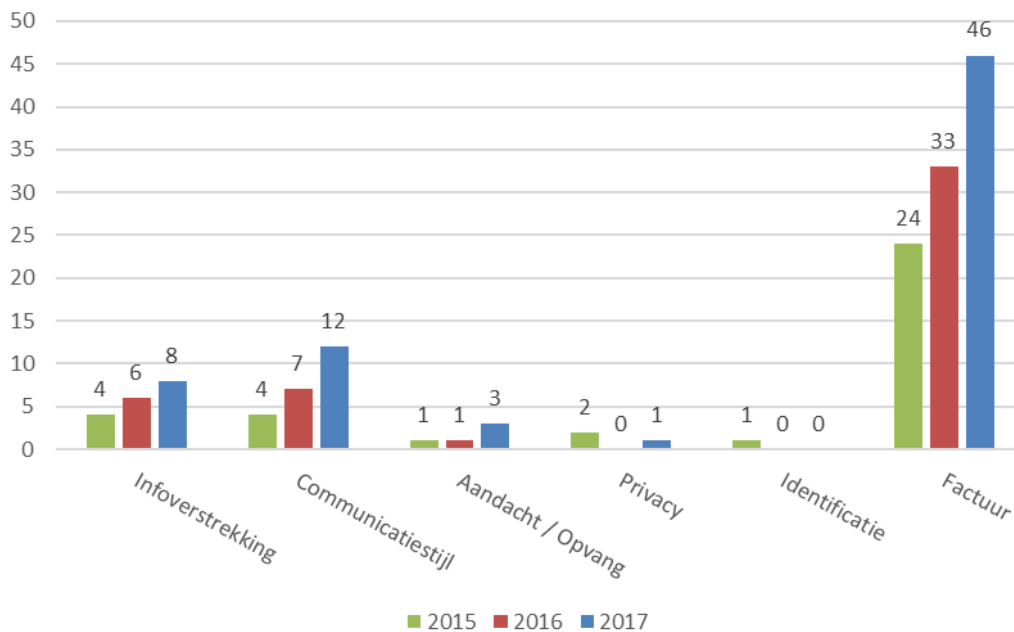
Grafiek 16: Inhoud paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten



4.6.4 Inhoud administratief financiële aspecten

Hier worden enkel klachten geregistreerd waarbij een administratief financiële dienst een rol in speelt. Een correctie van de factuur voor enkel medische redenen wordt hier niet geregistreerd, dit op advies van het VVOVAZ (Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie Van Alle Zorgvoorzieningen).

Grafiek 17: Inhoud administratief financiële aspecten

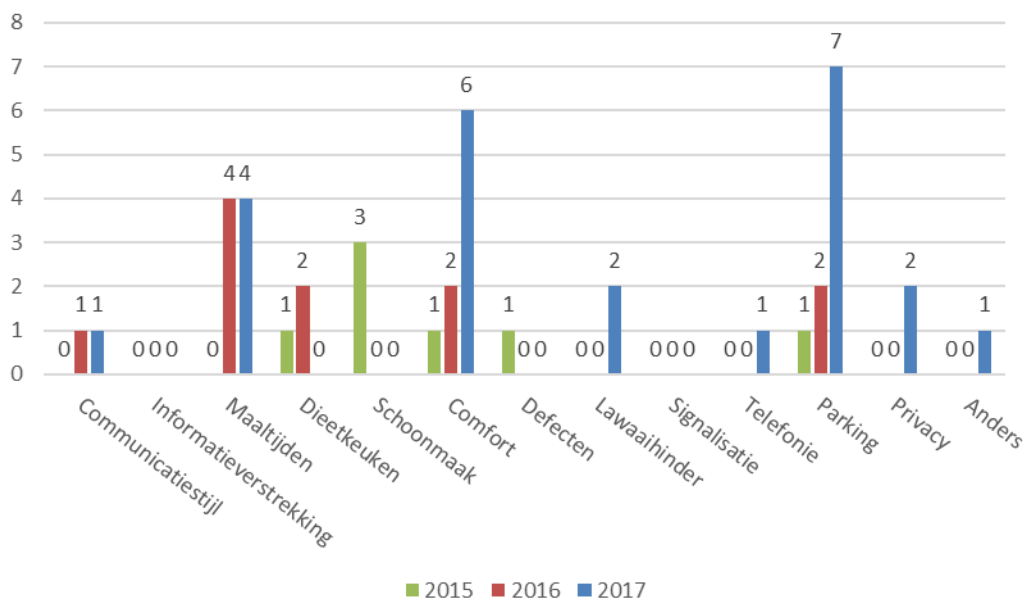


Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- Er werden opvallend meer klachten met betrekking tot de factuur (of aanmaning) gemeld in 2017.
- Regelmatig was men niet tevreden over de communicatiestijl aan het onthaal.

4.6.5 Inhoud facilitaire en technische aspecten

Grafiek 18: Inhoud facilitaire en technische aspecten

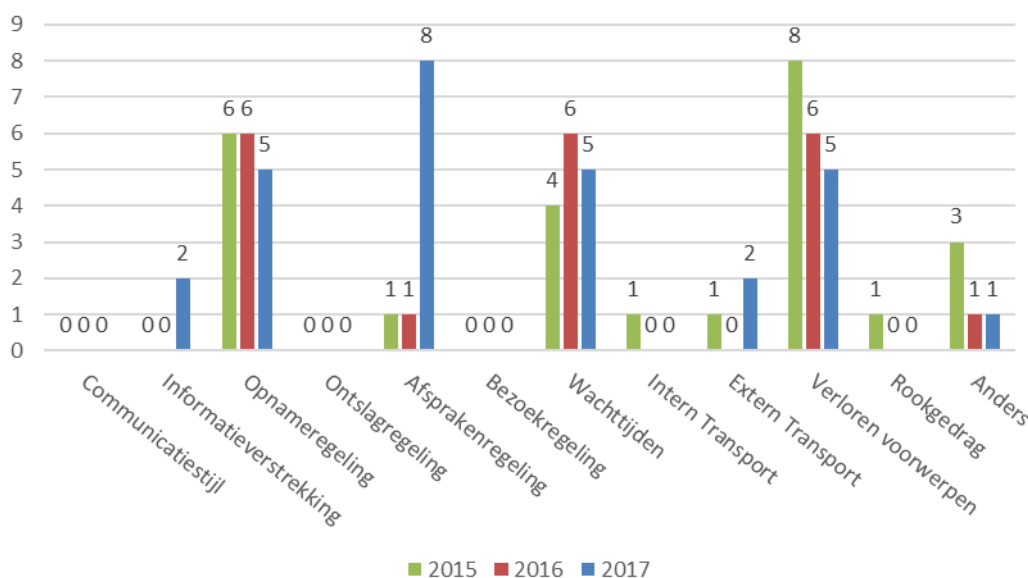


Volgende conclusies worden getrokken uit bovenstaande grafiek:

- De klachten betreffende comfort hebben meestal met de temperatuur in de nieuwbouw te maken die vaak als te koud ervaren werd.
- Ook werden er klachten geuit omtrent de kostprijs van de parking in de nieuwbouw en de geldigheid van de meerbeurtenkaarten van de parking.

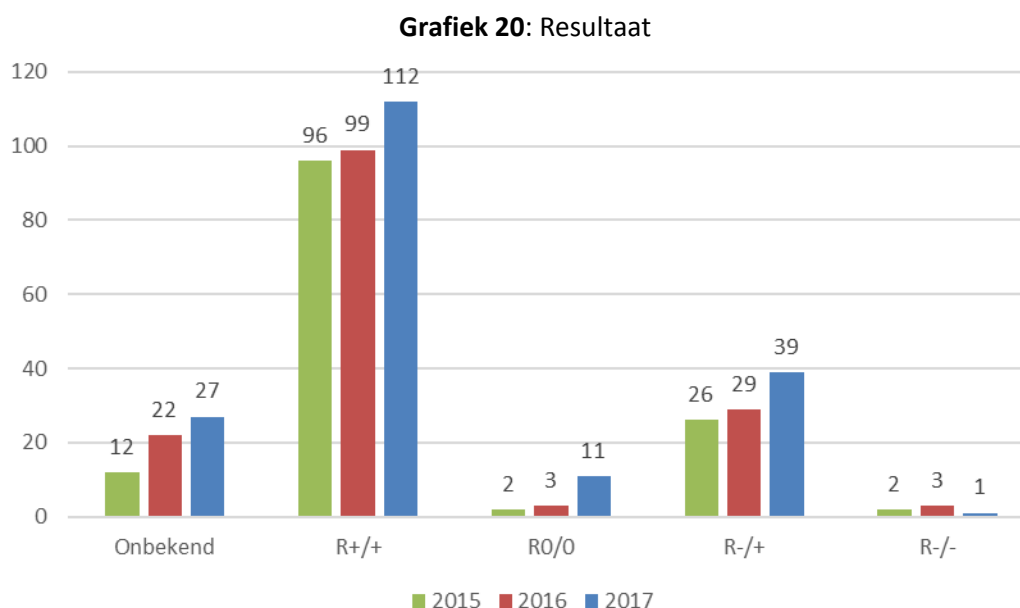
4.6.6 Inhoud organisatorische aspecten

Grafiek 19: Inhoud organisatorische aspecten



4.7 Bereikte resultaat

In de praktijk is het resultaat soms moeilijk te kwalificeren en kunnen de standpunten hierover verschillen. De patiënt kan bijvoorbeeld niet tevreden zijn over het bekomen resultaat na de afhandeling van zijn klacht, terwijl de ombudspersoon het resultaat als behoorlijk kan beoordelen. In onderstaande grafiek wordt het bereikte resultaat weergegeven zoals gepercipieerd door de ombudsdienst.



Het resultaat van de tussenkomst werd per individueel dossier ondergebracht in de volgende categorieën:

- **Onbekend:** het resultaat is onbekend.
- **R+/+:** de klagende patiënt of belanghebbende heeft uitdrukkelijk zijn tevredenheid geuit over het resultaat van de klachtafhandeling en over de tussenkomst(en) van de ombudsdienst.
- **RO/O:** de klager heeft géén mening geuit over het resultaat van de klachtafhandeling, noch over de tussenkomst(en) van de ombudsdienst.
- **R-/+:** de klager uit zijn onvrede over het bereikte resultaat, maar is tevreden over de tussenkomst(en) van de ombudsdienst.
- **R--:** de klager uit zijn ontevredenheid over het bereikte resultaat en over de tussenkomst(en) van de ombudsdienst.

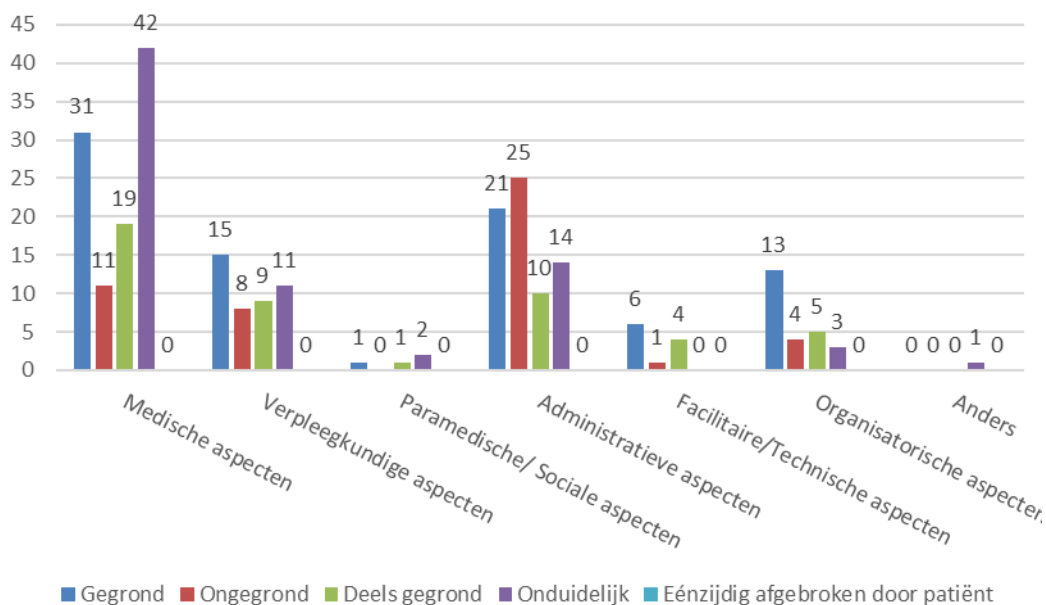
Bij de meerderheid van de klachten geeft de klager aan tevreden te zijn over de afhandeling van de klacht en het bereikte resultaat. Het resultaat werd 27 keer als “onbekend” beoordeeld: dit betreft voornamelijk schriftelijke klachten waarvan niet altijd geweten is of de indiener van de klacht tevreden is met het resultaat. Eén maal was de klager niet tevreden over de tussenkomst van de ombudsdienst. Hier oordeelt de ombudsdienst correct te zijn opgetreden.

4.8 Classificatie

Op het einde van de klachtafhandeling dient de ombudspersoon een beoordeling te maken over de gegrondheid van de klacht. Deze beoordeling doet géén enkele uitspraak over de kwaliteit van de hulpverlening waarover geklaagd wordt en ook niet over het feit of de behandeling/verzorging/service volgens de regels der kunsten is verlopen. Er komt alleen naar voor hoe de patiënt de ziekenhuiswerking heeft ervaren.

Dit item wordt oplossingsgericht geregistreerd en blijft altijd een min of meer subjectief oordeel. Voor de individuele patiënt is iedere uiting van zijn/haar ongenoegen over het zorgproces altijd gegrond en dient iedere klacht serieus te worden genomen.

Grafiek 21: Beoordeling klacht per categorie



Legende:

- **Gegrond:** als na onderzoek en afhandeling het ongenoegen van de patiënt voldoende gegrond is.
- **Ongegrond:** als onderzoek en afhandeling toonde dat de klager geen reden had om ontevreden te zijn en er geen acties of maatregelen moesten genomen worden.
- **Deels gegrond:** als na onderzoek en afhandeling blijkt dat er bepaalde delen van de klacht gegrond waren.
- **Onduidelijk:** als na afhandeling geen duidelijke beoordeling kan worden gegeven.

Dikwijls is het niet evident voor de ombudsdienst om in te schatten of een klacht al dan niet gegrond is. Vaak is het een kwestie van woord tegen wederwoord, waarbij de ombudsdienst geen standpunt kan innemen.

5. BESLUIT

Met de verhuis naar de nieuwbouw is de verwachting van de patiënt en zijn familie gestegen en neemt men minder snel genoegen indien iets anders verloopt dan verwacht. Dit weerspiegelt zich in de stijging van het aantal klachten sinds de verhuis.

Ook is het opvallend dat patiënten steeds mondiger worden en graag een persoonlijk gesprek met de ombudsdienst wensen.

De doelstelling van klachtenbehandeling is om samen met de patiënten en beroepsbeoefenaars van klachten kansen te maken om te leren en te verbeteren. Een goed georganiseerde klachtenbehandeling zorgt ervoor dat het aantal geregistreerde klachten in het ziekenhuis stijgt en dat de ontevredenheid van patiënten daalt.

Samenvattend voor 2017 kunnen we stellen dat:

- In totaal 258 meldingen behandeld werden; gerelateerd tot het aantal patiëntencontacten is dit opnieuw een lichte stijging in vergelijking met voorgaande jaren.
- De meeste klachten geuit werden tegenover artsen, gevolgd door verpleegkundigen.
- De meeste klachten die rechtstreeks betrekking hebben op de individuele relatie tussen patiënt en zorgverlener geuit worden omwille van gebrek aan de kwaliteitsvolle dienstverstrekking. Er werden ook een groot aantal klachten geregistreerd die niet onder de patiëntenrechtenwet vallen.
- De klager bij de meerderheid van de klachten tevreden is over de afhandeling van de klacht en het bereikte resultaat.
- De meerderheid van de klachten binnen een termijn van tien dagen wordt afgehandeld.

Bij het afhandelen van de klachten kan de ombudsdienst rekenen op een goede samenwerking met de betrokken artsen, zorg - en dienstverleners.

Jaarverslag 2017 - UZ Brussel

Ombudsvrouw : Tine De Coster

Ik verwijs naar uw schrijven van 9-11/2017 waarin aangegeven wordt op welke manier de Vlaamse Ombudsman het jaarverslag zal bekijken.

Stijging aantal contacten

Jaar na jaar stijgt het aantal patiënten dat de Ombudsdienst contacteert. Hier voor zie ik uiteenlopende verklaringen : het woord ombudsman is meer en meer ingeburgerd; de wet op de rechten van de patiënt krijgt meer aandacht; soms weten mensen niet naar welke dienst ze zich moeten richten en contacteren de Ombudsdienst die dan als informatiecentrum gezien wordt.

Uiteenlopende verwachtingen

Ik stel ook verschillende verwachtingspatronen vast. Voor sommige patiënten is het voldoende dat ze hun klacht gewoon kunnen formuleren en een luisterend oor krijgen. Anderen verlangen (eisen) dat de Ombudsdienst zelf de oplossing geeft of vragen een oordeel aan de ombudsman. Patiënten of hun familie denken met alle klachten bij de ombudsman terecht te kunnen en zien de ombudsman als klachtenbehandelaar en -afhandelaar. Er is blijkbaar bij patiënten en hun sociale omgeving nog steeds onduidelijkheid over welke rol de Ombudsdienst precies vervult. De meeste patiënten denken niet aan de procedure van bemiddeling bij het woord "Ombudsdienst" terwijl het Franstalige "service de médiation" beter aangeeft wat de patiënt mag verwachten.

Informereren

De eerste taak van de ombudspersoon is de communicatie bevorderen tussen patiënt en zorgverlener. Ik informeer zowel de patiënt als de beroepsbeoefenaar over de rechten en plichten van de patiënt en over het recht, voorzien in de wet, om klacht in te dienen bij de Ombudsdienst. Hierbij verduidelijk ik wat patiënt en zorgverlener van "bemiddeling" mogen verwachten als mogelijkheid om het conflict/de communicatiestoornissen weg te werken.

Juridisch kader

De wet op de rechten van de patiënt definieert de rechten (en plichten) van de patiënt. Het is m.a.w. een juridisch instrument. Heel wat klachten van patiënten of hun familieleden vallen niet onder deze juridische classificatie. De klager maakt geen juridische afweging en komt gewoon met zijn klacht naar de Ombudsdienst.

Aangezien de ombudsman verplicht is om te registreren, maakt hij de juridische classificatie en niet de patiënt! Ik stel vast dat het aantal klachten dat niet onder de juridische definitie valt, veel groter is dan de klachten die wel met de wet van 2002 te maken hebben.

Concreet in UZ Brussel

Als ombudsvrouw en erkend bemiddelaar probeer ik iedere klager die mij contacteert te woord te staan en wegwijs te maken in het ziekenhuis, hetzij door zelf zijn zaak in handen te nemen, hetzij door naar de bevoegde dienst door te verwijzen.

Sommige patiënten verwachten dat de Ombudsdienst de zaak voor hen verder behandelt en zijn niet bereid om met de zorgverlener in gesprek te gaan. Hier doe ik, met akkoord van de partijen, aan pendelbemiddeling.

Gezien de relatie tussen een patiënt en een zorgverlener gekenmerkt wordt door een heel specifieke vertrouwensband leent rechtstreekse bemiddeling zich uitstekend om deze vertrouwensband te (proberen) herstellen. Ik probeer deze vorm van conflictoplossing te promoten. Bemiddeling vraagt de actieve medewerking van zowel patiënt als beroepsbeoefenaar, idealiter in elkaars fysieke aanwezigheid en bijgevolg mondeling.

Essentiele principes

Verder informeer ik zowel de patiënt als de beroepsbeoefenaar over de basisprincipes van bemiddeling: de vrijwilligheid, vertrouwelijkheid. Het zijn steeds de betrokkenen die samen zelf de oplossing moeten vinden.

Elke partij kan echter op elk moment beslissen om de bemiddeling te stoppen en een andere weg kiezen.

Als bemiddelaar spreek ik me niet uit over de gegrondheid van de klacht aangezien ik werk voor zowel "het ziekenhuis" als de patiënt. Zo realiseer ik mijn neutraliteit, onpartijdigheid en mijn onafhankelijkheid.

Het enige wat ik beoog, in het belang van de betrokkenen en met hun medewerking, is het herstellen van hun communicatie. Op deze manier kan hun vertrouwensband hersteld en opnieuw kwaliteitsvol worden.

Aanbevelingen

Als ik vaststel dat klachten zich vaak herhalen, doe ik aanbevelingen om deze klachten in de toekomst te voorkomen ... Ik doe deze onmiddellijk (niet n.a.v. mijn jaarverslag) en geef ze door aan de (naar mijn oordeel) bij de klacht betrokken personen.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Universitair Ziekenhuis Antwerpen
Adres	Wilrijkstraat 10 – 2650 Edegem
Gewest	Vlaams gewest
Erkenningsnummer	300
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Universitair Ziekenhuis
Aantal bedden	573
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Miranda Van Looveren
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Vanaf 13/11/2017 Miranda Van Looveren Tot 12/11/2017 Aryane Cools
Bestaffing	100 %

Lokalisatie dienst	Achteraan in de inkomhal
Registratiesysteem	Registratie via software Adheco nl. 'Patientsafety' module klachtenregistratie
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement is te raadplegen in Docbase nr. 00056965, actualisatiedatum 17/01/2018
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basisopleiding 'bemiddelaar' in samenwerking met MEDIV (Mediation Instituut Vlaanderen)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Studiedag over 'de wet medische ongevallen benaderd vanuit diverse invalshoeken' gegeven door CONFOCUS op 28/03/2017
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Klachtenbemiddeling vanuit het mandaat KB 8/7/2003 - Bezorgen van afschriften patiëntendossiers - Begeleiden terugbetalingen parking indien foute betaling - Verwerken evaluatiedocumenten 'uw mening maakt ons beter'
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	<ul style="list-style-type: none"> - De klacht wordt in ontvangst genomen, klager krijgt hiervan een bevestiging indien dit schriftelijk gebeurt. - De klacht wordt geregistreerd. - De klacht wordt onderzocht, de ombudspersoon contacteert de betrokken partijen. - Er wordt gezocht via bemiddeling naar een voor alle partijen aanvaardbare oplossing of resultaat. - Het resultaat wordt in het klachtendossier geregistreerd.

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
Klachten worden doorgegeven aan de ombudsdienst zodat vanuit een neutraal standpunt deze klacht kan verwerkt worden.	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<p>Indien de klacht ontvankelijk wordt bevonden, onderzoekt de ombudspersoon de klacht. Indien zij het nodig acht, nodigt zij de klager uit voor een persoonlijk onderhoud om zijn verhaal te vertellen of toe te lichten.</p> <p>Indien de klager feiten signaleert louter met het oog op een verbetering naar de toekomst, wordt de klacht louter ter informatie overgemaakt aan de bevoegde verantwoordelijken.</p> <p>De ombudspersoon onderzoekt de feiten die door de klager worden aangeklaagd en gaat na welke personen en/of diensten betrokken moeten worden in het klachtendossier. In ernstige gevallen informeert de ombudspersoon onmiddellijk de juridische dienst, de gedelegeerd bestuurder en de hoofdarts en bij hun afwezigheid een directielid. Alle klachten waarbij de aansprakelijkheid van het ziekenhuis of een personeelslid in het gedrang kan komen, worden als ernstig beschouwd.</p>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
Om te komen tot een oplossing of resultaat is het belangrijk dat alle betrokken partijen bereid zijn hieraan mee te werken, het is voor de ombudspersoon niet altijd evident om alle betrokkenen op korte termijn te kunnen betrekken.	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	416
Aantal infodossiers	119
Aantal pro actieve dossiers	14
Aantal opvragingen patiëntendossier	1017
Aantal 'andere'	203

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

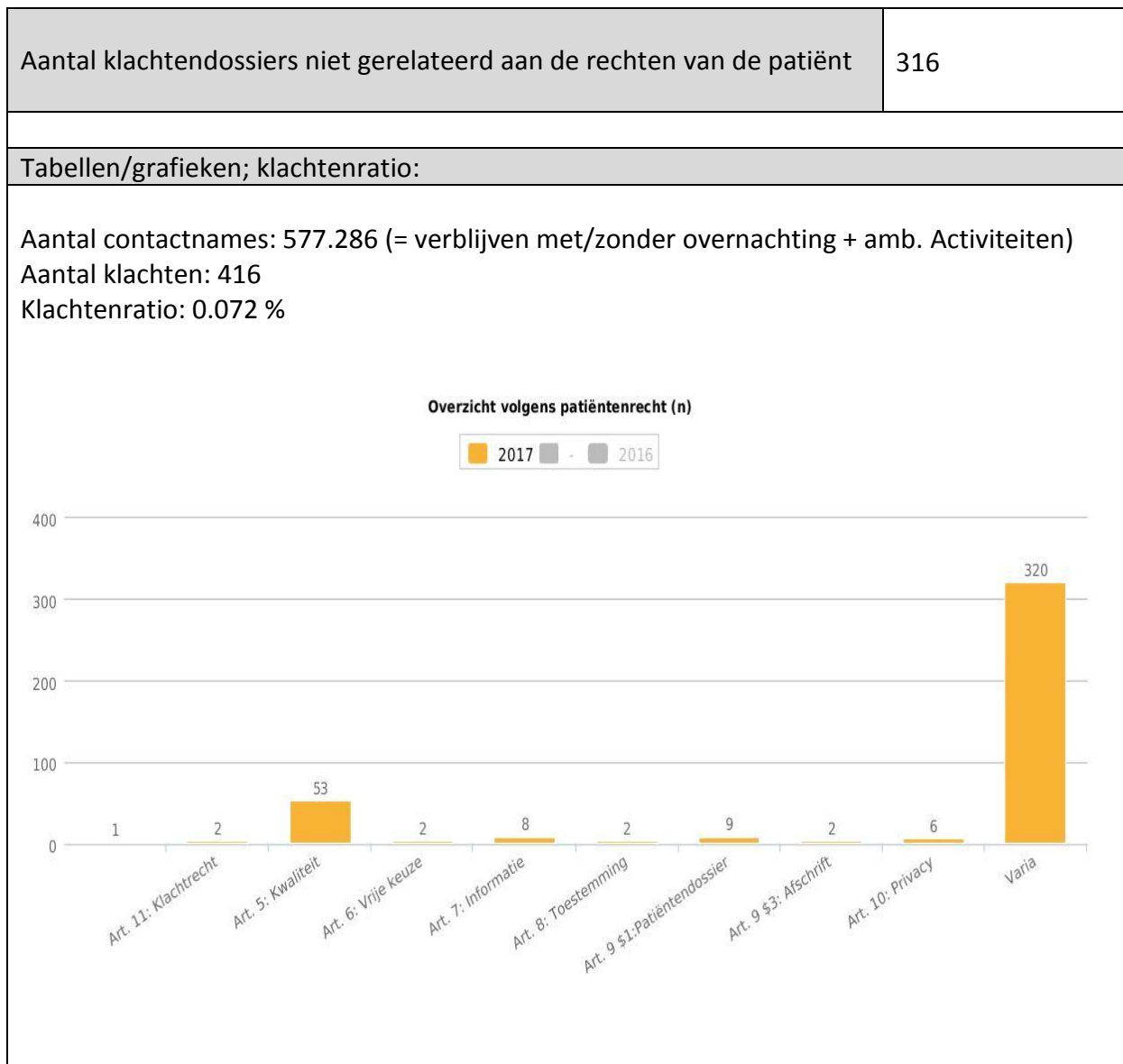
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	53
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	8
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	2
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	9
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	2
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	6
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	2
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	3

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*



Bijkomende informatie/opmerkingen:

Doorlooptijd:

- 60 dossier: <= 1 dag
- 97 dossiers: 2-10 dagen
- 83 dossier: 11-20 dagen
- 73 dossiers: 21-30 dagen
- 48 dossiers: 31-60 dagen
- 20 dossiers: 61-90 dagen
- 15 dossiers: > 90 dagen

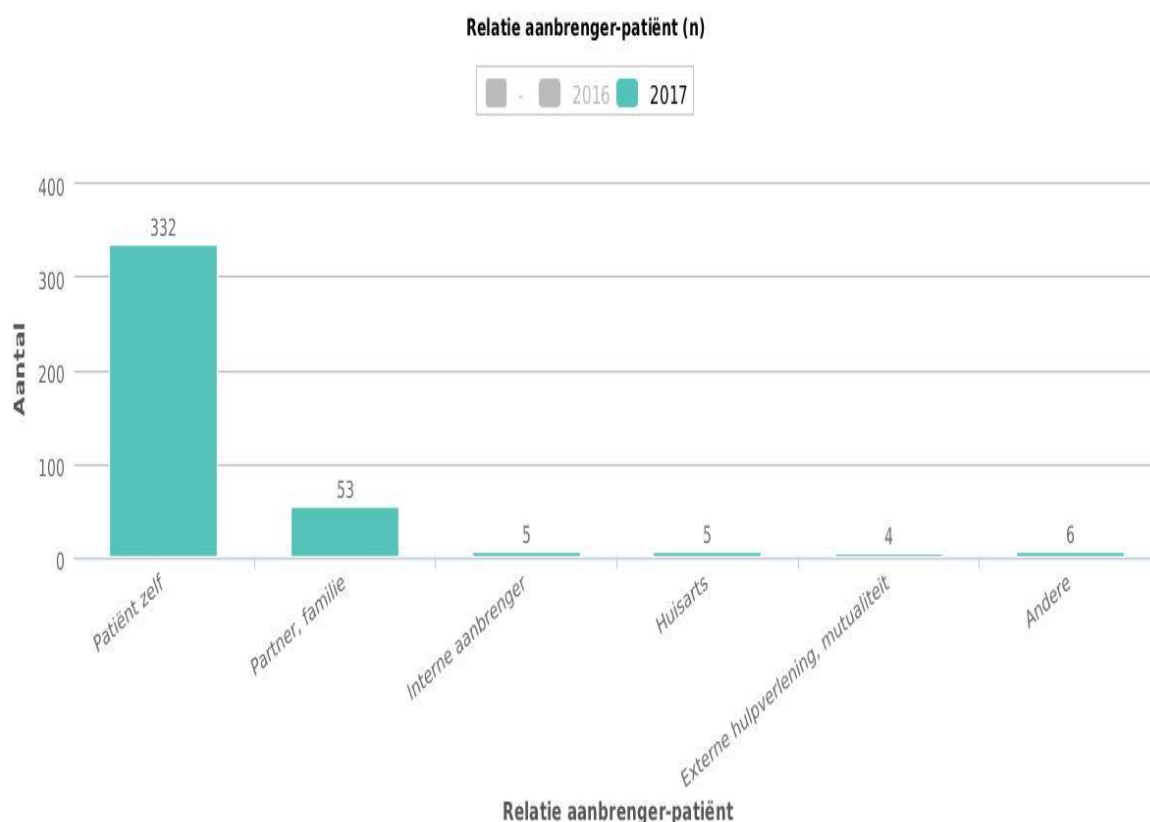
Meest voorkomende aspecten:

- Medische aspecten
- Organisatorische aspecten
- Financiële aspecten

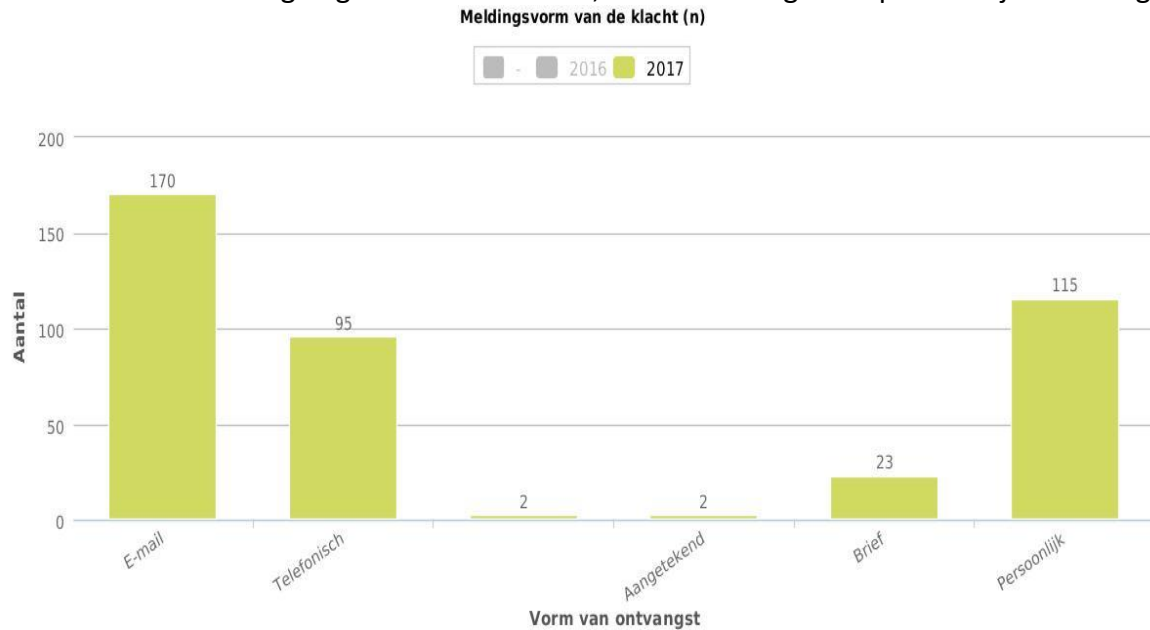
Verwachtingen van de klager top 3:

- Informatie
- Luisterend oor/opvang
- Correctie factuur

Het zijn voornamelijk de patiënten zelf die een klacht aanbrengen. In tweede instantie is het de partner of een familielid van de patiënt die de ombudsdienst contacteerd.



De meeste aanmeldingen gebeuren via E-mail, daarnaast volgen de persoonlijke meldingen.



Aanbevelingen

- ✓ Patiënten beter informeren over de parking spoedgevallen, deze is gratis voor patiënten die de spoeddienst hebben geconsulteerd maar dit loopt vaak mis.
- ✓ Personeel van UZA opleiden over 'omgaan met klachten'. Welke informatie moeten zij patiënt geven bij een melding van een klacht? Heel vaak zijn verpleegkundigen of onthaalmedewerkers het eerste aanspreekpunt en als ombudspersoon vind ik het belangrijk dat patiënten de juiste informatie/richtlijnen krijgen bij het melden van een klacht.

UPC KU Leuven - Campus Kortenberg

Werkjaar 2017

VERTROUWELIJK
Jaarverslag interne ombudsfunctie
UC KULeuven – Campus Kortenberg
01.01.2017 - 31.12.2017

JAARVERSLAG INTERNE OMBUDSFUNCTIE

**UPC KU Leuven - Campus Kortenberg
Periode van 1 januari 2017 tot 31 december 2017**

**Nadine Pauwels
Interne ombudspersoon**

INHOUD

I. INLEIDING

II. ORGANISATIE VAN DE OMBUDSFUNCTIE IN UPC KU LEUVEN - CAMPUS KORTENBERG

III. AANMELDINGEN WERKJAAR 2017

IV. BEVINDINGEN EN AANBEVELINGEN

BIJLAGEN

Bijlage 1. Tabellen aanmeldingen 2017

Bijlage 2. Praktische informatie interne ombudsfunctie

Hoofdstuk I. Inleiding

Sinds september 2004 werd ik gevraagd de ombudsfunctie in te vullen op campus Kortenberg.

De organisatie van deze ombudsfunctie binnen ons centrum wordt beschreven in hoofdstuk 2.

In hoofdstuk 3 geef ik een samenvattend overzicht van alle aanvragen ontvangen in het werkjaar 2017. De registratie van deze gegevens gebeurde zoals steeds via het registratiesysteem Go-Between, een systeem dat ook door de externe ombudspersoon van de campus wordt gehanteerd.

De bevindingen en aanbevelingen gebaseerd op deze registratie worden in hoofdstuk 4 besproken.

Verder bevat dit document een aantal bijlagen met cijfermateriaal en concrete gegevens :

- bijlage 1 : Tabellen van de registratie werkjaar 2017
- bijlage 2 : Praktische informatie interne ombudsfunctie

Hoofdstuk II. Organisatie van de ombudsfunctie in UPC KU Leuven – Campus Kortenberg.

Ons centrum opteert voor het aanwezig zijn van twee ombudspersonen: mevrouw Kris Bruyninckx aangesteld vanuit Vlabo (externe ombuds genoemd) en mezelf, interne ombuds, reeds meer dan dertig jaar verbonden aan dit centrum als klinisch psycholoog.

We onderschrijven dezelfde visie en gedragscode en bestaan gelijkwaardig naast mekaar. Er is ook een huishoudelijk reglement wat beiden onderschrijven. De patiënt mag ten allen tijde zelf kiezen op wie hij / zij beroep doet, en dient over zijn/haar keuze geen verantwoording af te leggen. Om de taak van ombuds goed te kunnen uitvoeren blijf ik het van essentieel belang vinden dat de patiënt zich op zijn gemak voelt bij de ombuds en vertrouwen heeft in deze persoon.

Vrije keuze van ombuds kan hiertoe bijdragen, al spelen heel wat andere redenen mee bij patiënten waarom ze bij een bepaalde ombudsfiguur aankloppen. Vaak blijken patiënten zich te richten tot die persoon die het snelst en gemakkelijkst te bereiken is. Soms vinden mensen mijn jarenlange ervaring binnen het centrum een bijkomende reden om mij te contacteren. Anderen zijn van mening dat hun klacht beter door iemand 'extern' wordt behandeld.

Het blijft belangrijk om van bij aanvang uitleg te geven over de werking van de ombudsfunctie en over onze positie binnen het centrum. Patiënten appreciëren dit ten zeerste en het voorkomt vaak foute verwachtingen/veronderstellingen.

Beide ombudsen hanteren wel één richtlijn: we vragen de aanmelder per klacht te kiezen voor één ombudspersoon, dit om het bemiddelingsproces optimaal, duidelijk en overzichtelijk te laten verlopen. De patiënt heeft wel op elk moment het recht om over te stappen naar de andere ombuds, dit op simpele vraag van de cliënt.

Wanneer dit gebeurt, wordt er wel gepeild naar de reden van de transfervraag, en wordt er ook toestemming gevraagd aan de cliënt om het reeds opgestarte dossier over te maken aan de andere ombuds.

De ombuds zelf kan ook beslissen om het dossier door te spelen aan de andere ombuds. De reden van transfer wordt dan met de patiënt besproken.

De patiënten kunnen mij wekelijks opzoeken op mijn spreekuren (dinsdag en donderdag van 13.00 – 14.00u) in het ombudslokaal, gelegen naast de hoofdingang. Zij dienen hiervoor geen afspraak te maken. Dit is vaak de snelste en gemakkelijkste weg om mij te bereiken en te consulteren.

Daarnaast zijn er meerdere brievenbussen voorzien in het centrum, één voor elke ombuds. Deze bevinden zich aan de twee ingangen van het centrum, op de twee deelafdelingen van de gesloten afdeling, en op twee jongerenafdelingen (Beaufort en De Kade).

Aangezien ik als interne ombudspersoon drie werkdagen per week aanwezig ben, en telefonisch rechtstreeks kan worden bereikt, is een telefonisch contact efficiënter en sneller dan het gebruik van de brievenbussen.

Wanneer ik afwezig ben, zorg ik ervoor dat alle afdelingen, de receptie en het medisch secretariaat hiervan op voorhand op de hoogte zijn, en worden de patiënten langs die weg hierover geïnformeerd.

Wanneer er in de periode van afwezigheid een mail toekomt, krijgt de afzender per mail een bericht waarin vermeld staat vanaf wanneer de ombuds terug aanwezig is, en dat pas dan de mails gelezen en beantwoord kunnen worden.

Bij telefonisch contact gedurende een afwezigheid kan de beller reeds een boodschap achterlaten op het antwoordapparaat.

Er is geen interne vervanging voorzien tijdens mijn afwezigheden.

De afwezigheden van de interne en externe ombuds vallen zelden langer dan een week samen.

Er is wekelijks een intercollegiaal overleg tussen beide ombudsen. Dit overleg heeft meerdere functies: intervisie, opsporen van klachten die een structureel probleem aangeven, briefing van wat er is aan studiedagen en opleidingen.

Beide ombudsen zijn lid van de vereniging VVOVAZ (Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen).

Deelnemen aan de provinciale vergaderingen en intervisiemomenten van de ombudsen is een verrijking voor de uitvoering van de functie en behoort tot mijn takenpakket.

Jaarlijks heb ik een functioneringsgesprek met de hoofdgeneesheer, wat ik ervaar als ondersteunend en constructief.

Hoofdstuk III. Aanmeldingen werkjaar 2017

Bij het interpreteren van de gegevens is het belangrijk zich te realiseren dat het hier gaat over aanmeldingen die de interne ombudspersoon bereiken. Uit hoge of lage scores mag niet afgeleid worden dat het met andere facetten van de praktijk slecht of goed gaat.

Er wordt bewust gekozen voor de term 'aanmeldingen' omdat niet alle aanmeldingen klachten zijn. Soms gaat het over een vraag tot informatie, of wil men met de ombuds overleggen hoe een probleem aan te kaarten bij de hulpverlening.

In 2017 waren er 162 aanmeldingen (2016: 112).

Er waren 4 groepsmeldingen; in 42 dossiers waren familieleden de aanmelder die de ombuds contacteerden.

36 aanmeldingen(22,22%) gebeurden via rechtstreeks contact (bezoek tijdens het spreekuur of ontmoeting op de afdeling), 94 aanmeldingen (58,02%) werden schriftelijk bezorgd en in 32(19,75%) dossiers was het oorspronkelijk contact via telefoon.

In 61 dossiers (37,65%) werd de ombuds gevraagd te interveniëren. Op te merken is de blijvende behoefte aan een luisterend oor (n=74;45,67%). In 10 dossiers (6,17%) werd de ombuds gecontacteerd om informatie te bekomen en in 17 aanmeldingen (10,49%) was er een vraag tot signalering.

Per melding wordt in de registratie aangeduid welke discipline betrokken is bij de melding. Het gaat hier niet steeds over "een klacht tegen" deze discipline.

In 3 meldingen (1,85%) kon geen specifieke discipline worden aangeduid.

Bij de overige meldingen waren volgende disciplines betrokken :

Psychiater (n=70 ; 43,20%) , verpleging (n=46 ; 28,39%) , een psycholoog (n=15; 9,25 %) , het multidisciplinair team (n=8 ; 4,93%) ,de directie (n=4 ; 2,46%), de administratieve dienst (n=3;1,85%) , de technische dienst (n=2 , 1,23%) , de voedingsdienst (n=2 ; 1,23%) , een arts (n=2 ; 1,23%) , de sociale dienst (n=2 ; 1,23%) , de bewindvoerder (n=2 ; 1,23%) , de therapeut (n=1 ; 0,61%) , de ombudspersoon (n=1; 1,23%).

In de registratie zoals wij die hanteren werden 156 van de 162 meldingen geregistreerd onder een specifiek patiëntenrecht, waarvan er 143 betrekking hadden op een kwaliteitsvolle dienstverlening, 2 meldingen handelden over het recht op informatie, 7 meldingen gingen over het recht op inzage patiëntendossier, 3 meldingen hadden betrekking op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en één melding handelde over het recht op klachtenbemiddeling.

Er werden 6 algemene vragen los van patiëntenrechten geregistreerd.

Het patiëntenrecht "kwaliteitsvolle dienstverlening" (143) kunnen we verder specificeren in volgende categorieën: respectvolle bejegening (58), goede behandeling/begeleiding (49), goede hotelservice (14), beschermende maatregelen (9), kwaliteitsvol verblijf / wonen (7), en juiste factuur/correct geldbeheer (6).

Van de afgesloten dossiers (162) waren er 55 waarin 'bemiddelen' de hoofdinterventie was, in 73 casussen werd er vooral geluisterd, in 19 dossiers wou de patiënt vooral iets signaleren, in 7 dossiers werd de patiënt intern doorverwezen en in 8 dossiers werd er vooral informatie gegeven.

Van de 162 dossiers werden er 40 afgesloten op de dag van aanmelding, 77 casussen werden afgesloten binnen de week, 27 binnen de twee weken, 9 binnen de vier weken. Voor 9 dossiers duurde het langer dan vier weken om ze te kunnen afsluiten.

De langste looptijd van een dossier was 6 weken.

IV. BEVINDINGEN EN AANBEVELINGEN

De hier gestelde bevindingen en aanbevelingen zijn gebaseerd op de 162 meldingen van 2017.

We willen uitdrukkelijk vermelden dat het bij het interpreteren van gegevens belangrijk is zich te realiseren dat het hier enkel gaat over de meldingen die de interne ombuds bereiken. Veel hangt af van de mate waarin patiënten hun rechten kennen en vertrouwd zijn met de mogelijkheden van de ombudsfunctie, diens toegankelijkheid, evenals de mate waarin het klimaat binnen de voorziening het bespreken van onvrede toelaat.

Veel problemen worden op de werkvloer zelf opgelost. Het is dan ook belangrijk om patiënten blijvend te steunen in het aangaan van gesprekken met de betrokken behandelaars van wat volgens patiënt misloopt, of wat hem/haar vragen doet stellen.

Als we een vergelijking maken met vorig werkjaar (2016) komen we tot volgende bevindingen.

De schriftelijke contactname met de ombuds is opmerkelijk toegenomen. Dit kan mogelijk worden toegeschreven aan de toegankelijkheid van het ombudsformulier op de website. Het feit dat veel familieleden contact zoeken met de ombuds kan een bijkomende verklaring geven voor dit fenomeen. Mailen kan je elk moment doen, en familieleden zijn vaak overdag niet op de campus.

De ombuds wordt vaak gecontacteerd met het verzoek te interveniëren. Opvallend is het blijvend groot aantal mensen die bij de ombuds een luisterend oor zoeken. Ook de nood om zaken te signaleren die niet goed lopen blijft bestaan.

De meeste meldingen hebben zoals steeds betrekking op de kwaliteitsvolle dienstverlening, waar de klachten over gebrek aan respectvolle bejegening en een goede behandeling primeren. Het te weinig beschikbaar zijn van personeel blijkt voor vele mensen een pijnpunt te zijn in hun behandeling.

Het grootste gedeelte van de klachten wordt binnen de maand afgehandeld. Het aantal klachten met een langere looptijd blijft status quo.

Opvallend is hoe er dit jaar vaak beroep gedaan werd op de ombuds als een neutrale en veilige plek, waar men vrijuit kan spreken, zonder dat dit nefaste gevolgen heeft voor hen als persoon.

De patiënten, die steeds mondiger worden, blijven kennelijk toch op hun hoede om hun mening rechtstreeks naar hun behandelaars te uiten, omdat ze niet willen gezien worden als 'de lastige patiënt', wat volgens hen in hun nadeel zou kunnen spelen bij verdere behandelingsbeslissingen. En lang niet elke patiënt is verbaal sterk.

Ondanks het streven naar een open debatacultuur in de behandeling is er hier nog heel wat werk aan de winkel. Het best bedoelde en georganiseerd overleg wordt niet altijd als dusdanig beleefd door de patiënt, die zich alleen voelt staan tegenover een groep mondige behandelaars.

Patiënten doen ook vaak een beroep op de ombuds vanuit onrealistische verwachtingen naar de rol van ombuds toe. Zo gaan sommigen de ombuds zien als diegene die directief kan ingrijpen in het behandelingsproces, of facturen kan kwijtschelden omwille van ontevredenheid over bepaalde behandelingsaspecten. Vaak voelt de patiënt zich op dat moment erg kwaad, machteloos en /of onbegrepen. Het feit dat de ombuds ook dan tijd heeft /maakt om te luisteren, uitleg geeft over de grenzen van de bevoegdheid van de ombuds en de waaier van mogelijke interventies /ondersteuning bespreekbaar stelt, kan soms toch een realistische verwachting en een bemiddeling op gang brengen.

De ombuds zou in haar opdracht als preventiewerker een bijdrage kunnen leveren in een samenwerking met de verantwoordelijken voor communicatie en kwaliteitszorg.

Op grond van de ontvangen meldingen kunnen een aantal adviezen worden geformuleerd. Deze adviezen lijken misschien evidenties maar de praktijk van goede zorg is zeer complex waardoor evidenties plots niet meer zo evident blijken te zijn. We zetten de bevindingen en adviezen nog even op een rijtje.

1.

Er wordt ongetwijfeld zeer veel geïnvesteerd in het geven van informatie aan de patiënten. Toch hebben zij vaak het gevoel te weinig tot geen informatie of antwoorden te krijgen.

Patiënten rapporteren regelmatig dat ze bij vragen vooral verwezen werden naar regels en afspraken, zonder dat er verder veel bespreekbaar kon worden gesteld. Dit geeft de patiënt vaak het gevoel 'van alles te moeten ondergaan', en niet ernstig te worden genomen als volwassene. Daarenboven vrezen ze soms dat een blind toepassen van regels en procedures soms voorbijgaat aan een persoonlijk verzoek. Een vaag antwoord op een gestelde vraag werkt eerder conflict dan wel duidelijkheid in de hand. Hoe moeilijk soms ook, kan men beter proberen uitleg te geven en duidelijk communiceren waarom de verwachtingen van de patiënt niet altijd kunnen beantwoord worden.

Mogelijks verwachten patiënten meer sturing, input en/of onmiddellijke gratificatie van de professionals dan wat er binnen het gehanteerde kader kan worden gegeven. Het is dan wel belangrijk om duidelijke en eenvoudig uitleg te geven over dit kader, en dit van bij het toekomen op de afdeling. Vlotte en open communicatie vermindert bij de patiënt vaak het gevoel van onmacht.

Herhaald contact en gesprek worden altijd ervaren als steunend, ook al is het contact kort. Een gepland gesprek geeft de patiënt zekerheid van tijd en gesprekskansen.

2.

Patiënten durven vaak hun gevoel van onmacht en/of betutteling niet rechtstreeks verwoorden, vanuit de idee dat dit hen in een slechter daglicht zou zetten bij de professionelen.

Behandelaars moeten zich blijvend realiseren dat, hoe laagdrempelig ze ook menen te zijn, ze toch vaak door de patiënt in een machtspositie gezien worden. Stilstaan bij hoe hieraan verhelpen, samen met de patiënten rond dit thema overleggen, zou zijn nut kunnen hebben in het bevorderen van open communicatie.

3.

Het bespreekbaar blijven maken van medicatie-instellingen, maar ook van de aanpassingen blijft een aandachtspunt voor artsen. Het al dan niet onder dwang toedienen van medicatie is een beslissing die telkens weer met veel zorg dient te worden genomen. Oog blijven houden voor goede somatische zorg, met aandacht voor efficiënte communicatie tussen verschillende instanties, is een bijkomend werkpunt.

4.

Hoewel de behandeling gedragen wordt door een multidisciplinair team, wil de patiënt zich blijvend richten tot de arts, wat niet zo ondenkbaar is aangezien deze de eindverantwoordelijkheid van de behandeling draagt. Het duidelijk aangeven wanneer de arts kan gesproken worden, zou een goede zaak zijn, alsook het duidelijk maken dat er met andere teamleden over heel wat zaken even goed kan overlegd worden.

5.

Interne onenigheid en /of onzekerheid binnen een team en algemene misnoegdheid van het personeel worden snel aanvoeld door patiënten, die zichzelf dan soms onveilig gaan voelen, overgelaten aan willekeur of gesterkt in hun eigen misnoegdheid. Het is belangrijk dat men als behandelaar zich bewust blijft van wat men overdraagt als boodschap naar patiënten toe. Het voorzien van intervisies kan mogelijks ondersteuning bieden.

6.

Een ander spanningsveld is het evenwicht zoeken tussen cliëntvriendelijkheid en het handhaven van het beroepsgeheim. Hieraan zou deels tegemoet kunnen worden gekomen door bij opname/intake de patiënt expliciet te bevragen over wie er wel en niet mag ingelicht worden over de opname, en de patiënt te attenderen op zijn eigen faciliterende rol naar de buitenwereld toe. We merken immers dat familieleden zich vaak in de kou voelen wanneer iemand van hun naasten wordt opgenomen. Zij hebben dit werkjaar opvallend met velen de weg naar de ombuds gevonden, wat op

zich een goede zaak is. Duidelijkheid voor familieleden van bij opname hoe er gewerkt wordt met families, wie zij kunnen contacteren zou veel frustraties bij families kunnen wegnemen, want familieleden zijn meer en meer actief vragende partij om betrokken te worden, niet alleen in de behandeling, maar ook in het afronden ervan.

7.

Het wegvallen van therapie, en dit om verschillende redenen, is een andere bron van ergernis bij patiënten, die bij een opname verwachten een professioneel aanbod/begeleiding te krijgen in een goed gevuld programma.

Teams zijn vaak erg creatief in het aanbieden van alternatieven, maar deze worden niet altijd als even valabel beleefd als het geplande aanbod.

8.

De hoogst scorende topic binnen 'goede behandeling' betreft 'voldoende beschikbaarheid'. Vele patiënten zoeken de ombuds op vanuit de behoefte aan een luisterend oor. Hiermee wil ik geenszins concluderen dat er op de afdeling niet naar de patiënten wordt geluisterd.

Het verhaal van de patiënt beluisteren vraagt tijd, beschikbaarheid en luisterbereidheid maar brengt de patiënt wel vaak het gevoel van rust en voldoening, van ernstig genomen te worden, zelfs al wordt er geen concrete oplossing geboden op de gestelde vraag.

De voorspelbaarheid van bereikbaarheid van de ombuds kan hierin ook een rol spelen. Het spreekuur voor de patiënt is een duidelijk vastliggend moment waarvan hij/zij weet dat er naar hen/haar in de eerste plaats wordt geluisterd en er geen afspraak nodig is. Een dergelijk spreekuur inrichten op de afdeling door een teamlid zou misschien tegemoet kunnen komen aan de noden van de patiënt, al zal deze soms blijvend nood hebben aan het vertellen van zijn verhaal aan iemand los van de afdeling, die alleen handelt met de informatie als de patiënt duidelijk aangeeft dit te wensen.

9.

Een goede hotelservice kan de opname wat aangenamer maken. Vooral de nood aan een betere infrastructuur kwam hierbij naar voor. Zowel familieleden als patiënten zelf uitten de wens vrij te kunnen beschikken over aangename ruimtes, waar men kan zijn, alleen of met bezoek, los van de afdeling. Het voorzien van een service waarbij personeel eten en drank aanbiedt, is hierbij voor hen geen prioriteit of noodzaak. Het toegankelijk zijn van dergelijke ruimtes overdag zou de mensen die op consultatie komen, alleen of met familie, ook ten goede komen.

10.

Ook dit jaar merken we een gunstige evolutie in de samenwerking tussen de interne ombuds en de behandelteams. De behandelaars blijven actief doorverwijzen naar de ombuds, waarvoor dank.

Ook een woord van dank aan mijn collega ombuds, mevrouw Bruyninckx. Onze samenwerking, het kunnen steunen op mekaars expertises en het systematisch constructief overleg zijn voor mij een belangrijke meerwaarde in de uitoefening van mijn job als ombuds.

Bijlage 1. Tabellen van de registratie werkjaar 2016.

AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 02/01/2017, de laatste op 20/11/2017.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 162, het totaal aantal **in 2017 afgesloten aanmeldingen** 162.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2014 tot en met 2017.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2014	2015	2016	2017
aanmeldingen	131	142	112	162

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2017** met deze van **2016**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
aanmeldingen	112		162	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	70	92,10	40	57,14
<i>binnen de week</i>	6	7,89	24	34,28
<i>binnen de twee weken</i>	-	-	4	5,71
<i>binnen de 4 weken</i>	-	-	-	-
<i>later dan vier weken</i>	-	-	2	2,85
totaal	76	100	70	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	33	30,27	92	56,79
<i>1 contact</i>	56	51,37	60	37,03
<i>2 contacten</i>	15	13,76	8	4,93
<i>3 contacten</i>	3	2,75	2	1,23
<i>meer dan 3 contacten</i>	2	1,83	-	-
totaal	109	100	162	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	5		3	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	3		0	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	109		162	

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
individuele patiënt	91	83,48	116	71,60
groep patiënten	10	9,17	4	2,46
andere	8	7,33	42	25,92
totaal	109	100	162	100

¹ verwijzingen naar andere ombudspersonen worden voor de verdere gegevens niet meegeteld

Geslacht indien individueel

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
man	42	46,15	44	37,93
vrouw	46	50,54	66	56,89
onbekend	3	3,29	6	5,17
totaal	91	100	116	100

Aantal leden groep

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
2 personen	9	90,00	-	-
3 personen	-	-	-	-
4 personen	-	-	4	100,00
meer dan 4 personen	1	10,00	-	-
totaal	10	100	4	100
grootste groep	25		4	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
familieid/partner	8	100,00	42	100,00
kennis	-	-	-	-
personeelslid	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	8	100	42	100

Hoedanigheid indien andere

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	2	25,00	-	-
als vertrouwenspersoon	-	-	2	4,76
ten persoonlijke titel	6	75,00	40	95,23
totaal	8	100	42	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	4	50,00	19	45,23
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	-	-	-	-
terugkoppeling was niet mogelijk	3	37,50	15	35,71
terugkoppeling was niet nodig	1	12,50	8	19,04
totaal	8	100	42	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
ja	66	60,55	114	70,37
neen	43	39,44	48	29,62
totaal	109	100	162	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	31	72,09	40	83,33
dit jaar binnen een andere voorziening	-	-	-	-
vorige jaren binnen deze voorziening	12	27,90	8	16,66
vorige jaren in andere voorziening	-	-	-	-
totaal	43	100	48	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
direct contact	68	62,38	36	22,22
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	24	22,01	94	58,02
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	17	15,59	32	19,75
totaal	109	100	162	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	6	5,50	10	6,17
vraag tot interventie	44	40,36	61	37,65
vraag tot signalering	12	11,00	17	10,49
vraag naar een luisterend oor	47	43,11	74	45,67
totaal	109	100	162	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	3	6,81	8	13,11
vraag om een ander soort akkoord	41	93,18	53	86,88
totaal	44	100	61	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
ja	8	7,33	5	3,08
neen	41	37,61	22	13,58
werd niet bevraagd	60	55,04	135	83,33
totaal	109	100	162	100

Welke stappen?

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
informeel	8	100,00	4	80,00
formele interne klachtenprocedure	-	-	-	-
interne ombudsfunctie	-	-	-	-
externe ombudsfunctie	-	-	1	20,00
extern	-	-	-	-
totaal	8	100	5	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	-	-	-	-
durfde niet	2	4,87	-	-
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	-	-	-	-
principeel/keuze voor interne ombudspersoon	39	95,12	22	100,00
totaal	41	100	22	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	2	1,83	-	-
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	95	87,15	77	47,53
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	12	11,00	79	48,76
niet van toepassing	-	-	3	1,85
andere	-	-	3	1,85
totaal	109	100	162	100

C. Inhoud van de aanmelding

Aanmeldingen weerhouden voor Federale Commissie Rechten van de patiënt

Vanaf 2007 voorzag de **Federale Commissie Rechten van de patiënt** in een eigen model voor registratie, zowel voor een aantal minimale gegevens als voor een aantal inhoudelijke bemerkingen op de ombudspraktijk. Deze gegevens moesten door de ombudspersoon rechtstreeks overgemaakt worden aan de Federale Commissie.

Om de continuïteit en de volledigheid te verzekeren, worden verder in dit verslag ook de aanmeldingen weergegeven in het vertrouwde model, gebaseerd op de eigen registratie in Go-between.

Er kunnen aanzienlijke verschillen zijn tussen beide registraties. Voor de Federale Commissie Rechten van de patiënt werden enkel deze aanmeldingen weerhouden die rechtstreeks betrekking hebben op erkende beroepsbeoefenaars en de rechten van de patiënt, zoals vermeld in de wet van 22 augustus 2002. Aanmeldingen over een aantal persoonsgebonden materies (*bv. voeding, infrastructuur*) en louter informatieve vragen worden niet meegeteld. De eigen registratie in Go-between geeft een overzicht van alle aanmeldingen die de ombudspersoon bereiken.

Registratie Federale Commissie Rechten van de patiënt

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
aanmeldingen die niet weerhouden worden	26	23,85	26	16,04
aanmeldingen die weerhouden worden	83	76,14	136	83,95
totaal	109	100	162	100

Overzicht weerhouden aanmeldingen Federale Commissie Rechten van de patiënt

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	70	84,33	124	91,17
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	6	7,22	2	1,47
4. geïnformeerde toestemming	1	1,20	-	-
5. a) zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier	-	-	1	0,73
5. b) inzage patiëntendossier	-	-	-	-
5. c) afschrift patiëntendossier	-	-	6	4,41
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	7,22	3	2,20
7. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	83	100	136	100

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOE)

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen. Elke aanmelding heeft ofwel betrekking op één **patiëntenrecht**, ofwel betreft het één **algemene vraag los van de patiëntenrechten**. Er wordt per aanmelding slechts één aanmeldingscode geregistreerd, ook al zijn er in het verhaal van de aanmelder vaak meerdere patiëntenrechten in het spel of bevat het meerdere algemene informatievragen.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOE)

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	108	99,08	156	96,29
algemene vraag los van patiëntenrecht	1	0,91	6	3,70
totaal	109	100	162	100

Hieronder worden de soorten **algemene vragen** los van de patiëntenrechten weergegeven. Per aanmelding wordt slechts één categorie geregistreerd. Verstreekt de ombudspersoon informatie over meerdere categorieën, dan wordt de vraag van de aanmelder uitgesplitst in meerdere aanmeldingen.

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
familiaal	-	-	-	-
juridisch	-	-	-	-
financieel	-	-	2	33,33
tewerkstelling	-	-	-	-
huisvesting	-	-	-	-
levensverhaal	-	-	-	-
patiëntenrechten	-	-	2	33,33
andere	1	100,00	2	33,33
totaal	1	100	6	100

Ook al heeft een aanmelding soms betrekking op meerdere **disciplines**, toch wordt er slechts één (*de belangrijkste, vooral vanuit het perspectief van de patiënt*) geregistreerd.

Betrokken discipline

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
geen	1	0,91	3	1,85
psychiater	38	34,86	70	43,20
huisarts	-	-	2	1,23
andere arts	3	2,75	-	-
apotheker	-	-	-	-
verpleging	37	33,94	46	28,39
persoonlijke begeleider	-	-	-	-
sociale dienst	2	1,83	2	1,23
psycholoog	3	2,75	15	9,25
therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	2	1,83	1	0,61
diëtist	-	-	-	-
multidisciplinair team	8	7,33	8	4,93
administratieve dienst	1	0,91	3	1,85
technische dienst	9	8,25	2	1,23
voedingsdienst	4	3,66	2	1,23
poetsdienst	-	-	-	-
directie	-	-	4	2,46
bewindvoerder	-	-	2	1,23
ombudspersoon	-	-	1	0,61
andere	1	0,91	1	0,61
totaal	109	100	162	100

In volgende tabellen worden de aanmeldingen weergegeven die betrekking hebben op een **patiëntenrecht**. Enkel het patiëntenrecht waarrond de ombudspersoon één of andere actie onderneemt, wordt geregistreerd. Onderneemt de ombudspersoon actie rond meerdere patiëntenrechten, dan wordt het verhaal van de aanmelder uitgesplitst in meerdere aanmeldingen.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	94	87,03	143	91,66
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	-	-	-	-
3. informatie	6	5,55	2	1,28
4. geïnformeerde toestemming	1	0,92	-	-
5. inzage patiëntendossier	-	-	7	4,48
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	6	5,55	3	1,92
7. klachtenbemiddeling	1	0,92	1	0,64
8. wettelijke vertegenwoordiger	-	-	-	-
9. vertrouwenspersoon	-	-	-	-
10. pijnbestrijding	-	-	-	-
totaal	108	100	156	100

Het recht op **kwaliteitsvolle dienstverlening** wordt in de volgende tabellen opgesplitst in subcategorieën. Elke subcategorie wordt verder gepreciseerd.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	30	31,91	58	40,55
1.2. goede behandeling/begeleiding	33	35,10	49	34,26
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	5	5,31	7	4,89
1.4. goede hotelservice	16	17,02	14	9,79
1.5. betalende diensten	-	-	-	-
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	5	5,31	6	4,19
1.7. beschermende maatregelen	5	5,31	9	6,29
totaal	94	100	143	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	7	23,33	14	24,13
correcte omgangsvormen	23	76,66	44	75,86
grensoverschrijdend gedrag	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	30	100	58	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
diagnose	-	-	3	6,12
somatische verzorging	4	12,12	4	8,16
medicatie	5	15,15	9	18,36
individuele therapie	2	6,06	3	6,12
groepstherapie	1	3,03	-	-
voldoende beschikbaarheid	11	33,33	17	34,69
betrokkenheid familie	-	-	7	14,28
start opname/behandeling/begeleiding	1	3,03	-	-
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	4	12,12	2	4,08
overplaatsing naar andere afdeling	1	3,03	1	2,04
overplaatsing naar een andere voorziening	1	3,03	2	4,08
andere	3	9,09	1	2,04
totaal	33	100	49	100

Start opname/behandeling/begeleiding

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	-	-
geweigerd	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
verplicht	2	50,00	1	50,00
geweigerd	1	25,00	-	-
andere	1	25,00	1	50,00
totaal	4	100	2	100

Overplaatsing naar andere afdeling

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
verplicht	-	-	1	100,00
geweigerd	1	100,00	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

Overplaatsing naar andere voorziening

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
verplicht	1	100,00	1	50,00
geweigerd	-	-	-	-
andere	-	-	1	50,00
totaal	1	100	2	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
regels	2	40,00	6	85,71
groepsleven	-	-	-	-
ontspanning/vrije tijd	2	40,00	-	-
weekend- en verlofregeling	1	20,00	1	14,28
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	7	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
voeding	4	25,00	1	7,14
infrastructuur/accommodatie	10	62,50	8	57,14
hygiëne	-	-	1	7,14
veiligheid persoon	-	-	1	7,14
veiligheid goederen	2	12,50	3	21,42
andere	-	-	-	-
totaal	16	100	14	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
cafeteria	-	-	-	-
winkel	-	-	-	-
wasserij	-	-	-	-
publifoon	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
factuur	4	80,00	3	50,00
opbouw inkomen	-	-	-	-
zakgeld	-	-	1	16,66
bestedingsautonomie	-	-	-	-
bewindvoering	1	20,00	2	33,33
verzekeringen	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	6	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
straf	-	-	1	11,11
beperkte bewegingsvrijheid	5	100,00	5	55,55
afzondering	-	-	-	-
fixatie	-	-	-	-
gedwongen opname	-	-	3	33,33
internering	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	5	100	9	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
psychiater	-	-	-	-
psycholoog	-	-	-	-
persoonlijk begeleider	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

3. Recht op informatie

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
diagnose	2	33,33	1	50,00
duur	3	50,00	-	-
kosten	-	-	-	-
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	-	-	1	50,00
alternatieven	-	-	-	-
andere	1	16,66	-	-
totaal	6	100	2	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2016		2017		
	n	%	n	%	
medicatie	informatie	-	-	-	
	toestemming	-	-	-	
behandeling/begeleiding	informatie	1	100,00	-	-
	toestemming	-	-	-	-
andere	informatie	-	-	-	-
	toestemming	-	-	-	-
totaal	1	100	-	-	

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	-	-	1	14,28
inzage/afschrift dossier	-	-	6	85,71
totaal	-	-	7	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
medisch luik	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
verpleegkundig dossier	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
volledig dossier	inzage	-	-	-
	afschrift	-	6	100,00
andere	inzage	-	-	-
	afschrift	-	-	-
totaal	-	-	6	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	5	83,33	3	100,00
persoonlijke overtuiging	-	-	-	-
briefgeheim	-	-	-	-
territoriale privacy	1	16,66	-	-
mondelijke indiscretie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	6	100	3	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
geweigerd	-	-	-	-
bemoeilijkt	1	100,00	-	-
gesanctioneerd	-	-	-	-
informatie	-	-	1	100,00
andere	-	-	-	-
totaal	1	100	1	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
chronische pijn	-	-	-	-
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten meldingen** (162).

De **interventie** van de ombudspersoon is bij heel wat meldingen verschillend en vaak ook meervoudig. Goed luisteren vormt de basis van het ombudswerk. Soms verlangt de patiënt niets meer. Soms volstaat informeren of het doorverwijzen naar een hulpverlener of een dienst. Soms verkiest de patiënt zelf de nodige stappen te ondernemen en is de rol van de ombudspersoon beperkt tot coachen. Uiteindelijk is het de patiënt die beslist of de ombudspersoon ook effectief gaat bemiddelen, al of niet samen met hem/haar. Soms wil de patiënt vooral een signaal geven of vindt de ombudspersoon het belangrijk dat dit signaal - mits akkoord van de patiënt - gegeven wordt, meestal aan de direct betrokkene, soms aan de directie.

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

We registreren slechts de belangrijkste interventie en dus niet al diegene die er eventueel aan vooraf gaan.

Hoofdinterventie

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
luisteren	34	31,19	73	45,06
doorverwijzen intern	-	-	7	4,32
doorverwijzen extern	-	-	-	-
informeren	5	4,58	8	4,93
signaleren	13	11,92	19	11,72
coachen	9	8,25	-	-
bemiddelen	48	44,03	55	33,95
totaal	109	100	162	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	1	2,08	-	-
ombudspersoon zonder patiënt	47	97,91	55	100,00
totaal	48	100	55	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	37	33,94	40	24,69
<i>binnen de week</i>	38	34,86	77	47,53
<i>binnen de twee weken</i>	18	16,51	28	16,66
<i>binnen de vier weken</i>	7	6,42	9	5,55
<i>later dan vier weken</i>	9	8,25	8	5,55
totaal	109	100	162	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	10		6	

Wanneer een aanmelding definitief is afgehandeld, is niet steeds duidelijk te bepalen, zeker in deze gevallen waar er geen feedback is. De ombudspersoon ontvangt soms nog bijkomende informatie nadat hij een aanmelding had afgesloten. Het afsluiten gebeurt soms na het wekelijks bezoek aan het ziekenhuis, soms bij het registreren. De cijfers in de vorige tabel geven dan ook slechts een globaal beeld van de **tijd** die de afhandeling van aanmeldingen kan in beslag nemen.

De volgende tabellen geven een idee van hoe de **tevredenheid** van de patiënt met de afhandeling van de aanmelding wordt ingeschat. Wij maken een onderscheid tussen tevredenheid met het **resultaat** en tevredenheid met het **proces**.

Ontvangt de ombudspersoon de inschatting expliciet van de patiënt zelf, dan wordt de tevredenheid geregistreerd in de rijen "patiënt". Anders wordt enkel geregistreerd in de rijen (*inschatting door de*) "ombudspersoon".

Voorlopig beschikken we echter niet over een betrouwbaar instrument om deze tevredenheid rechtstreeks bij de betrokkene te bevragen.

Het is belangrijk om in de toekomst een praktisch instrument te ontwikkelen voor een regelmatige evaluatie van de ombudsfunctie door zowel personeel en ziekenhuis als door de patiënten zelf.

Evaluatie resultaat

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	48	44,03	53	32,71
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	2	1,83	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	2	1,23
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	-	-
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	1	0,61
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	59	54,12	106	65,43
totaal	109	100	162	100

Evaluatie proces

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	50	45,87	56	34,56
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	-	-	1	0,61
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	-	-	-	-
ontevredenheid patiënt	-	-	-	-
geen feedback	59	54,12	105	64,81
totaal	109	100	162	100

Tot slot geven we de eventueel door de ombudspersoon voorgestelde **verdere stappen** weer, indien de interventie van de ombudspersoon geen oplossing bracht. Het gaat hier enkel over de louter informatieve opdracht van de ombudspersoon. Eenmaal de nodige informatie gegeven, houdt de opdracht van de ombudspersoon op.

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	-	-	-	-
orde geneesheren	-	-	-	-
advocaat	-	-	-	-
inspectie	-	-	-	-
vrederechter	-	-	-	-
andere rechtbank	-	-	-	-
ziekenfonds	-	-	-	-
andere	-	-	-	-
totaal	-	-	-	-

Bijlage 2. Praktische informatie interne ombudsfunctie

Naast de interne ombuds is er ook een externe ombuds verbonden aan de campus. De interne ombuds is psycholoog en werkt alleen in campus Kortenberg, de externe is aan verschillende instellingen verbonden.

Bij elk contact met een nieuwe melder wordt dit duidelijk benoemd, en krijgt de cliënt de vrije keuze zijn verhaal te doen of zich te bedenken en te opteren voor de externe ombudspersoon.

De interne ombuds is drie werkdagen per week aanwezig in het ziekenhuis. Op deze dagen (maandag-dinsdag-donderdag) is ze telefonisch bereikbaar op 02 – 758 0809 (809 als intern gratis nummer). Wekelijks zijn er twee spreekuren (dinsdag-donderdag) van 13:00u – 14:00u.

Afwezigheid van de interne ombuds wordt systematisch aan alle afdelingen en het onthaal gemeld. Er is ook een afwezigheidsmelding op de e-mail en een antwoordapparaat.

Zij blijft ook bereikbaar via de brievenbussen verspreid over het ziekenhuis: 1 aan elke ingang, en 1 op elk van de beide delen van de gesloten afdeling, 1 op elk van de jongerenafdelingen Beaufort en De Kade. Ze worden wekelijks gelicht.

Ook via de reguliere post en e-mail kan ze worden gecontacteerd.

Op elke afdeling liggen folders ter beschikking en hangt er een poster op. Op deze poster staat alle nodige informatie van beide ombudsen, die naast elkaar bestaan, zonder bevoegdheidsverdeling. De patiënt heeft vrije keuze van bemiddelaars en de bemiddeling is gratis, wat duidelijk vermeld staat op de poster.

Twee keer per jaar organiseert het centrum een informatienamiddag voor nieuw personeel. Op deze namiddag maken zij ook kennis met de ombuds, de werking en de patiëntenrechten. Uit het verleden is al gebleken dat dit een goed initiatief is om het bestaan en het belang van de ombudsdienst kenbaar te maken, en het personeel de juiste informatie te geven waardoor de drempel richting ombuds verkleint en door personeel ondersteund wordt, wat erg belangrijk is voor een goede werking.

Jaarlijks wordt er een jaarverslag overgemaakt aan de algemeen beheerder en de hoofdgeneesheer. Dit verslag wordt ter toelichting en bespreking voorgelegd aan de raad van bestuur.

Een geïntegreerd jaarverslag van beide campi psychiatrie (Gasthuisberg en Kortenberg) en van de verschillende ombudsen betrokken in deze campi is de doelstelling voor het voorjaar 2018.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze vzw
Adres	Schutterijstraat 34 9800 Deinze
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	134
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	170
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Kim Devolder
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	18 augustus 2014
Bestaffing	0,25 FTE

Lokalisatie dienst	3 ^{de} verdieping – vleugel administratie
Registratiesysteem	Klachten behandeling VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Procedurenota 193 Huishoudelijk reglement ombudsdienst – actualisatiedatum 24.05.2017
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Colloquium communicatie beroepsbeoefenaar-patiënt (Cel Patiëntenrechten DG Gezondheidszorg – Brussel – november 2017)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	GDPR (Zorgnet – Brussel/maart 2017 – Gent/ november 2017) Structuur en governance van netwerken (Zorgnet/Curia advocaten – maart 2017 – Leuven)
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Klachtenbemiddeling ruimer dan wet patiëntenrechten - Begeleiding afschrift/inzage patiëntendossier - Opleiding startende medewerkers (patiëntenrechten, beroepsgeheim) - Beantwoorden informatievragen van patiënten en medewerkers - Implementatie en uitrol GDPR

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

- Procedurenota 194 Klachtenprocedure:
 - o Eerstelijnsklachtenbehandeling: er wordt steeds getracht de klacht op het laagste niveau op te lossen; klachten worden niet systematisch doorgestuurd naar de ombudsdienst
 - o Keuze in hoofde van de patiënt tot wie men zich richt (medewerker, directie, ... of ombudsdienst)
 - o Zie bijlage: stroomdiagram
- Beleidsnota 36 Bouwstenen van het strategisch en operationeel beleid van het Sint-Vincentiusziekenhuis Deinze:
 - o Klachten die gemeld worden kunnen aandachtspunten binnen de organisatie of de afdeling bloot leggen met noodzakelijke verbeteracties tot gevolg. De verbeteracties die na analyse noodzakelijk blijken worden vanuit de stuurgroep strategie, kwaliteit en patiëntveiligheid gecoördineerd door het oprichten van een werkgroep die hiertoe de nodige operationele doelstellingen met actieplan dient te formuleren

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

- Procedurenota 193 Huishoudelijk reglement ombudsdienst:
 - o gesprek met klager om zijn/haar verhaal te vertellen en/of verder toe te lichten
 - o op vraag van de klager: schriftelijke neerslag van dit gesprek wordt ter goedkeuring aan de klager voorgelegd
 - o bespreking met beklagde
 - o bemiddeling tot aanvaardbare oplossing voor beide partijen
 - o patiënt inlichten over verdere mogelijkheden tot afhandeling van de klacht indien niet tot een aanvaardbare oplossing wordt gekomen.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ **Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.**

Aantal klachtendossiers	41
Aantal infodossiers	19 (15 vragen tot inzage/afschrift, 3 andere vragen en 1 vraag tot correctie factuur zonder klacht)
Aantal pro actieve dossiers	Worden niet geregistreerd

Aantal opvragingen patiëntendossier (inzage/afschrift)	17 (2 in het kader van klachtendossier, 15 alleenstaande vragen tot inzage/inschrift die als infodossier worden geregistreerd)
--	--

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. ✓ Eenzelfde klachtendossier kan betrekking hebben op meerdere patiëntenrechten. ✓ De cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt/klager. 	

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	14
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	/
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	/
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	/
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	/
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	2
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	16
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	/
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	/
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1

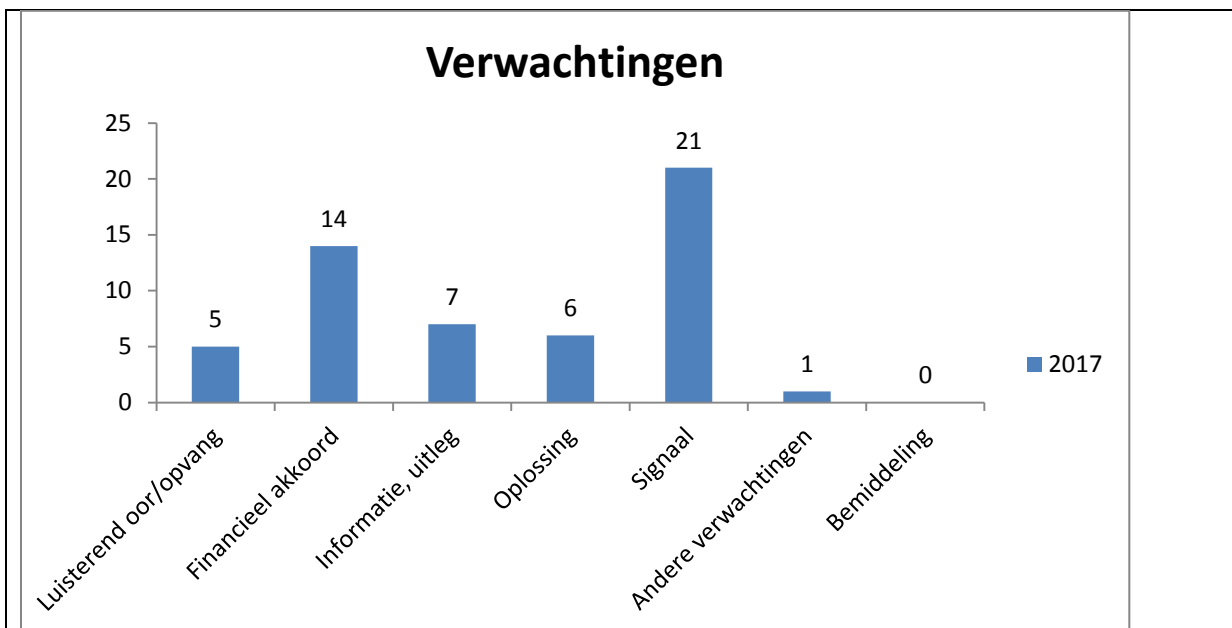
Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	27
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
<p>Klachtenratio = aantal klachten / aantal opgenomen patiënten (inclusief forfaits chirurgisch dagziekenhuis) + het aantal dagklinische patiënten (exclusief forfaits dagziekenhuis) + het aantal ambulanten</p> <p>Uitgedrukt in %: 0,04</p>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
<p>In een klachtendossier kan een patiënt verschillende verwachtingen uiten. Het cijfer in de volgende grafie stemt dus overeen met het aantal keer dat de desbetreffende verwachting door een klager werd geuit in de 41 klachtendossiers samen.</p>	



Doorlooptijd uitgedrukt in dagen:

Rijlabels	doorlooptijd
0-1	15
2-10	19
11-20	7
21-30	8
31-40	4
41-50	2
61-70	1
Eindtotaal	56

4 dossiers die geopend werden in 2017 konden nog niet worden afgesloten.

Aanbevelingen

- ✓ Extern patiëntenvervoer: in 4 dossiers werd door de klager een opmerking geformuleerd over het externe patiëntenvervoer.
Hoewel het ziekenhuis hiervoor beroep doet op externe partners, al dan niet via tussenkomst van de verschillende ziekenfondsen, is het aangewezen om aandacht te vragen voor de organisatie van dit externe vervoer (kwaliteitsnormen vervoerders). Het 'protocol met betrekking tot de kwaliteitsnormen voor niet-dringend liggend ziekenvervoer' dat tot stand kwam binnen de schoot van de Commissie niet-dringend liggend ziekenvervoer (Agentschap Zorg en Gezondheid) kan hiervoor een hefboom zijn (verwacht wordt dat dit protocol tegen 2019 zal omgezet worden in een decreet en uitvoeringsbesluit van de Vlaamse Gemeenschap).
De terugbetalingsregeling die verschilt van ziekenfonds tot ziekenfonds en van regio tot regio maakt de aanvraagprocedure voor een extern ziekenvervoer tot een moeilijk gegeven, zelfs voor gespecialiseerde medewerkers van de sociale dienst. De vraag rijst hoe de instelling hiermee intern kan omgaan.
Als regionaal ziekenhuis met vele doorverwijzingen naar gespecialiseerde partner-ziekenhuizen maakt de regeling van extern ziekenvervoer deel uit van de dagelijkse werking. De huidige terugbetalingsregeling waarbij dergelijke kosten meer en meer volledig worden afgeschoven naar de patiënt ondermijnt de aantrekkingskracht van een regionaal ziekenhuis. In het netwerkverhaal moet hiervoor ook aandacht zijn.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	St-Trudo ziekenhuis
Adres	Diestersteenweg 100 3800 SINT-TRUIDEN
Gewest	LIMBURG
Erkenningsnummer	715
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	310
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Veerle PIEN
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	05.01.2009
Bestaffing	1 parttime 50%

Lokalisatie dienst	Gelijkvloers van de hoofdblok. Op de weg naar de consultatieblok en radiologie. Is goed aangeduid vanaf de hoofdingang.
Registratiesysteem	Filemaker-pro registratieformulier van VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	01.10.2011 te raadplegen op Intranet en op de website van het ziekenhuis.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basistraining bemiddelaar door Mediv. Verdiepingstraining voor bemiddelaars van de zorgvoorzieningen door Mediv Verder alle trainingen/opleidingen ingericht door Vvovaz.
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Intervisie –supervisie door Mediv en intervisie regionaal. Verbindende communicatietraining.
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Het werkingsterrein ligt ruimer. Alle klachten komen naar de ombudsdienst. Vb informatie en/of begeleiding afschrift dossier, schadeclaims, financiële implicaties, parking, enz.....
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Indien een schriftelijke klacht, ontvangstmelding binnen de week. Rechtstreekse communicatie (klager – beroepsbeoefenaar) wordt aanbevolen. Indien klager dit niet wenst/kan (wat meestal het geval is) worden alle betrokkenen aangesproken/aangeschreven/aanhoord. De ombudspersoon probeert een duidelijk beeld te krijgen van de klacht en van de verwachtingen van de klager.

	<p>Behandeling/bemiddeling teneinde de communicatie en het vertrouwen te herstellen, tot een oplossing te komen. Indien er geen oplossing komt alternatieve voorstellen formuleren.</p> <p>Alle klachten worden geregistreerd en verwerkt in het jaarverslag.</p>
--	---

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

De organisatie staat meer en meer open voor klachten en hanteren die ook bij het verbeteren van de procedures, het bijstellen van doelstellingen.
Met de meeste afdelingen is er een open communicatie en van de directie is er toch wel een redelijke betrokkenheid.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

De ombudsdienst probeert bij elke klacht tot een oplossing te komen en /of het vertrouwen te herstellen, dit op een objectieve manier en toch loyaal zowel naar patiënt als naar het ziekenhuis toe.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

Een groot probleem is dat de ombudsdienst geen inzage in het dossier heeft en aldus niet kan checken of de door de beroepsbeoefenaar gegeven informatie correct en of volledig (vb bij afschrift dossier) is. De beroepsbeoefenaars (niet allemaal natuurlijk) zijn minder en minder geneigd informatie te geven, dekken zich in en durven zelfs te liegen. Eigenlijk is de ombudspersoon afhankelijk van de goodwill van de beroepsbeoefenaar.

Een ander probleem is het tijdsgebrek om de klachten op een fatsoenlijke manier af te handelen. Er is wel heel veel administratie.

Ook niet iedereen (diensthoofden/managers/directie) staat op dezelfde lijn wat het afhandelen van een klacht betreft. Het is niet altijd eenduidig en soms wordt aan dezelfde klacht op twee of drie fronten gewerkt zonder dat die dat van mekaar weten en soms met heel tegenstrijdige accenten...Dit kan wel tot bijkomende problemen leiden. Dit gaat wel over enkelingen.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	204
Aantal infodossiers	45
Aantal pro actieve dossiers	18

Aantal opvragingen patiëntendossier	11
Aantal 'andere'	164

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	132
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	3
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	19
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	Niet als dusdanig geregistreerd
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	1
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	4
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	10
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	1
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt					
Tabellen/grafieken; klachtenratio:					
85 administratief financiële aspecten					
7 infoverstreking	21 communicatiestijl	5 aandacht/opvang	1 privacy		
6 identificatie	51 factuur	14 andere			
25 facilitaire/technische aspecten					
0 infoverstreking	1 communicatiestijl	3 maaltijden	4 dieetkeuken	1 schoonmaak	1 comfort
4 defecten	0 lawaaihinder	0 signalisatie	7 telefonie	6 parking	0 privacy
2 andere					
53 organisatorische aspecten					
5 infoverstreking	3 communicatiestijl	5 opnameregeling	4 ontslagregeling	7 afsprakenregeling	
0 bezoeksregeling	8 wachttijden	0 intern transport	11 extern transport	15 verloren voorwerpen	
0 roken	8 andere				
1 andere aspecten					
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)					

Verwachting

74	informatie	89	financieel akkoord	27	oplossing	35	andere
124	luisterend oor/opvang	53	correctie factuur				
146	signaal	26	schadeclaim				
74	bemiddeling	63	pendeldiplomatie				
		5	samenbrengen betrokken partijen				

Doorlooptijd afhandeling klacht

41	<= 1dag	43	11-20 dagen	32	31-60 dagen	18	>= 90 dagen
95	2-10 dagen	25	21-30 dagen	23	61-90 dagen		

Aanbevelingen

- ✓ Duidelijke en correcte informatie(zeker over de kostprijs en de supplementen)
- ✓ Meer controle en toezicht op extern transport
- ✓ Aandacht voor de privacy en persoonlijke spullen van patiënt, wordt veel te nonchalant mee omgesprongen
- ✓

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Sommige aanbevelingen worden onmiddellijk bekeken (vb. het aanbieden van suikervrije producten in cafetaria, opstellen folder met info en oefeningen Reva, ...) en uitgevoerd

Soms worden genomen beslissingen niet genoeg (of niet) opgevolgd. Vb. : het contract voor ziekenvervoer met bepaalde firma werd opgezegd (na aanbevelingen duidelijk grondig onderzocht) en werd een nieuwe firma aangetrokken. Die opvolging zou veel beter moeten want verloopt ook niet zoals het moet. Transportregeling is voor patiënt echt niet duidelijk – zeker ook fout bij de mutualiteiten...er is gebrek aan uniformiteit.

Aan andere aanbevelingen wordt weinig gedaan in mijn ogen, vooral deze wat duidelijke informatie over het kostenplaatje bij de arts betreft. Dit is dan voornamelijk bij de artsen individueel. Het gaat dan heel dikwijls over de aangerekende supplementen.

Directie gaat (of wil) daar blijkbaar niet echt op in gaan.

Jaarverslag 2017 van de ombudspersoon "Rechten van de patiënt"

Gewest Vlaanderen
Type instelling Algemeen ziekenhuis
Erkenningsnummer - Instelling
106 A.Z. SINT MARIA Vzw

DEEL 1: Instellingsgebonden informatie

1.1 Op welk type van instelling heeft het jaarverslag betrekking?

Algemeen ziekenhuis

1.3 Gewest waarin de instelling zich bevindt:

Vlaanderen

1.4 De instelling waarop het jaarverslag betrekking heeft:

beschikt over een eigen ombudsfunctie

1.5 Coördinaten van de ombudsfunctie (vermeld in de lijsten met contactgegevens van de ombudspersonen op www.patientrights.be):

Ombudspersoon

Naam / voornaam : De Crick Liliane

E-mail : ombudsdienst@sintmaria.be

Professioneel adres : Ziekenhuislaan 100, 1500 Halle

Telefoonnummer : 02/363.63.24

Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon : 01-11-2003

1.6 Welk traject volgen de klachten betreffende de rechten van de patiënt in uw instelling?

Waar situeert de ombudsfunctie zich in dit traject?

Een klacht kan op verschillende manieren ingediend worden:

- Via een online formulier 'klachten en feedback'
- Telefonisch
- Mondeling
- Per brief

Schriftelijke klachten, gericht aan de directie, worden aan de ombudsdienst overgemaakt voor verdere afhandeling.

Na ontvangst van een klacht wordt de melder ingelicht over de goede ontvangst van de klacht.

De klacht wordt onderzocht en behandeld door de ombudspersoon ten einde de melder een gefundeerd antwoord en/of oplossing mee te delen. Dit kan zowel mondeling als schriftelijk gebeuren.

DEEL 2: Overzicht van de klachten

2.1 Welk registratiesysteem gebruikt u?

Een eigen registratiesysteem

2.2 Aantal dossiers van klachten waarvan de inhoud gerelateerd is aan de rechten zoals opgenomen in de wet betreffende de rechten van de patiënt, die in het afgelopen jaar geopend werden (art. 11 § 1):

OPGELET !

Met vraag 2.1 bedoelen we niet de dossiers waarin louter informatie verleend wordt. Het gaat hier om de dossiers waarin er echt sprake is van een klacht of uiting van ongenoegen omtrent de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

89

DEEL 3: Voorwerp van de klachten (die in het afgelopen jaar ontvangen zijn)

U kan voor een zelfde dossier van klachten meerdere patiëntenrechten aanduiden.

3.1 Hoeveel keer betreft de klacht het recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking? (art. 5):

OPGELET !

Tot vraag 3.1 behoren de klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt » (klachten over het gedrag en de communicatie van de beroepsbeoefenaar(s) en / of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).

Tot vraag 3.1 behoren niet de klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening van de instelling zélf (hygiënische omstandigheden, de kwaliteit van de aangeboden voeding, enz.).

80

3.2 Hoeveel keer betreft de klacht het recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar? (art. 6):

0

3.3 Hoeveel keer betreft de klacht het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand?(art. 7):

0

3.4 Hoeveel keer betreft de klacht het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar? (art. 8):

OPGELET!

Het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar in vraag 3.4 omvat:

het recht op *informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf* (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan), zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.

- het recht op de « *uitdrukkelijke* » toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt..

- het recht op *weigering* van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.

7

3.5 Hoeveel keer betreft de klacht het recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier?(art. 9 § 1):

0

3.6 Hoeveel keer betreft de klacht alleen het recht op inzage van het patiëntendossier?(art. 9 § 2):

0

3.7 Hoeveel keer betreft de klacht het recht op afschrift van het patiëntendossier? (art. 9 §3):

0

3.8 Hoeveel keer betreft de klacht het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer? (art. 10):

1

3.9 Hoeveel keer betreft de klacht het recht op een op pijnbestrijding gerichte zorg? (art.11bis):

0

DEEL 5: Moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt en de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen (1)

Gelieve aan te duiden of u al dan niet moeilijkheden ondervindt in verband met de hierna vermelde onderwerpen.

Indien u dit wenst, kan u de door u aangehaalde moeilijke(i)d(en) toelichten en eventueel aanbevelingen formuleren om deze te verhelpen.

5.1 Het behoud van uw onafhankelijkheid (cf. het feit dat uw positie in de instelling en / of uw plaats in het organogram u toelaat om vrij en autonoom te werken)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

5.2 Het behoud van uw neutraliteit en onpartijdigheid (cf. bij de afhandeling van een conflict geen partij kiezen, noch voor de patiënt, noch voor de beroepsbeoefenaar)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

5.3 De eerbiediging van uw beroepsgeheim

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

5.4 Het bemiddelen zelf met het oog op het bereiken van een oplossing

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

5.5. De infrastructuur, de mensen en de middelen die ter beschikking staan van de ombudsdienst

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

5.6. De uitvoering van de administratieve opdrachten van de ombudsfunctie (vb. de klachtenregistratie en het opstellen van een jaarverslag)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

DEEL 6: Aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven (art. 11) en / of ter verbetering van de wet betreffende de rechten van de patiënt (1)

Gelieve aan te duiden of u al dan niet moeilijkheden ondervindt in verband met de hierna vermelde onderwerpen.

6.1 Het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

6.2 Het recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (art. 6)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

6.3 Het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand (art. 7)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

6.4 Het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (art. 8)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

6.5 Het recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier (art. 9 §1)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

6.6 Het recht op inzage van het patiëntendossier alleen (art. 9 § 2)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

6.7 Het recht op afschrift van het patiëntendossier (art. 9 § 3)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

6.8 Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

6.9 Het recht op een op pijnbestrijding gerichte zorg (art. 11bis)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

6.10 Het systeem van de vertegenwoordiging van de patiënt (art. 12-15)

Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

Initiatieven omtrent bekendmaking van de ombudsdienst binnen het ziekenhuis.

Elke nieuwe, aangestelde arts of ziekenhuismedewerker (administratieve, logistieke, verpleegkundige, medische,...) wordt uitgenodigd voor een kennismakingsgesprek met de ombudsdienst.

Hierbij wordt toelichting gegeven over de patiëntenrechten, de opdrachten van de ombudsdienst zoals bepaald door de wetgever en de specifieke werking van de ombudsdienst in het ziekenhuis.

De ombudsdienst beschikt over brochures Patiëntenrechten FOD en een brochure over de werking van de ombudsdienst in het ziekenhuis. Deze infobrochures liggen aan het onthaal en worden ook meegegeven aan elke melder die contact neemt met de ombudspersoon.

Maandelijks worden interne opleidingssessies georganiseerd voor ziekenhuismedewerkers (max. 15 personen per sessie). Hierbij wordt toelichting gegeven over de patiëntenrechten, de opdrachten van de ombudsdienst zoals bepaald door de wetgever en de specifieke werking van de ombudsdienst in het ziekenhuis.

Overzicht klachten en informatiedossiers

1. Dossiers

Vorig jaar behandelde de ombudsdienst **312 dossiers**. Dit is het totaal van het aantal klachten en andere vragen.

Patiënten kunnen zowel mondeling als schriftelijk via telefoon, brief, e-mail een klacht indienen. Sinds 2015 kunnen zij ook op eenvoudige manier een klacht, een suggestie, een bemerking of een vraag indienen via een webformulier.

Het webformulier 'klachten en feedback' wordt automatisch verzonden aan de ombudsdienst.

Het andere webformulier 'contact via website' wordt verzonden aan de communicatieverantwoordelijke, die nagaat voor wie de inhoud bestemd is. Het gebeurt dat meldingen via dit formulier worden overgemaakt aan de ombudsdienst ter verdere behartiging.

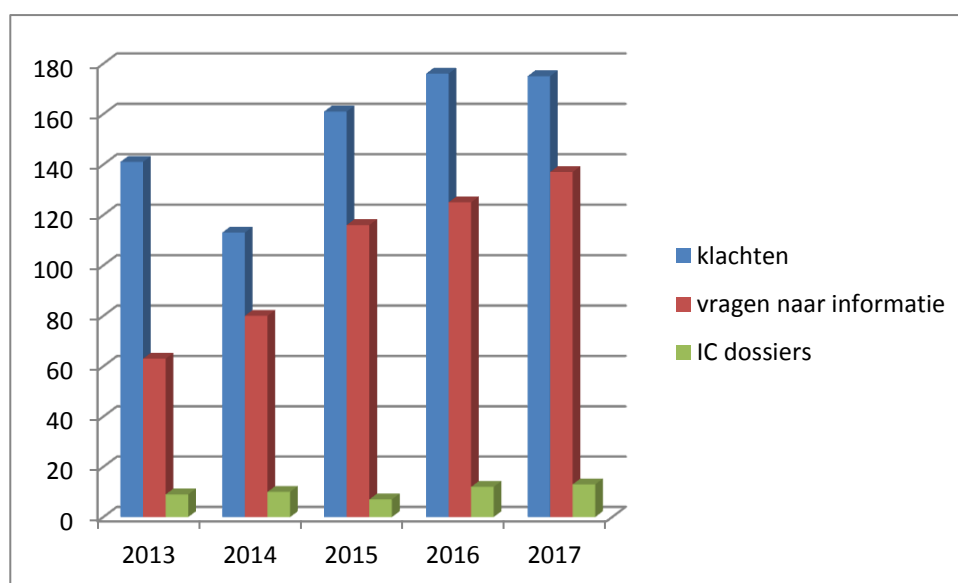
Er werden **62 dossiers** behandeld die via webformulieren werden ingediend.

2. Klachten

a) Aantal klachten

We noteerden in totaal **175 klachten** op de ombudsdienst waarvan:

- 80 klachten (46 %) in verband met de wet 'rechten van de patiënt'
- 95 klachten (54 %) niet rechtstreeks in verband te brengen met de 'rechten van de patiënt'
- 13 dossiers werden bij IC Verzekeringen geopend, waarvan 3 dossiers nog lopende zijn
- 1 dossieraanvraag door het FMO (Fonds voor de Medische Ongevallen) werd behandeld



b) Aantal klachten met betrekking tot de rechten van de patiënt

We noteerden in totaal **89 klachten** waarvan:

- **80 klachten** over de kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5.) van de wet 'rechten van de patiënt'. De klachten kunnen gaan over het gedrag en de communicatie van de beroepsbeoefenaar(s) of over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s).
- **1 klacht** gaat over het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar (art. 6).
- **7 klachten gaan** gaat over het recht op informatie tzt kostprijs van een tussenkomst (art. 8§2).
- **1 klacht** gaat over het recht op privacy (art. 10).

c) Aantal klachten zonder betrekking tot de rechten van de patiënt

We noteerden in totaal **86 klachten**

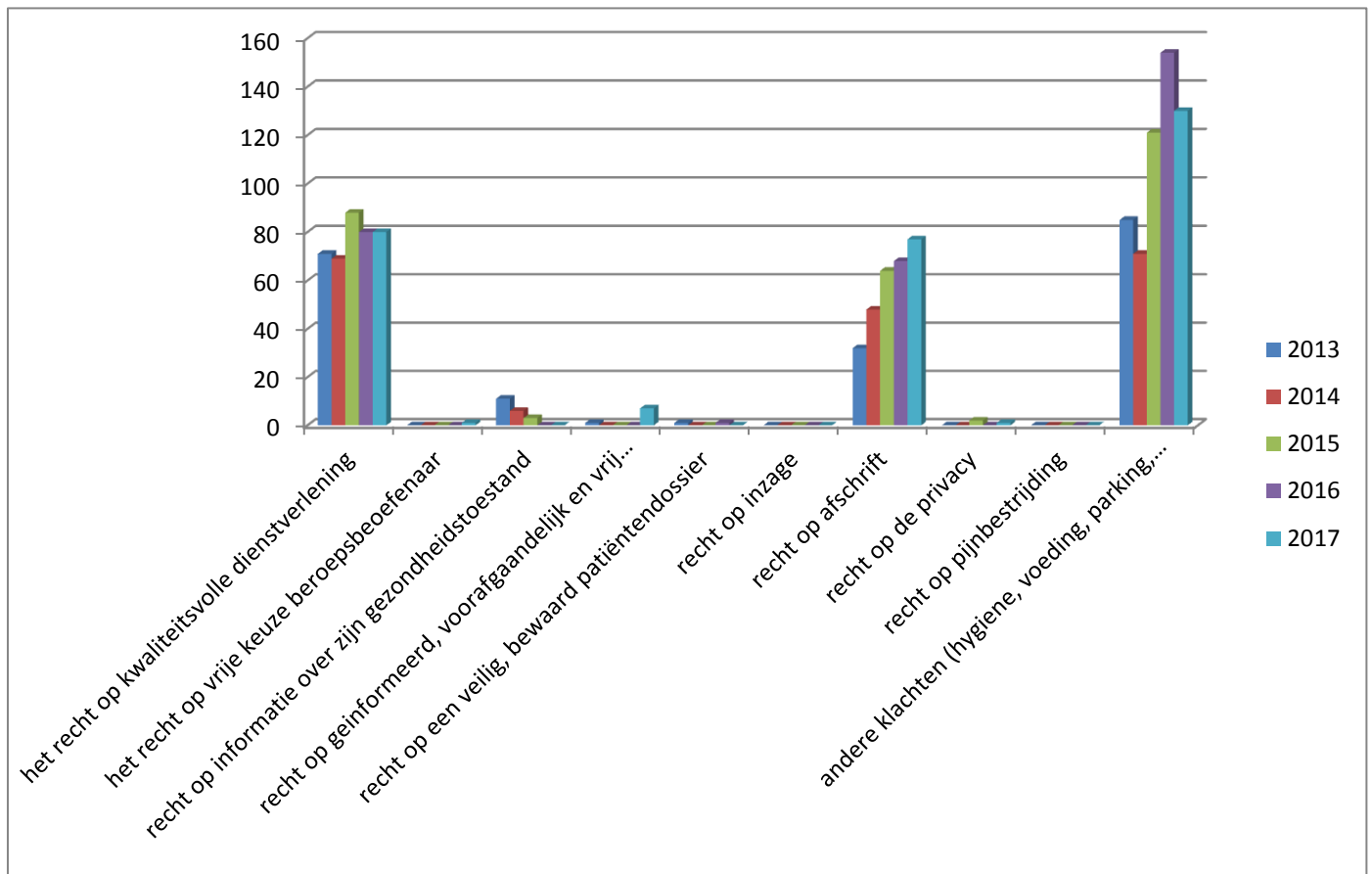
Deze klachten hebben voornamelijk te maken met ongenoegen en ontevredenheid rond administratieve en financiële aspecten, facilitaire aspecten (bv. maaltijden), technische aspecten (bv. kamercomfort, parking) en organisatorische aspecten (bv. afsprakenregeling, ontslagregeling, roken).

d) Aantal vragen naar informatie, adviesverlening, aanvragen m.b.t. inzage/afschrift patiëntendossier.

We noteerden in totaal **137 vragen**

- 77 verzoeken m.b.t. inzage/afschrift patiëntendossier werden behandeld
- 60 informatievragen werd gesteld. Dit zijn zeer diverse vragen over alle mogelijke aspecten van het 'leven' in het ziekenhuis. Enkele voorbeelden: vragen over de bezoekersparking, vragen over attesten voor verzekeringen, vraag naar stamboomonderzoek, vraag naar vaccinatie, vraag over oncologisch handboek, vraag over revalidatie na knieoperatie, ...

Overzicht van de behandelde dossiers over de laatste jaren.



Aanbevelingen die in de loop van het jaar 2017 werden geformuleerd

- Aanbeveling inzake medicatiebeleid: belangrijke, noodzakelijke medicatie is niet voorradig
- Meer aandacht geven aan een juistere registratie van het tijdstip van ontslag
- De informatie op de website van het ziekenhuis over de openingsuren en onderzoeks-uren van de dienst Medische Beeldvorming aanpassen aan de werkelijkheid
- Meer aandacht geven aan een juistere registratie op de dienst Spoedgevallen voor de opvolging van de EID-kaart
- Informeren van patiënt en/of vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger over de kost van gemedicaliseerd ziekenvervoer
- Handelingen door nachtsupervisor te noteren in het verpleegdossier
- Noteren van bijkomende informatie op rx aanvraagformulier inzake valrisico van een patiënt
- Bij het gebruik van vensteromslagen moet ervoor gezorgd worden dat de volledige straatnaam en huisnummer (+bus-nummer) in het venster zichtbaar blijft
- Plaatsen van kapstokhaakjes aan de muur in de ct-zaal voor het ophangen van de kledij/persoonlijke zaken van patiënt

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Sint-Franciscusziekenhuis
Adres	Pastoor Paquaylaan 129 3550 Heusden-Zolder
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	741
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen ziekenhuis
Aantal bedden	268
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Dexters Kris
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/03/2010
Bestaffing	50%

Lokalisatie dienst	<p>Gelijkvloers, aan de inkomhal van het ziekenhuis</p> <p>Bereikbaarheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - telefonisch bereikbaar/antwoordapparaat - afspraak 24/24 mogelijk via onthaal (inclusief balie op spoed) - full-time bereikbaar ondanks halftijdse functie, gezien combinatie als medewerker van de dienst communicatie - acute bemiddeling op de werkvloer, rechtstreeks proberen om de klacht op te lossen waar ze ontstaat.
Registratiesysteem	Infoland – registratie VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Website www.sfz.be/ombudsdienst - 2017
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Opleiding Gegradueerde Psychiatrische Verpleegkunde
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Verschillende studiedagen via VVOVAZ, Vlaams Patiëntenplatform, ...
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Ombuds & medewerker dienst communicatie
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Elke melding wordt besproken met de betrokken zorgverstrekker(s) – Eventueel bemiddelingsgesprek met melder-zorgverstrekker - Terugkoppeling naar de melder – Registratiedossier

Behandeling van klachten en onvrede
<p>Hoe gaat de organisatie om met klachten?</p> <p>Zeer goede samenwerking met zowel de zorgverstrekkers (artsen, verpleegkundige, paramedici & directie) om de meldingen zo vlot mogelijk op te lossen, verbeterprojecten uit te werken.</p> <p>Dankzij de meldingen kan je de werking proberen zo goed mogelijk bij te sturen naar een vlottere, veilige patiëntenzorg.</p>
<p>Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?</p> <p>Alle meldingen worden met de nodige discretie en vertrouwelijkheid besproken met de melder, zorgverstrekker en terugkoppeling naar de melder toe.</p> <p>Uit alle meldingen zoeken we naar mogelijkheden om de werking te verbeteren, situaties te voorkomen naar de toekomst toe. Stimuleren om de melding zo spoedig mogelijk op te lossen op de locatie waar ze ontstaan (1^{ste} lijn).</p> <p>Personeel feedback bezorgen over hoe omgaan met moeilijke situaties, ...</p>
<p>Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)</p> <p>Bedenking: Het zou zeer interessant zijn mocht er een onafhankelijke medische dienst zijn die de ombudspersoon kan consulteren in bepaalde casussen om zo ook onafhankelijke medisch standpunt te verkrijgen in dossiers.</p>

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<p><u>Opmerkingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	162
Aantal infodossiers	11
Aantal pro actieve dossiers	0
Aantal opvragingen patiëntendossier	Gaat via het directiesecretariaat
Aantal 'andere'	

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	87
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	23
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	1
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	2
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	2
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	0
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	2

Rechten van de patiënt:

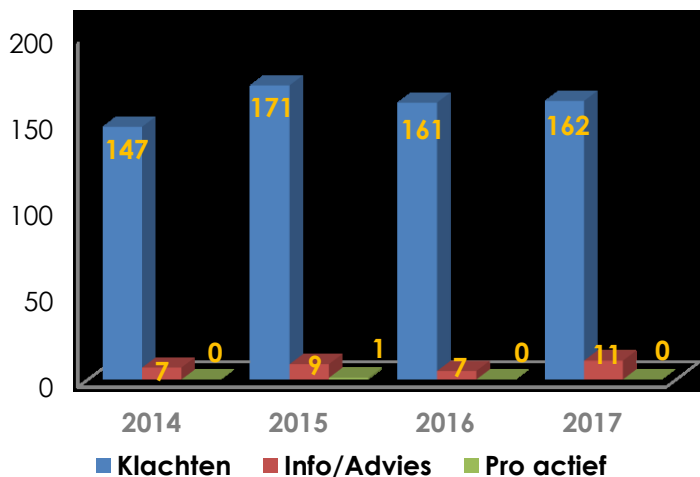
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	75
--	----

Tabellen/grafieken; klachtenratio:



Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)

Het grote deel van de melding gaat rond de items:

- Communicatie, aandacht & opvang
- Verzorging – behandeling
- Financiële vragen (factuur betwistingen)

De verwachtingen van de melder is meestal als signaal, verbeterpunt naar de toekomst toe voor andere patiënten.

Aanbevelingen

- De communicatie arts – patiënt blijft toch gevoelig liggen, bv zich voorstellen op spoed als men de box betreedt, zeggen wie de assistent is, wachtzaal problematiek, telefonisch bereikbaarheid secretariaat, ... dit geeft allemaal veel frustratie.
- Informatie verstrekking blijft een moeilijk item, wat mag/kan er telefonisch meegedeeld worden van informatie?
Wat kan men aan het onthaal meedelen? Privacy van de patiënt.
Ook hieruit komen regelmatig moeilijke situaties voort?
- De patiënt duidelijk informeren aangaande de conventiestatus van de arts, alsook wanneer de artsen supplementen mogen aanrekenen tijdens een consult/onderzoek.
Dit zou best duidelijk gecommuniceerd kunnen worden in de wachtzalen via digitale informatieschermen/posters.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Koningin Elisabeth Instituut
Adres	Dewittelaan 1 8670 Oostduinkerke
Gewest	Vlaamse Gewest
Erkenningsnummer	676
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Categoriaal Ziekenhuis
Aantal bedden	165 bedden
Aantal campussen	1 campus
Naam ombudsperso(o)n(en)	Nele Hankard Margot De Feu
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	16/10/2013 17/10/2017
Bestaffing	4/38 = 0,11 FTE
Lokalisatie dienst	4 KW
Registratiesysteem	/
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement werd op 18/02/2014 aangepast, wegens wijziging van de ombudspersoon. De gewijzigde versie werd op 22/02/2014 voorgelegd aan de Raad van Bestuur. De vernieuwde versie van het reglement trad in werking op 27 februari 2014. Het huishoudelijk reglement kan terug gevonden worden op Infoland of aan de receptie.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	/
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	/

<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<p>De ombudsdienst staat open voor alle klachten van patiënten, dus niet louter klachten m.b.t. de rechten van de patiënt.</p>
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Iedere patiënt krijgt bij opname een folder i.v.m. de patiëntenrechten. Op diverse plaatsen in het ziekenhuis vindt men deze folder ook terug. De brochure bevat de beschrijving van de rechten van de patiënt. Ook ieder nieuw personeelslid krijgt bij het onthaal de brochure rond patiëntenrechten. Er werd ook een interne folder 'Ombudsdienst: informatie voor patiënt en familie' opgesteld. Deze is beschikbaar aan het onthaal. Er is zowel een Franstalige als een Nederlandstalige versie voorhanden.</p> <p>Patiënten vinden door deze bekendmaking soms zelf de weg tot de ombudsdienst. In andere gevallen kan het zijn dat een personeelslid de ombudsdienst inschakelt voor de behandeling van klachten.</p> <p>Wanneer een klacht bij de ombudsdienst binnenkomt, zal de ombudsvrouw een afspraak maken bij de desbetreffende patiënt. Tijdens dit gesprek wordt enerzijds geluisterd naar de klacht, anderzijds wordt ook de wens van de patiënt bevestigd.</p> <p>Afhankelijk van de wens van de patiënt, worden er acties door de ombudsdienst ondernomen. In sommige gevallen kan dit een gesprek zijn, om de communicatie tussen de verschillende partijen te herstellen. In andere gevallen moeten andere stappen ondernomen worden.</p> <p>Het traject hangt dus heel erg af van het soort klacht en de wens van de patiënt.</p>

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
Door de combinatie van taken (beleidscoördinator infectiepreventie en data en beleidscoördinator kwaliteit en patiëntveiligheid) wordt de registratie van de klachten en het jaarverslag beperkt tot het minimum. Het is niet mogelijk en ook niet opportuun om alle externe vergaderingen bij te wonen. Het is wel noodzakelijk om een netwerk verder uit te bouwen, zodat bij interne moeilijkheden m.b.t. klachten advies kan gevraagd worden aan collega-ombudsdiensten.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Door de combinatie van taken (beleidscoördinator infectiepreventie en data en beleidscoördinator kwaliteit en patiëntveiligheid) is het niet steeds gemakkelijk om van “petje” te veranderen. Het uitwerken van voorgestelde verbeteracties gebeurt door de ombudsvrouw, maar dan in de functie van beleidscoördinator.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)
Het is niet altijd makkelijk om medewerkers te overtuigen van het positieve aspect van een klacht nl. wat kunnen we eruit leren. Dit wordt nog eens extra bemoeilijkt door de dubbele functie van de ombudsvrouwen.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	14
Aantal infodossiers	/
Aantal pro actieve dossiers	9
Aantal opvragingen patiëntendossier	/
Aantal ‘andere’	/

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	11
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	/
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	4
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	/
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	/
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	1
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	/
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	/
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	/
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	4
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	/

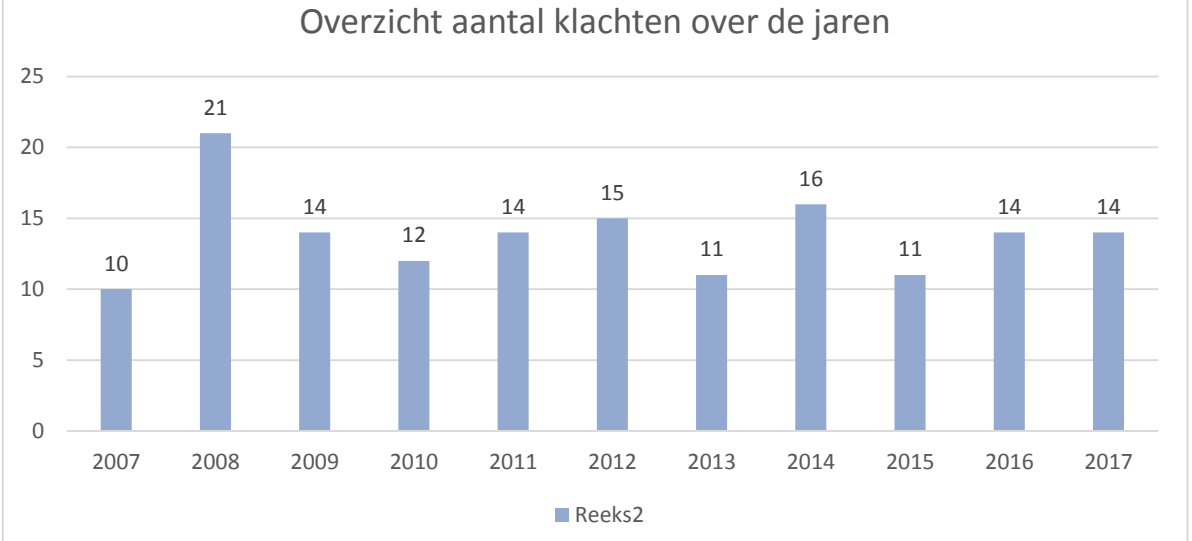
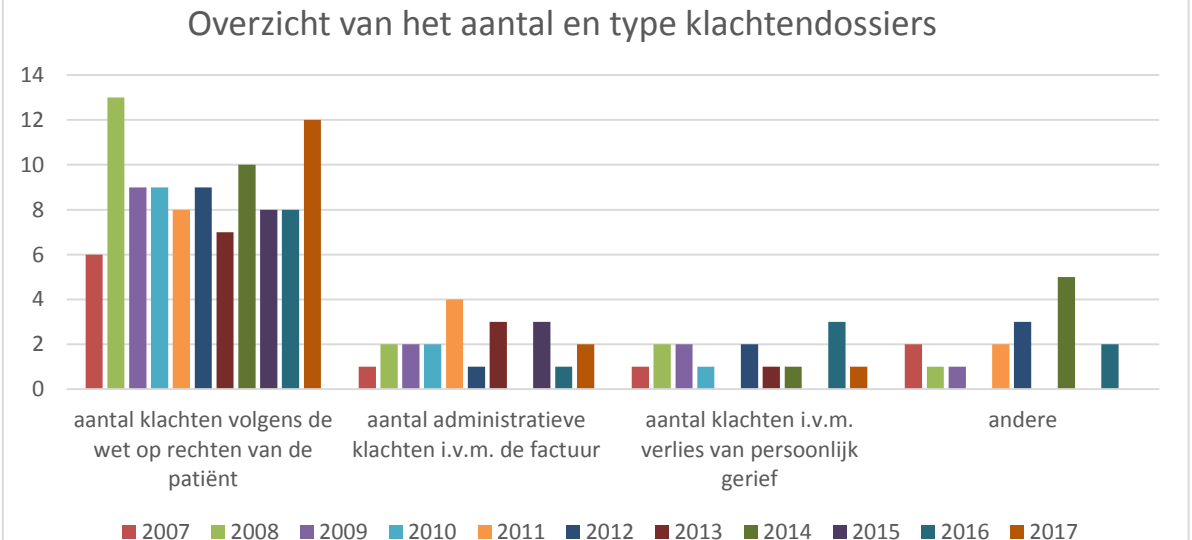
Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

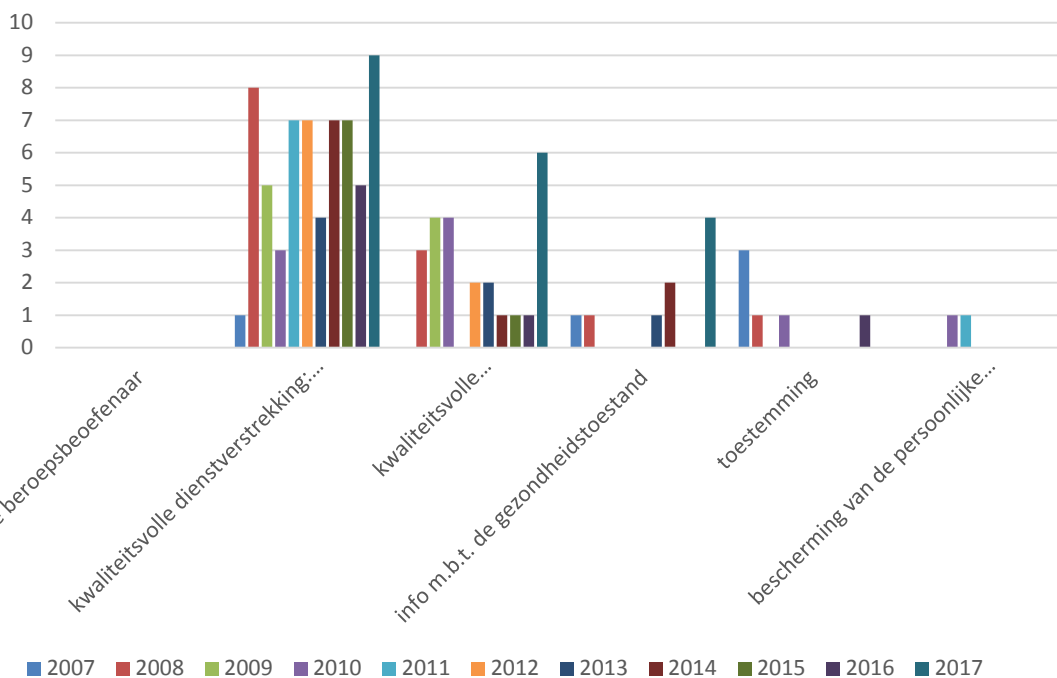
***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

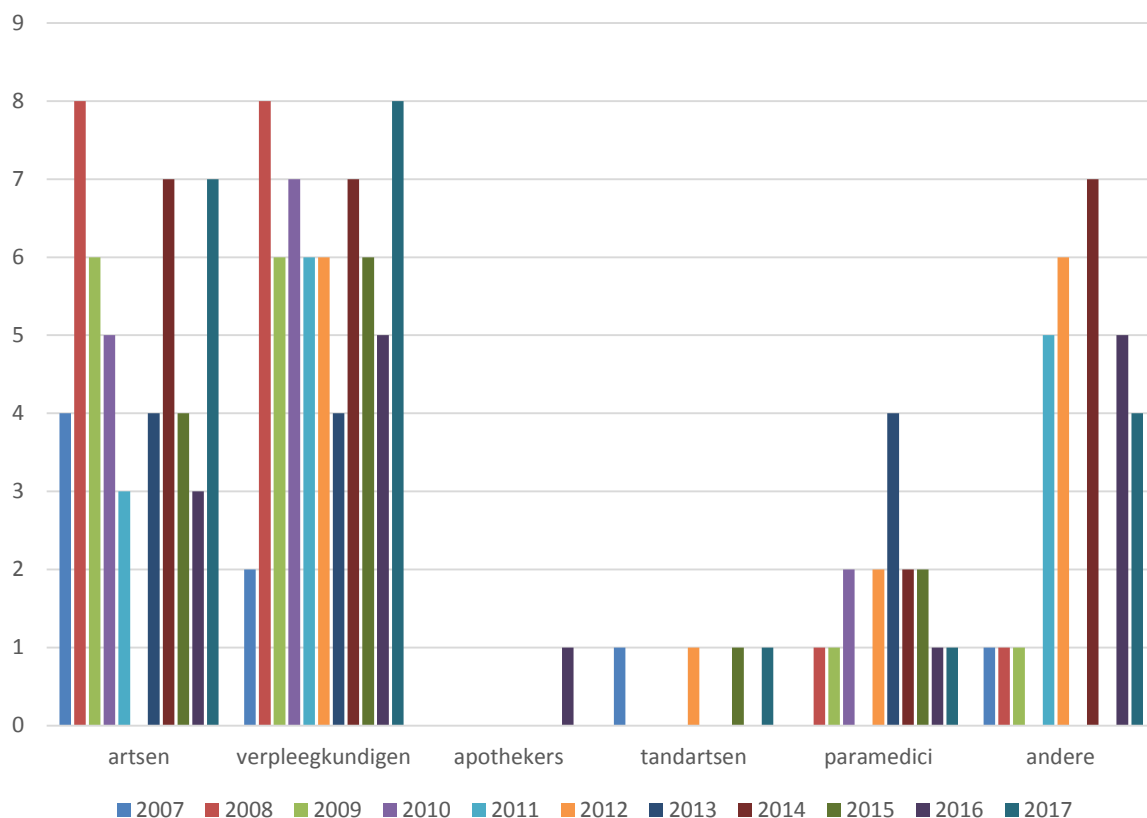
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	3																																																												
Tabellen/grafieken; klachtenratio:																																																													
<p style="text-align: center;">Overzicht aantal klachten over de jaren</p>  <table border="1" data-bbox="199 548 1396 1086"> <thead> <tr> <th>Jaar</th> <th>Aantal klachten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>2007</td><td>10</td></tr> <tr><td>2008</td><td>21</td></tr> <tr><td>2009</td><td>14</td></tr> <tr><td>2010</td><td>12</td></tr> <tr><td>2011</td><td>14</td></tr> <tr><td>2012</td><td>15</td></tr> <tr><td>2013</td><td>11</td></tr> <tr><td>2014</td><td>16</td></tr> <tr><td>2015</td><td>11</td></tr> <tr><td>2016</td><td>14</td></tr> <tr><td>2017</td><td>14</td></tr> </tbody> </table>		Jaar	Aantal klachten	2007	10	2008	21	2009	14	2010	12	2011	14	2012	15	2013	11	2014	16	2015	11	2016	14	2017	14																																				
Jaar	Aantal klachten																																																												
2007	10																																																												
2008	21																																																												
2009	14																																																												
2010	12																																																												
2011	14																																																												
2012	15																																																												
2013	11																																																												
2014	16																																																												
2015	11																																																												
2016	14																																																												
2017	14																																																												
<p>Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)</p>																																																													
<p style="text-align: center;">Overzicht van het aantal en type klachtendossiers</p>  <table border="1" data-bbox="199 1198 1396 1736"> <thead> <tr> <th>Type klacht</th> <th>2007</th> <th>2008</th> <th>2009</th> <th>2010</th> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> <th>2015</th> <th>2016</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>aantal klachten volgens de wet op rechten van de patiënt</td> <td>6</td> <td>13</td> <td>9</td> <td>9</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>7</td> <td>10</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>aantal administratieve klachten i.v.m. de factuur</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>aantal klachten i.v.m. verlies van persoonlijk gerief</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>andere</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>5</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Type klacht	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	aantal klachten volgens de wet op rechten van de patiënt	6	13	9	9	8	9	7	10	8	8	12	aantal administratieve klachten i.v.m. de factuur	1	2	2	2	4	1	3	3	2	2	2	aantal klachten i.v.m. verlies van persoonlijk gerief	1	2	2	1	0	2	1	1	0	3	1	andere	2	1	1	0	2	3	0	5	0	2	0
Type klacht	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017																																																		
aantal klachten volgens de wet op rechten van de patiënt	6	13	9	9	8	9	7	10	8	8	12																																																		
aantal administratieve klachten i.v.m. de factuur	1	2	2	2	4	1	3	3	2	2	2																																																		
aantal klachten i.v.m. verlies van persoonlijk gerief	1	2	2	1	0	2	1	1	0	3	1																																																		
andere	2	1	1	0	2	3	0	5	0	2	0																																																		

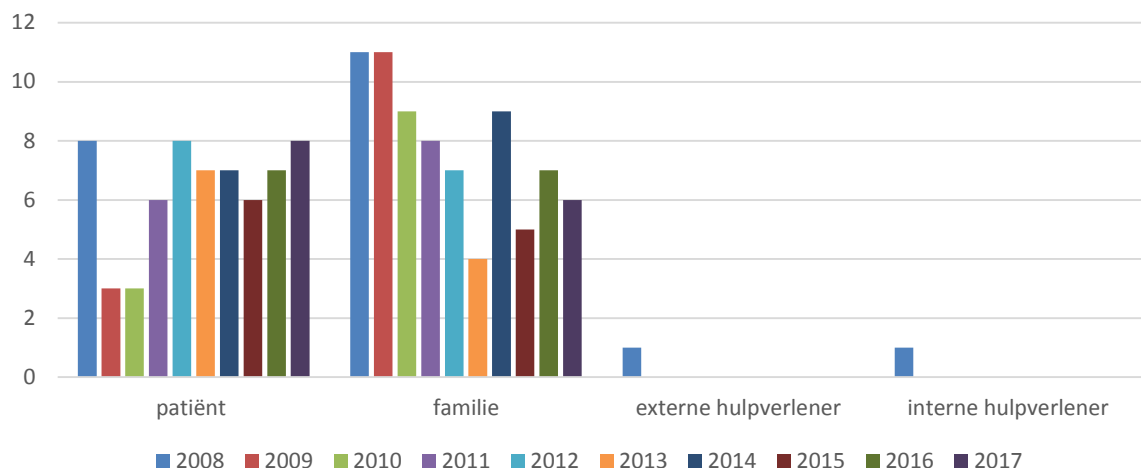
Voorwerp klacht mbt wet betreffende rechten van de patiënt



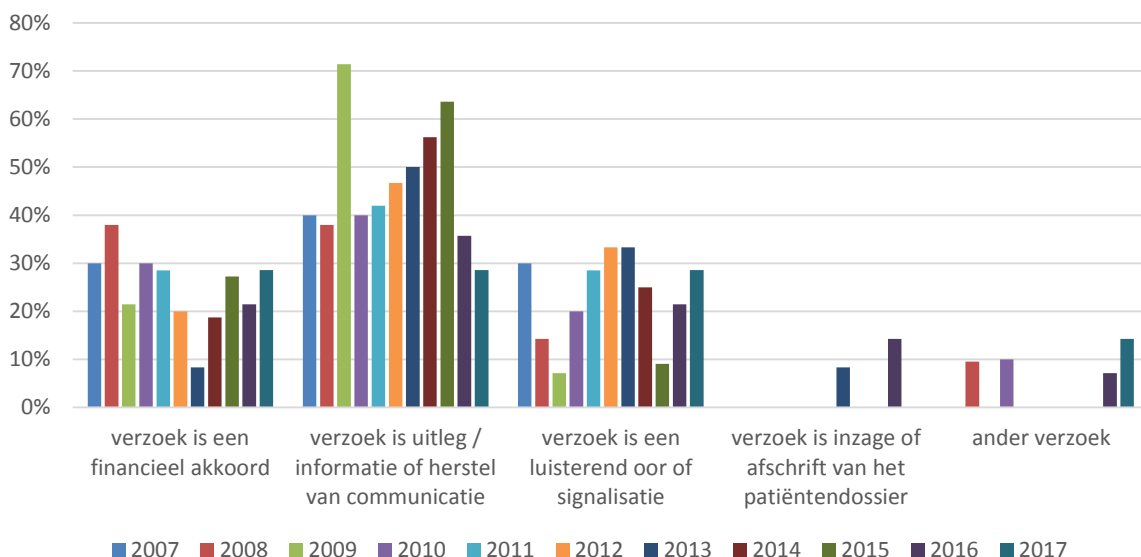
Beroepsbeoefenaar waarop de klachten betrekking hebben



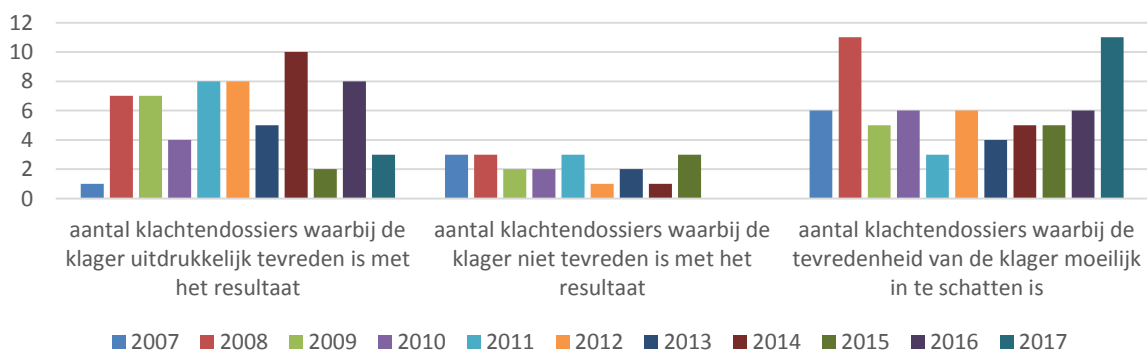
Melder van de klacht

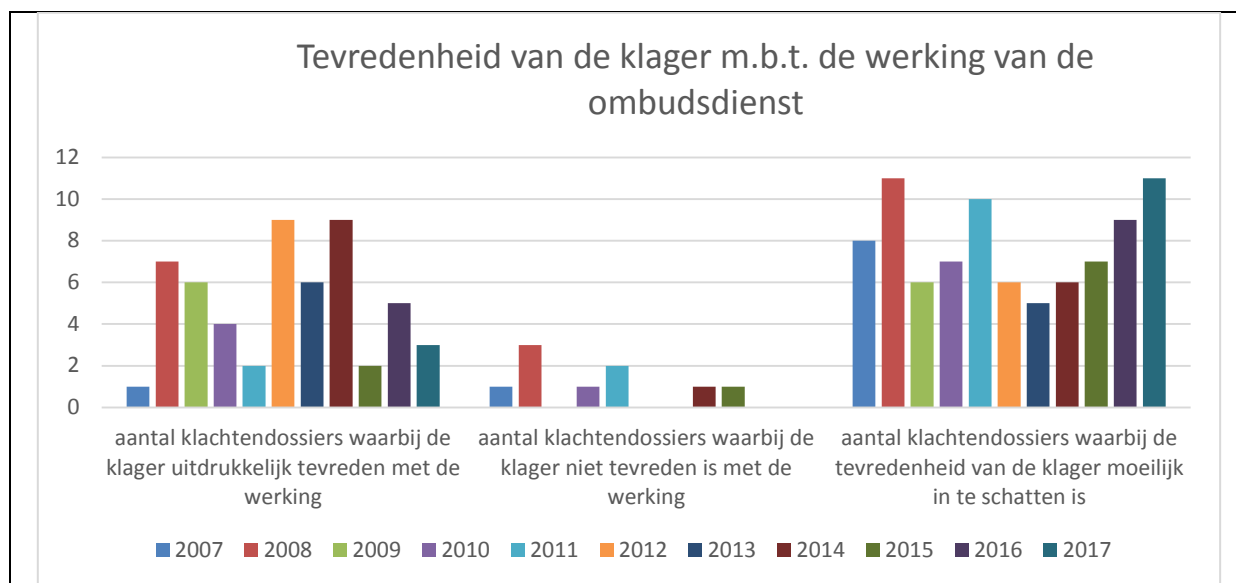


Aard van het klachtenverzoek



Tevredenheid van de klager m.b.t. het resultaat van de klachtenbemiddeling





Aanbevelingen

- ✓ Per klacht werd steeds een gesprek gevoerd met de betrokken personeelsleden. Tijdens deze gesprekken werd dieper ingegaan op de oorzaak van de klacht en hoe deze in de toekomst vermeden kan worden.
- ✓ Naar aanleiding van bepaalde klachten werd door de leidinggevende aandacht gevraagd aan zijn/haar volledige team.
- ✓ KEI-project: lerende cultuur. Hierin zal het probleem van beperkte communicatie en integriteit meegenomen worden.
- ✓ Project productive ward werd gestart, hierin wordt op verschillende vlakken rond kwaliteit en rond de tevredenheid van patiënten gewerkt.
- ✓ Ontwikkeling zorgprofielen vanaf 2016: de bedoeling is om de patiënt meer te betrekken binnen zijn revalidatieplan en –doelstellingen
- ✓ Zorgverleners worden gesensibiliseerd betreffende het belang van een zorgvuldig bijgehouden dossier
 - Opleiding rechten van patiënt (3x/j georganiseerd) – eventueel verplicht maken
 - Opleiding verpleegdossier (3x/j georganiseerd)
 - Sensibilisering rond het correct gebruik van EMB: medicatie pas afklikken wanneer het werd toegediend.
 - Dossiercontrole: opmaak checklist dossiercontrole in 2016
- ✓ Verschillende opleidingen werden georganiseerd naar aanleiding van een klacht, vb. opleiding rond transfer naar en uit de rolstoel.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Het is niet steeds eenvoudig om de aanbevelingen uit te werken, aangezien de medewerkers niet steeds de positieve kant van een klacht zien. Hierdoor verliezen de medewerkers de focus op wat geleerd kan worden uit een klacht, wat het implementeren van de aanbevelingen bemoeilijkt.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel
Adres	J.B. Stessensstraat 2 2440 Geel
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	71070910
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	294
Aantal campussen	1 campus
Naam ombudsperso(o)n(en)	Ann Verfaillie
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01-01-2009
Bestaffing	0.5 FTE

Lokalisatie dienst	De ombudsdienst lokaliseert zich in de administratieve gang van het ziekenhuis
Registratiesysteem	Er wordt gebruik gemaakt van een elektronisch registratiesysteem van infoland, dat werd ontwikkeld in samenspraak met VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement werd geactualiseerd in 2017 Het is terug te vinden op de website van het ziekenhuis. De personeelsleden kunnen het ook raadplegen via het procedureboek.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basiscursus bemiddeling MEDIV/VVOVAZ 2010
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Terugkomdag verdiepingstraining voor bemiddelaars VVOVAZ/MEDIV: 8 juni 2017
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	De ombudsdienst behandelt alle klachten die geuit worden in het ziekenhuis. Naast de klachten gerelateerd aan de wet van de patiëntenrechten, worden organisatorische klachten, administratieve klachten en klachten mbt de technische en facilitaire diensten ook behandeld. De ombudsdienst wordt soms ook gecontacteerd voor het begeleiden en het afhandelen van het bekomen van een afschrift van een dossier. De ombudspersoon probeert klachten te voorkomen door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen. De ombudsdienst formuleert aanbevelingen aan de directie van het ziekenhuis. Die aanbevelingen geven informatie dat aangewend kan worden om het kwaliteitssysteem en kwaliteitsbeleid mee te optimaliseren.

<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>De klacht komt bij de ombudsdienst (rechtstreeks of onrechtstreeks) Er gebeurt een ontvangstmelding. De ombudspersoon neemt contact op met de klachtmelder én de aangeklaagde. De ombudspersoon aanhoort beide partijen, er wordt informatie verzameld en er wordt gestreefd naar een oplossing waarbij beide partijen zich goed voelen. Is het resultaat voor de klachtmelder ontoereikend, wordt hij ingelicht over de mogelijke alternatieven. De ombudspersoon doet aanbevelingen om gelijkaardige klachten in de toekomst te voorkomen.</p>
---	---

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

Het ziekenhuis heeft tot doel om zorgzaam om te gaan met klachten. Het ziekenhuis moedigt de patiënten aan om niet met wrevel of ongenoegen te blijven zitten maar hierover te communiceren.

Indien mogelijk gebeurt dit rechtstreeks met de betrokken persoon. De patiënt kan zich hiervoor ook richten tot de ombudspersoon.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

De klacht komt bij de ombudsdienst (rechtstreeks of onrechtstreeks)

Er gebeurt een ontvangstmelding.

De ombudspersoon neemt contact op met de klachtmelder én de aangeklaagde.

De ombudspersoon aanhoort beide partijen, er wordt informatie verzameld en er wordt gestreefd naar een oplossing waarbij beide partijen zich goed voelen.

Is het resultaat voor de klachtmelder ontoereikend, wordt hij ingelicht over de mogelijke alternatieven.

De ombudspersoon doet aanbevelingen om gelijkaardige klachten in de toekomst te voorkomen.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	209
Aantal infodossiers	20
Aantal pro actieve dossiers	21
Aantal opvragingen patiëntendossier	8
Aantal 'andere'	0

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAON DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	114
<p><u>Opmerkingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...) ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn. 	

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	99
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	22
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	7
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	1
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	2
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	4

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	95	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)		
Onderstaande cijfers hebben betrekking op alle klachtendossiers van het jaar 2017.		
<i>Inhoud van de klachten behandeld door de ombudsdienst:</i>		
	Ombudsdienst	
K - Type klacht	Campus Geel	Totaal
Medische aspecten	101	101
Verpleegkundige aspecten	41	41
Paramedische/ Sociale aspecten	10	10
Administratieve aspecten	26	26
Facilitaire/Technische aspecten	10	10
Organisatorische aspecten	48	48
Anders	0	0
Totaal	236	236
 <i>Verwachtingen geuit door de klachtmelders:</i>		
	Ombudsdienst	
K - Verwachting	Campus Geel	Totaal
Informatie	39	39
Luisterend oor / Opvang	8	8
Signaal	91	91
Pendeldiplomatie	5	5
Samenbrengen van partijen	3	3
Oplossing	30	30
Correctie factuur	36	36
Schadeclaim	30	30
Andere	2	2
Totaal	244	244

Aanbevelingen

Hieronder enkele aanbevelingen die geuit werden naar de directie van het ziekenhuis.

- ✓ Duidelijke communicatie over alle deelaspecten van de verzorging naar de patiënten/familie. "Zeg wat je doet" ook over de zorgaspecten die niet in het zicht van de patiënt gebeuren.
- ✓ De procedure met betrekking tot de aanvraag van secundaire transporten regelmatig updaten.
- ✓ Alle medewerkers van het ziekenhuis op de hoogte brengen van de nieuwe reglementering betreffende het nieuw privacy beleid.
- ✓ Conventiestatus van artsen duidelijk afficheren voor de patiënten en de vermelding op de website actueel houden.
- ✓ Poetstechnieken regelmatig evalueren.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

De ombudspersoon maakt 2 keer per jaar aanbevelingen over aan de directie van het ziekenhuis. Vanuit die aanbevelingen genereren de directieleden werkpunten per departement.



1. Instellingsgebonden informatie

1.1 Op welk type van instelling heeft het jaarverslag betrekking? Duid het juiste antwoord aan.

1) Algemeen ziekenhuis

2) Psychiatrisch ziekenhuis

3) Initiatief Beschut Wonen (IBW)

4) Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT)

1.2 Erkenningsnummer van de instelling:

1.3 Naam van de instelling:

1.4 Gewest waarin de instelling zich bevindt:

1) Vlaanderen

2) Brussels Hoofdstedelijk Gewest

3) Wallonië



1.5 Duid het juiste antwoord aan:

De instelling waarop het jaarverslag betrekking heeft,

- 1) beschikt over een eigen ombudsfunctie

- 2) doet een beroep op een ombudsfunctie die gemeenschappelijk wordt georganiseerd voor meerdere ziekenhuizen in het kader van een schriftelijk samenwerkingsakkoord tussen de betrokken ziekenhuizen

- 3) doet een beroep op een ombudsfunctie bij het provinciale overlegplatform geestelijke gezondheidszorg

1.6 Coördinaten van de ombudsfunctie (vermeld in de lijsten met contactgegevens van de ombudspersonen op www.patientrights.be):

- Naam / voornaam: [Delbecq Tania](#)
- Professioneel adres: [Salisburylaan 100 9820 Merelbeke](#)
- Telefoonnummer: [09/272 20 08](#)
- Eventueel een tweede telefoonnummer:
- E-mail: [gewijzigd! ombudsdienst@provinciaalzorgcentrumleberge.be](mailto:gewijzigd!ombudsdienst@provinciaalzorgcentrumleberge.be)
- Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon: [01/11/2011](#)

1.7 Welk traject volgen de klachten betreffende de rechten van de patiënt in uw instelling? Waar situeert de ombudsfunctie zich in dit traject?

Toelichting: (max. 10 lijnen)

De ombudsdienst wordt slechts ingeschakeld als er geen oplossing komt voor het probleem dat zich stelt. Dan worden de mensen die een klacht wensen in te dienen doorverwezen naar de ombudsdienst. Deze doorverwijzing gebeurde in het verleden al door de hoofdverpleegkundige van de dienst, de andere verplegenden en verzorgenden, de algemene en verpleegkundige directie, de sociale dienst, de facturatedienst....



2. Overzicht van de klachten

2.1 Welk registratiesysteem gebruikt u? Duid het juiste antwoord aan.

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1) Het registratiesysteem VVOVAZ | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2) Het registratiesysteem Go-between (KPsoft) | <input type="checkbox"/> |
| 3) Een ander registratiesysteem | <input type="checkbox"/> |
| 4) Geen registratiesysteem | <input type="checkbox"/> |

2.2 Aantal dossiers van klachten waarvan de **inhoud gerelateerd is aan de rechten zoals opgenomen in de wet betreffende de rechten van de patiënt**, die in het afgelopen jaar geopend werden (**art. 11 § 1**):

OPGELET!

Met vraag 2.1 bedoelen we *niet* de dossiers waarin louter informatie verleend wordt. Het gaat hier om de dossiers waarin er echt sprake is van een klacht of uiting van ongenoegen omtrent de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

3. Voorwerp van de klachten (die in het afgelopen jaar ontvangen zijn)

U kan voor een zelfde dossier van klachten meerdere patiëntenrechten aanduiden.

3.1 Hoeveel keer betreft de klacht het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening? (**art. 5**)

OPGELET!

Tot vraag 3.1 behoren de klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de **relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt** (klachten over het gedrag en de communicatie van de beroepsbeoefenaar(s) en / of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).

Tot vraag 3.1 behoren *niet* de klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening van de instelling zélf (hygiënische omstandigheden, de kwaliteit van de aangeboden voeding, enz.).

3.2 Hoeveel keer betreft de klacht het recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar? (**art. 6**)



3.3 Hoeveel keer betreft de klacht het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand? (**art. 7**)

0

3.4 Hoeveel keer betreft de klacht het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar? (**art. 8**)

OPGELET!

Het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar in vraag 3.4 omvat:

- het recht op *informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf* (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan), zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.
- het recht op de *uitdrukkelijke* toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.
- het recht op *weigering* van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.

0

3.5 Hoeveel keer betreft de klacht het recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier? (**art. 9 § 1**)

0

3.6 Hoeveel keer betreft de klacht alleen het recht op inzage van het patiëntendossier? (**art. 9 § 2**)

0

3.7 Hoeveel keer betreft de klacht het recht op afschrift van het patiëntendossier? (**art. 9 § 3**)

0

3.8 Hoeveel keer betreft de klacht het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer? (**art. 10**)

4

3.9 Hoeveel keer betreft de klacht het recht op een op pijnbestrijding gerichte zorg? (**art. 11bis**)

0



4. Resultaat van het optreden

4.1 Aantal dossiers van klachten, dat nog lopende is (in welk jaar ook geopend):

4.2 Aantal dossiers van klachten, dat in de loop van het afgelopen jaar afgesloten is (in welk jaar ook geopend):

4.3 Aantal dossiers van klachten, geopend in het afgelopen jaar, waarbij de bemiddeling niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd en waarbij de patiënt werd ingelicht over de alternatieven in verband met de behandeling van de klacht (**art. 11 § 2, 3°**):

5. Moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt en de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen

Gelieve **aan te duiden** of u **al dan niet moeilijkheden** ondervindt in verband met de hierna vermelde onderwerpen.

Indien u dit wenst, kan u de door u aangehaalde **moeilijkhe(i)d(en) toelichten** en **eventueel aanbevelingen formuleren** om deze te verhelpen.

5.1 Het behoud van uw onafhankelijkheid (cf. het feit dat uw positie in de instelling en / of uw plaats in het organogram u toelaat om vrij en autonoom te werken)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.
- Geen antwoord

Toelichting: (max. 5 lijnen)

Als je nog een andere functie uitoefent naast die van ombudsvrouw is het niet evident om steeds onafhankelijk te werken.

Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen)



5.2 Het behoud van uw neutraliteit en onpartijdigheid (cf. bij de afhandeling van een conflict geen partij kiezen, noch voor de patiënt, noch voor de beroepsbeoefenaar)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.
- Geen antwoord

Toelichting: (max. 5 lijnen)

Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen)

Meestal is een klacht niet persoonsgebonden maar meer afdelingsgebonden. Als je in je andere functie met die afdelingen nauw moet samenwerken is het niet altijd evident om neutraal te blijven maar tot nu toe is dit nog haalbaar.

5.3 De eerbiediging van uw beroepsgeheim

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.
- Geen antwoord

Toelichting: (max. 5 lijnen)

Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen)

5.4 Het bemiddelen zelf met het oog op het bereiken van een oplossing

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.
- Geen antwoord



Toelichting: (max. 5 lijnen)

Als er structureel geen oplossing is dan heb je het gevoel dat je de klagers in de kou laat staan. (bv dementerenden die de privacy van de andere patiënten niet respecteren aangezien er geen echte dementenafdeling is).

Problemen met empathisch gedrag zijn niet altijd meetbaar en te achterhalen. Men moet voortgaan op hetgeen men je vertelt. Meestal nemen de klagers genoegen met de mededeling dat deze problematiek zal besproken worden op de teamvergadering van de afdeling.

Toch moet in deze wel opgemerkt worden dat respect van 2 kanten moet komen. Patiënten en familie worden steeds mondiger en durven ook wel eens de regels van beleefdheid te overtreden.

Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen)

Blijven werken aan de omgang met patiënten door cursussen te geven. Of het gegeven blijft hangen is een andere vraag. Iets doen is natuurlijk beter dan niets doen. Veel hangt ook af van de persoonlijkheid en daaraan kan niet veel veranderd worden door cursussen.

5.5 De infrastructuur, de mensen en de middelen die ter beschikking staan van de ombudsdienst

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.
- Geen antwoord

Toelichting: (max. 5 lijnen)

Ik zit samen met een collega administratie in hetzelfde bureau. Als er een afspraak wordt gemaakt met de persoon die een klacht indient dan verloopt dit gesprek in een andere ruimte die op dat moment beschikbaar is. Tot nu toe was er steeds een vrije ruimte beschikbaar.

Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen)



Jaarverslag van de ombudspersoon "Rechten van de patiënt" van een ziekenhuis of van een overlegplatform geestelijke gezondheidszorg

5.6 De uitvoering van de administratieve opdrachten van de ombudsfunctie (vb. de klachtenregistratie en het opstellen van een jaarverslag)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.
- Geen antwoord

Toelichting: (max. 5 lijnen)



Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen)

6. Aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven (art. 11) en / of ter verbetering van de wet betreffende de rechten van de patiënt

Gelieve **aan te duiden** of u **al dan niet moeilijkheden** ondervindt in verband met de hierna vermelde onderwerpen.

Indien u dit wenst, kan u de door u aangehaalde **moeilijkhe(i)d(en) toelichten** en ten aanzien van uw instelling en / of ten aanzien van de overheden (regering, FOD, enz.) of andere personen **maximum drie aanbevelingen formuleren** ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven en / of ter verbetering van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

6.1. Het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

1) Toelichting: (max. 5 lijnen)

2) Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen per aanbeveling)

- Ten aanzien van uw instelling:

-Er wordt gewerkt aan het nog beter kenbaar maken van de patiëntenrechten.

-

-

- Ten aanzien van de overheden of andere personen:

-Via de media meer kenbaar maken van de patiëntenrechten. Weinig patiënten zijn hiervan op de hoogte. Brochures worden immers niet altijd gelezen. De media zijn een sterk medium.

-

-



6.2 Het recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (art. 6)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

1) Toelichting: (max. 5 lijnen)

2) Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen per aanbeveling)

- Ten aanzien van uw instelling:
- -
 -
- Ten aanzien van de overheden of andere personen:
- -
 -

6.3 Het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand (art. 7)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

1) Toelichting: (max. 5 lijnen)

2) Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen per aanbeveling)

- Ten aanzien van uw instelling:
- -
 -



- Ten aanzien van de overheden of andere personen:

-
-
-

6.4 Het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (**art. 8**)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

1) Toelichting: (max. 5 lijnen)

2) Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen per aanbeveling)

- Ten aanzien van uw instelling:

-
-
-

- Ten aanzien van de overheden of andere personen:

-
-
-

6.5 Het recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier (**art. 9 § 1**)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

1) Toelichting: (max. 5 lijnen)



2) Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen per aanbeveling)

- Ten aanzien van uw instelling:

-
-
-

- Ten aanzien van de overheden of andere personen:

-
-
-

6.6 Het recht op inzage van het patiëntendossier alleen (art. 9 § 2)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.

- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

1) Toelichting: (max. 5 lijnen)

2) Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen per aanbeveling)

- Ten aanzien van uw instelling:

-
-
-

- Ten aanzien van de overheden of andere personen:

-
-
-

6.7 Het recht op afschrift van het patiëntendossier (art. 9 § 3)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.

- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.



1) Toelichting: (max. 5 lijnen)

2) Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen per aanbeveling)

➤ Ten aanzien van uw instelling:

-
-
-

➤ Ten aanzien van de overheden of andere personen:

-
-
-

6.8 Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10)

➤ Ja, ik ondervind moeilijkheden.

➤ Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

1) Toelichting: (max. 5 lijnen)

2) Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen per aanbeveling)

➤ Ten aanzien van uw instelling:

-Bekijken hoe men in de toekomst de opname van dementerende patiënten met storend gedrag beter kan organiseren. Aparte afdeling creëren?

-
-

➤ Ten aanzien van de overheden of andere personen:

-
-
-



6.9 Het recht op een op pijnbestrijding gerichte zorg (art. 11bis)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

1) Toelichting: (max. 5 lijnen)

2) Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen per aanbeveling)

- Ten aanzien van uw instelling:

-
-
-

- Ten aanzien van de overheden of andere personen:

-
-
-

6.10 Het systeem van de vertegenwoordiging van de patiënt (art. 12-15)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden.
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden.

1) Toelichting: (max. 5 lijnen)

2) Aanbeveling(en): (max. 5 lijnen per aanbeveling)

- Ten aanzien van uw instelling:

-
-
-



➤ Ten aanzien van de overheden of andere personen:

-
-
-



BIJLAGE:

Indien u dit wenst, kan u in bijlage van dit jaarverslag nog verduidelijkingen omtrent de werking van uw dienst toevoegen (vb. activiteiten omtrent andere klachten dan deze die de rechten van de patiënt betreffen; uw eigen initiatieven op vlak van preventie met het doel de therapeutische relatie of de communicatie tussen patiënt en zorgbeoefenaar te verbeteren (informatiebijeenkomsten over de patiëntenrechten of andere opleidingsvormen, verspreiding van folders, ...), enz.)?

Sommige leden van de Federale commissie "Rechten van de patiënt" zouden overigens geïnteresseerd zijn in meer informatie over de termijnen waarin de klachten zijn afgehandeld (bv. aantal klachten afgehandeld binnen 3 maanden, 3-6 maanden, 1 jaar, >1 jaar), alsook over het type beroepsbeoefenaars, al dan niet geïndiceerd in de Wet Patiëntenrechten, die in de klachten het meest vermeld worden. Omtrent dit onderwerp kan u derhalve eveneens informatie toevoegen.

Naar aanleiding van de inspectie eerder dit jaar zal er meer aandacht worden gegeven aan de patiëntenrechten via informatie op de website (Wat? Hoe? Waarom?). Daarnaast zijn er nu reeds folders en brochures over de patiëntenrechten beschikbaar in de zithoeken verspreid over het ziekenhuis. Aan de receptie komt tevens een map met info rond de ombudsdienst en de patiëntenrechten.

De patiënten krijgen bij opname reeds een infobrochure mee over de ombudsdienst en een meldings- / klachtenformulier dat zij of hun vertrouwenspersoon kunnen invullen indien gewenst. Er hangt een brievenbus aan het bureau van de ombudsdienst waarin ze dit document kunnen deponeren.

Er werden en worden door de opleidingsverantwoordelijke bijscholingen georganiseerd die betrekking hebben op het verbeteren van de relatie tussen patiënt en beroepsbeoefenaar. (bv. omgaan met kritiek van familie, discretie in de zorg...)

In het verleden werden reeds enquêtes gehouden omtrent de werking op de Sp-diensten. Daaruit blijkt dat de patiënten niet steeds hun mening durven te uiten. Dat neemt niet weg dat we dit in de toekomst terug zullen opnemen om onze werking te evalueren.

Gezien de kleinschaligheid van ons ziekenhuis kunnen de klachten, op enkele uitzonderingen na, binnen de 3 maanden worden afgehandeld.

Het colloquium van 24/11/17, dat gehouden werd naar aanleiding van het 15-jarig bestaan van de rechten van de patiënt, vond ik een zeer goed initiatief aangezien "de patiëntenrechten" vanuit verschillende invalshoeken werden belicht. Goed georganiseerd!

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Sint Andriesziekenhuis Tielt
Adres	Bruggestraat 84 – 8700 Tielt
Gewest	Vlaams
Erkenningsnummer	395 ST.-ANDRIESZIEKENHUIS
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Regionaal ziekenhuis
Aantal bedden	266 + 36 daghospitalisatie
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(n)en)	Maaïke Oosterlijnck
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01.11.2017
Bestaffing	1 VTE

Lokalisatie dienst	Route 39 – 1 ^{ste} verdieping, naast sociale dienst.
Registratiesysteem	Microsoft Access Database (registratiesysteem VVOVAZ)
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	https://www.sintandriestielt.be/patient/ombudsdienst/huishoudelijk-reglement/ HHR ligt ter inzage van de patiënten, de medewerkers van het ziekenhuis en iedere belangstellende aan het onthaal, op internet / SATNet of op de ombudsdienst.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Geen (pas 2 maand in dienst).
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	VVOVAZ 19.06.2017 Kortrijk – Saskia Dhont
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	De ombudsdienst heeft als belangrijkste taak aan de patiënten, hun familieleden en/of bezoekers van het ziekenhuis de uitoefening van hun klachtrecht te garanderen, wat betreft de rechten van de patiënt, zoals beschreven in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt. Ruimer: alle vragen, opmerkingen, klachten of suggesties van patiënten, hun verwanten en bezoekers. Alsook aanvraag inzage of afschrift patiëntendossier.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	De klacht kan <i>mondeling</i> (telefonisch of via persoonlijk contact na afspraak) of <i>schriftelijk</i> (brief, suggestiebriefje, e-mail of fax) worden geuit. Elke <i>ontvankelijke</i> en binnen de bevoegdheid van de ombudsdienst ressorterende klacht wordt bij melding geregistreerd in een klachtenbemiddelingsdossier. Per kerende wordt een schriftelijke ontvangstmelding bezorgd aan de klager. Bij een mondelinge klacht wordt in overleg met de klachtmelder het verder verloop afgesproken.

	<p>Met het oog op een deskundige oplossing van de klacht, oefent de ombudspersoon haar bemiddelingsopdracht op een zorgvuldige en binnen een redelijke termijn uit.</p> <p>Indien nodig wordt er een gesprek met de melder gepland om de klacht verder te verduidelijken.</p> <p>De ombudspersoon peilt naar de verwachtingen van haar tussenkomst en maakt verdere afspraken.</p> <p>Wanneer de klacht en de verwachtingen duidelijk zijn, verzamelt de ombudspersoon de klachtgegevens en start het onderzoek. Dit onderzoek vindt plaats conform de basisprincipes van deskundigheid, onafhankelijkheid, onpartijdigheid, neutraliteit en beroepsgeheim, voorgeschreven in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.</p> <p>Om een geschikte oplossing voor de klacht te vinden, voert de ombudsvrouw haar taak welwillend uit, spreekt de betrokken beklagde(n) aan en bezorgt haar informatie over de klacht. Zij kan vrijuit met elke medewerker binnen het ziekenhuis spreken die betrokken is bij een klacht of die een klacht kan helpen uitklaren.</p> <p>De ombudspersoon stelt steeds voor of de betrokken partijen niet eerst rechtstreeks de klacht willen bespreken. De ombudspersoon geeft ondersteunend advies en stimuleert beide partijen om hun wensen bespreekbaar te maken en voorstellen te uiten om op die manier te komen tot een consensus.</p> <p>Indien nodig organiseert en modereert de ombudspersoon een bemiddelingsgesprek.</p> <p>De ombudspersoon informeert mondeling of schriftelijk de klager en beklagde over het resultaat van de klachtenbemiddeling. Een afgehandeld dossier wordt als gesloten beschouwd, tenzij nieuwe elementen worden aangebracht.</p> <p>Als deze oplossing niet bevredigend is voor de partijen, licht de ombudspersoon de klager in over de andere mogelijke middelen waarover zij beschikt.</p> <p>De ombudspersoon heeft een inspanningsverbintenis om te bemiddelen ten aanzien van de partijen, geen resultaatverbintenis.</p>
--	--

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
Klachten worden geanonimiseerd besproken in een driemaandelijke klachtencommissie met als doel verbeterpunten op te sporen en de werking te optimaliseren.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

Informereren, adviseren, bijstand verlenen en bemiddelen.

Concreet:

Helderheid brengen in feitelijkheden en wenselijkheden, dit vanuit een neutrale onpartijdige positie verduidelijken tav betrokken melder én betrokken medewerker(s) ziekenhuis.

Verkennen mogelijkheden, voorstellen van acties, evt. bijdragen tot acties. Opvolgen uitvoering.

Anoniem rapporteren, voorstellen structurele verbeterpunten.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

194

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	159
Aantal infodossiers	26
Aantal pro actieve dossiers	Niet vermeld.
Aantal opvragingen patiëntendossier	12
Aantal 'andere'	Niet bekend.

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

97

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	70
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	16
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	5
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	3
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	2
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	77															
Tabellen/grafieken; klachtenratio:																
<table border="1"><thead><tr><th>Quarter</th><th>Dossiers 2017</th><th>Klachten 2017</th></tr></thead><tbody><tr><td>Q 1</td><td>43</td><td>37</td></tr><tr><td>Q 2</td><td>49</td><td>41</td></tr><tr><td>Q 3</td><td>46</td><td>41</td></tr><tr><td>Q 4</td><td>56</td><td>38</td></tr></tbody></table>		Quarter	Dossiers 2017	Klachten 2017	Q 1	43	37	Q 2	49	41	Q 3	46	41	Q 4	56	38
Quarter	Dossiers 2017	Klachten 2017														
Q 1	43	37														
Q 2	49	41														
Q 3	46	41														
Q 4	56	38														
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)																
Meest voorkomende aspecten: <ol style="list-style-type: none">1. Medisch – kwalitatieve behandeling 20%2. Admin. financieel – facturatie 10%3. Organisatorisch – opnameregeling 8%4. Organisatorisch – verloren voorwerpen 8%																
Verwachting bij aanmelding (meerdere mogelijk): <ul style="list-style-type: none">- Signaal 31%- Financieel akkoord 31%- Informatie 26%- Andere verwachting 12%- Ander akkoord 11%																

- Luisterend oor/opvang 6%
- Bemiddeling 3%

Aanbevelingen

- ✓ Gratis internet voor patiënten en bezoekers.
- ✓ Aanpassing parkeertarief voor gehospitaliseerde patiënten.
- ✓ Signalisatie en overkapping fietsenstalling.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Driemaandelijks bespreking op klachtencommissie en rapportage op comité kwaliteit en patiëntveiligheid.

Jaarverslag 2017 ombudsdienst Sint Jozefkliniek Bornem-Willebroek.

De Sint Jozefkliniek is een algemeen ziekenhuis in Vlaanderen, bestaande uit twee camp, nml. te Bornem (Kasteelstraat 23) en te Willebroek (Tisseltsesteenweg 27).

Zij beschikt over een eigen ombudsdienst.

Contactgegevens ombudspersoon : Louis Van Nieuland

03.890.17.92

ombudsdienst@sjk.be

sinds 31-03-2011.

Als registratiesysteem voor de meldingen wordt software van Patiënt Safety Company benut. Deze software geeft een dynamisch rapport dat medewerkers kunnen inzien ngl. de toegangsmodaliteiten van de software. De inhoud van de melding kan alleen door de ombudsman zelf gezien worden.

Dankzij het dynamisch rapport kunnen we een evolutie in klachten observeren over de jaren heen. Dit schriftelijk rapport is een weergave van het dynamisch rapport van de periode 2014 tem eind 2017.

1. Aantal dossiers volgens type:

	2017	2016	2015	2014
Info/advies	4	8	2	9
Inzage/afschrift	10	22	37	26
Klacht	188	184	137	131
Pro-actieve melding	1	7	5	2
Signaal	25	19	17	12

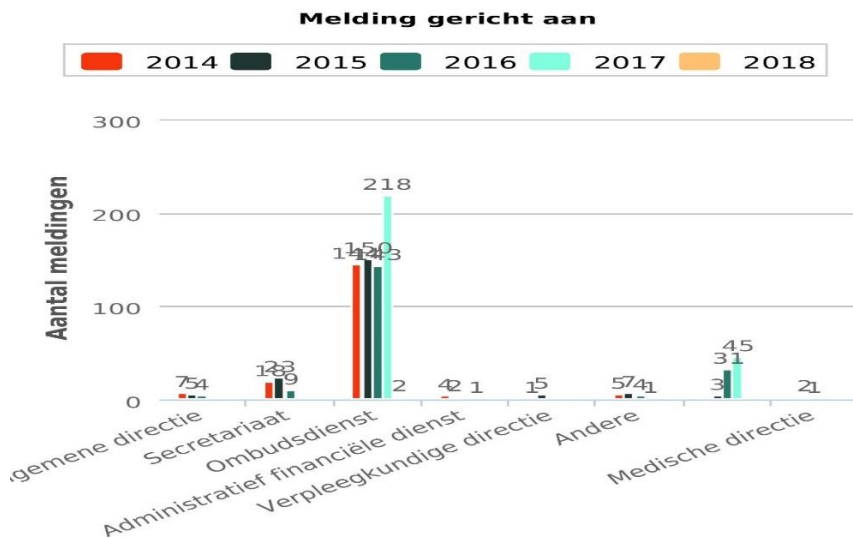
Commentaar:

We zien een stijging van klachten. Dit wilt niet zeggen dat er meer klachten zijn. Mensen vinden meer de weg naar de ombudsdienst. Dit merk je ook door de stijging van signaal-dossiers. De daling van inzage/afschrift is te wijten aan een hernieuwde procedure. De OD komt nu enkel ter sprake wanneer de wet pat. rechten in gedrang komt i.v.m. de vraag naar een afschrift.

Opmerking

In één klacht kunnen soms meer items voorkomen die betrekking hebben op het onderwerp zoals de bijv. wet op de pat. rechten. Zo kan een klacht bijvoorbeeld een raakvlak hebben op gebied van kwaliteit en informatie. Dit ziet u ook in de grafieken van medische en verpleegkundige aspecten van een klacht. Hier kan bijvoorbeeld zowel de klacht betrekking hebben op een communicatiestijl als behandeling of zorg. Vandaar dat de som van de registratie vaak niet overeenkomt met het aantal meldingen op jaarbasis.

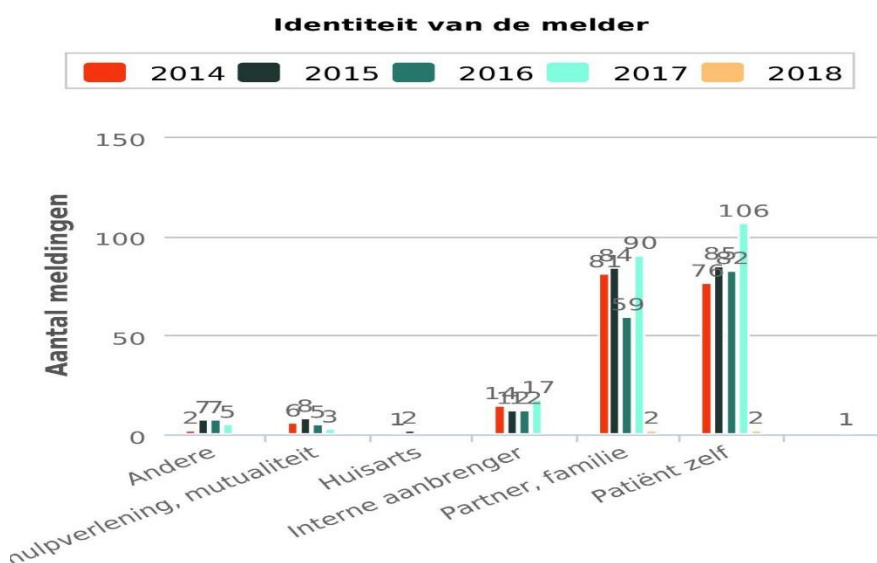
2. Aan wie wordt de melding gericht?



Commentaar:

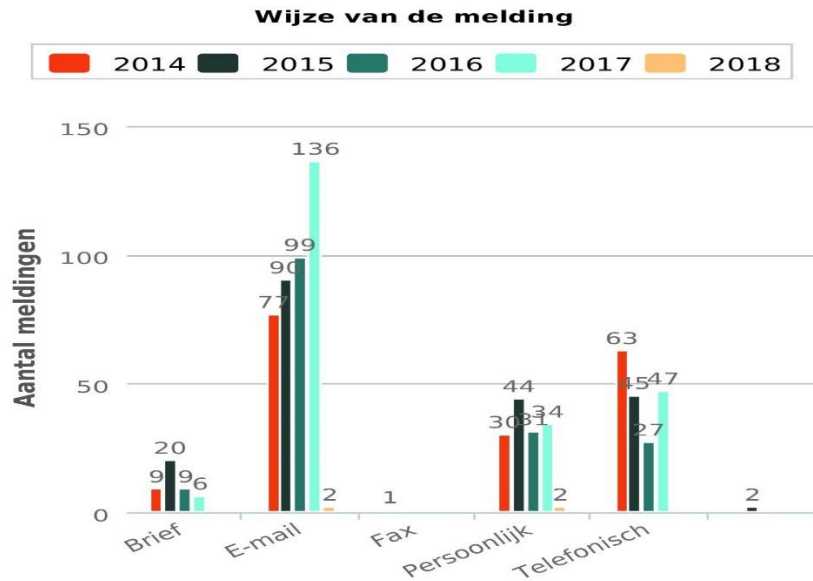
In 2017 werden er 95% van de meldingen rechtstreeks gemeld aan de OD. Dit mede dankzij de mogelijkheid om via de website van het ziekenhuis online een melding te doen. Dit krijgt meer en meer bekendheid. De overige 5% komen via medewerkers SJK zoals de grafiek aangeeft.

3. Wie doet een melding?



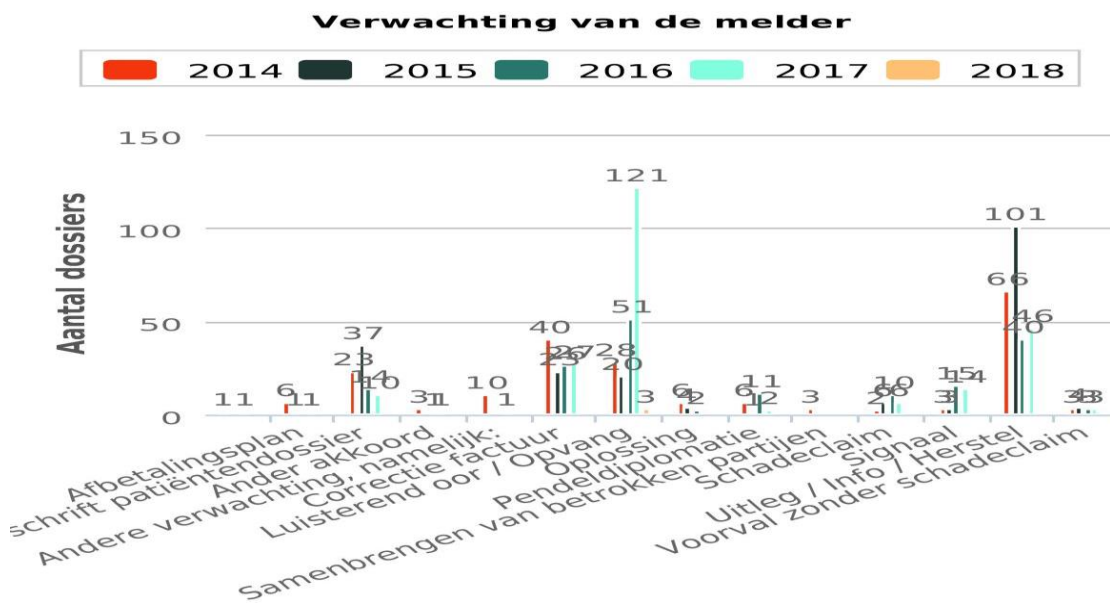
Commentaar: meestal familie, partner of de patiënt zelf. Maar ook medewerkers van het ziekenhuis karten de problematiek aan als de pat. zelf niet mondig of assertief genoeg is.

4. Wijze van melding?



Commentaar: Er is een duidelijke stijging van meldingen via e-mail. Dit ook omwille van de online-mogelijkheid een klacht te uiten. Persoonlijke gesprekken als eerste melding en via telefoon stabiliseren zich over de jaren heen.

5. Wat verwacht de melder?

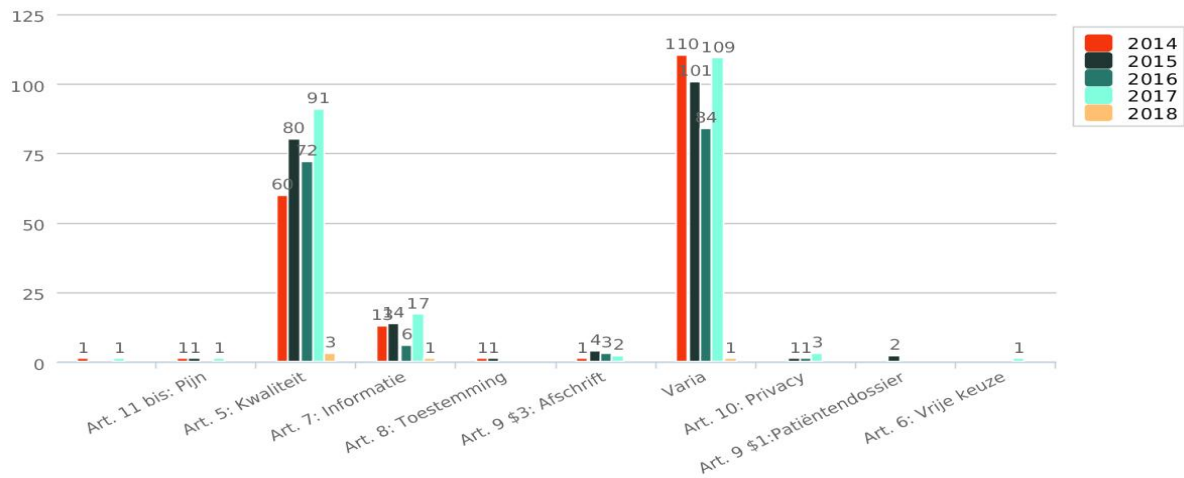


Commentaar:

We zien vooral een opvang-functie als OD, een luisterend oor. Mensen moeten hun verhaal kwijt. T.o.v. 2014 is er daling rond de problematiek facturatie, maar we zien terug sinds 2015 een stijging.

7. Overzicht rechten van de patiënt.

Overzicht volgens de rechten van de patiënt



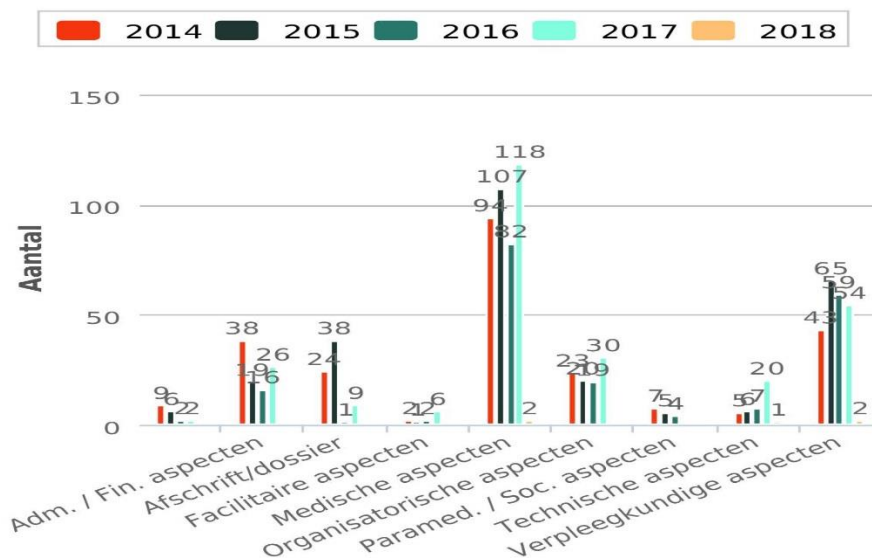
Commentaar: een OD houdt zich gemiddeld 52 % bezig met meldingen die geen betrekking hebben op de wet van de pat. rechten (varia).

Zoals de grafiek aantoont hebben de meldingen, i.v.m.de wet, vooral betrekking op het onderwerp “kwalteitsvolle zorg” en “informatie”. Hier ook zien we dat patiënten mondiger worden, beter geïnformeerd zijn en aldus de weg naar de OD vinden.

Via de website van het ziekenhuis, de onthaalbrochures en de folders die verspreid zijn over wachtzalen en diensten, worden patiënten geïnformeerd over de Wet op de pat. rechten. Daarenboven krijgt de nieuwe medewerker ook onderricht over dit onderwerp.

8. Inhoud van melding.

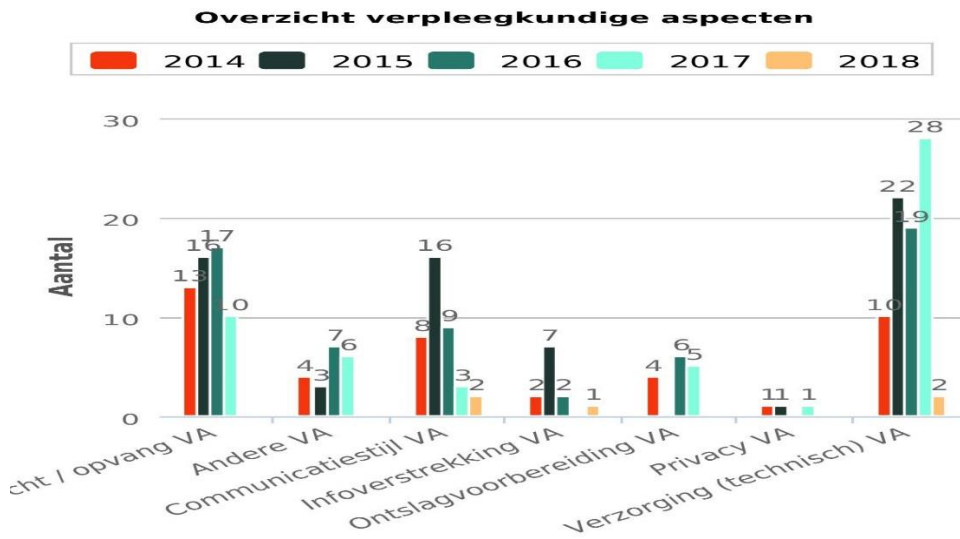
Inhoud van de melding



Commentaar: het is normaal dat medische- en verpleegkundige aspecten hoog scoren. Dit is de corebusiness van het ziekenhuis. De rest stabiliseert zich over de jaren heen.

8.1 Inhoud van melding in detail.

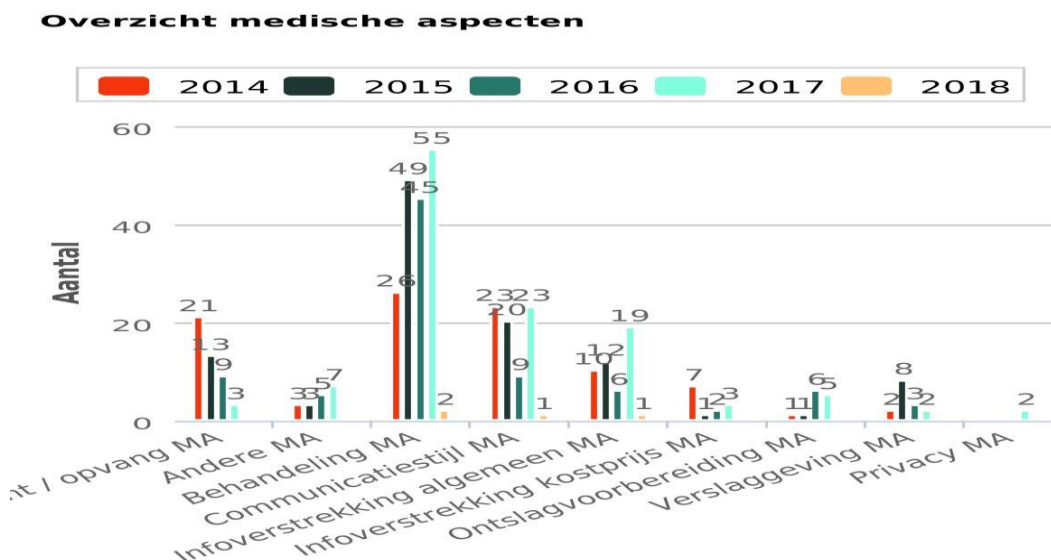
8.1.1 Overzicht verpleegkundige aspecten



Commentaar: meldingen rond communicatie hebben een dalende trend (te wijten aan de interne opleidingen?). Het schenken van aandacht/opvang aan de patiënt en verstrekken van zorg blijft een aandachtspunt.

Facilitaire aspecten hebben geen noemenswaardige registratie. 3 meldingen op de veiligheid van patiënten is verwaarloosbaar.

8.1.2 Overzicht medische aspecten.



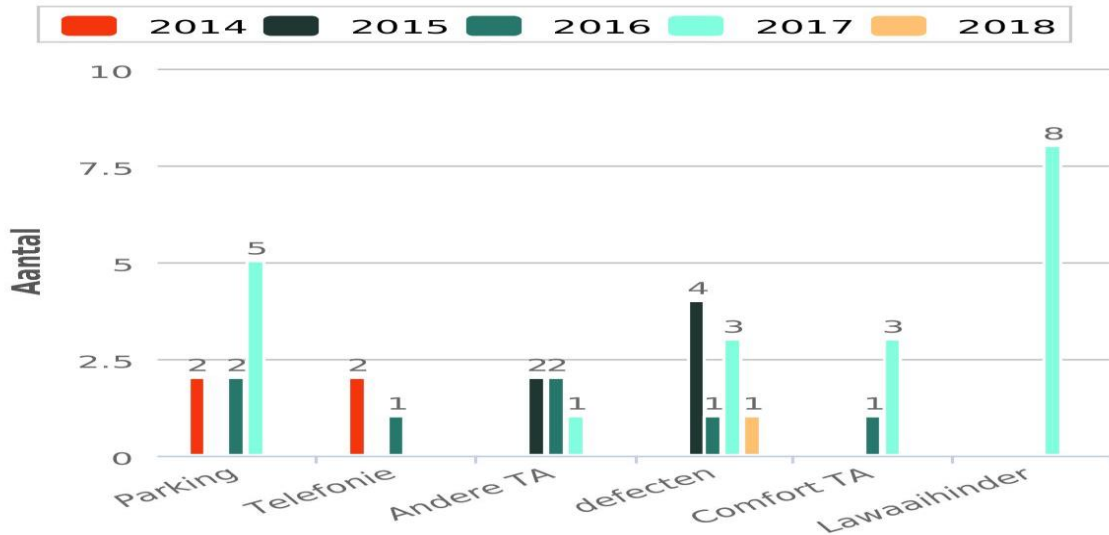
Commentaar: communicatiestijl blijft bij sommige artsen een werkpunt. De directie en hoofdgeneesheer volgen dit verder op. Er is al een richtlijn rond informed consent, alleen denk ik dat indien de patiënt tijdig en duidelijk verstaanbaar wordt geïnformeerd dat we vaak klachten kunnen vermijden.

De administratieve en financiële aspecten gaan meestal over een betwisting rond de factuur. Vooral rond de kostprijs en supplementen van een eenpersoonskamer. Het blijkt dat zowel arts als onthaal de pat. informeren over de financiële consequentie van een 1 PK, maar dat de pat. toch maar half de

zaak begrijpt. Dit is een werkpunt: hoe kunnen we de patiënt goed, verstaanbaar informeren en verifiëren of hij dit ook begrepen heeft? Vandaar dat de opnameregeling bij de “organisatorische aspecten” vaak het hoogste scoort bij meldingen. Achteraf zijn mensen verbaasd van hun keuze en de gevolgen hiervan.

8.1.3 Technische aspecten.

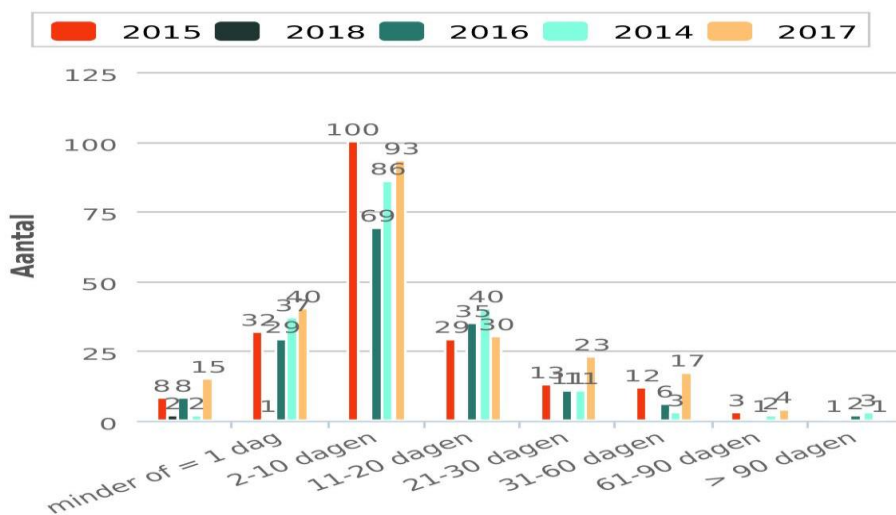
Technische aspecten



Commentaar: een verbouwing brengt lawaaihinder met zich mee. Ik had nog meer klachten hierover verwacht. Er zijn afspraken gemaakt met de ondernemers van start en stop-werkuren alsook over de methodiek rond afbraak om de lawaaihinder zoveel als mogelijk te beperken.

9. Doorlooptijd OD-dossiers.

Doorlooptijd afhandeling



Commentaar: de meeste dossiers worden gemiddeld rond 10 dagen afgehandeld. Maar ik bemerk in 2017 wel een stijging in de tijdzone 21-30 en 31-60 dagen. Gelukkig is dit maar een klein percentage t.o.v. het geheel. Een melding wordt voorgelegd aan alle betrokken partijen. Elke dag worden openstaande dossiers nagekeken of er een antwoord is verkregen op de vraag van perceptie van betrokken partij. Het valt me op dat ik meer rappels moet sturen dan vroeger om antwoord te

verkrijgen. Gezien de nieuwbouw, het Niaz traject, de fusie weet ik dat er heel wat afkomt op artsen en leidinggevenden. Ik wijt het dan ook hieraan. Een OD dossier blijft echter openstaan totdat ik alle antwoorden heb ontvangen om dan een totaal beeld te kunnen scheppen van de situatie.

Werkwijze OD : - fw. melding naar betrokkenen

- Bij geen antwoord na 1 week, rappel email
- Bij geen antwoord na 1 week, rappel email + uitprint email schriftelijk in intern postvak.
- Bij geen antwoord > inschakeling middenkader-directie.

10 Adviezen

- focus leggen op nog betere info verstrekking aan de pat.

> info rond financ. gevolgen van een 1 pk. Wat betekent 120% ereloon? Geef een concreet voorbeeld aan de pat. Daar waar het kan een kostenraming geven van de ingreep. Is het mogelijk om de pat. een schrijven of email te sturen voor de opname? Thuis kan een patiënt dit in rustige omstandigheden lezen. Bij opname hoort hij de info een tweede maal. Dit bevordert het begrijpen van informatie. Arts, onthaal, verpleegkundige (-spoed) dienen ook dezelfde informatie te geven.

- ernstige klachten i.v.m zorg en behandeling dienen in een debriefing aan bod te komen met als doel hieruit iets te leren, afspraken te maken en de organisatie bij te sturen. Dit voor alle medewerkers. > hoe dit binnen de organisatie "als vanzelfsprekend" te laten gebeuren? > interne sensibilisering?

- een medewerker die goede zorg verleent maar geen positief gedrag vertoont of aan malcommunicatie doet, dient ondanks de goede zorg ook op vlak van attitude en taalgebruik opgevolgd te worden.

- breng je collegae van een andere dienst niet in een negatief daglicht en zeker niet naar patiënt en/of familie toe. Tenslotte werken we allen in dezelfde kliniek en gooi je hierdoor je eigen ruiten in!

Verslag: Louis Van Nieuland

Jaarverslag van de ombudsdienst van Revalidatieziekenhuis RevArte
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Vóór 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Revalidatieziekenhuis RevArte
Adres	Drie Eikenstraat 659 – 2650 Edegem
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	236
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Categoriaal ziekenhuis
Aantal bedden	194
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Van den Putte Lutgarde
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	19/05/2014
Bestaffing	1 ombudspersoon (20% werkzaam in deze functie)

Lokalisatie dienst	Gelijkvloers, gang-administratie (B-vleugel)
Registratiesysteem	Eigen systeem (Excel)
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Huishoudelijk Reglement Ombudsdienst dd. 2/06/2014. Te raadplegen via de website van het ziekenhuis of bij de ombudspersoon zelf.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	-Verdiepingstraining Bemiddeling op 8/06/2017 (MEDIV).
Bijkomende vormingen, lezingen... in betrokken kalenderjaar	-Colloquium n.a.v. 15 jaar patiëntenrechten: "De communicatie beroepsbeoefenaar-patiënt: welke goede praktijken?", georganiseerd door de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling, louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer? Ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiënten dossier); preventieve opdracht..)</i>	-Behandeling van melding/klachten i.v.m. de wet op de patiëntenrechten dd. 22/08/2002 alsook: -behandeling van meldingen/klachten niet gerelateerd aan de wet op de patiëntenrechten (bijv. klachten die te maken hebben met ongenoegen en ontevredenheid rond administratieve en financiële aspecten (bijv. facturatie, bep. dienstverlenings-tarieven..), facilitaire aspecten (bijv. maaltijden, schoonmaak), technische aspecten (bijv. kamercomfort, parking, lawaai-hinder), en organisatorische aspecten (bijv. afsprakenregeling, ontslagregeling, opnameregeling, wachttijden...); -begeleiding inzage/afschrift patiëntendossier.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	-Verwijzing naar het Huishoudelijk Reglement van de ombudsdienst dd. 2/06/2014 - zie website: https://www.revarte.be/nl/patient/patientgerichte-aanpak/ombudsdienst-revalidatieziekenhuis-revarte/ .

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

-Patiënten worden geadviseerd om bij problemen, ontevredenheid.. zich in **1^{ste} instantie** te richten tot de **beklaagde** (betrokken zorgverlener, andere medewerker...). Indien de patiënt dit niet kan/kon of wil, dan kan hij terecht bij de **ombudspersoon** van het ziekenhuis. Deze laatste is en blijft evenwel een **2^{de} lijnsfunctie**. Patiënten kunnen opmerkingen of suggesties ook steeds melden via de **patiënttevredenheidsenquêtes**, die ze bij ontslag ontvangen. O.b.v. deze enquêtes maakt de instelling (via de kwaliteitscoördinator) analyses.

In zijn jaarverslag maakt de ombudspersoon een besluit op en geeft bepaald advies indien nodig.

Zowel op basis van hoger vermelde analyses, incidentmeldingen als het jaarverslag van de ombudspersoon zal de instelling gerichte **verbeteracties** opstellen.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

-De ombudspersoon volgt het **traject**, zoals omschreven in het Huishoudelijk Reglement van de ombudsdienst dd. 2/06/2014 alsook de **procedure** zoals beschreven in de interne klachtenprocedure van de ombudsdienst.

Deze procedure omvat volgende stappen:

- 1.klachtmelding
- 2.klachtintake (ontvangen, beluisteren & dossier aanmaken – dossier registratie + bevestiging ontvangst)
- 3.behandelen klacht (onderzoeken, gesprek voeren met betrokkene/n/)
- 4.bemiddelen
- 5.terugkoppeling aan verzoeker
- 6.afsluiten dossier & classeren (afgesloten dossier wordt vernietigd na opstellen jaarverslag)

Bijkomende informatie/opmerkingen:

-De ombudspersoon heeft geen moeilijkheden ervaren in het uitoefenen van de functie voor wat betreft het registratiejaar 2017.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. Gezien de vereiste strikte neutraliteit en opartijdigheid vanwege de ombudspersoon (zie KB 2007-03-19, art. 1, b), zal deze zich ook nooit over (on)gegrondheid uitspreken noch een standpunt innemen.

Aantal klachtendossiers	Totaal: 104 dossiers; waarvan 61 gerelateerd aan de wet op de patiëntenrechten.
Aantal infodossiers	12
Aantal pro actieve dossiers	4
Aantal opvragingen patiëntendossier	Zie verder.
Aantal 'andere'	Van de 104 dossiers waren er 43 dossiers niet gerelateerd aan de wet op de patiëntenrechten.

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	18
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	5
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	0
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	1
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	9
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	27
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	2
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	1
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	2

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

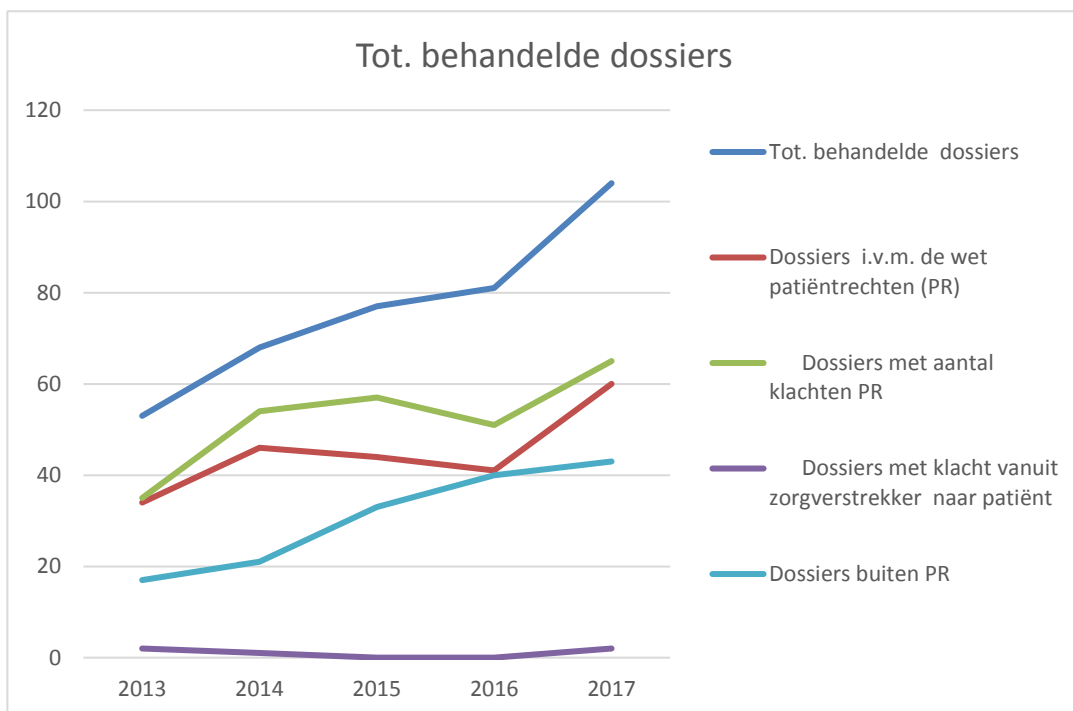
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt

43

Tabellen/grafieken....:

Algemeen overzicht behandelde meldingen/klachten (incl. grafiek met evolutie):

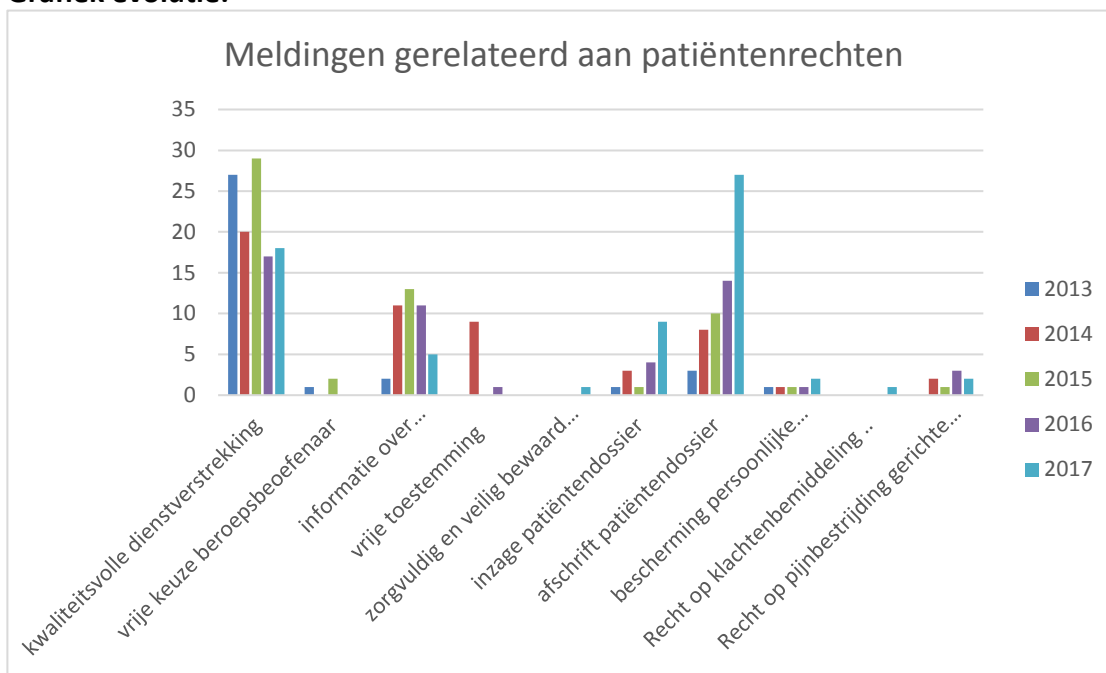
	2017
Behandelde dossiers	104
Dossiers i.v.m. de wet patiëntrechten (PR)	61
met aantal klachten PR	65
Dossiers met klacht vanuit zorgverstreker naar patiënt	2
Dossiers buiten PR	43



Overzicht aantal meldingen/klachten gerelateerd aan de patiëntenrechten:

	2017
kwaliteitsvolle dienstverlening	18
vrije keuze beroepsbeoefenaar	0
informatie over gezondheidstoestand	5
vrije toestemming	0
zorgvuldig en veilig bewaard patiëntendossier	1
inzage patiëntendossier	9
afschrift patiëntendossier	27
bescherming persoonlijke levenssfeer	2
Recht op klachtenbemiddeling ..	1
Recht op pijnbestrijding gerichte zorg	2
TOTAAL:	65

Grafiek evolutie:



Bijkomende informatie/opmerkingen:

AANBRENGER

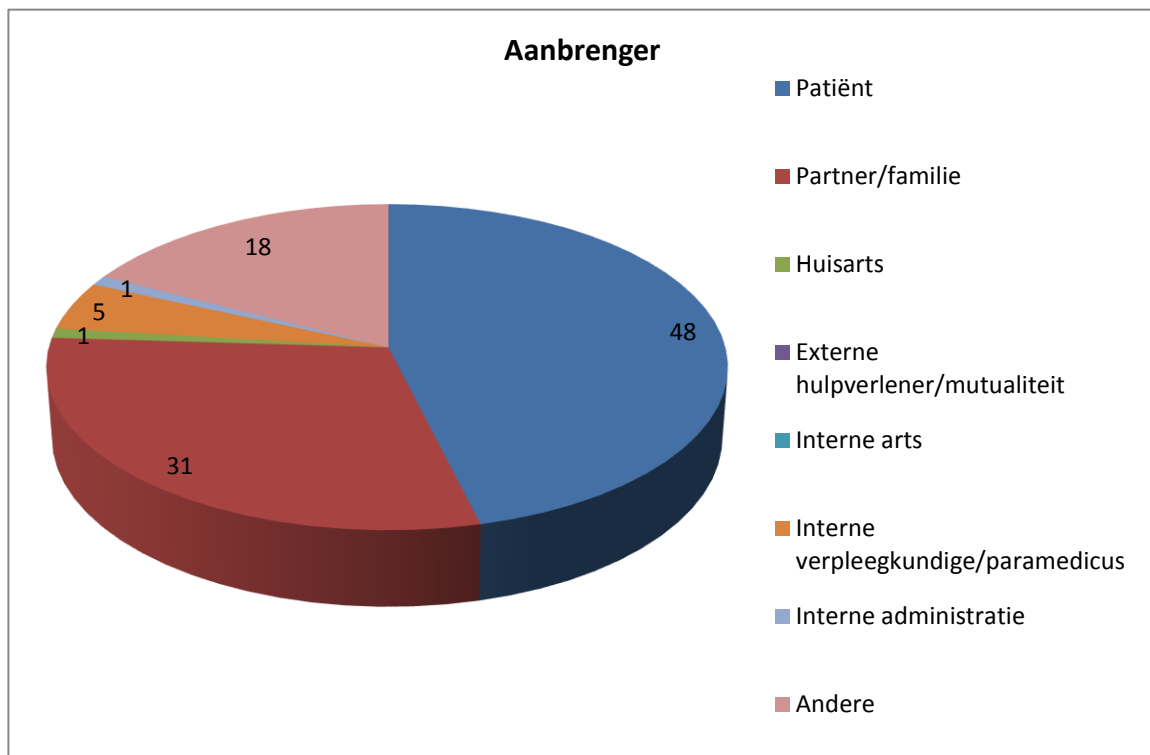
2017

Het zijn en blijven voornamelijk **de patiënten zelf** die een klacht uiten of een vraag stellen over hun verzorging, , behandeling, administratieve aspecten,....

In tweede instantie is het **vaak de partner of een familielid van de patiënt** die een melding doet bij de ombudsdienst.

Hierbij gaat het dan vooral over hoe de patiënt werd behandeld, verzorgd of aangesproken, maar soms ook over zichzelf (bijv. hoe ze als familielid geen of onvoldoende informatie hebben gekregen, over de wijze waarop zij werden aangesproken of behandeld werden of hoe ze betrokken werden als naaste familie...).

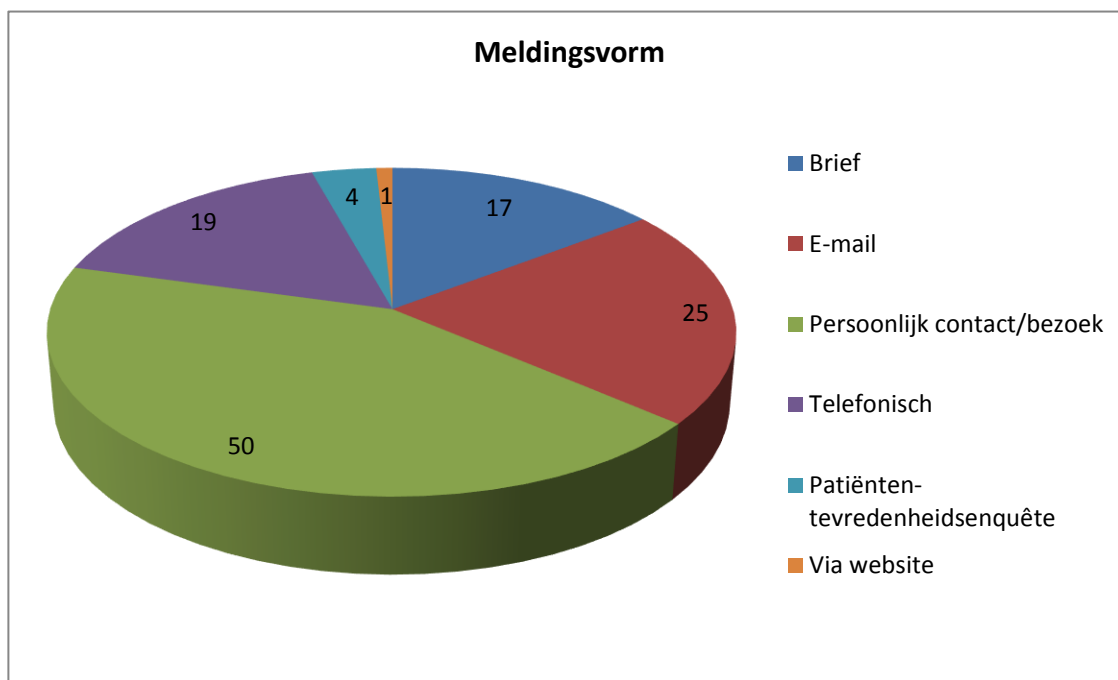
Patiënt	48
Partner/familie	31
Huisarts	1
Externe hulpverlener/mutualiteit	0
Interne arts	0
Interne verpleegkundige/paramedicus	5
Interne administratie	1
Andere	18



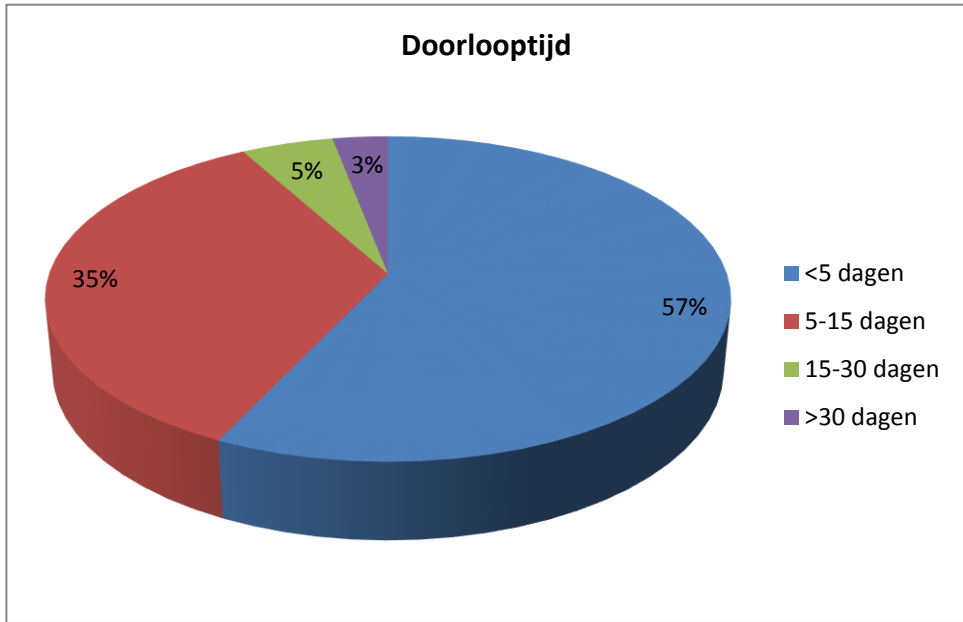
WIJZE VAN AANBRENGING/MELDINGSVORM	2017
---	-------------

Brief	17
E-mail	25
Persoonlijk contact/bezoek	50
Telefonisch	19
Patiënten-tevredenheidsenquête	4
Via website	1

Samengevat kan gesteld worden dat de meeste klachten of meldingen nog steeds via een **persoonlijk contact** (bezoek aan de ombudspersoon) worden overgemaakt.



DOORLOOPTIJD		2017
<5 dagen		57 %
5-15 dagen		35 %
16-30 dagen		5 %
>30 dagen		3 %



Aanbevelingen

In totaal is er een duidelijke stijging wat het aantal meldingen betreft: 81 in 2016 naar **104** in **2017**.

Het aantal meldingen stijgt elk jaar.

Doordat de ombudsdienst niet rechtstreeks voor de patiënt bereikbaar is omdat de gang naar het kantoor enkel toegankelijk is via een i-button blijft het gevoel leven dat er een verborgen afremming is. Zich eerst moeten aanmelden aan het onthaal kan de patiënt weerhouden om zijn klacht te uiten.

Het aantal ombudsmeldingen m.b.t. het **“Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5)** is van 17 in 2016 naar **18** in 2017 gegaan.

Een kwaliteitsvolle dienstverlening blijft evenwel een dagdagelijks aandachts- en werkpunt in de zorgrelatie.

Het voornaamste aspect hier is de communicatie. Elke medewerker die in contact komt met de patiënt dient zich ervan te vergewissen dat dit gebeurt op een open, menselijke, begrip- en respectvolle wijze.

Patiënten verwachten dan ook een persoonlijke warm-menselijke, empathische communicatie en betrokkenheid en het engagement dat er aan hen tijd wordt besteed.

Als aanbeveling pleit ik daarom voor een communicatietraining waarbij het omgaan met emoties, verschillen en agressie aan bod komt en/of een training in geweldloze communicatie.

Het vermelde aantal klachten in dit jaarverslag is slechts een deel van het totaal aantal klachten dat in het revalidatieziekenhuis ingediend wordt. De **tevredenheidsenquêtes** bij ontslag geven hierop een aanvullend overzicht.

Het in kaart brengen van de ombudsmeldingen verschaft het ziekenhuis inzicht waardoor het de kwaliteit van haar zorg kan bewaken. Het gaat er bovendien niet om te weten te komen 'wie iets al of niet fout deed'. **Individuele klachten mogen we daarom niet als een bedreiging beschouwen, maar moeten we zien als een onderdeel van een permanent leerproces en een kwaliteitsvolle zorg.**

Het is en blijft een uitdaging om in tijden van besparing en accent op de verhoging van de efficiëntie, oog te blijven hebben voor de ervaringen van de patiënt en daarop in te zetten.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Als KPI van de ombudsdienst werd gesteld dat o.b.v. een advies van de ombudspersoon in zijn jaarverslag min. 1 verbeteractie dient te worden nagestreefd/ontwikkeld.

Voor het jaar 2017-2018 heeft de instelling hiermee rekening gehouden en werd een opleidingsreeks “Omgaan met (verbale) agressie” georganiseerd, in samenwerking met Crime Control NV, waarop de zorgmedewerkers konden inschrijven. Deze sessies zijn nog lopende.



JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2017

1. Voorwoord

Dit jaarverslag betreft de periode 01/01/2017 tot 30/11/2017, zoals gevraagd in de nieuwe voorschriften van de Vlaamse Ombudsdienst. Het geeft een kort overzicht van de klachten en suggesties die gedurende het voorbije jaar bij de ombudsdienst werden gesignaleerd.

Wij zijn een revalidatiecentrum en hebben inhoudelijk een andere werking dan een acuut ziekenhuis. Dit vertaalt zich in het aantal en de inhoud van de klachten. Dit zijn er relatief weinig. Dit is tevens de reden dat wij hiervoor geen digitaal registratiesysteem bijhouden .

2. Algemeen

Naast mijn taak als ombudspersoon heb ik nog een andere functie in ons ziekenhuis. Ondanks dit gegeven lukt het vrij goed om een neutrale en objectieve houding aan te nemen voor het behandelen van de klachten.

Ik oefen deze functie uit sinds, bij ziekte of afwezigheid word ik vervangen door een andere collega. Dit was in 2017 het geval van januari tot half april.

De mogelijkheden en de manier waarop in ons centrum een klacht kan gemeld worden staan duidelijk vermeld in de onthaalbrochure die iedere patiënt bij opname krijgt, namelijk:

- Het rechtstreekse nummer 011/80.92.61 (antwoordapparaat)
- E-mail: ombudsdienst@msreva.be
- De brievenbus van de ombudsdienst bevindt zich in de inkomhal
- Klachtenformulieren bevonden zich in de folderhouders op de afdeling en in de inkomhal
- Een brief per post versturen of afgeven aan het onthaal ter attentie van de ombudsdienst

De meeste klachten komen binnen via brief of mail. Het gebeurt ook dat men een afspraak komt maken na verwijzing door de verpleging op de afdeling.

Momenteel wordt ook de beschikbaarheid van het klachtenformulier in de folderrekken herzien, er wordt een andere oplossing gezocht. Doelstelling hierbij is dat de patiënt het formulier ter beschikking heeft in volgestrekte anonimiteit.

3. Traject klachten

Het is de bedoeling dat een klacht in eerste instantie op de verpleegafdeling of therapeutische dienst waar ze wordt geuit, wordt opgepakt en besproken met de betreffende zorgverstreker of met het diensthoofd. Op die manier probeert men kort op de bal te spelen en ervoor te zorgen dat de patiënt zich goed voelt bij de zorg die hij krijgt op de afdeling of in de therapie.

Bij indiening van een klacht bij de ombudsdienst, wordt er een schriftelijke melding van ontvangst verstuurd aan de indiener, per brief of mail.

Indien het om facilitaire of administratieve zaken gaat wordt dit onmiddellijk rechtstreeks doorgespeeld aan de betreffende verantwoordelijke en krijg ik een

terugkoppeling of en welk gevolg er aan de klacht of suggestie werd gegeven. De oplossing wordt aan de betrokkenen gecommuniceerd.

Bij een klacht rond een patiënten recht volgt er steeds een gesprek met degene die de klacht indient. Daarna wordt dit doorgenomen met de betrokken zorgverlener of met het diensthoofd, indien de klacht niet specifiek over een bepaalde zorgverlener gaat. Dit wordt teruggekoppeld naar de klager en indien nodig kan er een bemiddelingsgesprek volgen. Er wordt altijd met de betrokkene afgesproken of het bekomen resultaat voor hem/haar voldoende is.

4. Overzicht klachten

4.1. Algemene klachten

Vorig jaar zijn er een aantal suggesties geweest rond facilitaire zaken, zoals bv een vraag om meer rolstoelen in de hal te voorzien, enkele opmerkingen in verband met de voorzieningen in de dagzaal.

Een aantal patiënten hebben op een gegeven moment samengewerkt en verschillende klachten ingediend in verband met problemen rond de verbinding via internet. Deze problemen waren bekend en er werd reeds een oplossing gezocht. Intussen is er hier voor verbetering gezorgd.

Problemen rond facturatie worden meestal rechtstreeks door deze dienst behandeld, bepaalde zaken komen tot bij mij. Er doen zich wel eens onduidelijkheden voor rond vervoer en de afrekening ervan. Als ombudsdienst doen we dan een voorstel tot oplossing naar de betrokken directie, hetgeen meestal gevolgd wordt en het probleem voor die patiënt opgelost wordt.

In één situatie werd de ombudsdienst ingeschakeld om een aangifte bij de verzekering te doen naar aanleiding van een nieuwe fractuur, vermeend opgelopen tijdens de kinebehandeling.

4.2. Betreffende patiëntenrechten

De klachten die gemeld werden hebben betrekking op het recht op kwalitatieve dienstverlening.

Er was een melding van foutief toedienen medicatie ondanks de waarschuwingen die de partner gaf. Deze laatste had eveneens een opmerking rond bejegening.

Een andere klacht betrof het niet meegeven van de medicatiefiche tijdens een extern consult. De betrokkene had een zware medische diagnose en de partner was zeer ongerust dat er foutieve behandelingen zouden gebeuren.

Er werd een meervoudige klacht ingediend rond het instellen van een medicamenteuze behandeling die achteraf, door een andere arts elders, als niet goed werd beoordeeld. Er was eveneens een pijnproblematiek die naar hun mening niet goed was opgevolgd en een probleem met spalken die niet passend waren.

Er heeft één familie geklaagd dat de arts had besloten geen revalidatie meer opnieuw te starten in ons centrum omdat het doel was bereikt.

Er werd éénmaal beroep gedaan op ons in voor de opvraging van een medisch dossier omwille van dringende medische zorgen in een ander ziekenhuis.

5. Behandeling

Voor de opvolging van deze klachten zijn er verschillende gesprekken geweest met betrokkenen zowel met de ombudspersoon als op de afdelingen en betrokken diensten.

Het is vooral de ongerustheid en de bezorgdheid voor hun familielid die hier zwaar doorwoog en waar er verschillende gesprekken nodig zijn geweest om het vertrouwen weer op te bouwen.

Voor de meervoudige klacht zijn er vele interventies en gesprekken geweest, eindigend in een gesprek met de hoofdgeneesheer.

6. Aanbevelingen

Bovengenoemde punten verdienen telkens weer opnieuw onze aandacht in het omgaan met onze patiënten. Het is onze doelstelling een zo goed mogelijke zorg te bieden, daarom worden deze voorvallen ook door de hoofdverpleging, arts en diensthoofden als extra leerpunt meegenomen. Het is zeker de bedoeling om deze zaken in de toekomst te vermijden.

Wat betreft de zichtbaarheid van de ombudsdienst zou er best een oplossing komen. Een suggestie hierrond is om de coördinaten van de ombudsdienst op de infoschermen mee te tonen.

Vermits het klachtenformulier uit de folderhouders verdwijnt, moet hier een andere oplossing voor gevonden worden. Hier is de suggestie om deze mee te geven of te voorzien in de infobrochure die men bij opname ontvangt.

In het verleden is het thema "rechten van de patiënt" en werking van de ombudsdienst reeds in bijscholingen toegelicht. Het zou goed zijn dit in het volgende werkjaar te herhalen zodat alle medewerkers meteen kunnen kennismaken met de nieuwe ombudspersoon die mij, wegens pensionering, zal vervangen. Het is belangrijk dat iedere medewerker de werking van de ombudsdiensten de rechten van de patiënt goed kent.

Emma Bergs
Ombudsdienst 19/12/2017

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Revalidatieziekenhuis Inkendaal <i>Koninklijke instelling vzw</i>
Adres	Inkendaalstraat 1 1602 Vlezenbeek
Gewest	Vlaams gewest
Erkenningsnummer	499
Type (AZ, UZ, PZ,...)	SP -ziekenhuis
Aantal bedden	178 bedden
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Karolien Pennewaert
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1-01-2014
Bestaffing	0.25FTE

Lokalisatie dienst	Ter hoogte van de polikliniek
Registratiesysteem	Infoland - Itask
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Actualisatiedatum - Oktober 2017 Raadpleegbaar op website – aan de receptie Opvraagbaar bij ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	In 2017 geen gevolgd 2017= accreditatiejaar
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Colloquium 24 november 2017 - “De communicatie beroepsbeoefenaar-patiënt: Welke goede praktijken?”
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Klachtenbemiddeling Preventieve opdracht
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Binnen Inkendaal hanteren we het laagdrempelig principe van klachtenbehandeling. Klachten worden bij voorkeur bemiddeld waar ze ontstaan, door de betrokken zorgverlener. Bij deze informele klachten is de Ombudsdienst in principe nauwelijks of niet bij betrokken of fungeert zij enkel als tussenpersoon. Formele klachten worden aan de Ombudsdienst gemeld door de patiënt/familie, externen (bv ziekenfonds, huisarts, ...). Ook interne medewerkers kunnen pro-actief de Ombudsdienst contacteren.

	<p>Bij ontvangst van een klacht, wordt de betrokken zorgverlener door Ombudsdienst rechtstreeks / via de verantwoordelijke geïnformeerd. In eerste instantie wordt getracht te bemiddelen door overleg en terugkoppeling naar betrokken partijen. Komt er geen oplossing, dan kunnen verdere stappen overwogen worden voor klachtbehandeling.</p> <p>De Ombudsdienst is een neutraal en onafhankelijk bemiddelaar, en oordeelt niet over de inhoud / gegrondheid v/d klacht.</p> <p>Omwille van de laagdrempeligheid zullen veel klachten een oplossing krijgen op lokaal niveau. Deze worden uiteraard niet opgenomen in de statistiek.</p>
--	---

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

Omdat ZH Inkendaal klachten en uitingen van ontevredenheid een belangrijk onderdeel vindt van haar kwaliteitsbeleid, werd in het huishoudelijk reglement bepaald dat ook klachten m.b.t. de omkadering v/d zorg (facilitair / organisatorisch / administratief) en informatieverstrekking door Ombudsdienst behandeld worden.

Een klacht is elke uiting van ongenoegen of ontevredenheid over het zorgproces, onafgezien of daartoe een objectieve reden bestaat.

Klachten worden zoveel mogelijk laagdrempelig behandeld, doch bij structurele problemen of belangrijke signalen zullen dienstverantwoordelijken alsook directieleden tijdig op de hoogte gebracht worden en worden verbeteracties gedefinieerd en opgevolgd.

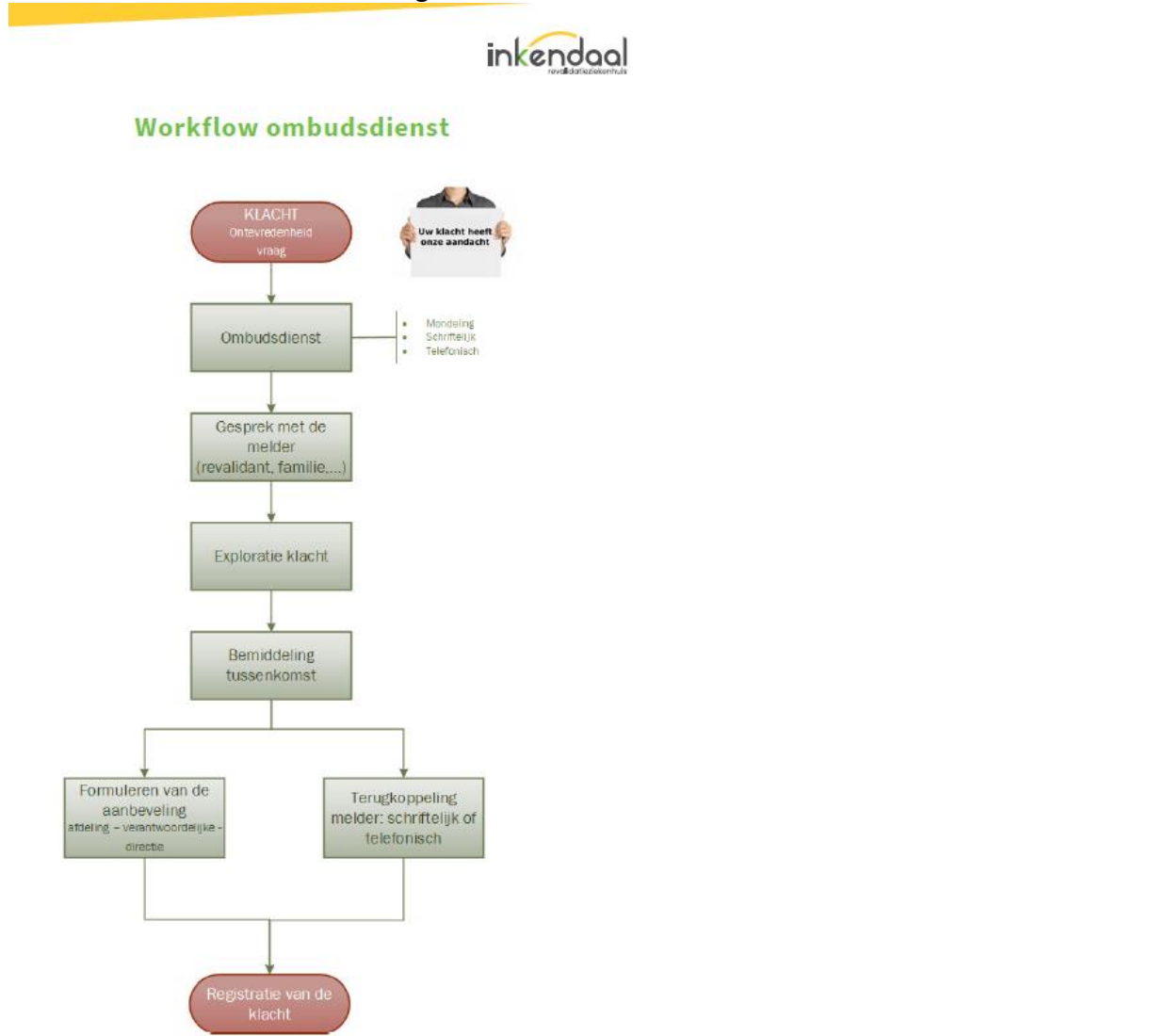
Het jaarverslag ombudsdienst wordt tevens overgemaakt aan:

- Directieteam
- Raad van bestuur

Gezien de ombudspersoon vanuit haar bijkomende rol als kwaliteitsverantwoordelijke ook participeert aan de directievergaderingen, kunnen klachten vlot op hoog niveau besproken worden.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

Er werd een interne workflow uitgewerkt:



Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u> <ul style="list-style-type: none">✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.	
Aantal klachtendossiers	34
Aantal infodossiers	1
Aantal pro actieve dossiers	3
Aantal opvragingen patiëntendossier	5
Aantal 'andere'	16
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
<u>Opmerkingen:</u> <ul style="list-style-type: none">✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de "zorgkwaliteit" in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.	

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	6
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	4
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	-
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	-
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	-
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	-
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	5
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	-
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	-
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	-

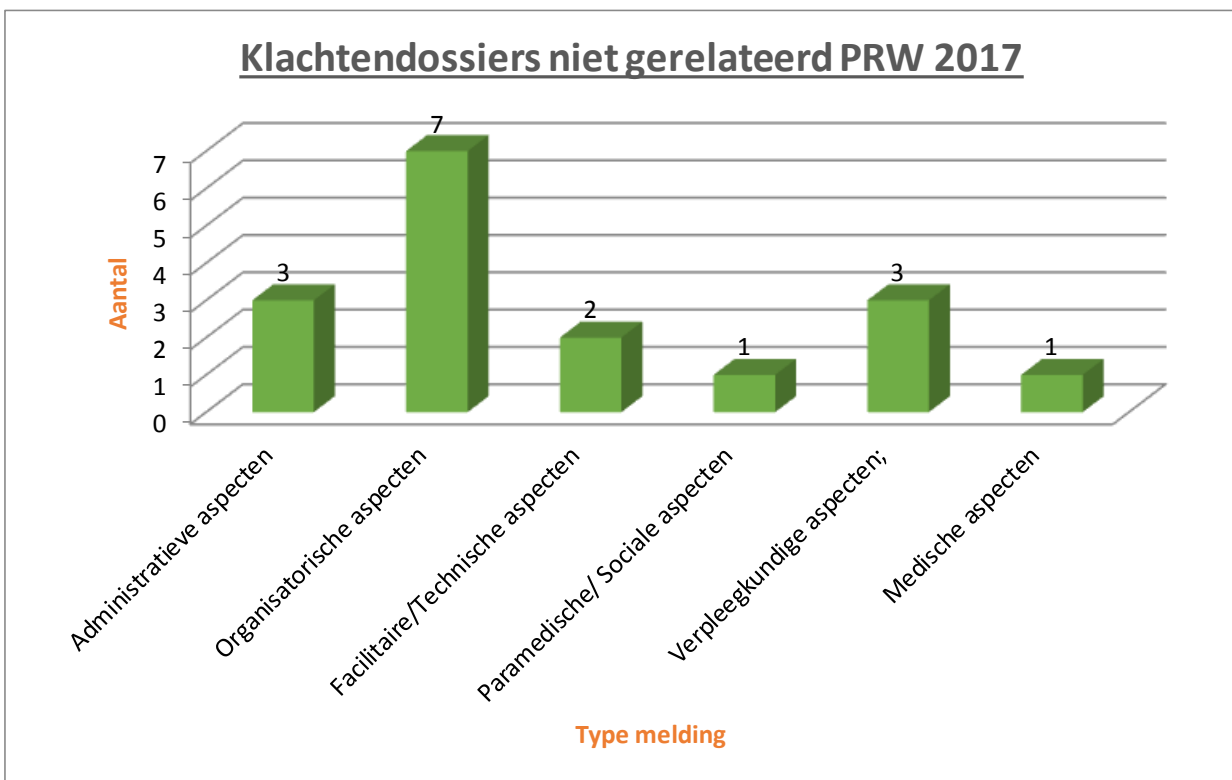
Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Tabellen/grafieken; klachtenratio:



Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)

▪ **Meest voorkomende aspecten**

Administratieve aspecten:

Het gaat hierbij vooral om ontevredenheid/ betwisting mbt factuur of informatieverstrekking over bepaalde kosten.

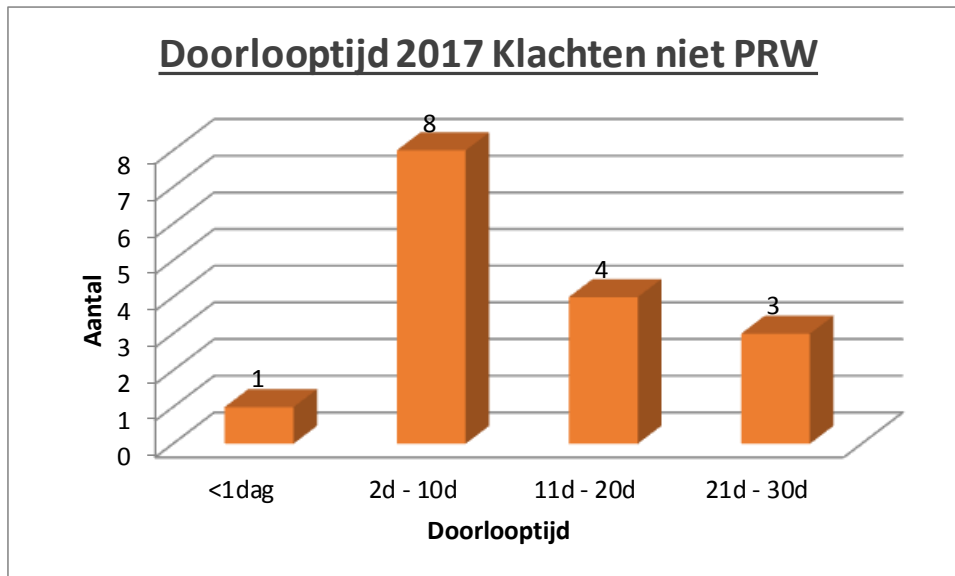
Organisatorische klachten:

Een aantal klachten heeft betrekking op verlies van materiaal van patiënt, het niet tijdig ter beschikking zijn van (gewenst) type kamer, onduidelijke afspraken mbt ontslagregeling of weekendregeling.

Verpleegkundige aspecten, Paramedische en medische aspecten: De meldingen hebben betrekking op communicatiestijl, onvoldoende aandacht/ opvang en algemene informatieverstrekking

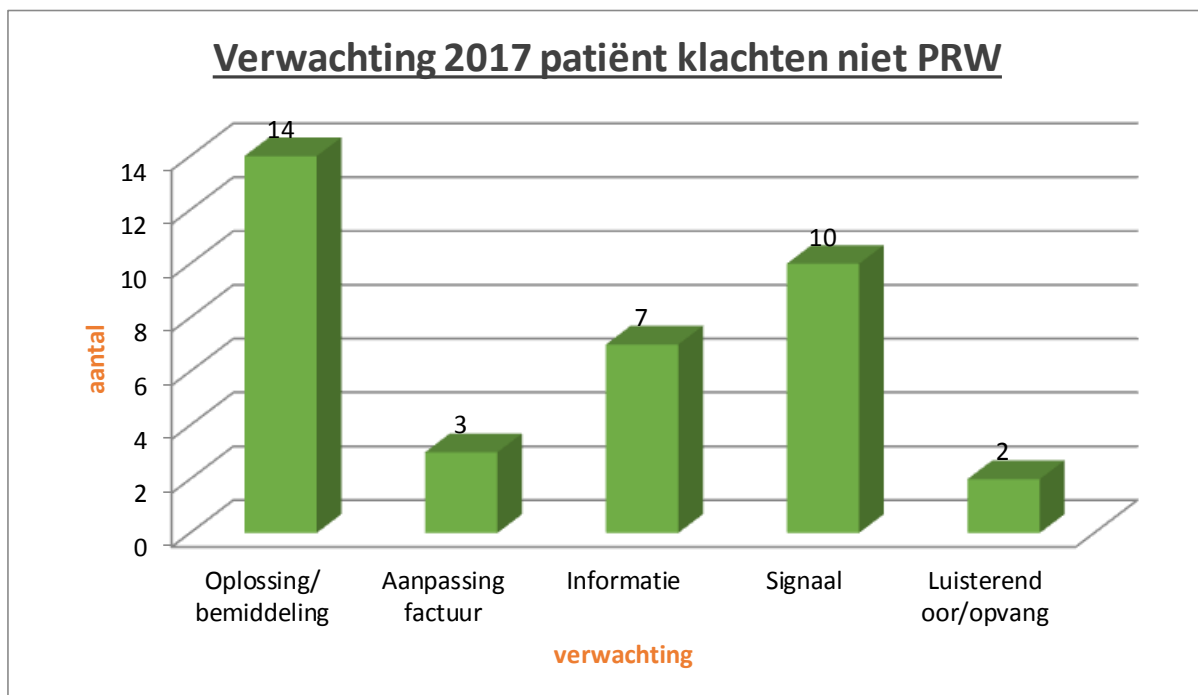
▪ **De doorlooptijd van de klachtenbehandeling is**

Het is de doelstelling om de doorlooptijd zo laag mogelijk te houden. In 56% van de klachten is de klacht afgewerkt binnen de week.



▪ **Verwachtingen van de patiënt/ klant**

We merken op dat 1 klacht meerdere verwachtingen kan inhouden. Een patiënt of melder wil zowel een oplossing als een signaal geven en ook vaak informatie bekomen.



Aanbevelingen: algemeen –combinatie van klachten gerelateerd aan PRW en andere klachten

Bestaffing/ verzorging

- Op een specifieke afdeling wordt door patiënten gemeld dat er een tekort is aan personeelsinzet om aan de zorgzwaarte/ zorgvraag te voldoen. In overleg met directie en leidinggevende wordt bijkomend geïnvesteerd in nieuwe aanwervingen, daarnaast wordt ook de bedbezetting tijdelijk verlaagd
- In de nacht wordt extra aandacht gevraagd om de geluids en 'licht'hinder te beperken

Afsprakenregeling:

De ligduur van patiënten binnen een revalidatieziekenhuis kan oplopen voor heel specifieke revalidatie. Dit impliceert dat er meer vragen komen of afspraken met families moeten gemaakt worden mbt weekendregeling, feestdagen,

- Er is nood aan duidelijkheid over verlaten van ziekenhuisdomein
- Weekendregeling wordt duidelijker gecommuniceerd en geldt ziekenhuisbreed.
- Verlengde weekends in functie van feestdagen kunnen enkel indien kadert therapeutisch proces van de patiënt.

Communicatie:

- Belang van respectvol omgaan/ praten over/ met patiënten: aandacht voor correct taalgebruik. Belang van professionele houding van hulpverlener naar revalidant.
- Aandacht voor empathie bij brengen van boodschappen – ontslaggesprek – 'slecht nieuwgesprek'
- Bij moeilijke gesprekken kan overwogen worden om na het gesprek een korte schriftelijke weerslag te bezorgen aan de betrokkenen.

Administratie:

Een aantal klachten hadden betrekking op vertraagde medische administratie:

- Ontslagverslag
- Verslaggeving ikv ontslagvoorbereiding
- Verslaggeving in functie van verzekering patiënt

De doelstelling moet zijn om zo snel mogelijk na ontslag een verwijsbrief mee te geven aan familie. Ook na het afwerken van ambulant multidisciplinair onderzoek is het belangrijk dat het eindverslagen en de nodige attesten zo snel mogelijk worden verstuurd. De verantwoordelijke zal de doorlooptijd beter monitoren.

Procedure rond afschrift dossier werd intern gecommuniceerd, de folder rond rechten van de patiënt werd herwerkt en verspreid op de diensten.

Facturatie

Om betwistingen bij no show te vermijden is een duidelijke procedure of informed consent aangewezen.

Opnameregeling:

Aanvragen tot opname dienen steeds goedgekeurd te worden door de verantwoordelijk arts of de opnamecommissie

- Het expliciteren van de reden bij een weigering is belangrijk vb: omwille van infectiepreventie, geen aanbod van geschikt revalidatietraject,...

Ontslagvoorbereiding

Gezien de recente wijzigingen bij het VAPH is een strikte opvolging van **VAPH ondersteuningsplannen aangewezen**. De sociale dienst voorziet een efficiënt opvolgsysteem zodat de dossiers transparant kunnen worden opgevolgd.

Infrastructuur/ organisatie

- Infrastructuurprobleem op bepaalde afdeling waardoor de kamer niet steeds vrij is bij opname van volgende patiënt
Er werd in 2017 een verbouwing gerealiseerd op deze afdeling waardoor er meer beschikbaarheid is van 1 en 2 persoonskamers.
- Roepgedrag van bepaalde patiënten resulteerde in een nieuwe geluidsisolerende kamer op een bepaalde afdeling. Daarnaast werden ook alternatieve oplossingen gezocht om de geluidsoverlast te beperken.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

- In het algemeen is er een vlotte samenwerking op alle niveaus. Klachten kunnen vlot besproken worden en geven aanleiding tot verbeteracties of de desbetreffende afdeling en in sommige gevallen ook ziekenhuis breed.
- In sommige gevallen is een definitieve oplossing niet mogelijk gezien het te maken heeft met infrastructuur of gelinkt aan onze patiëntenpopulatie.
Het attenderen op wederzijds begrip, sensibilisering of kaderen van de context zijn in deze situaties belangrijk
- We organiseerden een drietal Permanente vormingen rond ethische kwesties met het oog op debat, begrip en sensibilisering.

Jaarverslag tav de Vlaamse ombudsman

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratie van afgewerkte dossiers bij de bemiddelaar van het Regionaal ziekenhuis heilig hart leuven tussen 01-01-2017 en 31-12-2017	
--	--

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven
Adres	Naamsestraat 105- 3000 Leuven
Erkenningsnummer	108
Type (AZ of UZ)	algemeen ziekenhuis
Aantal bedden	287
Naam ombudspersoon	Ann Willemans
Bestaffing	0,80%
Lokalisatie dienst	Dicht bij het onthaal- gebouw Z- niet op zelfde vloer dan iemand van directie of stafmedewerkers
Registratiesysteem	Eigen ontworpen registratiesysteem op maat van het ziekenhuis
Secretariële ondersteuning	Kan mijn telefoon doorschakelen naar secretariaat of oproepen worden beantwoord bij afwezigheid. De vraag wordt beluisterd en genoteerd voor de ombudsdienst die, bij aanwezigheid, patiënten en familie zelf terug contacteert.
Rol en werkingsterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<p>Ik treed op als bemiddelaar bij klachten, steeds vanuit een meezijdige partijdigheid en met de insteek om geschaad vertrouwen te herstellen. Indien niet mogelijk, wordt met alle partijen gezocht naar een mogelijke verdere oplossing voor iedereen (vb. doorverwijzing naar andere arts, overleg aangaande verdere zorgmogelijkheden...)</p> <p>Binnen het ziekenhuis is, naar aanleiding van de voorstelling van het klachtenrapport aan directie- raad van bestuur en medische raad, de opdracht gegeven om preventief te werken naar klachten door:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verplichte opleiding patiëntenrechten aan alle medewerkers en artsen bij de start van hun loopbaan. Medewerkers kunnen hier ter verfrissing eveneens vrij op intekenen. In deze opleiding worden de patiëntenrechten geduid en wordt er eveneens gewerkt met moeilijke casussen - Verplichte opleiding “ medewerkerscharter” waarin de verwachte waarden en normen en gedragsregels worden overgebracht op een interactieve manier. Dit in het kader van het verduidelijken van de missie en visie “ dichtbij beter” van het ziekenhuis en om de

	<p>klachten inzake gedrag van de zorgvertrekker mee op te vangen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verplichte opleiding “ hoe omgaan met klachten” waarin medewerkers tips and tricks ontvangen aangaande omgaan met klachten. In deze opleiding wordt er eveneens gewezen op de mogelijkheid om moeilijke situaties voor te leggen aan de ombuds. Op deze manier worden medewerkers gecoacht om zelf aan de slag te gaan met bedenkingen en ervaringen van patiënten. <p>Ik heb zelf geen opdracht in het maken van de afschriften van patiëntendossiers. Enkel de vragen naar de mogelijkheden tot en het verder informeren inzake patiëntenrechten rond het dossier horen thuis bij de ombudsdienst. Het maken van de afschriften zelf wordt, via duidelijk omschreven procedures, gedelegeerd aan de secretariaten van de betreffende dienst.</p> <p>Vanuit de klachten en de communicatie tussen patiënten en zorgvertrekkers worden veel hiaten in de zorg en in de organisatorische mogelijkheden van het ziekenhuis bloot gelegd. Op basis van dit vertrouwen en deze verzamelde elementen wordt er advies gegeven aan de directie inzake communicatie binnen de instelling en inzake bij te sturen dienstverlening.</p> <p>Patiënten worden intern zeer vlot doorgestuurd naar de ombudsdienst. Zowel onthaalmedewerkers, sociale dienst, verpleegkundigen en artsen gaan vrij om in het doorverwijzen indien zij een situatie niet opgelost krijgen. Elke dienst heeft informatie omtrent de werking van de ombudsdienst, brochures ter informatie aan de patiënt, huishoudelijk reglement van de ombudsdienst... Daarnaast is er op de website, op een laagdrempelige manier, een meldformulier voor het indienen van klachten. Het overgrote deel van de meldingen komt dan ook per mail bij de dienst terecht.</p> <p>Telefonische meldingen zijn eveneens mogelijk maar steeds wordt er een gesprek aangeboden. Meldingen per brief zijn eerder zeldzaam.</p>
--	--

Overzicht van de klachten
<p><u>Opmerkingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 dossier kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten.

<p>✓ Deze cijfers zijn een weergave van de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.</p> <p>✓</p>	
Aantal klachtendossiers	177 dossier betreffen effectief klachtendossiers
Aantal infodossiers	Er zijn 91 dossiers waarbij informatie en coaching wordt gevraagd aan de ombuds, zowel door medewerkers en artsen als door patiënten en externen zelf
Aantal pro actieve dossiers	Er zijn 6 dossiers genoteerd waarbij werd aangekondigd door een interne medewerker of arts dat er een klacht zou kunnen ontvangen worden
Aantal opvragen patiëntendossier	Er zijn 26 vragen aangaande een afschrift van dossier die effectief bij de ombudsdienst zijn toegekomen. Er is geen inzage in het aantal vragen hieromtrent die rechtstreeks bij de behandelende arts worden gesteld. De individuele secretariaten kunnen een aan hen gerichte vraag afhandelen volgens een goed omliggende procedure (om na te gaan of de rechten door de aanvragen kunnen worden uitgeoefend en steeds na indienen van een duidelijk beschreven verzoekschrift met identificatie). Moeilijke situaties (o.a. inzage na overlijden van de patiënt, rechten van ouders in een vechtscheiding, minderjarige kinderen...) worden steeds aan de ombuds overgemaakt ter begeleiding en verdere coaching.
Aantal 'andere'	59 dossier aangaande verschillende aspecten in de organisatie (keuken, technische defecten, schoonmaak, signalisatie....)
Aantal klachten/bemerkingen tav RECHTEN VAN DE PATIËNT	
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)	In 105 dossiers werd het gedrag van de zorgvertrekker bevraagd en in 74 dossiers werd de techniciteit van de zorgvertrekker aangehaald
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	7 dossiers
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	In 31 dossiers werd de vraag gesteld naar financiële transparantie en duidelijkheid, in 33 dossiers ging het over informatievertrekking in het algemeen

Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)	In 33 dossiers
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	3 dossiers
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	5 dossiers
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	3 dossiers
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	26 dossiers via de ombudsdienst
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	7 dossiers vooral in het kader van de ziekenhuisnetwerken en het delen van het volledige patiëntendossier
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	5 dossiers
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
<p>Wat verwacht de aanbrenger?</p> <ul style="list-style-type: none"> - In 98 dossiers een bemiddeling in een gesprek, in 52 dossiers een afhandeling van de klacht zonder verder contact met de zorgvertrekker - In 38 dossiers wordt er vertrokken vanuit een vraag naar een financieel akkoord als basis voor de bemiddeling - In 56 dossiers wil de patiënt een signaal geven aan de organisatie aangaande de dienstverlening - In 53 dossiers willen patiënten hun verhaal kwijt om nadien verder te gaan naar een duidelijke vraagstelling - In 7 dossiers werd een effectieve schadeclaim voorop gesteld <p>De doorlooptijd van de dossiers varieert naargelang de plaats van de storing.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indien het een klacht naar een specifieke arts betreft is er een snelle manier van handelen. De arts percipieert een klacht van een patiënt als een persoonlijke beoordeling van het functioneren en wil dit zo snel mogelijk overlegd zien - Binnen de verpleegkundige groep is een klacht anoniemer en gaat de vraag meer naar aan algemene benadering van het verpleegkundig zorgteam. Dit maakt dat dit soort klachten minder vlug naar een afhandeling geraken 	

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten die door de ombudsdienst worden aangeleverd?
(Hoe wordt op de ombudsdienst gereageerd door beroepsbeoefenaars, leidinggevenden; andere structuren;...-lerende organisatie; klachten ter verbetering bijsturing;...) → is dus breder dan een weergave van de wetgeving

Zie “ rol van de ombudsdienst”

De ombudsdienst heeft in het ziekenhuis een duidelijke en erkende functie. Er wordt zeer open omgegaan met de vraag om een klacht te kunnen bespreken (is iets anders dan de weerslag die een klacht heeft op de betrokken zorgverlener). Er is zeker een lerende houding binnen de organisatie, wat eveneens is bevestigd binnen het accrediteringstraject dat in 2017 ook werd afgerond (NIAZ).

Er is daarnaast ook met regelmaat een overleg met het kwaliteitsteam van het ziekenhuis om verdere gelijkaardige lijnen van tekorten in dienstverlening te detecteren en de directie correct te informeren.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten? *(hoe vertaal ik wat ik hoor naar het beleid toe?; op welke manier pak je concreet de bemerkingen aan?; ...)*

De ombudsdienst werkt steeds in vertrouwen. De betrokken zorgvertrekkers of patiënten in een klacht of bemiddeling worden daarom niet kenbaar gemaakt. Directie respecteert dit vertrouwen en stelt geen vragen naar de betrokkenen in de klachtendossiers. In een rapport aan directie worden rode lijnen inzake hiaten in dienstverlening overgemaakt.

Indien een individuele zorgvertrekker herhaald terug komt in een klachtendossier wordt er met deze betrokkene afgestemd om toch transparant en open met de leidinggevende te spreken over de tekorten in gedrag/tussenkomsten...Hierbij wordt aangedrongen dat de zorgvertrekker dit zelf in gesprek brengt in het kader van verdere scholing en/of opleiding (meestal betreft het hier communicatieve vaardigheden).

Met elke klacht van een patiënt /familie/bezoeker/zorgvertrekker wordt verder gewerkt om de dienstverlening beter uit te bouwen.

De “ zorglast” van de zorgvertrekker groeit door de jaren heen. Aandacht voor the second victim is eveneens een opdracht van een bemiddelaar. In bemiddelingsgesprekken met de patiënt en zorgvertrekker is de bemiddelaar steeds meer getuige van de torenhoge verwachtingen naar de zorgverstrekker.

De patiënt vraagt terecht meer communicatie terwijl de zorgvertrekker enkel kan antwoorden met minder tijd voor zorgcommunicatie (door administratieve druk, verplichte procedures, accrediteringen, opgelegde normen, registratievereisten...

De “ mondigheid” van de patiënt is vrij groot in de huidige zorgrelatie. De vrijheid die de patiënt neemt om zijn vragen/soms eisen te stellen is in een aantal situaties grensoverschrijdend naar de zorgvertrekker. Ook hier kan een bemiddelaar zijn rol opnemen en in een empathisch, niet oordelend gesprek aangeven dat correctheid aan beide kanten van het verhaal noodzakelijk is om tot een goede zorgovereenkomst te komen.

Het bewaken van de meerzijdige partijdigheid is meer dan ooit nodig. De kwetsbaarheid is langs beide zijden van het verhaal groot. Het faciliteren, leiden, begrenzen...door de bemiddelaar van het gesprek tussen partijen blijft een inspanning die nodig is maar ook

duidelijk zijn resultaten brengt.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

Het is noodzakelijk dat ombudsdiensten en bemiddelaars in ziekenhuizen hun rol goed verankerd en gerespecteerd zien. De erkenning van de bemiddelaar door de directie, de raad van bestuur en de medische beleidsorganen van de organisatie bepalen de mogelijkheden waarin de ombuds zijn functie in onafhankelijkheid kan opnemen.

Daarnaast is het de rol van de ombuds zelf om naar persoonlijkheid, vaardigheden, kennis, opleiding en training de functie dusdanig in te vullen dat er niet wordt geoordeeld. De functie staat of valt met de houding van de persoon in deze functie. Vertrouwen van de zorgvertrekkers om open te staan voor bedenkingen van patiënten vloeit voort uit de werking van de ombudsdienst.

In die zin is het noodzakelijk om een duidelijke screening door te voeren bij de aanwerving van een ombudspersoon. Onafhankelijkheid, onomkoopbaarheid en integriteit, durf om zaken te benoemen, sociale vaardigheden, een correct zelfinzicht en een flinke portie diplomatie zijn vereisten. De gesprekspartners van een ombudspersoon zijn zowel patiënten (in hun veelzijdigheid), als medewerkers, als hoog opgeleide artsen, als directieleden en beleidsmakers van het ziekenhuis. Een goede vorming en scholing naast persoonlijkheidskenmerken zijn vereist om deze taakvereisten tot een goed einde te kunnen brengen.

De zorg staat onder druk of zit in een kantelfase. De bemiddelaars kunnen een goede rol opnemen om mensen (patiënten en zorgvertrekkers) mekaars mogelijkheden en tekorten te laten begrijpen. Het terug kunnen bekomen van een vertrouwensrelatie en respect voor mekaar standpunt en houding, in een eerlijk gesprek blijft bij elke melding de opdracht en een fijne uitdaging.

Aanbevelingen

- ✓ Ombudsdiensten, kwaliteitsdiensten, vlaams patiëntenplatform...werken te verdeeld en elk op hun eiland. Verdere afstemming met mekaar in het belang van de patiëntenzorg zou richting kunnen geven aan het beleid
- ✓ De ombudsdiensten kunnen duidelijke hiaten bloot leggen gezien zij mensen zien en horen in hun meest kwetsbare zijn. De vaardigheden van deze personen kunnen in een organisatie breder worden ingezet bij conflictmanagement
- ✓ Het is belangrijk om ombudspersonen ook in te schakelen in het mee werken aan oplossingen. Indien zij enkel personen zijn die klachten en negatieve boodschappen

ontvangen bestaat het gevaar van verzuring naar de organisatie. Hen inschakelen in preventie van klachten maakt hen mee verantwoordelijk voor oplossingen waardoor de opdracht en de functie een andere gezicht krijgen.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. *Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?*):

Jaarverslag 2017

Ombudsdienst
OPZ Geel

Inhoud

<i>Inleiding</i>	3
<i>Dankwoord</i>	4
<i>Situering van de ombudsdienst binnen het OPZ Geel</i>	6
3.1 Plaats in de organisatie van het OPZ Geel	6
3.2 Doelstelling	6
3.3 Uitgangspunten van het OPZ Geel	6
3.4 Specifieke taken van de ombudsdienst	7
3.5 Processignalering en registratie	8
3.6 Bekendmaking en sensibilisatie	8
3.7 Flowchart klachtenstroom	8
<i>Wet op de patiëntenrechten</i>	10
<i>Verloop van de klachtbehandeling</i>	11
5.1 Aanmelding	11
5.2 Klachtenbeeld	14
5.3 Klachtenbehandeling	20
5.4 Structurerende of corrigerende maatregelen	22
5.5 Looptijd van de klacht	23
5.6 Effect van de klachtenbemiddeling	23
<i>Conclusie / besluit</i>	25
6.1 Plaats en aanwezigheid van de ombudsdienst	25
6.2 Bevorderen van de communicatie	25
6.3 Medewerking van de directie	26
6.4 Medewerking zorgverstrekkers	26
6.5 Klachtbegeleiding	26
6.6 Klachtentevredenheid	26
<i>Algemeen besluit</i>	29
8.1 Aanbevelingen voor 2018	29
<i>Bijlagen</i>	31

Inleiding

“They saw obstacles, I saw opportunities”
Robert Schuller

Een goede ombudsdienst is een noodzaak voor elke zichzelf respecterende openbare dienst of instelling. Sinds 2000 is de ombudsdienst in het OPZ operationeel. In het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum (OPZ Geel) heeft de ombudsdienst inmiddels zijn juiste plaats, bekendheid en laagdrempeligheid gevonden. De directie heeft in 2017 beslist om naast de interne – ook een externe Ombudsdienst te installeren. In dit nieuwe jaarverslag schetsen we een overzicht van de werking van de interne ombudsdienst anno 2017 . De externe Ombudsdienst behoudt zijn eigen registratie/verslaggevingsbeleid en opteerde ook om een gescheiden verslaggeving op te maken. Dus, voor een totaal klachtenbeeld dient u dan ook de 2 jaarverslagen te raadplegen.

We starten met een situering van de interne/externe ombudsdienst in het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum en voegen het huishoudreglement toe ter verduidelijking. We hebben oog voor het verloop en de efficiëntie van de klachtenbehandeling en staan stil bij de patiëntenrechten, die we linken aan de werking van de ombudsdienst. Nochtans onze verslaggeving gaat over ALLE ontvangen klachten/ongenoegens van het kalenderjaar 2017, ook de klachten die gaan over logistieke-/ werking-/ organisatorische thema's. In principe moeten enkel de klachten, gerelateerd aan de patiëntenrechtenwet, geregistreerd worden. Gelukkig zijn deze een extreme minderheid geworden door de jaren heen. De ingestelde constructieve maatregelen werken. We noteren zeer weinig klachten specifiek rond deze wet. We vallen daarbij terug op de jarenlange expertise die we in het OPZ Geel opbouwden en het het blijkbaar resultaat van de aanbevelingen van de voorbije jaren. Verder ronden we af met een algemene conclusie en aanbevelingen voor een optimale verdere werking en groei van onze ombudsdienst.

De Vlaamse ombudsman blijft mij inspireren om mijn jaarverslag op te maken. Hij spreekt telkens over 'verzoenen' in plaats van 'bemiddelen' in zijn jaarverslag. What's in a word! En toch, verzoenen bezit een persoonlijke warme emotie/connotatie terwijl bemiddelen eerder zakelijk, koel en afstandelijk kan worden aanvoeld. Vandaar zal ik graag het woord verzoenen gebruiken in dit jaarverslag waarvoor dank aan de heer B. Weekers. Want wij trachten werkelijk de klager met zijn klacht bijzonder hartelijk maar correct te verzoenen, met een gevoel van tevredenheid als eindresultaat. Heel vaak ligt in de verzoening reeds het eindverhaal en de tevredenheid. De klachten worden ook verhalen en daardoor veel meer dan een cijfer in de registratie. De hoge success rate is daarmee rechtstreeks verbonden.

Wanneer we in dit werk verwijzen naar de patiënt in de derde persoon enkelvoud, spreken we over "hij". In het kader van de genderneutraliteit vestigen we er de aandacht op dat dit betrekking kan hebben op vrouwelijke én mannelijke personen, en vragen we u dit ook zo te interpreteren.

Dankwoord

Enkel de inzet van velen kan leiden tot een goed ombudswerkjaar. Vandaar is hier elk jaar opnieuw een bijzonder dankwoord gepast.

Alle patiënten, families en pleeggezinnen krijgen mijn uitdrukkelijke dank voor hun inzet om klachten of ongenoegens te formuleren en te signaleren, vaak vanuit een positieve bekommernis.

Zij brachten een rechtstreekse uiting van een verwachting die voor ons een schat aan informatie bevat en een kans tot groei en verbetering betekent. Zij waren bereid om tijdens een bemiddelingsgesprek open te staan voor de ander, zodat er bijna altijd een bevredigende of verhelderende *modus vivendi* kon worden gevonden. Het is ons dagelijks streven de klager met zijn klacht hartelijk maar correct te behandelen, met een gevoel van tevredenheid of verzoening als eindresultaat.

Bijzondere erkentelijkheid gaat naar alle medewerkers van het OPZ Geel die steeds bereid waren op een constructieve manier naar klachten te blijven kijken en met een open bereidwilligheid willen meewerken aan klachtenbemiddeling.

Dank ook aan de directie, de raad van bestuur en de administrateur-generaal, Pieter Jans. Aan medisch directeur dr. Tom Geuens en financieel directeur Jan Vanreusel voor hun adviezen en coöperatie bij de klachtenafhandeling.

Ik wil ook uitdrukkelijk mijn bijzondere dank uiten aan alle directieleden die niet alleen grondig het jaarverslag doornemen, maar eveneens de tijd nemen om onze aanbevelingen constructief en gericht, jaar na jaar, effectief te behandelen.

Door deze vruchtbare samenwerking en de aandacht die zij telkens aan de problemen en voorstellen van de ombudsdienst besteedden, zijn de structurele maatregelen en aanbevelingen een effectief middel geworden om verbeteringsstrategieën door te voeren. Hierdoor constateren we dat er weinig steeds terugkerende klachten moeten genoteerd worden.

De hoge 'succes rate' van de ombudsdienst is dan ook onrechtstreeks te danken aan hun openheid en bereidheid tot samenwerking en de kans die zij de ombudsdienst geven om op een neutrale, onafhankelijke manier te kunnen werken.

Tevens wil ik een bijzondere erkentelijkheid uitdrukken in het vertrouwen dat de directie mij schenkt in mijn taak als ombudsvrouw. Het is een 'schaduwfunctie': ik tracht de problemen en ongenoegens goed te counteren, maar bijna niemand weet welke onuitputtelijke inzet daar soms voor nodig is.

Eveneens onze uitdrukkelijke dank en erkentelijkheid voor de bijdrage en hulp van Hilde Daniels, Marina Nys en Wim Hermans bij de eindrealisatie van dit verslag.

Julienne Bogaerts-Aerts
Ombudsvrouw

Naam van de zorginstelling : Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum

Adres: Dokter Sanodreef 4 te 2440 Geel

Gewest: Extern Verzelfstandigd Agentschap (naar publiek recht) van de Vlaamse overheid

Erkenningsnummer 939

Type (AZ, UZ, PZ,...) Psychiatrisch Ziekenhuis Geel

Aantal bedden: 316 bedden – 350 Tf-plaatsen en 81 TF-bedden

Aantal campussen: 1

Naam ombudspersonen:
Julienne AERTS, interne ombudspersoon, Peter Declercq, externe ombudspersoon OGGPA

Datum aanvang werkzaamheden als interne ombudspersoon sinds april 2000,
externe ombudspersoon sinds 2017

Situering van de ombudsdienst binnen het OPZ Geel

3.1 Plaats in de organisatie van het OPZ Geel

De ombudsdienst kent een duidelijk omschreven profiel en takenpakket. De dienst ressorteert rechtstreeks onder de administrateur-generaal en heeft als dusdanig een staffunctie. De ombudsdienst streeft naar een zo groot mogelijke vorm van onafhankelijkheid in de instelling om zo vlug en efficiënt mogelijk te kunnen bemiddelen bij klachten, en vragen snel te verduidelijken.

Er is ook een externe ombudspersoon – vanuit OGGPA- Dhr Peter Declercq , (verbonden aan het OPZ). De patiënten kunnen kiezen voor de interne- of externe ombudsdienst.

3.2 Doelstelling

De ombudsdienst verleent advies en bijstand met betrekking tot problemen met of in de instelling, die uit opname, behandeling of bejegening resulteren. We begeleiden patiënten en familie die in het OPZ Geel in behandeling zijn, of recent ontslagen werden.

Daardoor speelt de ombudsdienst een aanvullende en ondersteunende rol bij het optimaliseren van het behandelingsklimaat van de instelling.

Voor de patiënt trachten we een steun en bemiddelaar te zijn bij moeilijkheden. Voor de patiënt, zijn familie, het personeel en de directie ondersteunen we de mogelijkheid om aan opbouwende zelfkritiek te doen.

3.3 Uitgangspunten van het OPZ Geel

In onderstaande alinea's schetsen we de meest uitgesproken aandachtspunten van onze ombudsdienst. We vinden het vooreerst zeer belangrijk dat iedere klacht au sérieux genomen wordt. Iedere vorm van onvrede mag bestaan en verdient het recht gehoord te worden. We trachten uiteraard op elke klacht in te gaan. We screenen niet op on-ontvankelijkheid. Elke klacht wordt aanhoord.

Om bereikbaar te zijn voor elke klacht willen we dan ook de aandacht vestigen op het belang van laagdrempeligheid voor de klager en bekendheid in de instelling. Een transparante houding van de ombudsdienst is dan ook onontbeerlijk.

Vanuit de visie van de Oplossingsgerichte Therapie (het Brugs Model) aanzien we de klager als titularis van zijn bemiddelingsproces. De betrokkene overlegt met de ombudsdienst om een gewenst actieplan uit te werken. Hij kan te allen tijde dit proces stopzetten of wijzigen, mits overleg.

We adviseren de klager om het traject op een zo laag mogelijk hiërarchisch niveau uit te werken. Bemiddeling gebeurt bij voorkeur daar waar de klacht is ontstaan. Toegang tot dienstgegevens kan soms ondersteunend zijn bij de bemiddelingsacties.

De neutraliteit van de ombudsdienst dient echter zoveel mogelijk gegarandeerd te worden om deze oplossingsgerichte visie te kunnen ondersteunen. Dit vergt uiteraard een coöperatieve houding van de directie en haar medewerkers en een goede vertrouwensrelatie tussen de ombudsdienst, de patiënten en de instelling, waar ik nog NOOIT een moeilijkheid heb ondervonden.

Het is echter noodzakelijk aan te geven dat de ombudsdienst geen hulpverlener is, en dus nooit in de plaats van de zorgverstrekker kan optreden.

3.4 Specifieke taken van de ombudsdienst

We lichten de specifieke taken van de ombudsdienst toe. Toch kiezen we ervoor om de aandacht te vestigen op het feit dat de klachtenbehandeling in handen van het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum blijft. De ombudsdienst tracht enkel een optimale tussenkomst te bieden bij klachten. Directie en/of betrokkenen worden ingelicht over de werking van de ombudsdienst en zijn eventuele structurele adviezen.

Informatieverstrekking

De primaire taak van de ombudsdienst is het verlenen van advies en bijstand met betrekking tot problemen/klachten die resulteren uit opname, behandeling, bejegening of ontslag. Titularis van dit proces is de persoon die de klacht formuleert.

We aanhoren de klacht en trachten allereerst zoveel en zo volledig mogelijk informatie te verstrekken.

De ombudsdienst moet immers tegemoetkomen aan de behoefte aan informatie van de klager. We nemen tijd voor een persoonlijk gesprek en verwijzen de klager naar een meer specifieke dienst, indien nodig.

Het is de taak van de ombudsdienst om informatie met betrekking tot de handhaving van de rechten en plichten van de klager te verschaffen, en maakt zijn positie en werking kenbaar aan alle betrokkenen van de instelling.

Dit houdt in dat met name nieuwe patiënten en nieuwe medewerkers op zo kort mogelijke termijn ter zake geïnformeerd worden.

Klachtenbegeleiding

De ombudsdienst tracht de klager te helpen bij het vinden van een bevredigende oplossing voor een vraag of klacht. We gaan met de klager in gesprek om het probleem duidelijk en helder te formuleren en te omschrijven, en trachten helder te krijgen wat de hulpvraag van de klager is. De mening van de ombudsdienst blijft zolang mogelijk op de achtergrond. De klager bepaalt of de ombudsdienst al dan niet actie onderneemt.

Het is denkbaar dat de ombudsdienst de klager informeert en dat hij voldoende heeft aan een vertrouwelijk gesprek. Hij is mogelijk al tevreden als de ombudsdienst ruimte heeft gemaakt om naar zijn verhaal te luisteren. Het gebeurt ook dat de klager op advies van de ombudsdienst zelf met de zorgverstrekker tegen wie zijn ongenoegen zich richt, gaat praten en tracht de miscommunicatie recht te zetten. Wij volgen deze interventies op.

Indien de klager niet in staat is om zijn klacht met behulp van de begeleidende gesprekken zelfstandig op te klaren, intervenueert de ombudsdienst als bemiddelaar/verzoener tussen beide partijen.

Klachtenbemiddeling

Als de klager met zijn verhaal onvoldoende gehoor krijgt bij de zorgverstrekker of niet in staat is dit proces zelfstandig te doorlopen, kan de ombudsdienst voorstellen om een gesprek met alle betrokken partijen te organiseren. Een overleg op basis van (relatieve) gelijkwaardigheid van de partijen geniet de voorkeur.

Er zal gepoogd worden een oplossing te vinden zodat voor de klager de reden tot klagen vervalft en een constructieve werkrelatie kan blijven behouden. Bemiddeling veronderstelt wederzijdse verheldering van de standpunten, wederzijdse toegevingen, desgevallend een compromis of verzoening.

3.5 Processignalering en registratie

De ombudsdienst registreert elke klacht door middel van een aangepast registratiemodel en blijft titularis van deze gegevens. Klachten worden enkel anoniem aan externen doorgegeven of toegelicht en worden slechts een beperkte tijd bewaard.

De ombudsdienst zal tekortkomingen in de structuur en het functioneren van de organisatie aan de directie signaleren. Er wordt in dit proces uiteraard rekening gehouden met de rechten van de betrokken klager.

Jaarlijks wordt een jaarrapport opgesteld.

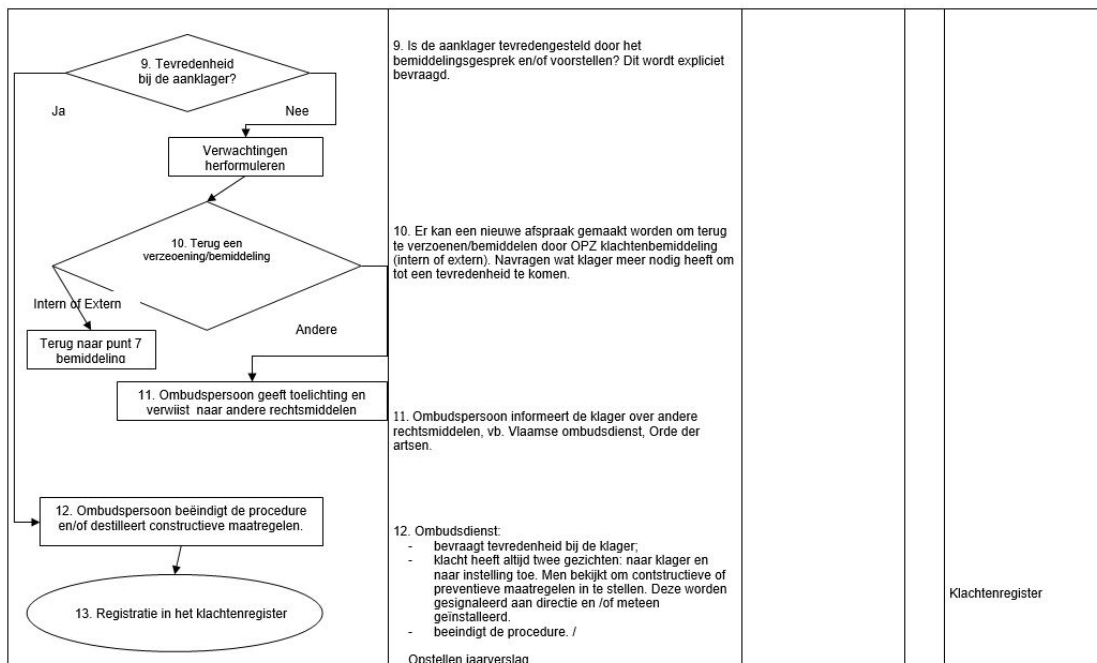
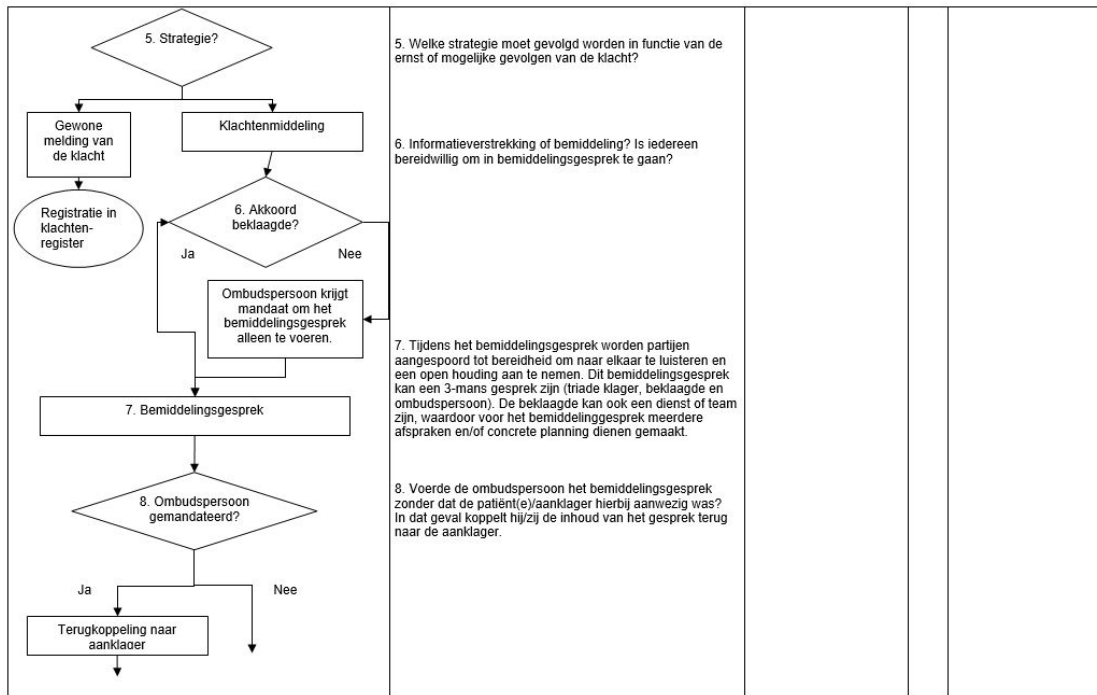
3.6 Bekendmaking en sensibilisatie

De ombudsdienst verleent zijn actieve medewerking aan de bekendmaking van de werking van zijn dienst en intervineert actief in de sensibilisatie van betrokken partijen zoals patiënten, families, interne medewerkers, enz.

De bestaande folders, website ... en andere hulpmiddelen bewijzen dat zowel patiënten als families het bestaan van de ombudsdienst wel degelijk kennen en gebruiken.

3.7 Flowchart klachtenstroom

Procesverloop	Medewerker	*	Documenten
<pre> graph TD A([1. Uiting van klacht rond patiëntenaangelegenheid bij interne of externe ombudsdienst]) --> B{2. Door wie?} B --> C[Klacht door patiënt(e) zelf] B --> D[Klacht door familie van patiënt(e)] C --> E{Akkoord patiënt(e) ?} D --> E E -- Ja --> F[3. Gesprek met patiënt(e)] E -- Nee --> H{5. Strategie?} F --> G[4. Informatieverzameling] G --> H H --> I[] </pre>	<p>Patiënten hebben de keuze tussen de ombudsdienst van OPZ Geel of een externe ombudsdienst. Indien intern geldt onderstaande werkwijze:</p> <ol style="list-style-type: none"> De klacht komt binnen bij de ombudspersoon via: <ul style="list-style-type: none"> - aanmeldingsformulier - telefoon - persoonlijk contact - mail - brief De klacht door patiënt zelf geformuleerd of klacht door familie/pleegfamilie: navraag gedaan of patiënt deze klacht onderschrijft. <p>Indien gewenst geeft de ombudsdienst een ontvangst-bevestiging.</p> <p>ER WORDT NIET NAGEGAAN OF:</p> <ul style="list-style-type: none"> - DE KLACHT AL DAN NIET GEGROND IS - DE KLACHT AL DAN NIET ONTVANKELIJK IS. <ol style="list-style-type: none"> Verduidelijking van de klacht en aftoetsing van de verwachtingen. De ombudspersoon zoekt bijkomende informatie, onderzoekt de context van de klacht, gaat mogelijkheden na. De ombudspersoon gaat na - in overleg met de aanklager - of er een specifieke strategie moet worden uitgestippeld rond de klachtenbehandeling. 	<p>Alle personeelsleden</p> <p>Ombudspersoon</p>	<p>B</p> <p>↓</p> <p>Flyer Ombudsdienst</p> <p>Aanmeldingsformulier</p> <p>Bevestiging van ontvangst, schriftelijk of per e-mail.</p>



Wet op de patiëntenrechten

4. De patiëntenrechtenwetgeving omvat een aantal subcategorieën:

- Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening
- Recht op vrije keuze van een beroepsbeoefenaar
- Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand
- Recht om geïnformeerd te worden, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in ieder tussenkomst van de beroepsbeoefenaar
- Rechten op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier
- Recht op inzage van het patiëntendossier
- Recht op afschrift van het patiëntendossier
- Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer
- Recht op een pijnbestrijding, gerichte zorg
- Het systeem van vertegenwoordiging van de patiënt

In het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum hebben we te maken met klachten die we deels binnen deze subcategorieën kunnen onderbrengen. Een duidelijk beeld van de inhoud van de klachten schetsen we verder, in het onderdeel 'Klachtenbeeld'.

Verloop van de klachtbehandeling

5.1 Aanmelding

In dit onderdeel trachten we u een beeld te schetsen van de wijze van klachtmelding. We staan stil bij het aantal klachten en de manier waarop de klachten de ombudsdienst bereiken. Verder hebben we oog voor wie de klacht formuleert en willen we de aandacht vestigen op juridische en media-dreigementen die klagers soms gebruiken om gehoord te worden.

Aantal klachten

In 2017 bereikten ons 89 klachten.

Dit is zowat op hetzelfde niveau als tijdens de jaren 2011 tot 2014, maar minder dan de voorbije 2 jaar.

De klachten situeren zich in verschillende domeinen, soms gerelateerd aan een leefeenheid, aan een bepaalde dienst, aan de werking, aan de beleving ...al dan niet gerelateerd aan de patiënten-rechtenwet. We noteren dit jaar meer klachten over allerlei andere thema's dan klachten die gerelateerd zijn aan de Wet op de Patiëntenrechten. Elke klacht wordt aanhoord, is en blijft onze statement!

Graag merken we op dat we absoluut niet afkerig zijn van klachten. Het zijn net deze klachten die kunnen leiden tot het optimaliseren van onze werking en dienstverlening. Tevens kunnen ze bijdragen tot het verminderen of wegnemen van ongenoegens en dus van de draaglast bij de klager, vaak de patiënt.

Na zoveel jaren intensieve inzet en verbeteringsstrategieën, blijven er klachten ontstaan. Mensen worden namelijk steeds mondiger en vinden omwille van de laagdrempeligheid gemakkelijk de weg naar de ombudsdienst. Soms zoeken ze de ombudsdienst op om hun vraag/klacht af te toetsen bij een neutrale persoon en zodoende bevestiging of ontkenning te kunnen aanvaarden.

Significant dit ombudsjaar: we noteren zeer weinig klachten rechtstreeks gerelateerd aan de Patiëntenrechten Wet. Het zijn eerder ongenoegens/klachten/opmerkingen over mankementen, onwaardigheden, bemerkingen, suggesties die we onder deze rubriek klachtbeeld zullen citeren.

Naast de 89 klachten die de interne ombudsdienst bereikten, zijn er ook een aantal klachten die onmiddellijk geformuleerd worden op de leefeenheid, en waar de zorgverstrekkers acties ondernemen op de plek waar het probleem of de vraag zich stelt. Dat is uiteindelijk het ultieme doel dat ongenoegens onmiddellijk en rechtstreeks worden aangepakt door onze zorgverstrekkers. We hebben geen zicht op hoeveel rechtstreeks van deze worden opgelost door hen zelf.

Deze klachten zitten niet in deze registratiecijfers. We noemen die klachtenbehandeling van de "0-de lijn". Dit is de eerste, kortste en juiste weg in de klachtenbehandeling, omdat de zorgverstrekker onmiddellijk samen de klachtbrenger anticipeert op een bepaald ongenoegen.

Hier maken onze zorgverstrekkers reeds het verschil tussen een ontevreden patiënt en een (zeer) tevreden patiënt (of cliënt).

Indien de zorgverstrekkers het zelf niet alleen kunnen oplossen, wordt er mogelijks hulp ingeroepen van een collega, arts, diensthoofd, of team van de leefeenheid.

Dit noemen we de "1-ste lijn" in de klachtenbehandeling. Het overleg, in samenspraak met de patiënt, kan resulteren in een plan van aanpak, actie of informatie.

Als deze stappen niet tot tevredenheid leiden -of- als er problemen zijn waar de patiënt nergens anders mee terecht kan, wordt er verwezen naar de ombudsdienst: de "2-de lijn".

Via verschillende kanalen kan de patiënt of de hulpverlener contact leggen met de ombudsdienst: een kaartje in de (gele) brievenbus, e-mail, telefoon, of persoonlijk contact...

Onze zorgverstrekkers helpen de patiënt graag om de afspraak te realiseren, indien nodig. Hierdoor kunnen zij hun vraag op een goede manier afronden en het voor verder gevolg bij de ombudsdienst leggen.

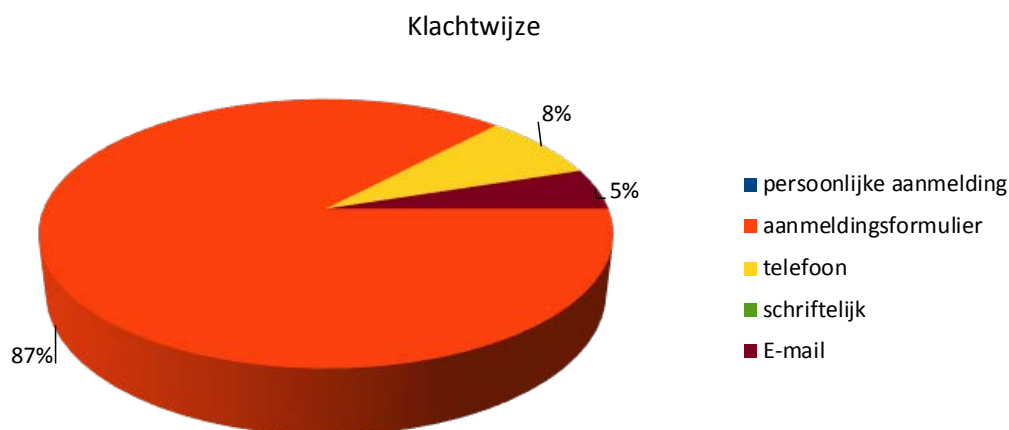
Uiteraard, is dit stappenplan van de 0-de tot de 2-de lijn niet altijd toepasbaar in de klachtenstrategie.

De essentie is echter dat klachten best worden aangepakt op de plek waar ze zich bevinden.

We ontvangen veel positieve feedback over deze manier van klachtenstroomlijning, zowel van de patiënten als van de zorgverstrekkers.

Vaak is een goede, tevreden afronding van een klacht een stimulans om bij een volgend ongenoegen of zelfs gewoon een vraag of onduidelijkheid, sneller naar de ombudsdienst te gaan. Het is inmiddels een gemakkelijke, gekende stap geworden.

Klachtwijze



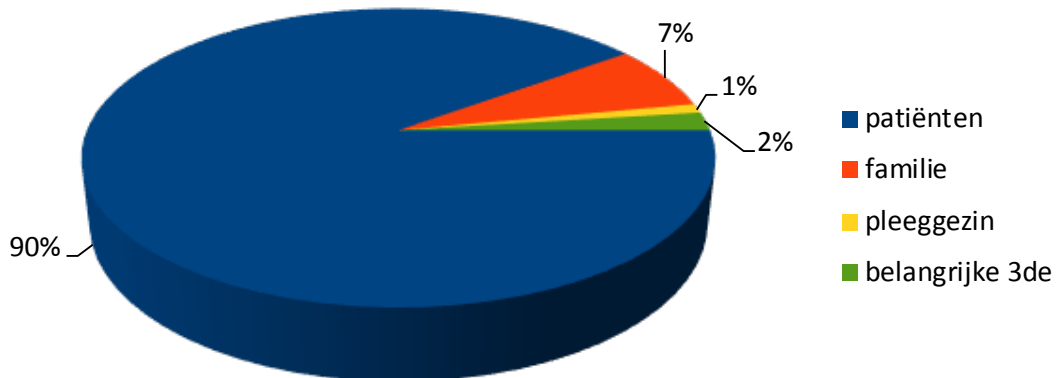
De meeste klachten (87 %) bereiken de ombudsdienst via het aanmeldingsformulier. Dit formulier, of "aanmeldingskaart", zit vervat in de onthaalbrochure en ligt op toegankelijke plaatsen op de verschillende campussen. Blijkbaar is het een handig en frequent gebruikt middel om de ombudsdienst te contacteren. Dit kaartje kan eenvoudig in de (gele) brievenbus worden gestopt, gelokaliseerd op de campussen of leefeenheden van het OPZ Geel.

Een andere manier van klachtenformulering is het telefonisch contact (8%). Mensen bellen om een klacht te melden of vragen een afspraak om een klacht persoonlijk toe te lichten. Er wordt dan zo snel mogelijk een afspraak gemaakt, vaak onmiddellijk of dezelfde dag nog, alleszins ten laatste op de vrijdag van dezelfde week. Het gebeurt nog zelden dat een klager gewoon even binnenkomt, zonder zich aan te kondigen. Als interne ombudsvrouw kunnen we heel snel reageren op een vraag omdat we fulltime aanwezig zijn.

Schriftelijke contactname in verband met klachtenmelding zien we minder frequent. (0%). Uiteraard zijn er ook klachten via e-mail (5%). De ombudsdienst heeft een eigen e-mailadres dat op de website, brochures of onthaalbrochure van het OPZ Geel te vinden is.

Wie formuleert de klacht

Wie formuleert de klacht ?



De persoon die de klacht bij de ombudsdienst formuleert, noemen we "de klager". Heel vaak is dit de patiënt zelf. Toch willen we andere groepen niet uitsluiten. We schetsen een overzicht.

Uiteraard worden de meeste klachten geformuleerd door de patiënten zelf omdat zij het ongenoegen persoonlijk aanvoelen en het meest betrokken zijn bij de werking en de accommodatie van onze instelling. Indien de familie een klacht formuleert, wordt tevens nagegaan of de patiënt deze klacht (h)erkent.

90% van de klachten worden rechtstreeks door de **patiënten** geformuleerd.

De **familie** (7%) formuleert voornamelijk vragen rond informatiebevestiging, of wil van een onpartijdige instantie horen of de informatie en beslissingen aangaande hun familielid juist zijn. Ze kregen deze informatie reeds van de zorgverstrekkers en de onthaalbrochure, maar vragen bevestiging of verduidelijking van de onpartijdige ombudsdienst.

Families zijn vaak de moeilijkste groep om mee aan klachtenbehandeling te doen. Vaak hebben ze hun besluit al genomen: de arts, het team is in de fout gegaan. Er moet doorgaans een heel proces worden doorlopen om hun inzicht in de aanpak en het verloop duidelijk te maken. Alhoewel ze het traject begrijpen, blijven ze toch vaak zitten met een naar gevoel over het bijsturen van hun gevoel en/of oordeel. Hun familielid, de patiënt, is dan soms de neutraliserende sleutel in het gesprek, wanneer hij zelf zegt dat hij zich toch geholpen of goed begrepen voelt.

Regelmatig formuleren familieleden een klacht zonder medeweten van de patiënt, omdat de relatie tussen beiden vertroebeld is. We gaan daar verder op in bij de Wet op patiëntenrechten,.

Pleeggezinnen (1%) hebben voornamelijk vragen rond beslissingen van het team of het beleid van de instelling. De casemanager is normaliter de primaire verbinding tussen pleeggezin en instelling, wat vlot verloopt, maar wanneer de patiënt tijdelijk of definitief is opgenomen in het OPZ Geel, is het iets minder duidelijk wie hun onmiddellijke aanspreekpersoon is. In die situatie contacteren ze dan de ombudsdienst. Dat doen ze bijvoorbeeld ook wanneer de wachttijd voor een nieuwe patiënt in hun beleving oploopt.

Belangrijke derden zijn personen die een zekere betrokkenheid voelen bij een situatie waarin een patiënt zich benadeeld voelt. Op die manier kunnen ook personeelsleden, burens, instanties of hulpverleners de rol van klachtbrenger opnemen.

We hebben dit jaar wel 2 klachten ontvangen van een warenhuis, die zich niet kon vinden in het feit dat (zieke) patiënten van het OPZ zonder begeleiding boodschappen deden.

Juridische en media-dreigementen

Patiënten of families dreigen soms bij de introductie van hun verhaal/klacht met juridische- of media-“publiciteit”. In 2017 ontvingen we slechts 2 juridische dreigementen, die beide werden geneutraliseerd. Mensen die een klacht uiten, hebben zichzelf moed en kracht ingesproken om deze te formuleren. Vaak ervaren ze een gevoel van onrecht en onmacht en gebruiken ze dan zgn. doorslaande argumenten. Ze zijn vaak ook erg emotioneel of opgewonden. Met de juiste informatie of de juiste kadering van het probleem en een rustige, neutrale houding, vermindert die opwinding en zien ze zelf in dat het uitwerken van hun dreigementen niet de essentie is en geen soelaas zal bieden. Informatieverstrekking, open communicatie en een eerlijke, respectvolle houding zijn het beste middel om tot een snelle, tevreden, en ontladen oplossing te komen.

Ook de betrokken advocaten of officiële instanties zijn telkens de vragende en verzoenende partij om de inhoud van de klacht bij de ombudsdienst te leggen en het daar verder te bespreken in plaats van een procedure te starten.

Alle juridische dreigementen werden ook dit jaar weer geneutraliseerd. De klachten in kwestie werden in tevredenheid afgerond.

5.2 Klachtenbeeld

Algemene situering

We merken dat de klachten niet meer te structureren zijn volgens de traditionele ‘triade’: klager – beklagde – klacht. We moeten bij het verwerken van de klachten steeds meer het hele proces onder de loep nemen, dat zich tussen deze actoren/factoren afspeelt. Hierdoor stellen we vast dat de bemiddelingen complexer van aard worden.

Anderzijds ontstaat er vaak een grotere tevredenheid met het verkregen resultaat. “*Meerzijdige partijdigheid*” is een houding die deze complexe klachten kan helpen oplossen. We bekijken niet één element van de triade (de klacht) maar proberen alle partijen te aanhoren en het proces tussen deze verschillende factoren mee te belichten bij bemiddelingsgesprekken.

Door deze houding van open communicatie aan te nemen moet de patiënt zich minder beroepen op de wet van de patiëntenrechten en blijft er vaak een werkbare sfeer en vertrouwensrelatie tussen de verschillende partijen. De deontologische houding van de hulpverlener wordt daardoor op punt gesteld en de therapeutische relatie wordt versterkt.

Het blijft echter belangrijk om de personeelsleden op de hoogte te stellen van de wet op de patiëntenrechten. Indien een patiënt hiervan gebruik wenst te maken kunnen wij hem zonder weerstand en met professionele kennis informeren over zijn rechten. Personeelsleden krijgen de kans om in de instelling bijscholing rond dit thema te volgen. Tevens is de sensibilisering voor een open houding naar klachten vervat in het introductieprogramma voor nieuwe personeelsleden.

Bereikbaarheid van de ombudsdienst

Wij blijven ons inzetten op de bereikbaarheid en de laagdrempeligheid, en op de verspreiding van informatie over de interne- en externe ombudsdienst. De dienst kan via meerdere kanalen worden gecontacteerd: telefonisch, schriftelijk, per e-mail (ombudsdienst@opzgeel.be), gele brievenbussen op de verschillende campussen, korte aanwezigheid op patiëntenmomenten, leefeenheden, onthaal-/informatiebrochures voor volwassenen/ouderen en jongeren, folders op verschillende plaatsen en op de verschillende campussen/leefeenheden, vrijetijdswinkel, eigen aanmeldingskaartje voor contact... Het OPZ heeft overal posters verspreid met de coördinaten en informatie over de beide

ombudspersonen.

Daarnaast heeft ook de externe ombudspersoon zijn eigen campagne gevoerd.

De burelen zijn zeer makkelijk en toegankelijk te bereiken op een neutrale plaats, in het Poorthuis, Pas 230, Geel of in het hoofdgebouw OPZ.

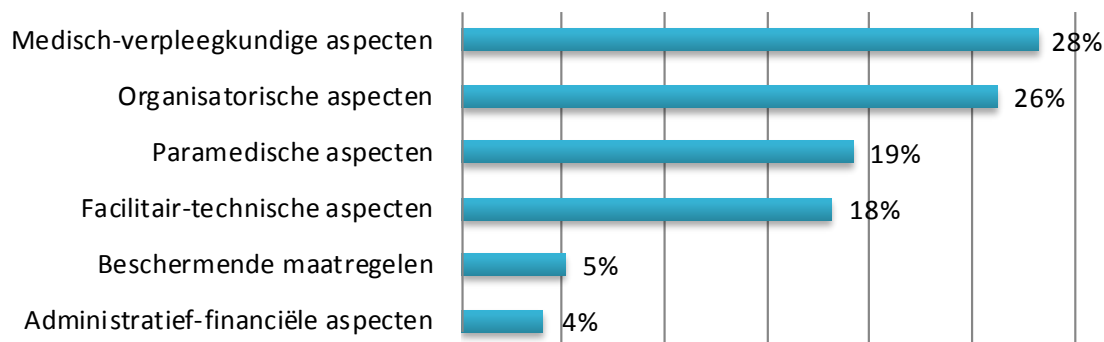
Soorten klachten en hun inhoud

Er zijn verschillende soorten klachten. Enerzijds krijgen we persoonlijke, individuele klachten, anderzijds zijn er ook groepsklachten over de werking of de accommodatie. Soms hebben meerdere mensen last van deze tekorten. Het groepsgebeuren versterkt dan de klacht meestal.

Vaak maken de patiënten een soort klachtenbrief op, met tientallen handtekeningen eronder.

Bijvoorbeeld: een patiënt deelt zijn ongenoegen op de patiënten/bewonersvergadering en meteen onderschrijven een aantal medepatiënten dit gevoel. Dit wordt evenwel als 1 klacht genoteerd

Inhoud van de klachten



Nota:

Sommige klachten horen thuis in meer dan één categorie en kunnen meerdere aspecten inhouden.

Ze werden dan ook dubbel geregistreerd in bovenstaande tabellen..

Gegronde of ongegronde klachten

In de huidige strategie van het klachtenbeleid binnen het OPZ Geel worden klachten niet gescreend op "gegrond of niet gegrond". Binnen de psychiatrie kunnen klachten weliswaar als ongegrond worden aanzien, omdat ze vaak gerelateerd zijn aan het ziektebeeld., maar volgens de beleving van de patiënt is een klacht echter steeds gegrond. Vanuit deze visie interfereren we ook in deze klachten. Die houding leidt duidelijk tot meer tevredenheid bij de klager.

Ons uitgangspunt is: "elke klacht wordt gehoord in een gesprek". Echt ongegronde klachten worden gewoon niet genoteerd, omdat er tijdens een gesprek toch altijd zinvolle aanbevelingen of raadgevingen kunnen worden aangeboden. De patiënt beleeft zijn vraag, zelfs als is ze gerelateerd aan zijn ziektebeeld. Hij/zij wordt ernstig genomen en we kunnen het probleem telkens positief afronden.

We hanteren het principe "*EHBO*", zoals de *Vlaamse Ombudsman* het vermeldde in zijn jaarverslag, "*Eerste Hulp bij Onvrede*". Als Ombudsdienst kunnen we een vraag of klacht altijd op een goede manier op de juiste plaats brengen en een eerste hulp zijn in het juiste traject. De ombudsdienst is goed gekend, hebben mogelijks positieve ervaringen op gedaan

en contacteren ons bij één of ander ongemak. Vandaar de verklaring dat er meer vragen rond technische – of organisatorische thema's te noteren vielen. OD wordt EHBO. "Ombudsdienst wordt Eerste Hulp bij Onvrede-" dienst.

Een klacht met verschillende thema's

Een klachtmelding kan over verschillende thema's gaan, die we in principe als verschillende klachten kunnen registreren (cfr.supra). Natuurlijk krijgen de verschillende thema's van de klacht wel elk hun afzonderlijke aanpak en benadering.

Klachten over persoonlijke, gevoelsmatige thema's

De ombudsdienst blijft klachten krijgen aangaande thema's, beslissingen, persoonlijk aanvoelen of nood aan bevestiging van een neutrale partij.

De tussenkomsten van de dienst situeren zich dan in het hervertalen van de boodschap die ze hebben ontvangen of het herbevestigen van de mededeling in een breder kader. Mensen krijgen van het behandelteam adviezen, die doorgaans zeer goed en duidelijk worden gecommuniceerd, maar zoeken toch nog even zekerheid of alles wel volgens de rechten van de patiënt verloopt, of over hun wettelijke mogelijkheden. Of ze willen gewoon nog eens graag praten over het thema. Ze formuleren een klacht, of beter: ze vullen het aanmeldingsformulier in, maar eigenlijk vragen ze om gerustgesteld te worden door een persoon die niet bij de leefeenheid betrokken is.

Het is zeer moeilijk hiervoor een structurele maatregel te formuleren, al was het maar omdat de communicatiestroom tot dusver perfect verloopt en georganiseerd is.

Klachten van patiënten in een gedwongen statuut of op een forensische afdeling

Bij patiënten die op deze leefeenheden worden opgenomen, wordt de nadruk gelegd op het behandelen van het ziektebeeld en op het bieden van veiligheid binnen een ernstige crisissituatie. Dit brengt soms vrijheidsbeperkingen met zich mee. De ombudsdienst ontving nochtans geen klachten over onrechtmatige vrijheidsbeperking of onheuse behandeling, noch over fixatie of afzondering.

Gedwongen opnames en opnames op een forensische afdeling worden soms door de patiënt en de familie als traumatisch of ingrijpend ervaren. Informatie en uitleg geeft hen wel duidelijkheid en tevredenheid. Zorgverleners geven deze informatie schriftelijk (onthaalbrochure) en mondeling. We stellen echter vast dat patiënten en familie deze informatie soms niet kunnen opnemen door het acute van de toestand. Ze vragen daarom soms bevestiging of verduidelijking bij de ombudsdienst.

Klachten van de familie nemen hier een dominante plaats in. Ook voor hen is het een emotioneel zware situatie. Het is dan ook voor hen een bijkomende opportuniteit om hun verhaal, bezorgdheid, vragen en emoties te kunnen brengen bij de ombudsdienst, ook al werden ze opgevangen en geïnformeerd door de zorgverleners (zowel mondeling als schriftelijk). Een luisterend oor en de herhaling en verduidelijking van de informatie werkt geruststellend voor hen en vermijdt een extra klachtmelding.

Wanneer een patiënt wordt opgenomen in een gedwongen statuut of op een forensische afdeling, is zijn recht op vrije keuze van zorgverstrekkers enigszins beperkt. Daarbij komt dat men bij de behandeling van deze patiënten rekening dient te houden met afspraken die door externen worden opgelegd, doorgaans vanuit een justitiële instantie (jeugdrechter, rechtbank, ...) Deze (justitiële) beperkingen en maatregelen kunnen ongenoegens creëren bij patiënten en hun omgeving. Voor de ombudsdienst is het echter zeer moeilijk om in deze situaties te bemiddelen, aangezien er niet te onderhandelen valt over opgelegde justitiële beslissingen. We trachten dan wel een luisterend oor en een communicatiekanaal (katalysator) te zijn tussen de klager en de beklagde. We trachten opnieuw een constructief communicatieproces op gang te brengen, met uitleg over de wettelijke mogelijkheden en we verwijzen de mensen ook door naar hun eigen advocaat.

In 2016 bleef de vraag voorkomen of men beroep kan aantekenen tegen de gedwongen opname of de verlenging van het gedwongen statuut. Men wil die soms betwisten en ondanks het gedwongen statuut op een open leefeenheid verblijven. Een begrijpende houding en een

correcte situering van de wettelijke mogelijkheden neutraliseert dit soort vragen bijna altijd. Door het gebruik van de positief oplossingsgerichte gesprekstechniek kan men deze maatregel ook anders formuleren en laten begrijpen.

Klachten over facturen

In 2017 waren er 2 klachten rond de facturatie. De klachten situeerden zich omdat er een vordering was van het bedrag via de officiële weg, na jarenlang aandringen om het ondertekende haalbare afbetalingsplan toch te betalen.

De financiële dienst is zeer en ver meegaand in het aanbieden van oplossingen voor onbetaalde rekeningen die zich, na lange tijd, hebben opgebouwd. Elke bereidwilligheid van de patiënt om kleine bedragen af te betalen, is aanvaardbaar.

We noteerden geen klachten meer over de vergoedingsfactuur van pleeggezinnen. Er werd met de financiële dienst een constructief overleg gepland met de case-managers, met een duidelijke informatieve aanwijzing over het registreren van het opname-moment van de patiënten.

Klachten over sigarettenautomaat

Patiënten die roken, verblijvend op de gesloten leefeenheid, maken vaak gebruik van de sigarettenautomaat. Ondanks aandringen bij de leverancier waren heel vaak de meeste sigaretten niet beschikbaar, wat de nodige frustraties opleverden bij de patiënten. Ondanks overleg en aandringen bleef het mankement bestaan. Het OPZ heeft dan vrij snel een andere sigaretten/ automaat/ leverancier gezocht.

Klachten over ICT-connectie

In 2017 beschikte elke leefeenheid over een patiëntencomputer met WIFI.

Er werd een 'groepsklacht' geformuleerd door een leefeenheid omdat er veelvuldig contactverlies was met de ClientGuest WIFI. Het probleem werd grondig geanalyseerd en vrij snel opgelost door onze eigen ICT dienst.

Ook omtrent niet juist afgestelde wandklokken werden op een patiëntenoverleg frustraties geuit, na herhaalde meldingen aan de verpleging. De antenne die ervoor zorgt dat al de klokken gelijk lopen was defect. Dergelijke klachten bereiken de ombudsdienst als ze al eerder anderen hebben aangesproken. De ombudsdienst zien ze als een toegankelijk meldpunt voor ongenoegens.

Klachten/vragen over verduidelijking/bevestiging/informatie/...

Een aantal aanmeldingen zijn feitelijk gewoon vragen tot een gesprek. Patiënten hebben soms met vragen over interne afspraken of mededelingen, waar ze met een onpartijdige persoon over willen praten. Dit is dan ook geen klacht als dusdanig, maar eerder een nood aan verduidelijking van een mededeling of teambeslissing.

Uiteraard voelt het voor de patiënt wel aan als een vorm van ongemak; vandaar de vraag aan de ombudsdienst.

Een overleg met een teamlid of arts neutraliseert deze bezorgdheid bijna altijd. De teamleden hebben er ook nooit problemen mee om de beslissing in kwestie nog eens toe te lichten of uit te klaren. De patiënt is dan ook altijd dankbaar tevreden. Ik kan geen fouten destilleren in de informatie-overdracht, maar ze zoeken gewoon een neutrale informatiebron.

Pro-actieve klachten

De ombudsdienst kan soms ook pro-actief meewerken aan een betere dienstverlening, wat beide partijen ten goede komt.

Zowel artsen als zorgverstrekkers signaleren vaak een ontevredenheid na een overleg. Soms gebeurt het dat de ombudsdienst de betrokken mensen even opbelt en hen vraagt wat hun tevredenheid zou kunnen bevorderen. Dit wordt altijd als zeer positief ervaren en draait ook altijd uit op een verderzetting van de samenwerking, in wederzijds respect.

Klachten omtrent de maaltijden

Er waren slechts enkele klachten over de vegetarische maaltijden.

De keuken houdt rekening met grotere porties voor bepaalde leefeenheden en met de concrete dagelijkse bezetting van de leefeenheid. Ze wordt dagelijks rechtstreeks geïnformeerd over het aantal patiënten per leefeenheid via ons elektronisch patiëntendossier, zodat er een correct aantal maaltijden wordt aangeleverd.

De meeste patiënten vinden het eten in het OPZ Geel lekker en gevarieerd. Ze maken dan ook frequent hun positieve feedback over.

Klachten over de omnipracticus

De huisarts heeft in een psychiatrisch ziekenhuis een andere taakhoud dan in een privépraktijk. De arts zal, op aanvraag van de psychiater, een consult plannen met de patiënt, voor het aangegeven probleem. De verpleegkundigen nemen reeds alle parameters op en de arts doet een klinisch onderzoek.

De patiënt verwacht echter eenzelfde consult/tijd als bij zijn eigen huisarts. (Bijvoorbeeld: hij heeft mijn bloeddruk niet genomen!)

Op een patiëntenoverleg werd een en ander al uitgelegd, met de klemtoon op de toch wel zorgzame invulling.

Patiënten en families verwachten soms dagelijks hun behandelende arts te kunnen spreken, refererend naar een opname in een algemeen ziekenhuis.

Families verwachten ook persoonlijke overlegmomenten.

Het multidisciplinaire team is elke dag intensief betrokken met het traject van onze patiënt, maar er is niet dagelijks een consult.

De psycho-socio-therapeutische aanpak wordt door verschillende disciplines aangepakt. Een afspraak met één van de therapeuten van het team neutraliseert deze klacht meteen.

Klachten over de wet op patiëntenrechten

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

Kwaliteitsvolle behandeling is bijna een allesomvattende rubriek. Op één of andere manier kan je 'alles' onderbrengen bij dit patiëntenrecht, gaande van een oprechte bejegening tot een feillooswerkend sporttoestel.

We noteerden geen klachten over een on- respectvolle bejegening van de zorgverstrekkers.

Recht op inzage en afschrift van het dossier

Verbazend genoeg komen deze vragen zelden tot bij de ombudsdienst. Het open communicatiemodel en in kader van de herstelgedachte binnen de geestelijke gezondheidssector en zeker in het OPZ, maakt dat patiënten deze vragen ofwel rechtstreeks aan de behandelende geneesheer stellen of er misschien zelfs geen behoefte aan hebben. Het behandel- en begeleidingssysteem binnen het OPZ Geel, waar elke patiënt zijn individuele psychiater, begeleider en psycholoog heeft, creëert ruimte om persoonlijke vragen rechtstreeks te stellen.

De vraag tot inzage wordt meestal rechtstreeks (en schriftelijk) aan de Medisch Directeur gesteld, conform de procedure. Ze worden zelfs zonder onkosten overgemaakt -en- passeert dus niet via ombudsdienst.

Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer -en- recht om geïnformeerd te worden, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar.

Binnen het OPZ Geel wordt er zeer alert, correct en bijzonder scrupuleus omgegaan met dit recht. Er werd dan ook geen enkele klacht vanwege een patiënt genoteerd. Er wordt de patiënten telkens gevraagd of familie betrokken mag worden bij de behandeling, of er een ontslagverslag doorgestuurd mag worden, of er toestemming is om informatie op te vragen ... Dit recht om geen informatie te delen met familie wordt aan de andere kant erg negatief ervaren door de bezorgde familieleden, die absoluut geïnformeerd willen worden over de toestand van hun familielid.

We hebben in 2017 ook extra ingezet om familie goed te informeren zonder de wens van de patiënt te ontkrachten hieromtrent vermeden kunnen worden, wanneer de vraag om informatie aan familie door te geven op een minder routineuze, en persoonlijkere manier aan de patiënt wordt gesteld. Wanneer hierover in een socialiserende, misschien zelfs therapeutische context met de patiënt wordt gepraat, zou het aantal weigeringen lager kunnen liggen. Anderzijds zou een dergelijke aanpak de begeleidende equipe (én de patiënt zelf) een beter inzicht kunnen geven in de redenen van de weigering. Daardoor zal ze niet alleen beter gemotiveerd aan de familie kunnen worden medegedeeld, maar ze kan ook extra inzichten aanbrengen, waarmee de patiënt en de equipe op therapeutisch vlak hun voordeel kunnen doen.

Recht op vertegenwoordiging van de patiënt

In het OPZ Geel is er een patiëntenparticipatie en -informatie voor patiëntenvertegenwoordiging, Uilenspiegel opgericht, die aardig operationeel is en goed loopt.

Wij zorgen er nauwlettend voor dat patiënten hun forum hebben waar ze zelf of bij delegatie vertegenwoordigd kunnen zijn.

Verder is er het recht om een wettelijke vertegenwoordiger of vertrouwenspersoon aan te duiden. Deze informatie staat reeds vermeld in de onthaalbrochure en wordt ook met de patiënt en familie besproken/aangeboden. Op de OPZ website worden deze formulieren beschikbaar gesteld.

We stellen als ombudsdienst ook vaak deze vertegenwoordiging voor. Familie is bezorgd over de psychische toestand maar door de ernst van de ziekte weigert hij medewerking en contact met zijn sociale context. Als vooraf dit document werd opgemaakt, en goed door gesproken in gezonde tijden, dan is de familie en patiënt tevreden en vermijdt men moeilijkheden.

Casus: Eerste opname van broer in OPZ en hij weigert overdracht van gezondheidsinformatie naar zijn zus.

“Ik twijfel niet aan de inzet die OPZ dagelijks levert want het is niet simpel wat jullie doen. Dat besef ik maar al te goed. Dank alvast hiervoor.

Ik zit al 45 jaar te wachten op een oplossing of hulp of wat dan ook. Nu de angst de bovenhand heeft genomen na alle feiten en misgedragingen begrijp je wel dat ik als zus en slachtoffer niet meer in staat ben om mijn broer alleen zonder expertise te kunnen helpen.... Het is al zo ver gekomen dat ik het niet meer alleen kan. Vandaar mijn smeekbede om hem te helpen en indien mogelijk me toch beetje van zijn genezingsproces op de hoogte te houden.

Mijn moeder heeft me op haar sterfbed 27 jaar geleden laten beloven dat ik voor mijn broer wilde blijven zorgen. Het doet me enorm pijn aan het hart dat ik het niet meer alleen aankan zowel emotioneel als financieel... Ik had het liever allemaal anders gewild en dit niet moeten doen. mijn broer heeft zelf al zo vaak gezegd dat hij het niet meer aankan maar was te zwak om hulp te gaan vragen... Vandaar dat ik hoop dat er nu wel werk van gemaakt kan worden en dat ik toch nog op de hoogte mag blijven. Hij blijft ondanks alles mijn broer. Ik heb er medelijden mee dat hij van zijn leven zo'n puinhoop heeft gemaakt en dacht dat het wel zou beteren met de tijd maar dit was naïef van me maar wat doe je als je iemand graag ziet... Dan verdraag je meer dan goed is.”

Hieruit concludeer je dat het weigeren van de patiënt om informatie te delen met de familie ook een genuanceerde kant heeft. Met aanstelling van een vertegenwoordiger zou deze emotionele reactie overbodig zijn.

Recht op vrije keuze van een beroepsbeoefenaar

Vroeger meer dan nu, maar af en toe is een patiënt nog wel eens verontwaardigd dat hij zijn ambulante psychiater (verbonden aan het OPZ Geel) niet als behandelende arts heeft tijdens de behandeling. Met een woordje duiding en uitleg krijgt dit een vlug begrepen antwoord/oplossing. Elke leefeenheid heeft een eigen psychiater.

Recht op informatie

Bij opname wordt er uitvoerig aandacht besteed om de patiënt en familie voldoende informatie te geven over het verblijf in het OPZ. De onthaalbrochure, huishoudreglement, kosten,... wordt uitgelegd: Informed consent.

Ook bij anderstaligen wordt er voor gezorgd dat er informatie-overdracht in een begrijpbare taal, desnoods met inschakeling van een tolk.

Recht op bemiddeling

In het OPZ kan de patiënt kiezen tussen een interne ombudsdienst (Julienne Aerts) of externe ombudsdienst (Peter Declercq).

De uitgangspunten en situering van de ombudsdienst werd reeds uitvoerig toegelicht onder Hoofdstuk 3 en Hoofdstuk 5.3

De overige thema's van de recht op patiëntenwet zijn bijna nooit van toepassing

De patiënt-arts-hulpverlenersrelatie is een unieke "multiloog" met een eigen waarde. Het multidisciplinaire behandelingsproces hoeft deze relatie ook niet te verstoren met het bestaan van deze wet. Soms echter is deze wet niet specifiek genoeg voor een psychiatrische setting, en eerder volledig toepasbaar op een algemeen ziekenhuis.

5.3 Klachtenbehandeling

In dit onderdeel van het verslag willen we de aandacht vestigen op het proces van de klachtenbehandeling. We belichten hierbij de werking van onze ombudsdienst, hebben oog voor de looptijd van onze interventie en staan stil bij de positieve connotatie die we kunnen toeschrijven aan dit proces. We bekijken m.a.w. hoe deze behandeling toch een positieve werkrelatie tussen de verschillende partijen kan bewerkstelligen of onderhouden. Ons doel is dat alle partijen hierdoor kunnen groeien naar meer tevredenheid.

Werking en kansen van de ombudsdienst in het OPZ Geel

De ombudsdienst is **een centraal aanspreekpunt**. Het is echter de gemakkelijkste, eenvoudigste en snelste oplossing wanneer de patiënt rechtstreeks praat met de persoon die aan de basis ligt van de klacht. Vaak wordt op die manier een oplossing of verheldering bekomen. Als dit om welke reden dan ook niet kan, kan de patiënt de ombudsdienst contacteren. Is er bereidheid om toch zelf het probleem op te nemen, dan zal patiënt gestimuleerd en begeleid worden in dit proces. Nadien volgt er een terugkoppeling over hoe het gesprek verlopen is. De tevredenheid is zeer groot als de patiënten deze klacht zelf hebben kunnen oplossen, waardoor je hun eigen handelingscompetentie ook aanspreekt.

Uiteraard opteert de patiënt vaak voor een bemiddelingsgesprek dat wordt uitgewerkt met de betrokken partijen. De ombudsdienst brengt ongelijke verhoudingen tussen patiënt en hulpverlener weer in evenwicht. Maar de significante vaststelling is dat de klacht vaak niet gaat over één persoon (= beklagde), maar tegen bv. het team, het beleid, waardoor een breder proces moet worden opgezet.

De ombudsdienst werkt **zeer laagdrempelig en is gemakkelijk toegankelijk**, waardoor de patiënt de kans krijgt zijn klacht kenbaar te maken.

Folders, informatiebrochures en aanmeldingskaarten zijn in heel de instelling gemakkelijk te vinden. Ze kunnen op zeer eenvoudige manier in de gele postbussen worden gestopt op de verschillende campussen. De ombudsvrouw is gemakkelijk te bereiken op haar bureel in het Poorthuis, op een vrij neutrale locatie. Haar telefoonnummer is eveneens overal bekend gemaakt. Patiënten, bijna allemaal in het bezit van een gsm, maken daar dan ook handig gebruik van om een afspraak te maken. Een bezoek brengen, telefoneren, mailen, een afspraak vragen met de voorgedrukte kaart die overal te verkrijgen is, ... het wordt gebruikt.

De **communicatie** van de ombudsvrouw met de patiënt situeert zich in eerste instantie op een informele, persoonlijke, mondelinge afhandeling van de klacht. Bij een bemiddeling zal de klacht behandeld worden op de plaats waar ze is ontstaan. In zijn bemiddelingsrol en positie zal de ombudsdienst gebruik maken van zijn "meerzijdige partijdigheid" (actief afwisselend betrokken en open staan voor elke partij). De dienst zelf zal geen oordeel vellen. De ombudsdienst biedt de kans om de communicatie tussen de klager en de zorgverstreker te herstellen.

De wetenschap dat de ombudsvrouw de patiënt zal beoordelen noch veroordelen, moet de patiënt veiligheid bieden.

Heel het traject dat de ombudsdienst zal afleggen met de klager verloopt in een sfeer van **vertrouwen, beroepsgeheim** en **geheimhouding**. Indien er over een klacht gesproken wordt met andere instanties, wordt volledige anonimiteit gegarandeerd.

Dat patiënten en familie een beroep kunnen doen op een ombudsdienst, en zo ervaren dat dit op een ernstige empathische manier gebeurt, is het een **meerwaarde voor eenieder**. De patiënt kan zijn ongenoegen formuleren en krijgt gerichte feedback; de zorgverstrekkers kunnen de communicatie en informatie herstellen of verduidelijken en ook voor de instelling is het een positief signaal. Een instelling die open staat voor klachten en deze constructief tracht te benaderen, versterkt niet alleen haar imago, maar krijgt tevens de kans om de kwaliteit van haar zorgverlening te verbeteren. Het vertrouwen van onze patiënten kunnen we zodoende op een pro-actieve manier laten toenemen.

Methodiek van de ombudsdienst

De kennis vanuit de vorming rond Positieve Oplossingsgerichte Therapie en de vele bijscholingen rond bemiddelen en bemiddelings technieken..... ondersteunen de ombudsvrouw in haar communicatiestijl bij het begeleiden van dit proces.

Bij de aanvang van het gesprek kan de klager zeer emotioneel en verbaal zeer opgeladen zijn.

In deze fase is het luisteren en aanvoelen van zijn probleem prioritair. Pas als de emoties wat luwen, is er een tussenkomst van de ombudsdienst wenselijk om elkaar constructief en verbindend te ontmoeten.

Vaak zijn bemiddelingsgesprekken niet langer in één of twee gesprekken af te ronden, wanneer de familie mee in de verzoeningsfase zit. De familie heeft haar oordeel al gemaakt, terwijl de patiënt al lang heeft aangegeven voor tevredenheid, helderheid of een eindpunt te willen gaan.



5.4 Structurerende of corrigerende maatregelen

We overlopen even de maatregelen die al genomen werden, of die aan de directie worden gesignaleerd.

We refereren naar bovenvermelde klachten:

- **Organisatorische thema's:**

Bezoekregeling, familie die in de gemeenschappelijke leefeenheid ruimtes willen verblijven in plaats van in de bezoekeruimtes voor publiek, iemand die alleen een piano te spelen in het muzieklokaal zonder begeleiding buiten therapie-uren. Wijziging van het gebruik lokaal van AA....

- **Communicatie/respect:**

Communicatie, luisteren, respect, vertrouwen,... zijn en blijven fundamentele basisprincipes in onze professionele taak. Een blijvende alertheid voor en opfrissing van dit thema blijft aanwezig. Bijkomende vorming rond dit thema kan zinvol zijn. Ook het aanreiken van concrete tips om beter te doen, is nuttig, onder het motto dat de weg naar een constante groei altijd over leren en verbeteren loopt. Vandaar wordt elk jaar de vraag gesteld aan de directie om alert te blijven om dit thema in het zeer uitgebreid vormingsaanbod van het werkjaar in te plannen.

Misschien is dit "communicatie" wel het meest fundamentele thema in elke hulpverlenersrelatie. Een klacht is een opdracht voor iedereen! Iedere klacht is tevens een superbe kans om van een ontevreden patiënt een loyale cliënt te maken.

- **Verloren of beschadigde voorwerpen:**

Soms wordt een bepaalde toestel/ kledij/ bezitting bij de verpleging afgegeven ter bewaring. Hier loopt het soms wel fout. Bijvoorbeeld: elektronische sigaret met snoer moet worden afgegeven aan de verpleging omwille van veiligheidsmaatregelen op een opname leefeenheid. De zorgverstrekkers moeten die e-sigaret opladen en het fragiel oplaadconnectie-staafje gaat stuk! OF kledij wordt in bewaring gegeven en plotseling is de kledijzak verdwenen onvindbaar! Uiteraard wil het OPZ dit vergoeden.

Er werd afgesproken dat de naam telkens wordt opgekleefd en notie wordt genomen .

- **Kleine technische mankementen:**

Kleine technische mankementen worden normaal verzameld via de bewoners/patiënten-overlegmomenten. De zorgverleners hebben dit reeds doorgegeven aan de bevoegde diensten maar het oplossen van het technisch mankement is vaak complexer dan een eenvoudige ingreep en er moet een aankoop of overleg gebeuren.

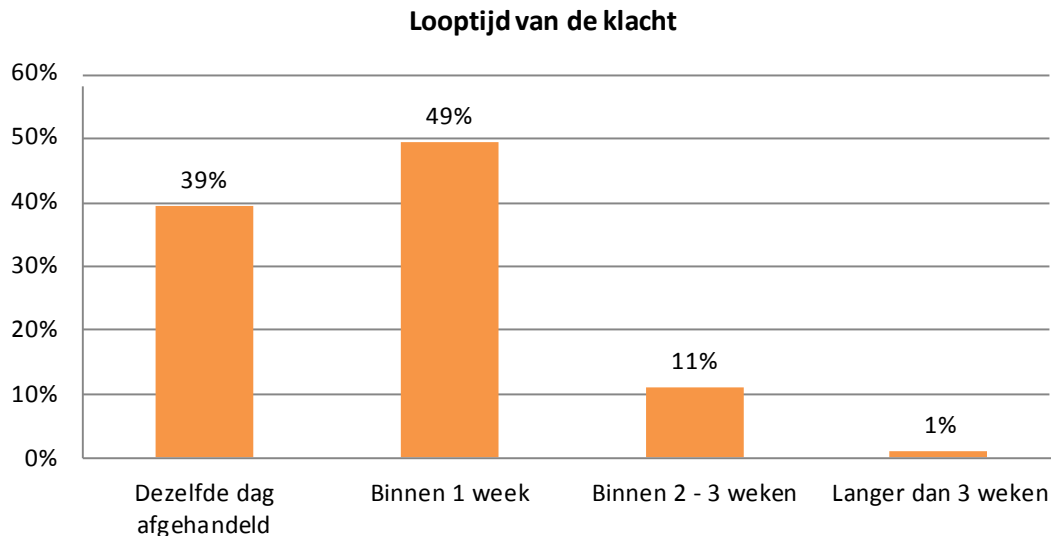
Ter informatie en opvolging komen deze signalen ook naar de ombudsdienst.

Het gaat over verscheidene thema's: WIFI die soms uitvalt, badkamer-mankementen,...

5.5 Looptijd van de klacht

We gaan ervan uit dat elke klacht gegrond is en nemen deze dan ook ernstig. Binnen **een week** trachten we de klager in een gesprek te horen. Als de klacht over een persoon of een informatievraag gaat, wordt ze zeer snel behandeld. We trachten dit op een week tijd op te lossen.

Dringende klachten worden natuurlijk ook dringend behandeld.



Als de klachten te maken hebben met organisatorische thema's of teamaangelegenheden, hebben we meer tijd nodig om ons proces te voltooien. Toch merken we al tevredenheid bij de klager wanneer we met hem het actieplan van deze klachtenbehandeling doornemen en als hij voelt dat zijn klacht ernstig wordt genomen. De klager wordt aanzien als titularis van dit actieplan, die daardoor zelf mee het traject bepaalt.

Kort op de bal spelen, is belangrijk bij klachtenbehandeling. Hoe sneller het ongenoegen van de patiënt wordt aangepakt, hoe minder kans er bestaat dat de klacht escaleert en de werkrelatie verzuurt.

Uiteindelijk vraagt het een zekere dosis kracht en moed om een klacht te uiten. We moeten daar zeer respectvol mee omspringen.

In principe wordt elke klager die via het aanmeldingsformulier een klacht indient (conform de informatiebrochure) op vrijdag gecontacteerd.

Elke vrijdag worden de (gele) bussen op de verschillende campussen geleid. Telefonisch ben ik de hele week beschikbaar en kan er bij dringendheid zeer snel gereageerd worden.

De klachten met méér dan 4 contacten zijn degene waar een moeizaam proces wordt opgezet of waar het zeer moeilijk is een afspraak te maken en/of veel annuleringen van gemaakte afspraken.

5.6 Effect van de klachtenbemiddeling

Quasi alle klachtendossiers worden tevreden afgesloten door de patiënt. Dit betekent echter niet dat voor elk probleem een volledige en integrale oplossing kan worden aangereikt. Vaak echter is het aanbieden van een klankbord voor het ongenoegen al een belangrijke – zo niet de belangrijkste - stap in het mitigeren van het ontstane probleem.

Sommige patiënten formuleren een klacht, zonder op een verder gevolg aan te dringen.

Zelfs bij patiënten die een klacht, gerelateerd aan hun ziektebeeld, hebben geuit, is er tevredenheid te merken. De ombudsdienst neemt tijd voor het aanhoren van hun probleem of

het persoonlijk verhaal van de patiënt en geeft het advies om dit verder met een specifieke hulpverlener op te nemen.

De belangrijkste conclusie blijft dat communicatie en overleg van essentieel belang zijn in de psychiatrische zorgverlening.

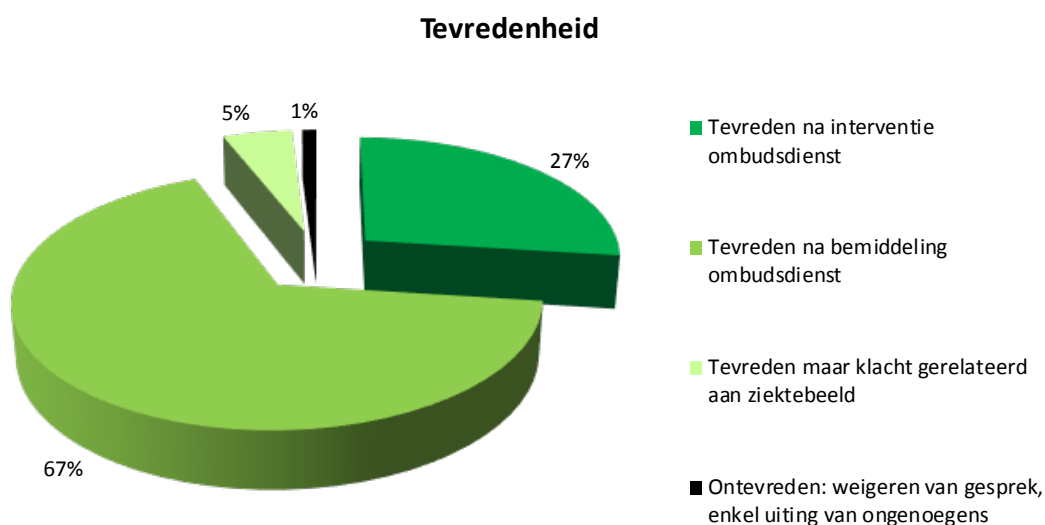
De moeilijkste klachten, waar verzoenen bijna niet lukt, doet zich voor wanneer iemand duidelijk met een negatief oordeel toekomt, niet open staat voor overleg en geen luisterbereidheid heeft voor het verhaal van de ander. In die situatie is bemiddelen gedoemd tot mislukken. Het is dan de kunst om uit te zoeken welke verdere stappen nog kunnen gezet worden bij een volgend gesprek, of om af te sluiten en andere wegen te zoeken.

Elke klacht wordt afgerond met een bevraging: is de klager tevreden met het bereikte resultaat of het doorlopen proces? Meer dan 98,8% van de klachten werd in 2017 alleszins positief afgesloten. De klagers tonen daarbij duidelijk respect voor de manier van opvang en omgang met hun vraag (vaak met een dankwoordje achterna).

Door de gehanteerde methodiek van oplossingsgericht handelen en een aanpak waarin de zoektocht wordt aangegaan naar wat de klager nodig heeft, scoort de efficiëntie van onze bemiddeling hoog.

Door het bestaan van de ombudsdienst voorkomen we lange en dure procedures en worden dreigementen sneller geneutraliseerd.

De ombudsdienst blijft zelf ook zeer alert rond vorming betreffende bemiddeling, gesprekstechnieken en communicatieve vaardigheden. Tevens zijn we op provinciaal vlak verenigd in een groep: de Vlaamse Vereniging van Ombudsdiensten voor Algemene en Psychiatrische ziekenhuizen. Bijscholing over deze technieken en over de alsmaar wijzigende wetgeving ter zake, is een constante.



Conclusie / besluit

Focus blijft scherp!

6.1 Plaats en aanwezigheid van de ombudsdienst

Het bestaan van een goede ombudsdienst blijft ontegensprekelijk noodzakelijk. Voldoende bekendheid en sensibilisering zullen eveneens een blijvende bezorgdheid blijven en waakzaamheid vragen ondanks ze al 18 jaar bestaat. In het OPZ heeft de patiënt de keuze voor een interne- of externe ombudsdienst te kiezen.

De ombudsdienst kent zijn plaats. Onpartijdigheid en neutraliteit zijn essentiële voorwaarden voor de dienst in de behandeling van klachten. Door de patiënten correct en voldoende te informeren, door eenvoudigweg te luisteren naar de emotionele boodschap en te bemiddelen waar nodig, kunnen heel wat ongenoegens weggenomen worden.

In het kader van haar wettelijke opdracht is het wenselijk dat de ombudsvrouw zich zowel naar de patiënt als naar de zorgverstrekker zo neutraal en onafhankelijk mogelijk blijft opstellen en zich daardoor nooit 'voor' of 'tegen' zal uitspreken om haar werk als bemiddelaar te kunnen blijven uitoefenen.

Persoonlijk ben ik de directie ook bijzonder dankbaar dat mij de kans wordt geboden om in deze sfeer te werken. De positieve bemiddelingsresultaten liggen vrij hoog omdat de patiënten zich erkend en gesteund voelen in hun klacht. Dit tevredenheidsgevoel geeft soms de aanleiding om de ombudsdienst bij eender welke vraag opnieuw te contacteren. Vanuit het Oplossingsgerichte Model trachten we de patiënt te leren zijn eigen probleemoplossend vermogen aan te spreken. Indien dit niet voldoende is, intervenueert de ombudsdienst. Nochtans heeft de ombudsdienst een schaduwfunctie. Indien het probleem positief werd afgerond, weet enkel de betrokkene welke inzet, werk en interventies dit heeft geleverd.

Sterke interne samenwerking

6.2 Bevorderen van de communicatie

De zorgverstrekkers ervaren het bestaan van een ombudsdienst als positief. Ze weten, via ervaring doorheen de jaren, dat een bemiddeling correct en constructief verloopt, zodat het voor hen geen bedreiging hoeft te zijn. Daarom zullen zorgverstrekkers de patiënt niet de mogelijkheid ontnemen om de ombudsdienst te contacteren. De patiënt wordt zelfs geadviseerd om raad te vragen bij de ombudsdienst. De communicatie blijft open en er is een gericht vervolg van het verhaal.

Het is de bedoeling van de ombudsvrouw dat zij de communicatie tussen de betrokken partijen bevordert of herstelt. Zij bemiddelt om tot een oplossing, of om minstens tot een consensus of tevredenheid te komen.

Patiënten willen graag een prettig contact met iedereen waarmee ze in dit ziekenhuis te maken hebben en willen als persoon gerespecteerd worden. Het eerste en laatste contact bepalen vaak het beeld over de organisatie of de instelling. Een tevreden patiënt wordt een loyale patiënt wanneer hij een positieve ervaring heeft. Een ontevreden patiënt kan ook een loyale patiënt worden, wanneer op een adequate en vlugge wijze wordt gereageerd op wat in eerste instantie een negatieve gebeurtenis was. Het sleutelwoord daarbij is 'communicatie'. We moeten onze hulpverleners blijven coachen wat communicatie betreft.

6.3 Medewerking van de directie

Bij behandeling van structurele problemen of maatregelen wordt de directie aangesproken voor de verdere afhandeling en verdere afspraken. We kunnen telkens rekenen op hun volledige medewerking.

6.4 Medewerking zorgverstrekkers

Met de zorgverstrekkers bestaat er een zeer vlotte manier van samenwerking rond klachtenbemiddeling.

Zij zijn bereid met 'open mind' in bemiddeling te gaan, met bijna altijd een oplossing tot gevolg die iedereen bevredigt.

Wij ontvangen eveneens signalen dat de zorgverstrekkers blij zijn met het bestaan van een ombudsdienst. De samenwerking met de verschillende zorgeenheden wordt als zeer constructief ervaren.

6.5 Klachtbegeleiding

Hoewel bij de opstart van de ombudsdienst relatief veel gewerkt werd met klachtbegeleiding, komt dit momenteel veel minder voor. Vroeger werd er bij een ongenoegen vrij vlug, zonder zelfs iets bevestigd of gesignaleerd te hebben aan de beklagde, naar de ombudsdienst gegaan. Momenteel hebben klagers ofwel reeds met een hulpverlener gesproken, of is de situatie van die aard dat er geen ruimte is voor klachtbegeleiding. Er wordt dan geopteerd voor een klachtbemiddeling.

Bij sommige patiënten met beperkte intellectuele mogelijkheden kan men moeilijker aan klachtbegeleiding doen. Zij worden beter ondersteund en begeleid in een bemiddelingsgesprek waarbij ze het gevoel hebben er niet alleen voor te staan.

Bijzondere meerwaarde in dienstverlening

6.6 Klachtentevredenheid

Op het einde van elke klachtenbehandeling stellen we de vraag of de klager verder nog iets wil zien gebeuren of nodig heeft om de klacht tevreden af te sluiten. Als hij daarop negatief antwoordt, wordt het klachtenbehandelingsproces afgerond. Bijna alle klachten worden met een zekere tevredenheid afgerond, het is meer dan gelijk of ongelijk hebben. De klagers vinden een aantal factoren belangrijk: een respectvolle ontvangst met tijd en ruimte voor hun verhaal, met vaak ook een bemiddeling die hun bezorgdheid of probleem heeft opgelost of aanvaardbaarder heeft gemaakt. De meerzijdige partijdigheid, de diplomatieke aanpak en de lange expertise in klachtenbemiddeling zijn eveneens elementen die de tevredenheidsscore positief beïnvloeden.

Persoonlijk ben ik al de mensen die een klacht hebben geformuleerd heel dankbaar. Wij krijgen op die manier de kans om onze dienstverlening bij te sturen en kunnen zo streven naar meer tevredenheid.

Patiënten zijn veel mondiger geworden. Door het formuleren van een klacht aan de ombudsdienst dragen de klagers niet langer het ongenoegen alleen en kunnen we samen met hen aan een oplossing of betere tevredenheid werken.

De manier van klachten te bespreken vanuit een positief oplossingsgerichte aanpak geeft een enorme meerwaarde voor het eindresultaat. Als men kan laten voelen dat de klager ook een belangrijke bijdrage heeft in dit proces en men hem terug mogelijkheden aan kan bieden, is er

bijna altijd tevredenheid aanwezig. Mensen keuzes voorstellen geeft hen de kans en het gevoel titularis te zijn van hun verhaal en de geboden mogelijkheden.

Kennis van de verschillende gesprekstechnieken is nuttig voor de benadering en de zoektocht naar het gevoel van tevredenheid. Het eerste contact is essentieel voor het gevoel gewaardeerd te worden. Vandaar dat we ook de klager goed ontvangen, en hem een positieve, begripvolle feedback geven over het feit dat hij een klacht heeft, zij het met de duidelijke melding dat de ombudsdienst neutraal en/of meerzijdig onpartijdig blijft.

Klachtgerichte uitdaging!

Waar mensen actief zijn, worden fouten gemaakt, hoe zorgvuldig er ook voorzorgen worden genomen om deze fouten te vermijden en een onberispelijke, deskundige dienstverlening te bieden.

Het is niet verkeerd om dit onder ogen te zien en om, in die dezelfde geest van zorgvuldigheid, maatregelen en bemiddelingen te ondernemen om hieraan tegemoet te komen.

Vanuit dit perspectief trachten we alle klachten ernstig te nemen en te bekijken als een unieke groeikans om ons zorgaanbod nog beter af te stemmen op de noden van de patiënten en hun familie.

Er blijft een bijzonder grote bereidheid tot samenwerking met de ombudsdienst bij iedereen in het OPZ Geel, zowel de zorgverstrekkers, de administratieve medewerkers, het technische personeel als de directie en de patiënten: volwassenen, ouderen, jongeren.

De manier waarop de ombudsdienst zich mag en kan profileren in het OPZ Geel, met een neutrale en onafhankelijke houding binnen de instelling, heeft enkel voordelen. Het is een unieke manier om aan klachtenbemiddeling te doen.

Omwille van het feit dat ik persoonlijk 36 jaar in het OPZ Geel werkzaam ben, ken ik bijna alle personeelsleden. Een klachtenbemiddeling kan daardoor plaatsvinden zonder één iemand formeel te convoceren. Verder zijn ook de gevoeligheden van de mensen en de structuur van de instelling mij bekend, wat een meerwaarde betekent in een klachtenbemiddeling.

Van klachten naar kennis!

Het succes van de ombudsdienst heeft uiteraard verscheidene gronden, waaronder de diplomatie, de maturiteit en de communicatieve vaardigheden van de ombudsdienst, maar ook de bereidwilligheid van het personeel en de directie om een bevredigende oplossing te willen vinden voor hangende problemen. Het staat immers vast dat, als de verschillende partijen geen bereidwilligheid tonen om naar de ander zijn verhaal te luisteren, het uiterst moeilijk wordt om de kunst van het bemiddelen toe te passen.

De bijeenkomsten met collega's ombudsmannen en -vrouwen bij VVOVAZ (Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Ziekenhuizen) en vormingsdagen zoals "*Positief oplossingsgericht handelen*", "*De kunst van het bemiddelen*", Geweldloze communicatie, kinderrechten, Hoe omgaan met klagers, Krachtgerichte gesprekken, etc. etc ... helpen om succesvol te bemiddelen.

Bewezen kennis en professionaliteit maken het verschil

Meer en meer merken we dat de klachten niet meer te structureren zijn volgens de traditionele triade: 'klager – beklagde – klacht'. We moeten bij het verwerken van de klachten steeds meer *het hele proces* onder de loep nemen dat er zich tussen deze drie factoren afspeelt. We bekijken daarbij niet één element van de triade (bv. 'de klacht'), maar

proberen alle partijen te aanhoren. We belichten *het proces tussen deze verschillende factoren* bij bemiddelingsgesprekken.

Hierdoor kunnen we enerzijds vaststellen dat de bemiddelingen vaak complexer van aard worden. Anderzijds ontstaat er vaak een grotere tevredenheid met het verkregen resultaat. "Meerzijdige partijdigheid" is een houding die deze complexe klachten kan helpen oplossen.

De ombudsdienst blijft met zijn klachtenbemiddeling de uitdaging aangaan om uiteenlopende maar verzoenbare uitgangspunten samen te brengen tot maximale tevredenheid of tot een integrale oplossing.

We blijven ook sterk in ontwikkeling en blijven communiceren is een wijze aanrader.

Klachtenbemiddeling is een proces naar een verzoening, waar we een verschil kunnen maken in beleving en verbinding naar een tevreden eindresultaat.

De enige klacht die we niet opgelost zouden krijgen of geen verzoening kunnen realiseren is als er geen bereidwilligheid bestaat om naar elkaars verhaal te luisteren. Als zwart alleen zwart blijft en wit ook wit, dan komt er nooit een kleurrijke verzoening.

Maar ook dan blijven we zoeken naar een verbinding of verheldering, en godzijdank, die vind je bijna altijd, als je vanuit de positief oplossingsgerichte methodiek probeert te benaderen.

Positieve kritiek

Patiënten en families durven via de ombudsdienst ook positieve feedback geven over het OPZ Geel, wat wij dan ook graag terugkoppelen naar de zorgverstrekkers.

Volgende positieve boodschappen worden gemeld: de vriendelijkheid, de betrokkenheid van het personeel(slid), het empathisch vermogen en de professionaliteit van het personeel(slid), de persoonlijke benadering in het hersteltraject en dankbaarheid voor de competentie van de arts en medewerkers.

Algemeen besluit

Het DNA van de ombudsdienst

8.1 Aanbevelingen voor 2018

1. Een cultuur van warme zorg

Onze OPZ-visie blijven verder uitdragen en verdiepen waar nodig blijft ook voor 2018 behouden. We zijn fier te noteren dat er een open cultuur is om ongenoegens te uiten, maar eveneens fier dat de klachten over de Patiëntenrechten Wet dalen.

In de visie van het OPZ Geel staat met stip genoteerd:

“Een kwaliteits- en verbeteringscultuur ten gronde implementeren zodanig dat alle medewerkers en leiding getuigen van de 4 basiswaarden: patiëntgerichtheid, voortdurend verbeteren, samenwerken en betrouwbaarheid”.

Het doel is te evolueren naar een cultuur waarbij iedereen niet alleen de waarden kent, maar ze ook *uitdraagt en systematisch toepast*.

In deze visie om warme zorg en professioneel handelen constant uit te breiden, past misschien de aanbeveling om die cultuur van warme zorg af en toe eens extra in de aandacht te zetten. Hierdoor kunnen wij, als OPZ GEEL, de patiënt het signaal geven hoe belangrijk wij dit thema vinden. De zorgverstrekkers, met hun talenten en competenties, krijgen een extra focus en een hogere alertheid om er bewust mee bezig te zijn. Het OPZ biedt aan zijn personeel een ruim vormingsaanbod om up to date te blijven en verder bij te scholen.

2. De kritiek op de patiëntenrechtenwet counteren

In het algemeen moeten we ons afvragen of we niet nóg zorgzamer kunnen omgaan met de manier waarop we mensen al dan niet bij het ziekteproces betrekken, zonder dat we in essentie informatie doorgeven die de patiënt niet doorgegeven wenst te zien. Indien we erin zouden slagen ons respect voor de bezorgdheid en de betrokkenheid van familieleden te formaliseren in een concrete aanpak, denk ik dat dit een heilzame band (of het herstel daarvan) kan opleveren. Zo lang we ‘sec’ onder de paraplu van de patiëntenrechtenwet blijven schuilen, lukt dit in elk geval niet, wel integendeel.

De vele klachten in dit domein bewijzen dat hier een groter ongenoegen heerst dan de wetgever had ingecalculeerd. De enige betrokken partij die hieraan iets kan verhelpen, is de instelling. Wij, dus.

Het lijkt mij dan ook aangewezen dat we een manier zoeken om de sociale context van de patiënt toch bij zijn behandeling te betrekken, zonder hem het recht te ontnemen om informatie te delen met wie hij wil. Is het denkbaar en doenbaar om systematisch met elke nieuwe patiënt een socialiserend gesprek te hebben, vooraleer hij deze beslissing neemt? Op die manier kan men hem op zijn minst de draagwijdte en de eventuele ongewenste neveneffecten van zijn beslissing laten inzien. Als zijn beslissing plausibel en weloverwogen is, houdt zijn therapeutische omgeving er bovendien een veel betere kijk op zijn sociale context aan over. Als er dan klachten komen uit de familie, heeft het OPZ Geel – bij monde van de ombudsdienst – bovendien een aantal relevante gegevens bij de hand om de

beslissing van de patiënt beter te kaderen. We zijn heel goed op weg, want dit jaar zijn er minder klachten genoteerd.

Een instelling als het OPZ GEEL, met zijn expertise, zijn patiëntgerichte aanpak en zijn betrokken medewerkers, heeft ongetwijfeld alle wapens in handen om de groeimarge op dit vlak in te vullen.

Wij, van onze kant, blijven de uitdaging aangaan om te groeien naar een betere werking van de ombudsdienst én van onze zorgverstrekking.

In de voorbije 18 jaar heeft de ombudsdienst zijn DNA genoegzaam getoond. De open communicatie rond klachten en de structurele maatregelen die op voorstel van de dienst werden genomen, maken wel degelijk het verschil.

De weg naar verzoening en verbinding tijdens de klachtafhandeling zal meer en meer een cruciale rol spelen in plaats van het effectief gelijk of ongelijk.

Maar zoals voor elke ombudsdienst blijft ook voor ons een positieve, constructieve, en oplossingsgerichte aanpak de uitdaging. We blijven die met enthousiasme aangaan!

“Als verstand en gevoel in harmonie samengaan,
zal de symfonie nooit vals klinken.”

anoniem

Julienne Bogaerts – Aerts
Ombudsvrouw OPZ Geel
februari 2018

Bijlagen

- begrippen en definities
- wetteksten i.v.m. patiëntenrechten
- artikels m.b.t.:
 - de rechtsbescherming van de wilsonbekwame meerderjarige patiënt
 - veiligheidsmanagementsysteem
 - inzage van de patiënt in zijn ziekenhuisdossier

Begrippen en definities

Een klacht is:

Iedere uiting van onvrede met een behandeling of bejegening die door de betrokkene (of belangrijke derden) als onjuist wordt ervaren.

M.a.w.: 'een door de cliënt of belangrijke derde geformuleerde uiting van ongenoegen i.v.m. opname, verpleging, behandeling, bejegening of ontslag'.

Een belangrijke derde:

Hieronder verstaan we een persoon of meerdere personen die de belangen van de cliënt behartig(en)t, indien de cliënt wilsonbekwaam is. Deze persoon / personen kunnen bloedverwanten of niet-bloedverwanten zijn uit de primaire steungroep van de cliënt. Bij gebrek aan belangrijke derde(n) uit de primaire steungroep, wordt het behandelend team als belangrijke derde beschouwd.

Klachtrecht is:

Het recht dat een cliënt heeft om terecht te kunnen met zijn klachten, indien hij zich in zijn rechten aangetast voelt.

Klachtenbemiddeling is:

Het bemiddelen tussen twee partijen bij onenigheid.

Klachtenbegeleiding is:

Het op weg helpen en ondersteunen van de cliënt bij het oplossen van zijn vraag of klacht.

Klachtenbehandeling:

Men onderscheidt:

klachtenbehandeling in brede zin: dit is alles wat met de klacht gebeurt (procedure): registratie, analyse, feedback, maatregelen;

klachtenbehandeling in enge zin: dit zijn de preventieve en corrigerende maatregelen die door de directie genomen worden.

Klachtenregistratie is:

Het systematisch noteren van klachten, zonder meer.

Wilsonbekwaamheid is:

Het betreft hier de 'feitelijke wilsonbekwaamheid': personen die feitelijk niet meer in staat zijn hun wil te kennen te geven aangaande beslissingen die hun persoon betreffen. Deze feitelijke wilsonbekwaamheid is een persoonlijke evaluatie van de beoordelaar. Deze evaluatie mag nooit handelen over de inhoud van een beslissing, maar wel over het besluitvormingsproces.

Concreet:

Zodra er bij de ombudspersoon twijfel bestaat over de feitelijke wilsonbekwaamheid, moet gehandeld worden in het belang van de cliënt, wat met zich meebrengt dat de klachten van belangrijke derden moeten onderzocht worden.

Ombudsman – klachtenbemiddelaar:

Er is mogelijk wat dualiteit en verwarring rond de benaming: ombudsman, ombudsdienst of klachtenbemiddelaar in deze sector.

In de Dikke van Dale wordt een ombudsman omschreven als 'een vertrouwensman voor burgers, die gevallen van sociaal en ander onrecht onderzoekt en tracht op te lossen'.

Voorts wordt ook vermeld dat het woord ontleend is aan het Zweeds. De Zweedse aanhanger van van Dale, Norstedts Svenska Ordbok, definieert de term als 'titel voor een persoon die beroepsmatig juridische zaken regelt voor iemand anders, al dan niet onafhankelijk, vooral in opdracht van parlement of andere overheid'.

Een andere benaming zou 'bemiddelaar' of 'klachtenbemiddelaar' kunnen zijn. Nochtans is de rol van een bemiddelaar meer dan alleen het aanhoren en bemiddelen van klachten. De bemiddelaar heeft ook een informatie- en klachtbegeleidende taak.

Mogelijks ligt het verschil tussen deze twee termen van bemiddelings- en ombudsfunctie in de graad van formalisme waarmee klachten worden aangepakt.

Nochtans de benaming doet er niet toe. Het gaat over een functie die niet per definitie aan behandeling doet maar zich beperkt tot het informeel samenbrengen van partijen om te komen tot een op maat gesneden en tevreden oplossing waarin beide partijen zich kunnen vinden.

De ombudsfunctie is een goed ingeburgerd en gekend begrip geworden in onze maatschappij en in het OPZ Geel. Vandaar blijf ik mij als ombudsvrouw – ombudsdienst profileren en benoemen.

Uittreksel uit Belgisch Staatsblad d.d. 22.8.2002: MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN, VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU

22 AUGUSTUS 2002.— Wet betreffende de rechten van de patiënt (1)

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :

HOOFDSTUK I. — *Algemene bepaling*

Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK II. — *Definities en toepassingsgebied*

Art. 2. Voor de toepassing van deze wet moet worden verstaan onder :

1° patiënt: de natuurlijke persoon aan wie gezondheidszorg wordt verstrekt, al dan niet op eigen verzoek;

2° gezondheidszorg: diensten verstrekt door een beroepsbeoefenaar met het oog op het bevorderen, vaststellen, behouden, herstellen of verbeteren van de gezondheidstoestand van een patiënt of om de patiënt bij het sterven te begeleiden;

3° beroepsbeoefenaar: de beoefenaar bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen alsmede de beroepsbeoefenaar van een niet-conventionele praktijk bedoeld in de wet van 29 april 1999 betreffende de niet-conventionele praktijken inzake de geneeskunde, de artsenijsbereidkunde, de kinesitherapie, de verpleegkunde en de paramedische beroepen.

Art. 3. § 1. Deze wet is van toepassing op privaatrechtelijke en publiekrechtelijke rechtsverhoudingen inzake gezondheidszorg verstrekt door een beroepsbeoefenaar aan een patiënt.

§ 2. Bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van de in artikel 16 bedoelde commissie kan de Koning nadere regels bepalen inzake de toepassing van de wet op door Hem te omschrijven in § 1 bedoelde rechtsverhoudingen, teneinde rekening te houden met de nood aan specifieke bescherming.

Art. 4. In de mate waarin de patiënt hieraan zijn medewerking verleent, leeft de beroepsbeoefenaar de bepalingen van deze wet na binnen de perken van de hem door of krachtens de wet toegewezen bevoegdheden. In het belang van de patiënt pleegt hij desgevallend multidisciplinair overleg.

HOOFDSTUK III. — *Rechten van de patiënt*

Art. 5. De patiënt heeft, met eerbiediging van zijn menselijke waardigheid en zijn zelfbeschikking en zonder enig onderscheid op welke grond ook, tegenover de beroepsbeoefenaar recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking die beantwoordt aan zijn behoeften.

Art. 6. De patiënt heeft recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar en recht op wijziging van deze keuze behoudens, in beide gevallen, beperkingen opgelegd krachtens de wet.

Art. 7. § 1. De patiënt heeft tegenover de beroepsbeoefenaar recht op alle hem betreffende informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan.

§ 2. De communicatie met de patiënt geschiedt in een duidelijke taal.

De patiënt kan erom verzoeken dat de informatie hem schriftelijk wordt bevestigd.

Op schriftelijk verzoek van de patiënt kan de informatie worden meegedeeld aan een door hem aangewezen vertrouwenspersoon. Dit verzoek van de patiënt en de identiteit van deze vertrouwenspersoon worden opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier.

§ 3. De informatie wordt niet aan de patiënt verstrekt indien deze hierom uitdrukkelijk verzoekt tenzij het niet meedelen ervan klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt of derden oplevert en mits de beroepsbeoefenaar hierover voorafgaandelijk een andere beroepsbeoefenaar heeft geraadpleegd en de desgevallend aangewezen vertrouwenspersoon, bedoeld in § 2, derde lid, heeft gehoord.

Het verzoek van de patiënt wordt opgetekend in of toegevoegd aan het patiëntendossier.

§ 4. De beroepsbeoefenaar mag de in § 1 bedoelde informatie uitzonderlijk onthouden aan de patiënt, voor zover het meedelen ervan klaarblijkelijk ernstig nadeel voor de gezondheid van de patiënt zou meebrengen en mits de beroepsbeoefenaar hierover een andere beroepsbeoefenaar heeft geraadpleegd.

In dergelijk geval voegt de beroepsbeoefenaar een schriftelijke motivering toe aan het patiëntendossier en licht hij de desgevallend aangewezen vertrouwenspersoon bedoeld in § 2, derde lid, in.

Zodra het meedelen van de informatie niet langer het in het eerste lid bedoelde nadeel oplevert, moet de beroepsbeoefenaar de informatie alsnog meedelen.

Art. 8. § 1. De patiënt heeft het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar.

Deze toestemming wordt uitdrukkelijk gegeven behalve wanneer de beroepsbeoefenaar, na de patiënt voldoende te hebben geïnformeerd, uit de gedragingen van de patiënt redelijkerwijze diens toestemming kan afleiden.

Op verzoek van de patiënt of van de beroepsbeoefenaar en met de instemming van de beroepsbeoefenaar of van de patiënt, wordt de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier.

§ 2. De inlichtingen die aan de patiënt verstrekt worden, met het oog op het verlenen van diens toestemming bedoeld in § 1, hebben betrekking op het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst, de nazorg, de mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen. Ze betreffen bovendien de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de toestemming, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen, desgevallend met inbegrip van de wettelijke bepalingen die met betrekking tot een tussenkomst dienen te worden nageleefd.

§ 3. De in § 1 bedoelde informatie wordt voorafgaandelijk en tijdig verstrekt en onder de voorwaarden en volgens de modaliteiten voorzien in § 2 en § 3 van artikel 7.

§ 4. De patiënt heeft het recht om de in § 1 bedoelde toestemming voor een tussenkomst te weigeren of in te trekken.

Op verzoek van de patiënt of de beroepsbeoefenaar wordt de weigering of intrekking van de toestemming schriftelijk vastgelegd en toegevoegd aan het patiëntendossier.

De weigering of intrekking van de toestemming heeft niet tot gevolg dat het in artikel 5 bedoelde recht op kwaliteitsvolle dienstverstrekking jegens de beroepsbeoefenaar ophoudt te bestaan.

Indien de patiënt toen hij nog in staat was de rechten zoals vastgelegd in deze wet uit te oefenen, schriftelijk te kennen heeft gegeven zijn toestemming tot een welomschreven tussenkomst van de beroepsbeoefenaar te weigeren, dient deze weigering te worden geëerbiedigd zolang de patiënt ze niet herroept op een moment dat hij in staat is om zijn rechten zelf uit te oefenen.

§ 5. Wanneer in een spoedgeval geen duidelijkheid aanwezig is omtrent de al dan niet voorafgaande wilsuitdrukking van de patiënt of zijn vertegenwoordiger zoals bedoeld in hoofdstuk IV, gebeurt iedere noodzakelijke tussenkomst van de beroepsbeoefenaar onmiddellijk in het belang van de gezondheid van de patiënt. De beroepsbeoefenaar maakt hiervan melding in het in artikel 9 bedoelde patiëntendossier en handelt van zodra dit mogelijk is overeenkomstig de bepalingen van de voorgaande paragrafen.

Art. 9. § 1. De patiënt heeft ten opzichte van de beroepsbeoefenaar recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier.

Op verzoek van de patiënt voegt de beroepsbeoefenaar door de patiënt verstrekte documenten toe aan het hem betreffende patiëntendossier.

§ 2. De patiënt heeft recht op inzage in het hem betreffend patiëntendossier.

Aan het verzoek van de patiënt tot inzage in het hem betreffend patiëntendossier wordt onverwijld en ten laatste binnen 15 dagen na ontvangst ervan gevolg gegeven.

De persoonlijke notities van een beroepsbeoefenaar en gegevens die betrekking hebben op derden zijn van het recht op inzage uitgesloten.

Op zijn verzoek kan de patiënt zich laten bijstaan door of zijn inzagerecht uitoefenen via een door hem aangewezen vertrouwenspersoon. Indien deze laatste een beroepsbeoefenaar is, heeft hij ook inzage in de in het derde lid bedoelde persoonlijke notities.

Indien het patiëntendossier een schriftelijke motivering bevat zoals bedoeld in artikel 7, § 4, tweede lid, die nog steeds van toepassing is, oefent de patiënt zijn inzagerecht uit via een

door hem aangewezen beroepsbeoefenaar, die ook inzage heeft in de in het derde lid, bedoelde persoonlijke notities.

§ 3. De patiënt heeft recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier, tegen kostprijs, overeenkomstig de in § 2 bedoelde regels. Ieder afschrift vermeldt dat het strikt persoonlijk en vertrouwelijk is.

De beroepsbeoefenaar weigert dit afschrift indien hij over duidelijke aanwijzingen beschikt dat de patiënt onder druk wordt gezet om een afschrift van zijn dossier aan derden mee te delen.

§ 4. Na het overlijden van de patiënt hebben de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad van de patiënt, via een door de verzoeker aangewezen beroepsbeoefenaar, het in § 2 bedoelde recht op inzage voor zover hun verzoek voldoende gemotiveerd en gespecificeerd is en de patiënt zich hiertegen niet uitdrukkelijk heeft verzet. De aangewezen beroepsbeoefenaar heeft ook inzage in de in § 2, derde lid, bedoelde persoonlijke notities.

Art. 10. § 1. De patiënt heeft recht op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer bij iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar en inzonderheid betreffende de informatie die verband houdt met zijn gezondheid.

De patiënt heeft recht op respect voor zijn intimiteit. Behoudens akkoord van de patiënt, kunnen enkel de personen waarvan de aanwezigheid is verantwoord in het kader van de dienstverstrekking van de beroepsbeoefenaar, aanwezig zijn bij de zorg, de onderzoeken en de behandelingen.

§ 2. Geen inmenging is toegestaan met betrekking tot de uitoefening van dit recht dan voor zover het bij wet is voorzien en nodig is voor de bescherming van de volksgezondheid of voor de bescherming van de rechten en de vrijheden van anderen.

Art. 11. § 1. De patiënt heeft het recht een klacht in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie.

§ 2. De ombudsfunctie heeft volgende opdrachten:

1° het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen;

2° het bemiddelen bij de in § 1 bedoelde klachten met het oog op het bereiken van een oplossing;

3° het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een in 2° bedoelde oplossing;

4° het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie;

5° het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een in § 1 bedoelde klacht.

§ 3. Bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad regelt de Koning de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie dient te voldoen wat betreft de onafhankelijkheid, het beroepsgeheim, de deskundigheid, de juridische bescherming, de organisatie, de werking, de financiering, de procedureregeling en de gebiedsomschrijving.

HOOFDSTUK IV. — *Vertegenwoordiging van de patiënt*

Art. 12. § 1. Bij een patiënt die minderjarig is, worden de rechten zoals vastgesteld door deze wet uitgeoefend door de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of door zijn voogd.

§ 2. De patiënt wordt betrokken bij de uitoefening van zijn rechten rekening houdend met zijn leeftijd en maturiteit. De in deze wet opgesomde rechten kunnen door de minderjarige patiënt die tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht, zelfstandig worden uitgeoefend.

Art. 13. § 1. Bij een meerderjarige patiënt die valt onder het statuut van verlengde minderjarigheid of onbekwaamheidsverklaring worden de rechten zoals vastgesteld door deze wet uitgeoefend door zijn ouders of door zijn voogd.

§ 2. De patiënt wordt zoveel als mogelijk en in verhouding tot zijn begripsvermogen betrokken bij de uitoefening van zijn rechten.

Art. 14. § 1. Bij een meerderjarige patiënt die niet valt onder één van de in artikel 13 bedoelde statuten, worden de rechten zoals vastgesteld in deze wet uitgeoefend door een persoon die door de patiënt voorafgaandelijk is aangewezen om in zijn plaats op te treden, indien en zolang als de patiënt niet in staat is deze rechten zelf uit te oefenen.

De aanwijzing van de in het eerste lid bedoelde persoon, verder «de door de patiënt benoemde vertegenwoordiger» genoemd, geschiedt bij een gedagtekend en door de patiënt en deze persoon ondertekend bijzonder schriftelijk mandaat waaruit de toestemming van laatstgenoemde blijkt. Dit mandaat kan door de patiënt of door de door hem benoemde vertegenwoordiger via een gedagtekend en ondertekend geschrift worden herroepen.

§ 2. Heeft de patiënt geen vertegenwoordiger benoemd of treedt de door de patiënt benoemde vertegenwoordiger niet op dan worden de rechten zoals vastgesteld in deze wet uitgeoefend door de samenwonende echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner of feitelijk samenwonende partner.

Indien deze persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, worden de rechten in dalende volgorde uitgeoefend door een meerderjarig kind, een ouder, een meerderjarige broer of zus van de patiënt.

Indien ook een dergelijke persoon dat niet wenst te doen of ontbreekt, behartigt de betrokken beroepsbeoefenaar, in voorkomend geval in multidisciplinair overleg, de belangen van de patiënt.

Dit is eveneens het geval bij conflict tussen twee of meer van de in deze paragraaf genoemde personen.

§ 3. De patiënt wordt zoveel als mogelijk en in verhouding tot zijn begripsvermogen betrokken bij de uitoefening van zijn rechten.

Art. 15. § 1. Met het oog op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt zoals bedoeld in artikel 10, kan de betrokken beroepsbeoefenaar het verzoek van de in artikel 12, 13 en 14 bedoelde persoon om inzage of afschrift zoals bedoeld in artikel 9, § 2, of § 3, geheel of gedeeltelijk weigeren. In dergelijk geval wordt het recht op inzage of afschrift uitgeoefend door een door de vertegenwoordiger aangewezen beroepsbeoefenaar.

§ 2. In het belang van de patiënt en teneinde een bedreiging van diens leven of een ernstige aantasting van diens gezondheid af te wenden, wijkt de betrokken beroepsbeoefenaar, in voorkomend geval in multidisciplinair overleg, af van de beslissing genomen door de in artikel 12, 13 en 14, § 2, bedoelde persoon. Indien de beslissing genomen werd door een in artikel 14, § 1, bedoelde persoon, wijkt de beroepsbeoefenaar hiervan slechts af voor zover die persoon zich niet kan beroepen op de uitdrukkelijke wil van de patiënt.

§ 3. In de gevallen van § 1, en § 2, voegt de beroepsbeoefenaar een schriftelijke motivering toe aan het patiëntendossier.

HOOFDSTUK V. — *Federale commissie «Rechten van de patiënt»*

Art. 16. § 1. Bij het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu wordt een Federale commissie «Rechten van de patiënt» opgericht.

§ 2. Bedoelde commissie heeft tot taak:

1° verzamelen en verwerken van nationale en internationale informatie met betrekking tot patiëntenrechtelijke aangelegenheden;

2° op verzoek of op eigen initiatief adviseren van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid met betrekking tot rechten en plichten van patiënten en beroepsbeoefenaars;

3° evalueren van de toepassing van de rechten bepaald in deze wet;

4° evalueren van de werking van de ombudsfuncties;

5° behandelen van klachten omtrent de werking van een ombudsfunctie.

§ 3. Bij de commissie wordt een ombudsdienst opgericht. Deze is bevoegd om een klacht van een patiënt in verband met de uitoefening van zijn rechten toegekend door deze wet, door te verwijzen naar de bevoegde ombudsfunctie of bij ontstentenis hiervan, deze zelf te behandelen, zoals bedoeld in artikel 11, § 2, 2°, en 3°.

§ 4. De Koning bepaalt nadere regelen inzake de samenstelling en de werking van de Federale commissie «Rechten van de patiënt». In de samenstelling wordt een evenwichtige verhouding gewaarborgd tussen vertegenwoordigers van de patiënten, van de beroepsbeoefenaars, de ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in artikel 2, *i*, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Als leden met raadgevende stem kunnen eveneens ambtenaren van betrokken ministeriële departementen of overheidsdiensten worden voorzien.

§ 5. Het secretariaat van de commissie wordt waargenomen door de ambtenaar-generaal aangeduid door de minister bevoegd voor de Volksgezondheid.

HOOFDSTUK VI. — *Wijzigende- en slotbepalingen*

Art. 17. In de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° In titel 1 wordt een hoofdstuk V (nieuw) ingevoegd, luidend als volgt:

«HOOFDSTUK V. - Naleving van de rechten van de patiënt.»;

2° Er wordt een artikel 17*novies* ingevoegd, luidend als volgt:

Art. 17*novies*. Ieder ziekenhuis leeft, binnen zijn wettelijke mogelijkheden, de bepalingen na van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten in zijn rechtsverhoudingen jegens de patiënt. Bovendien waakt ieder ziekenhuis erover dat ook de beroepsbeoefenaars die er niet op basis van een arbeidsovereenkomst of een statutaire benoeming werkzaam zijn, de rechten van de patiënt eerbiedigen.

Ieder ziekenhuis waakt erover dat alle klachten in verband met de naleving van het vorig lid, kunnen worden neergelegd bij de in artikel 70*quater* bedoelde ombudsfunctie om er te worden behandeld.

Op zijn verzoek heeft de patiënt het recht om uitdrukkelijk en voorafgaandelijk informatie inzake de in het eerste lid bedoelde rechtsverhoudingen te ontvangen die door de Koning wordt bepaald na advies van de in artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt bedoelde commissie.

Het ziekenhuis is aansprakelijk voor de tekortkomingen, begaan door de er werkzame beroepsbeoefenaars, in verband met de eerbiediging van de in deze wet bepaalde rechten van de patiënt, met uitzondering van de tekortkomingen begaan door beroepsbeoefenaars ten aanzien van wie in de in het vorige lid bedoelde informatie uitdrukkelijk anders is bepaald.»;

3° Er wordt een artikel 70*quater* ingevoegd, luidend als volgt:

«Art. 70*quater*. Om te worden erkend moet ieder ziekenhuis beschikken over een ombudsfunctie zoals bedoeld in artikel 11, § 1, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt met dien verstande dat de Koning de voorwaarden kan omschrijven waaronder bedoelde ombudsfunctie via een samenwerkingsakkoord tussen ziekenhuizen mag worden uitgeoefend.»

Art. 18. § 1. Het eerste lid van artikel 10, § 2, van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, zoals gewijzigd door de wet van 11 december 1998 wordt als volgt gewijzigd:

«Onverminderd hetgeen is bepaald in artikel 9, § 2, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, heeft elke persoon het recht om hetzij op rechtstreekse wijze hetzij met behulp van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg kennis te krijgen van de persoonsgegevens die betreffende zijn gezondheid worden verwerkt.»

§ 2. Het tweede lid van artikel 10, § 2, van dezelfde wet, wordt als volgt gewijzigd:

«Onverminderd het bepaalde in artikel 9, § 2, van voornoemde wet, kan op verzoek van de verantwoordelijke van de verwerking of op verzoek van de betrokkene, de mededeling gebeuren door tussenkomst van een door de betrokkene gekozen beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.»

Art. 19. Artikel 95 van de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst wordt vervangen door de volgende bepaling:

«Art. 95. - Medische informatie - De door de verzekerde gekozen arts kan de verzekerde die erom verzoekt de geneeskundige verklaringen afleveren die voor het sluiten of het uitvoeren van de overeenkomst nodig zijn. Deze verklaringen beperken zich tot een beschrijving van de huidige gezondheidstoestand.

Deze verklaringen mogen uitsluitend aan de adviserend arts van de verzekeraar worden bezorgd. Deze mag de verzekeraar geen informatie geven die niet-pertinent is gezien het risico waarvoor de verklaringen werden opgemaakt of betreffende andere personen dan de verzekerde.

Het medisch onderzoek, noodzakelijk voor het sluiten en het uitvoeren van de overeenkomst, kan slechts steunen op de voorgeschiedenis van de huidige gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde en niet op technieken van genetisch onderzoek die dienen om de toekomstige gezondheidstoestand te bepalen.

Mits de verzekeraar aantoonde de voorafgaande toestemming van de verzekerde te bezitten, geeft de arts van de verzekerde aan de adviserend arts van de verzekeraar een verklaring af over de doodsoorzaak.

Wanneer er geen risico meer bestaat voor de verzekeraar, bezorgt de adviserend arts de geneeskundige verklaringen, op hun verzoek, terug aan de verzekerde of, in geval van overlijden, aan zijn rechthebbenden.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's lands zegel zal worden bekleed en door het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Châteauneuf-de-Grasse, 22 augustus 2002.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Consumentenzaken, Volksgezondheid
en Leefmilieu,

Mevr. M. AELVOET

Met 's Lands zegel gezegeld :

De Minister van Justitie,

M. VERWILGHEN

Nota

(1) *Stukken van de Kamer van Volksvertegenwoordigers* :

50-642/2001/2002 :

Nr. 1 : Wetsontwerp. — Nrs. 2 tot 11 : Amendementen. — Nr. 12 : Verslag. — Nr. 013 : Tekst aangenomen door de commissie. — Nr. 14 : Amendement.

Integraal verslag : 15 juli 2002.

Stukken van de Senaat : 2-1250-2001-2002 :

Nr. 1 : Ontwerp geëvoceerd door de Senaat. — Nr. 2 : Amendementen. — Nr. 4 : Amendement. — Nr. 6 : Beslissing om niet te amenderen.

Handelingen van de Senaat : 19 juli 2002.

Uittreksel uit Belgisch Staatsblad d.d. 20.2.2008:

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

N. 2008 — 484 [C – 2008/24044]

27 JANUARI 2008. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" ¹ingesteld bij artikel 16 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op artikel 108 van de Grondwet;

Gelet op de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, inzonderheid op artikel 16, § 3;

Gelet op het koninklijk besluit van 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" ²ingesteld bij artikel 16 van de

betreffende de rechten van de patiënt, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 8 december 2004 en 12 januari 2006;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 26 juli 2006;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 3 oktober 2006;

Gelet op advies 42.936/3 van de Raad van State, gegeven op 15 mei 2007, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 8, § 2, tweede lid, van het koninklijk besluit van 1 april 2003 tot regeling van de samenstelling en de werking van de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" ³ingesteld bij artik

de patiënt, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 8 december 2004, wordt aangevuld met volgende bepaling :

"Dit betekent onder meer dat de ombudsdienst, vanaf het ogenblik dat de klacht voor bemiddeling wordt neergelegd tot de mededeling van het resultaat van de afhandeling, bemiddelt tussen de patiënt en de betrokken beroepsbeoefenaar, tenzij de ombudsdienst de tussenkomst van andere instanties of personen noodzakelijk acht. Bovendien neemt de ombudsdienst tijdens het proces van bemiddeling geen standpunt in."

Art. 2. In artikel 11 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de indeling in paragrafen wordt geschrapt;

2° tussen het eerste en het tweede lid wordt het volgende lid ingevoegd :

"De ombudsdienst kan daartoe iedere informatie inzamelen die hij nuttig acht in het kader van de bemiddeling. De ombudsdienst legt deze informatie, zonder daarbij een standpunt in te nemen, voor aan de bij de bemiddeling betrokken partijen."

Art. 3. Onze Minister bevoegd voor Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 27 januari 2008.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Volksgezondheid,

Mevr. L. ONKELINX

10700 BELGISCH STAATSBLED — 20.02.2008 – Ed. 2 — MONITEUR BELGE

**Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017**

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	ZNA
Adres	Leopoldstraat 26 2000 Antwerpen
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	009
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	2043 erkende bedden
Aantal campussen	ZNA Middelheim en ZNA Paola Kinderziekenhuis, ZNA Jan Palfijn, ZNA Joostens, ZNA Sint Elisabeth, ZNA Hoge Beuken, ZNA Sint Erasmus, ZNA Stuivenberg.
Naam ombudsperso(o)n(en)	<u>Janssens Myriam</u> : ombudsvrouw ZNA en ombudspersoon ZNA Stuivenberg <u>Ilde Van Trimpont</u> : ombudsmedewerker ZNA Middelheim <u>Ellen Smeuninx</u> : ombudsmedewerker ZNA Jan Palfijn en ZNA Joosten <u>Joris Van de Wouwer</u> : ombudspersoon ZNA Sint Elisabeth, ZNA Hoge Beuken, ZNA Koningin Paola Kinderziekenhuis, ZNA Sint Erasmus,
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	<u>Janssens Myriam</u> : 01/10/2010 <u>Ilde Van Trimpont</u> : 01/07/2011 <u>Ellen Smeuninx</u> : 19/05/2008 <u>Joris Van de Wouwer</u> : 01/03/2016

Bestaffing	3,2 Fte
Lokalisatie dienst	ZNA Stuivenberg ZNA Jan Palfijn ZNA Middelheim
Registratiesysteem	Access: eigen registratiesysteem
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Actualisatiedatum: 20 januari 2016 Website: www.zna.be en aan infobalies van de ziekenhuizen (ter inzage)
Vormingen i.k.v. bemiddeling	14/02/2017: Regionale VVOVAZ vergadering 12/05/2017: Algemene Vergadering VVOVAZ met opleiding "geweldloze communicatie" " introductie in verbindende communicatie" 15/06/2017: Regionale VVOVAZ vergadering 17/10/2017: Regionale VVOVAZ vergadering Binnen ZNA zelf: Overlegmomenten met intervisie 07/03/2017 09/05/2017 22/11/2017 12/12/2017
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de Ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier);</i>	Werkings louter vanuit het mandaat.

<i>preventieve opdracht;...</i>	
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	<p><u>Rechtstreeks bij de ombudsdienst (hetzij ter plaatse, schriftelijk of telefonisch)</u></p> <p>De ombudsdienst gaat na wie de klacht indiende en of er een mandaat is indien de klacht niet geuit wordt door de patiënt zelf. De ombudsdienst analyseert de klacht en peilt naar de verwachtingen van de klager.</p> <p>De eigenaars van de klacht worden aangeschreven of aangesproken en de ombudsdienst verwerkt de feedback in een antwoord naar de klager (hetzij schriftelijk, hetzij mondeling).</p>

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

Alle klachten die elders toekomen worden via 1 kanaal verwerkt, namelijk de ombudsdienst

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

Moeilijkheden uitoefenen ombudswerk/ ondervonden problemen		% t.o.v. 897 klachten
Onafhankelijkheid/neutraliteit/beroepsgeheim	4	0,45
Organogram	0	0,00
Patiëntenrechtenwet	0	0,00
Samenwerking	1	0,11
Bemiddeling	18	2,01
Infrastructuur	9	1,00
Administratie	0	0,00
Andere	0	0,00
Totaal	32	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

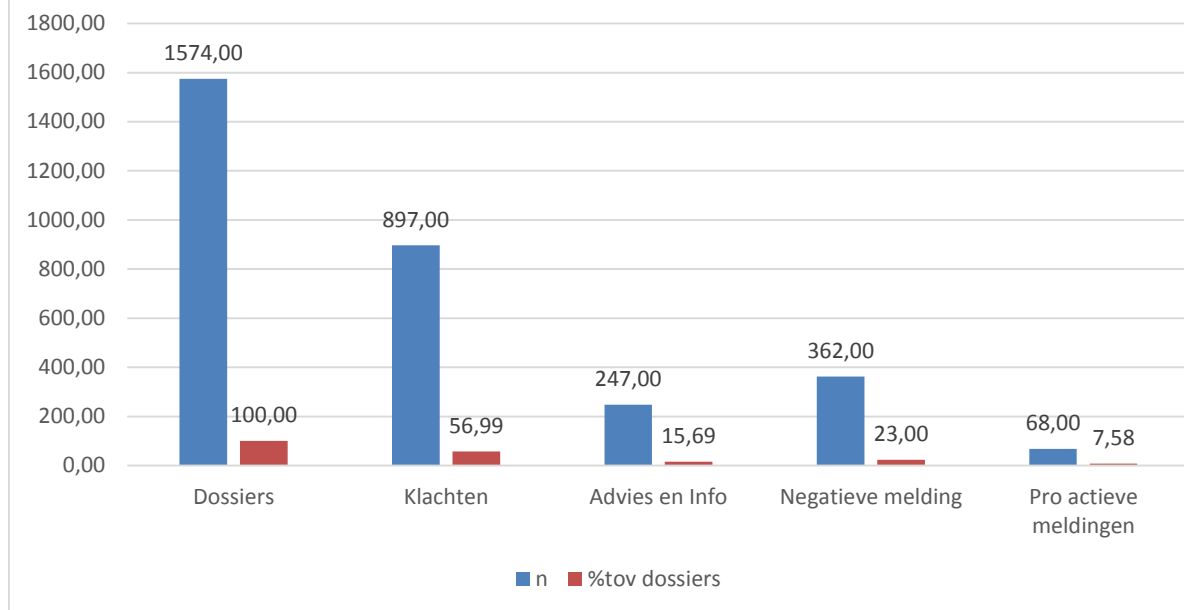
Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	n=897
Aantal infodossiers	n=247
Aantal pro actieve dossiers	n= 68 : binnen ZNA zijn dit dossiers met meldingen van zorgverleners: er zou een klacht kunnen volgen. Zij melden dit ook via een VIM (veilig incident melden)

Aantal 'andere'	Negatieve meldingen: mensen willen geen officiële klacht indienen maar willen wel dat we hun melding doorgeven . Sommigen willen graag feedback en anderen niet: n= 362		
Departementale klachten		ZNA Tota al	
	Klachten per departement(≥dan klachten)		
	Medisch	486	38,57
	Tandarts	32	2,54
	verpleging en verzorgenden	303	24,05
	Paramedisch	39	3,10
	Onthaal	87	6,90
	Facturatie totaal van inputgerelatter, uitvoer van taken en attitude	201	15,95
	Administratie	29	2,30
	Intern vervoer	0	0,00
	Patiëntenbegeleiding	14	1,11
	Labo	5	0,40
	Apotheek	3	0,24
	Housekeeping	9	0,71
	Technische dienst	6	0,48
	Keuken	6	0,48
	Extern vervoer	6	0,48
	Parking	8	0,63
	Security	5	0,40
	Vrijwilligers	0	0,00
Andere(clova, bandagisten, mortuarium,cafetaria,winkel,drankautomaten,kaps ter, pedicure,ICT,website, Q team, NPS)	21	1,67	
Totaal	1260		

Ombudsdossiers ZNA 2017



Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de "zorgkwaliteit" in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	n= 847
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	n = 11
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	n = 136
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	n= 46
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	n =0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	n=6
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	n=2
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	n= 11
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	n = 18
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	n =1
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	n =15

Patiënten rechten	ZNA Totaal	% t.o.v.897 klachten
art 5: kwaliteit	847,00	94,43
art 6: vrije keuze zorgverstreker	11,00	1,23
art 7: informatie	136,00	15,16
art 8: toestemming / weigering ingreep	46,00	5,13
art 9 § 1: degelijk bewaard dossier	6,00	0,67
art 9§ 2+4: Inzage dossier	2,00	0,22
art 9 § 3: afschrift dossier	11,00	1,23
art 10:privacy	18,00	2,01
art 11: klacht	1,00	0,11
art 11 bis: pijnbestrijding	15,00	1,67

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	
50 Vb: Parking te duur Geen vrije plaatsen voor mindervaliden Loszittende tegels op trottoir aan ingang ziekenhuis Versleten vloeren(ogen niet proper) Te weinig rolstoelen aan de ingang van het ziekenhuis Geluidshinder ambulancevervoer Geurhinder technische complexen	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	

Doorlooperperiode dossiers	ZNA Totaal
zelfde dag	22,41
1 - 7 dagen	30,88
8 - 14 dagen	20,85
15 - 20 dagen	8,36
21 - 34 dagen	11,71
35 - 60 dagen	5,02
61 - 90 dagen	0,33
> 90 dagen	0,45

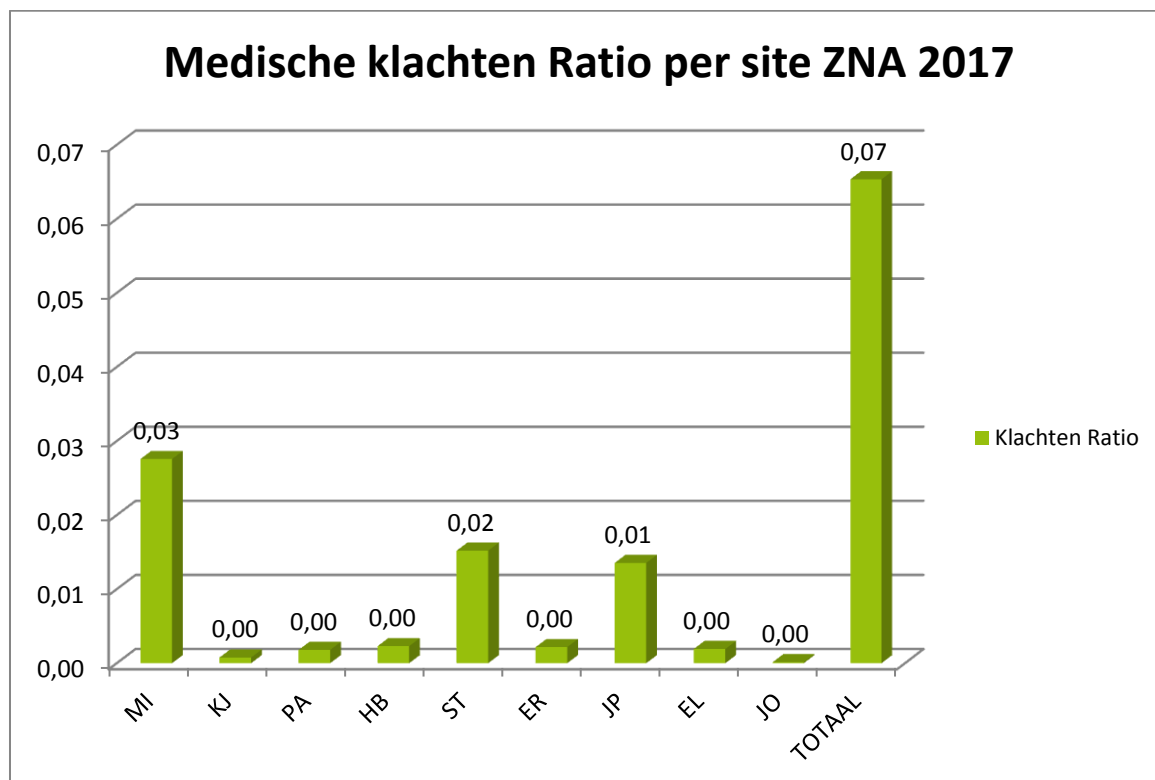
Verwachtingen van de patiënt

Excuus	52
Informatief antwoord	263
Bemiddelen	33
Pendelen (zonder patiënt)	105
Correctie factuur	245
Schadeclaim Medische ongeval	57
Schadeclaim Niet Medische ongeval	24
Aanpak naar toekomst	118

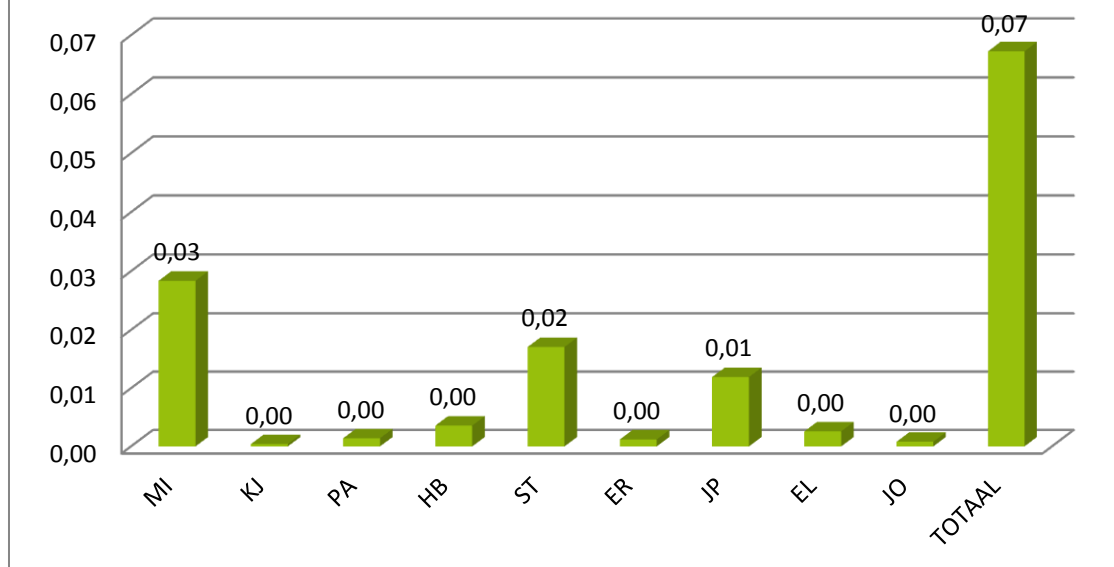
897

Medische klachten : n= 512

Medische klachten met ambulante sites RE en K142: n=518



Verpleegkundige klachtenratio per site ZNA 2017



Veel voorkomende aspecten:

- Attitude, communicatie, identificatie van de zorgverlener
- Informatie betreffende het financiële aspect van een opname of ambulant consult
- Aanvraagdocumenten voor vervolgsconsultaties worden niet altijd meegegeven
- Ontslagbeleid: procedures beter volgen en correcte documenten voor huisverpleging invullen
- Overleg tussen artsen van verschillende disciplines die éénzelfde patiënt behandelen
- Klachten worden niet altijd in de eerste plaats ter plaatse opgelost of besproken= geen service en geeft verkeerd beeld.

Aanbevelingen

Medisch gedeelte :

Nood aan coördinerende arts die ook beschikbaar is om zo nodig familie te woord te staan als een patiënt door verschillende artsen wordt behandeld. Wie is eindverantwoordelijk?

Nood aan vlotte communicatie tussen artsen onderling die zelfde patiënt behandelen

Nood aan vlotte communicatie tussen artsen en verpleging

Artsen moeten de correcte financiële informatie geven opdat patiënten kunnen toestemmen of weigeren (materialen, ingrepen, kamerkeuze)

Verpleegafdelingen:

Voorzien in voldoende verpleegkundig personeel met de nodige expertise(cardiologie, dagziekenhuis oncologie, pneumologie)

Meer informatie geven aan patiënten aangaande verloop van de hospitalisatie en alles noteren in patiëntendossier

Opvolgen van bestaande procedures

Bezittingen:

Waarden die in bewaring werden gegeven: inventariseren en noteren in dossier: teruggave bij ontslag of transfer

Thuismedicatie: na ontslag teruggeven

Opvolgen van bestaande procedures

Bestellen vervoer voor ontslag: i transport gebruiken, maar bij onverwacht te voorziene hoge kost, patiënt eerst om toestemming vragen of alternatief voorstellen.

Dispatch kan verpleging inlichten

Bij het maken van een telefonische afspraak en bij wijzigen van een afspraak patiënt altijd en tijdig informeren schriftelijk, telefonisch of op voicemail

Opvolgen van bestaande procedures

Dagziekenhuis:

Mogelijkheid aanbieden tasje soep i.p.v. suikerwafel

Vermijden van transfers naar gewone afdeling door goede planning: kamerkeuze kan niet gerespecteerd worden en belasting beide diensten verhuis

ZTP: organisatie en bemanning herbekijken om wachttijden te vermijden

Infobalie inkom bemannen: welkom gevoel/klantvriendelijkheid(vrijwilliger-security-...)

Identificatie patiënt: controle naam , voornaam en geboortedatum(tweelingen)

Anderstaligen:

Sneller een tolk of interculturele bemiddelaar inschakelen

Meer pictogrammen en brochures met pictogrammen aanbieden(bloedafname-tandartsen)

Procedure en cascadesysteem van tolkgebruik opvolgen.

Communicatie:

Updaten inhoud website ZNA: Info over verpleegafdelingen

Update website en opnamebrochure: Info over assistentiehonden, afwijkende bezoeken, rooming in, autopsie, donoren ...

CRG en apotheek:

Tijdig prestaties en medicatie ingeven om nakomende facturen te vermijden

Facturatie:

Tegoeden enkel aanwenden voor open staande facturen mist toestemming betrokkene
Tegoeden binnen de 10 dagen terugstorten
Registratie mogelijk maken van verzonden facturen-aanmaningen
Tijdige input van prestaties om nakomende facturen te vermijden
Opnameverklaring en toelichting: aanpassen met High Lights. Artsen kunnen dit dan meegeven met patiënt als er een beslissing tot opname is. Ook vermelden op de website en de verantwoordelijkheid ook deels bij de patiënt leggen.(A5 met bulletpoints):
eenvoudig en zo weinig mogelijk woorden moet vlot kunnen gelezen worden en in het oog springen(liefst voor kamerkeuzedocument getekend wordt)

Ombuds:

Zelden spontane feedback over wat er nu gebeurt met de aanbevelingen: zelf achter alles aanhollen
Klachtbehandeling met psychiatrische patiënt is niet vanzelfsprekend
Nood aan opleiding personeel over negatieve wilsbeschikking – euthanasie-DNR en vertegenwoordiger- bewindvoerder(nieuwe wet), privacy (nieuwe wet) door erkende instanties of experts.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

De aanbevelingen worden pers site besproken op het directiecomité (bespreken jaarverslag per site)
De ombudsdienst doet tijdens het jaar reeds aanbevelingen en volgt die op om in het jaarverslag te vermelden wat er ondernomen werd en waar nog werk te doen is.
Op het directiecomité kunnen dan verantwoordelijken aangeduid worden om die aanbevelingen uit te voeren en of te herbekijken.
Het jaarverslag ZNA wordt tevens voorgedragen op het Directiecomité ZNA en bij de Raad Van Bestuur.
De werkwijze is identiek als in de andere sites , maar dan ZNA breed.
Het jaarverslag verschijnt op een kwaliteitsportaal waar alle zorgverleners dit kunnen lezen.
Bijkomende vragen of details kunnen altijd opgevraagd worden bij de ombudsdienst ZNA.
Veel zorgverleners doen dit ook om hun eigen werking te optimaliseren.



JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2017

C. Heymanslaan 10 - B 9000 Gent

Tel: 09/332.52.34 - Fax: 09/332.55.91 - ombudsdienst@uzgent.be



INHOUDSTABEL

- Inleiding
- Klachtenbeeld 2017 met Jaarrapport Vlaamse Overheid
- Suggesties en aanbevelingen

INLEIDING

Wetgevend kader

Het Jaarverslag van de Ombudsdienst van het UZ Gent kadert binnen de informatieverstrekking naar de Vlaamse Gemeenschap en de Federale Overheid. Het Jaarrapport voor de Vlaamse Gemeenschap situeert zich binnen het Vlaamse Klachtendecreet (Het Decreet van 1 juni 2001 houdende toekenning van een klachtrecht ten aanzien van bestuursinstellingen), mede gelet op de identiteit van het UZ Gent als Vlaamse Openbare Instelling.

Het Jaarrapport voor de Federale Overheid kadert binnen de Wet Rechten van de Patiënt (De wet van 22 augustus 2002) en heeft tot doel de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" meer inzage te verschaffen aangaande het klachtenbeeld, de klachtenbehandeling en de werking van de Ombudsdienst.

Bij de opstelling van het jaarverslag werd het interne registratiesysteem Itask gebruikt, dat het mogelijk maakt klachten binnen het UZ Gent te registreren en op te volgen. In het kader hiervan dient melding gemaakt te worden van het feit dat het systeem met één dossier werkt per klachtmelder. Deze werkwijze is essentieel voor het opvolgen van de individuele klacht; één enkele klachtmelder kan echter meerdere klachten uiten.

Werking van de Ombudsdienst

Binnen het klachtenmanagement wordt de aanpak van klachten door de eerste lijn voorop gesteld. Het is immers belangrijk om aandacht te hebben voor vragen, bezorgdheden, klachten en reacties van patiënten en dat dit integraal deel uit maakt van de globale ziekenhuiscultuur. De verantwoordelijkheid om klachten te behandelen wordt zoveel mogelijk bij de zorgverlener zelf gelegd, zodat een directe en informele klachtenbehandeling kan gebeuren op de plaats waar de klacht zich voordoet. Indien hier echter geen bevredigend resultaat bekomen wordt, kan er doorverwezen worden naar de Ombudsdienst, als tweede lijn.

Op het vlak van toegankelijkheid ambiëert de Ombudsdienst een laagdrempelig karakter. Patiënten hebben trouwens niet altijd de behoefte om formele procedures op te starten of om alles op papier te zetten.

Voor informatie kunnen we verwijzen naar de onthaalbrochure en de website van het UZ Gent met een voorstelling van de patiëntenrechten en werkwijze van de ombudsdienst en een rubriek FAQ. Voor de medewerkers van het UZ Gent werd een toelichting "patiëntenrechten en ombudsfunctie", ter info en raadpleging, voorzien op de intranetsite.

De Ombudsdienst is beschikbaar van maandag tot vrijdag van 9.00 u tot 12.00 u en van 13.00 u tot 16.00 u.

De transparantie van de Ombudsdienst vindt zijn weerslag in het huishoudelijk reglement waarin de bevoegdheden van de Ombudsdienst gepreciseerd worden, waarbij een opbouwende dialoog met de eerste lijn hoog in het vaandel wordt gedragen.

De communicatie van de Ombudsdienst richt zich zowel extern (naar de overheid) als intern. Aanbevelingen en suggesties dienen als hulpmiddel ter preventie van klachten.

Mensen en middelen

De ombudsfunctie in het UZ Gent wordt waargenomen door vier ombudspersonen; mevr. Francine De Groote, mevr. Carine Dierickx, dhr. Patrick Demuynck en dhr. Christophe Demeestere (coördinator Ombudsdienst). De registratie van klachten gebeurt op een uniforme manier met de hulp van het Itask/Infoland registratiepakket.

Profilering van de dienst

Interne contacten

- De Ombudsdienst voorziet in infosessies over patiëntenrechten en werking van de Ombudsdienst, gericht naar bepaalde doelgroepen en naar nieuwe medewerkers toe. Deze infosessies kaderen binnen een continue sensibilisering.
- Infosessie patiëntenrechten en ombudsfunctie, Toolkit Startende Leidinggevenden
- Deelname aan de Europese Dag van de Patiëntenrechten. Flyers rechten en plichten van de patiënt.

Externe contacten

- De Ombudspersonen nemen deel aan de vergaderingen van Vlaamse Vereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen (VVOVAZ).
- Het bijwonen van de provinciale VVOVAZ-vergaderingen.
- Deelname aan de provinciale Intervisie.
- Deelname studiedag 15 jaar patiëntenrechten.
- Voorstelling jaarverslag Vlaamse Ombudsman.

Samenwerking met andere diensten

Cel kwaliteit

Klachten die door een identificeerbare patiënt gemeld worden op het beoordelingsblad (gehospitaliseerde/ambulante patiënten), worden steeds aan de Ombudsdienst overgemaakt voor verder gevolg. Er is regelmatig overleg met mevr. Kathleen Bogaert voor afstemming tussen ombudsdienst en cel kwaliteit.

Interne Auditor

Gegevens die vanuit de ombudswerking relevant kunnen zijn binnen bepaalde projecten van de Interne Auditor, worden ter kennisgeving gecommuniceerd.

Cel Verzekeringen

In het geval dat een verzekeringsdossier vanuit de Ombudsdienst wordt opgestart, wordt de ombudspersoon continu geïnformeerd over de stand van zaken in het dossier en de

uiteindelijke uitspraak van de Verzekeraar Burgerlijke Aansprakelijkheid UZ Gent.

Dienst Facturatie en Begeleiding Patiënten

Dienst Mobiliteit

Klachten als meerwaarde voor de organisatie

Onder klacht wordt verstaan 'Elke uiting van ontevredenheid door een patiënt/familie/bezoeker ... over de dienstverlening, omdat deze niet voldoet aan de gestelde verwachtingen.'

- Een klacht als leerinstrument

Een klacht is geen aanklacht, doch wel een melding van het feit dat een verwachting niet werd ingelost. Het is een efficiënte vorm van informatie om er achter te komen wat patiënten verwachten. Belangrijk is dat men open staat voor klachten, deze professioneel gaat behandelen en als een kans wil benutten om het eigen functioneren in vraag te stellen en dit zo nodig te corrigeren.

- Een klacht als communicatie-instrument

Een correct behandelde klacht zorgt voor een klantenbinding en biedt mogelijkheden om het vertrouwen te herstellen. Door klachtenbehandeling kunnen misverstanden uit de weg geruimd worden, kan de juiste informatie worden gegeven en kan de patiënt/aanmelder deelgenoot worden van de visie.

- Een middel om te responsabiliseren

De dienstverlening bijsturen op basis van klachten zorgt voor een gedragsverandering waarbij verantwoordelijkheid wordt opgenomen in het kader van de preventie.

"Your most unhappy customers are the greatest source of learning" Bill Gates

Met dank aan Corine Steyvers en Steven Vervaeke

Francine De Groote

Carine Dierickx

Patrick Demuynck

Christophe Demeestere

KLACHTENBEELD 2017

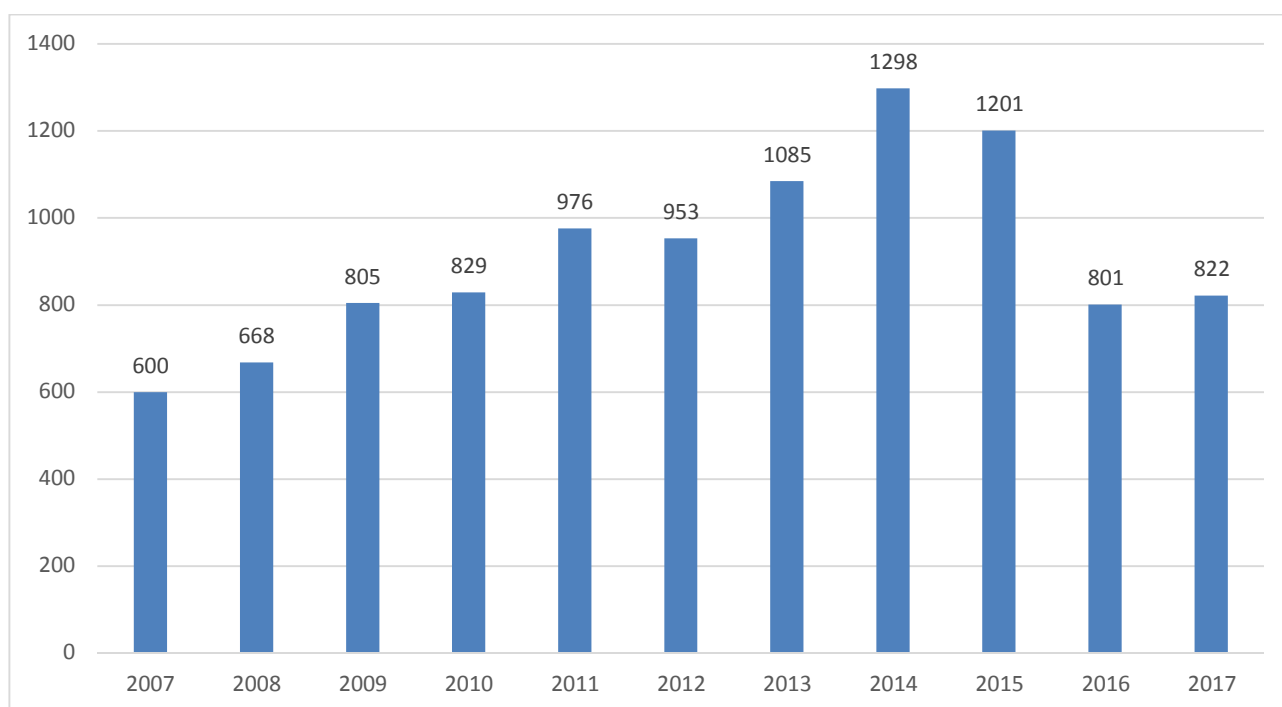
1.1. Inleiding

De Ombudsdienst van het UZ Gent heeft een totaal van 822 meldingen geregistreerd, waarbij een dossier overeenstemt met 1 fysiek persoon en niet noodzakelijkerwijs met een enkele klacht. Een dossier kan bijgevolg meerdere klachten omvatten.

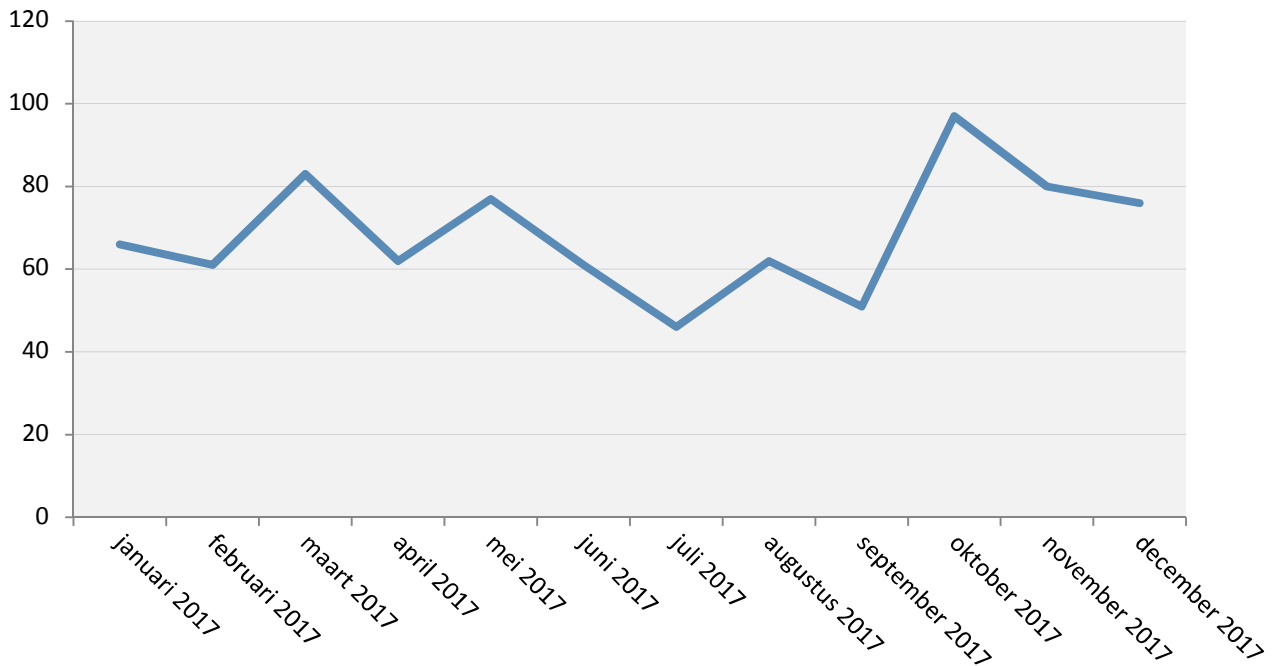
Een aantal klachten werd als onontvankelijk beschouwd. Dit betreffen doorgaans anonieme klachten, klachten inzake interne personeelsaangelegenheden, klachten die betrekking hebben op de dienstverlening in een ander ziekenhuis of een externe zorgverstreker en andere klachten die niets te maken hebben met de werking van het UZ Gent.

Er wordt een lichte stijging van de aanmeldingen in 2017 (822) vastgesteld in vergelijking met het jaar 2016 (801). Er wordt strikt op toegezien om enkel klachten van patiënten te behandelen en niet van bijvoorbeeld medewerkers. Afschrift dossier gebeurt niet meer door de ombudspersonen maar melders worden rechtstreeks doorverwezen naar de behandelende arts of Cozo. Enkel bij FMO (Fonds Medische Ongevallen), gerechtelijke inbeslagname of vrij complexe dossiers komt de ombudsdienst tussen.

Een overzicht van deze trends wordt weergegeven in Grafiek 1 hieronder.



Grafiek 1a: Overzicht van de evolutie in het aantal aanmeldingen over de periode 2007-2017



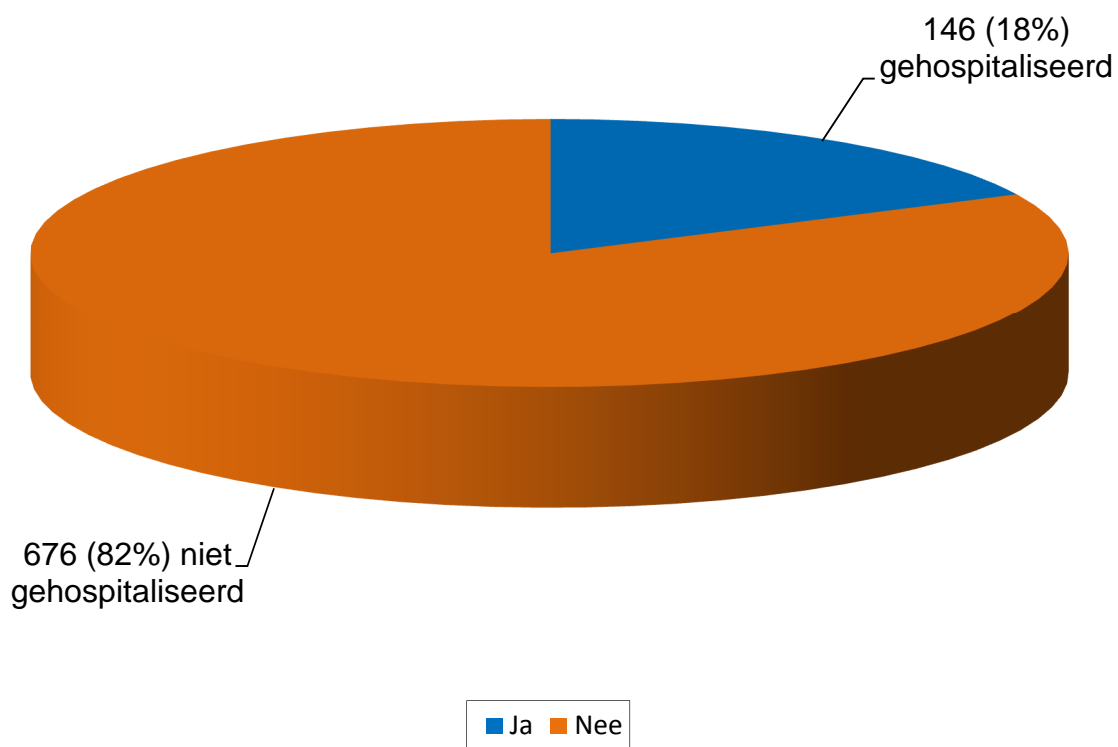
Grafiek 1b: Trendlijn aantal aanmeldingen per maand in 2017

1.2. Analyse van het klachtenbeeld

Hierna volgt een globale analyse van de 822 aanmeldingen.

Van de 822 aanmeldingen waren 146 (18 %) melders nog gehospitaliseerd in het ziekenhuis op het moment van de klachtmelding. De overige 676 (82 %) melders hebben hun klacht ingediend na het verlaten van het ziekenhuis. Een analyse van het klachtenbeeld biedt een verklaring: bepaalde medische gevolgen, administratief-financiële problemen en/of organisatorisch problemen uitten zich pas op langere termijn. Daarenboven fixeren patiënten zich tijdens hun hospitalisatie of op het moment van ontslagname doorgaans niet onmiddellijk op het neerleggen van een klacht en worden negatief ervaren situaties eerst overwogen of met naaste familieleden of vrienden besproken vooraleer de stap wordt gezet om ook effectief een klacht neer te leggen.

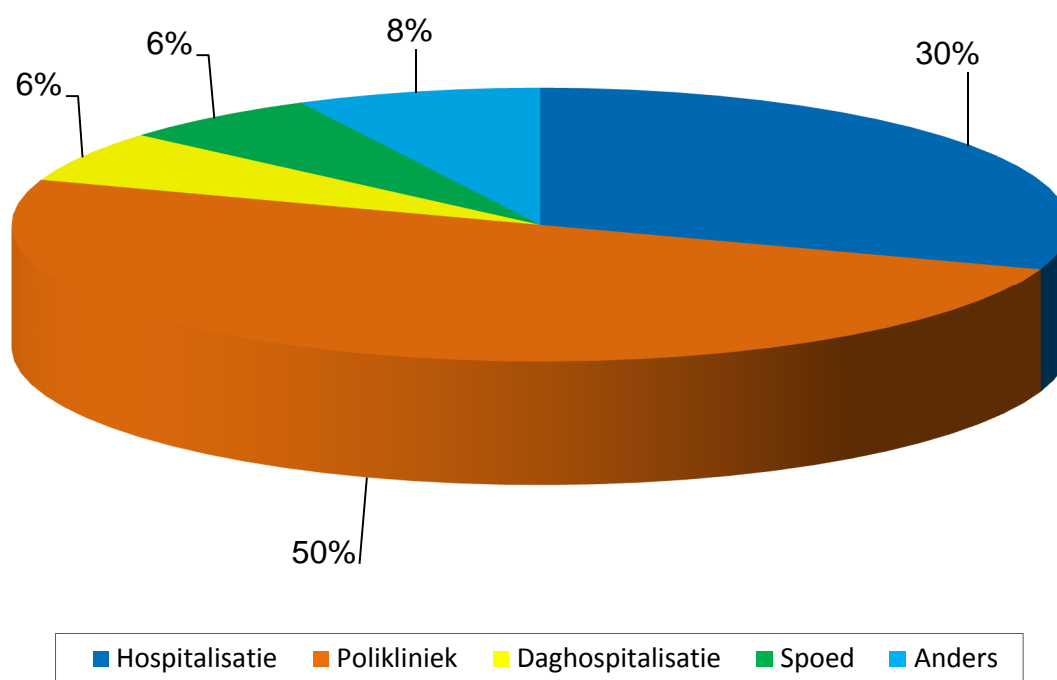
Grafiek 2 biedt een overzicht van het aantal meldingen in het jaar 2017 en de plaats waar de patiënt zich bevindt op het moment van klachtenmelding.



Grafiek 2: Gehospitaliseerd of niet op moment van meldingen?

Verdere analyse van het klachtenbeeld geeft duidelijk aan dat de meeste klachten, op het moment van het ontstaan van de melding, geuit worden door gehospitaliseerde en poliklinische patiënten (30%, respectievelijk 50%). Voorts zijn er nog een aantal kleinere categorieën waaronder de klachten die ontstaan ter hoogte van de ambulante spoedopname (6%), daghospitalisatie (6%) en andere (8%).

Onderlinge verhoudingen en verdelingen van de lokalisatie van de patiënt werden opgenomen in Grafiek 3 hieronder.



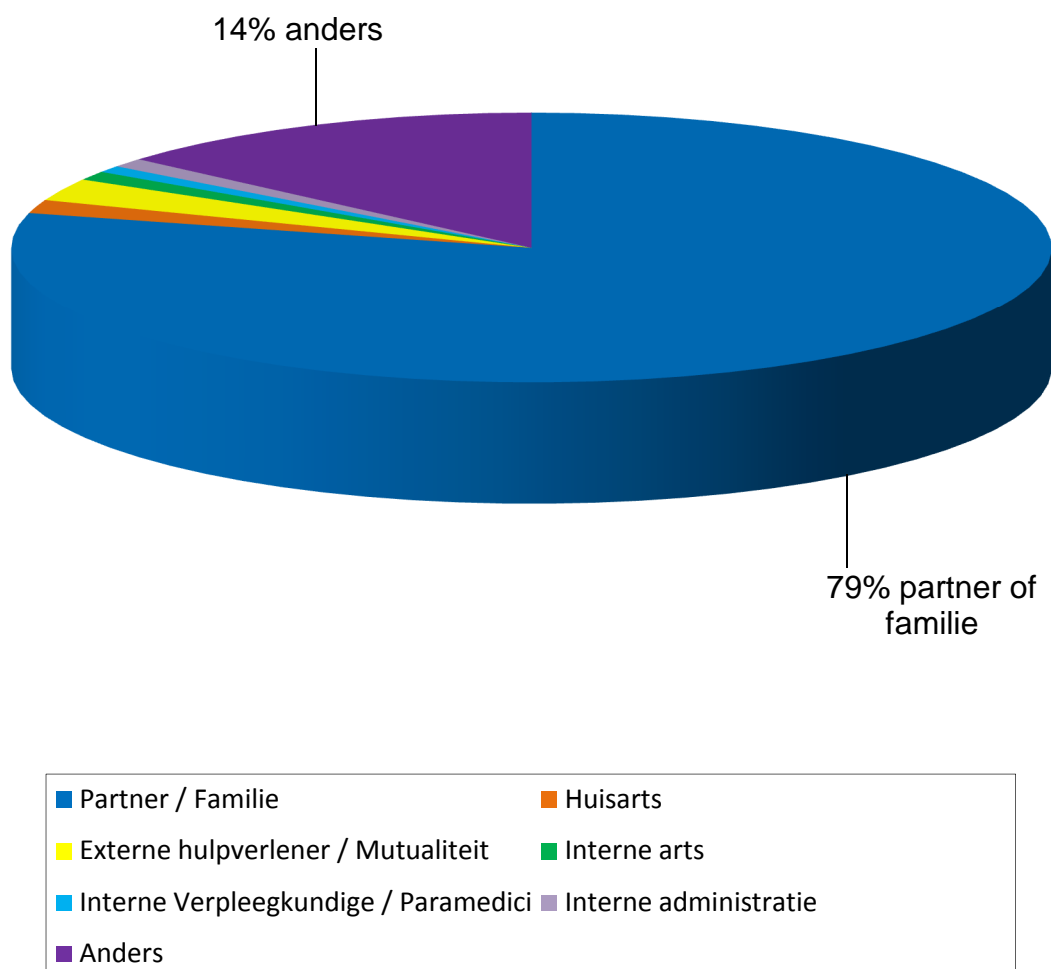
Grafiek 3: procentuele verdeling van de lokalisatie van de patiënt op moment van ontstaan van de melding

De meeste klachten worden door patiënten gemeld. Wanneer de relatie aanbrengr van de klacht t.o.v. de patiënt nader wordt beoordeeld, blijkt dat de klacht in 79% van de gevallen door partners, familieleden of mensen uit de onmiddellijke omgeving van de patiënt wordt gemeld indien de patiënt dit niet zelf kan. De overige categorieën betreffen meldingen vanuit de interne administratie, interne meldingen van verpleegkundigen, paramedici en artsen en meldingen van externe hulpverleners of mutualiteiten.

Wanneer deze verhoudingen worden vergeleken met vorige werkingsjaren, kan worden vastgesteld dat de cijfers vergelijkbaar zijn en dat zich weinig fluctuaties voordoen.

De categorie "anders" betreft aanbrengrs van meldingen zoals het Fonds voor Medische Ongevallen (FMO), politie, advocaten, vrijwilligers, mantelzorgers, Best Doctors voor second opinion e.d.

De onderlinge verhoudingen en de verdeling van de relaties aanbrengr-patiënt over het totale klachtenbeeld werden vervat in Grafiek 4.



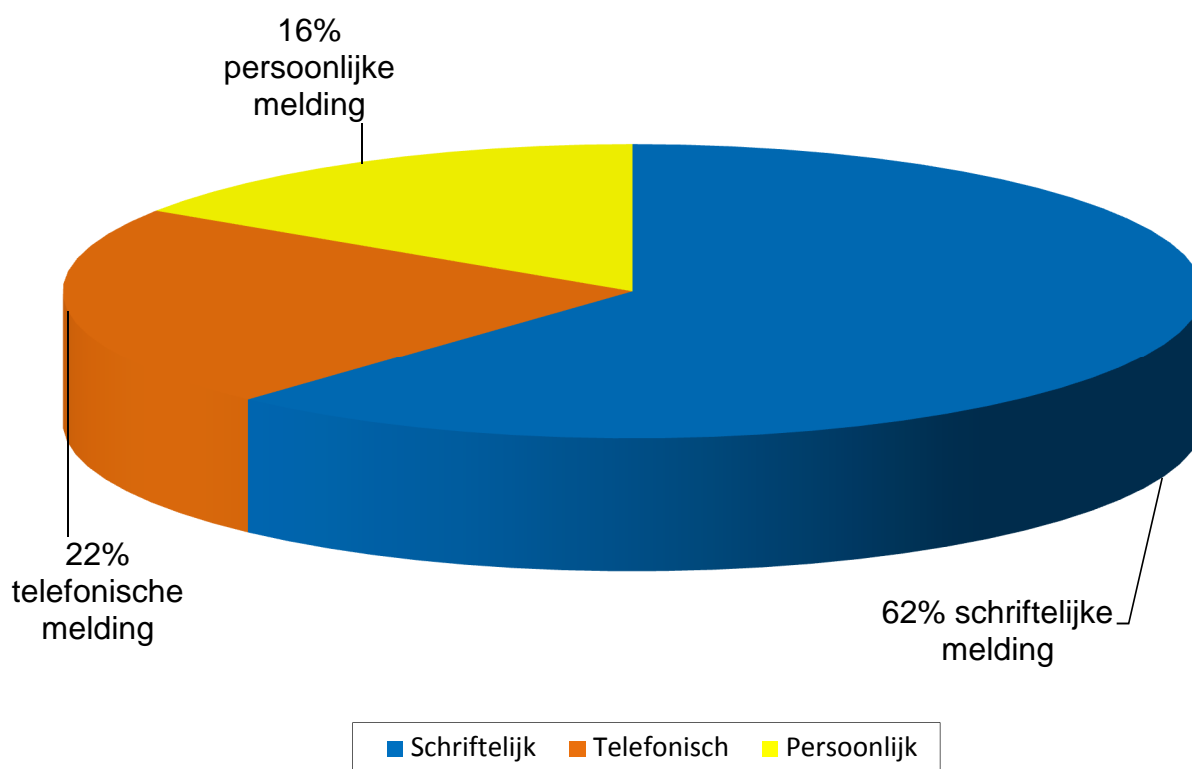
Grafiek 4. Procentuele verdeling van de relaties aanbrengr-patiënt

Het overgrote deel van de klachten die de Ombudsdienst bereiken, worden via telefonische oproep (22%) en via e-mail of per brief (62%) overgemaakt. In 2017 bedroeg de procentuele verhouding van beide categorieën samen 84%.

Een opvallende stijging van het aantal meldingen per e-mail kan worden waargenomen, vaak via contactformulier Ombudsdienst met link op website UZ Gent.

In 16% van de gevallen wordt de klacht geformuleerd in een persoonlijk onderhoud.

Grafiek 5 toont de absolute en relatieve verhouding inzake vorm van ontvangst van de aanmelding.



Grafiek 5.: absolute en procentuele verdeling inzake vorm van de aanmelding

In het kader van de analyse van de klachtmeldingen zijn de verwachtingen van de melder van cruciaal belang voor de Ombudsdienst. Op grond hiervan kan een aantal trends worden vastgesteld en kunnen gerichte initiatieven genomen worden om enerzijds het vertrouwen van de melder in het ziekenhuis terug te herstellen en anderzijds conflictsituaties te vermijden.

Veruit de belangrijkste verwachting van de patiënt is de mogelijkheid om beroep te kunnen doen op signalering vanuit de Ombudsdienst. Bij signalen wordt meestal geen concrete actie van de Ombudsdienst verwacht, maar hoopt de klachtmelder dat in de toekomst gelijkaardige problemen kunnen worden vermeden. Het signaal wordt echter wel overgemaakt aan de betrokken verantwoordelijke. Andere verwachtingen betreffen het oplossen van een probleem (ander akkoord dan een financieel akkoord), zoals het bekomen van een afschrift of inzage van het medisch dossier, of het bekomen van een factuurcorrectie (een akkoord van financieel-administratieve aard). Hiervoor wordt samengewerkt met de dienst facturatie patiënten. Op regelmatige tijdstippen bespreekt de Ombudsdienst de factuurbetwistingen met de hoofdarts van het UZ Gent. De hoofdarts draagt immers, volgens de interne bevoegdheidsdelegaties, de bevoegdheid om een eindbeslissing te nemen in deze materie. Patiënten vinden het verder nog steeds belangrijk een beroep te kunnen doen op bemiddeling door de Ombudsdienst.

In 2017 bedraagt het aantal schadeclaims 69 (BA)-dossiers. Een deel hiervan wordt via de Juridische Dienst van het UZ Gent overgemaakt aan de Verzekeraar Beroeps Aansprakelijkheid. Met behulp van bemiddeling tracht de Ombudsdienst het aantal dossiers dat aan de B.A. verzekeraar wordt overgemaakt zo veel mogelijk te beperken. De schadeclaims betreffen o.a. ingediende verzoeken om schadeloosstelling in volgende situaties:

- verloren voorwerpen (gebitsprothese, bril, persoonlijke spullen ...) of diefstal
- opgelopen schade aan persoonlijke kledij en persoonlijke spullen
- het niet doorgaan van vooraf geplande raadplegingen, opnames, onderzoeken en behandelingen
- ingestelde behandeling waarbij complicaties zijn opgetreden
- andere (valincidenten e.a. op de campus, extern liggend vervoer...).

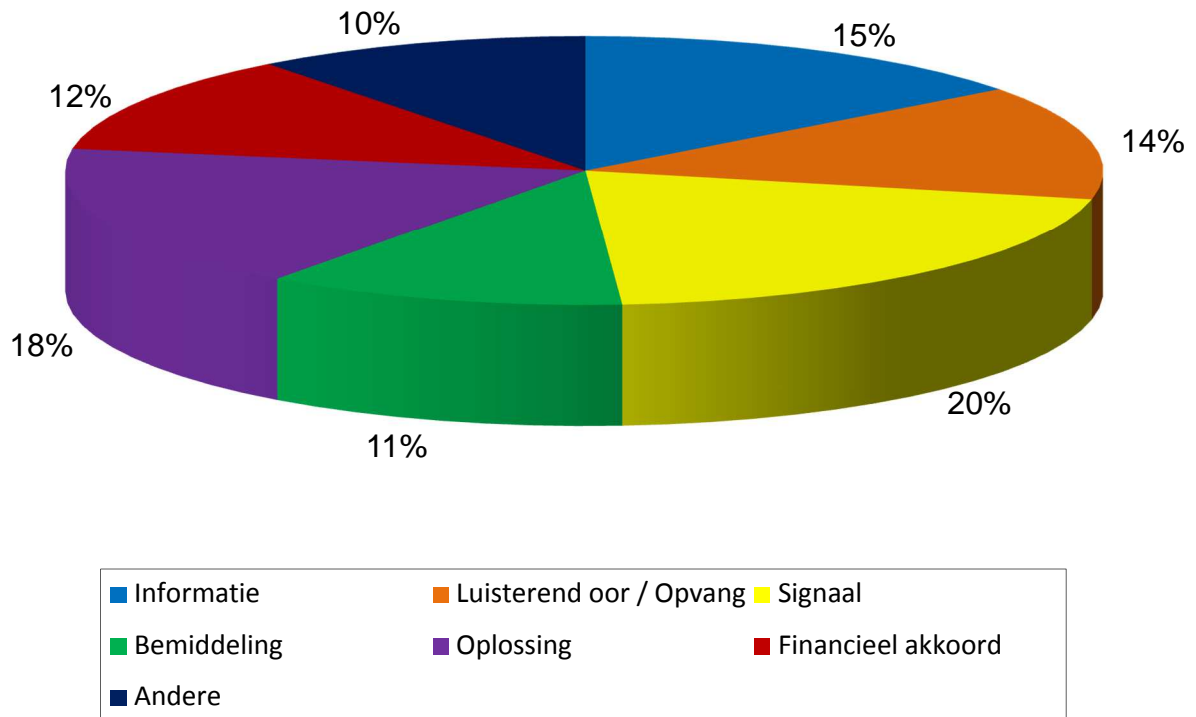
Van deze laatste categorie werden de meeste opgelost dankzij de bemiddelingsinspanningen vanuit de Ombudsdienst. Concreet gezien werden in deze casussen minnelijke schikkingen getroffen.

Patiënten komen bij de Ombudsdienst aankloppen met allerlei vragen. Door het verstrekken van de juiste of volledige informatie aan de patiënt verdwijnt het ongenoegen en wordt de communicatie hersteld.

De vragen die hier aan bod komen zijn van medische, organisatorische en administratief-financiële aard.

Ten slotte komt de categorie "luisterend oor". Het betreft klagende patiënten die behoefte hebben aan een luisterend oor. Deze vragen meestal ook een vorm van begeleiding in de formulering en in de afhandeling van de klacht.

De procentuele verhoudingen en de verdeling van de verwachtingen van de melder werden opgenomen in Grafiek 6.



Grafiek 6: procentuele verdeling verwachting van de melder

Wanneer we de inhoud van de klachten nader bekijken, dienen we rekening te houden met het feit dat de perceptie van de patiënt op het vlak van kwaliteit afhankelijk is van enerzijds de verwachte kwaliteit en anderzijds de ervaren kwaliteit.

- Verzoeken om afschrift/ inzage van het patiëntendossier
- Verzoeken om financieel-administratieve informatie
- Verzoeken om medische informatie
- Verzoeken van sociale aard zoals nood aan sociale begeleiding of aan specifieke informatie (bv. m.b.t de regeling van een afbetalingsplan)
- Verzoeken om medische attestering (bv. voor de hospitalisatieverzekering, attestering van het ziekenhuisverblijf)
- Algemene verzoeken

Om de analyse van klachten te vereenvoudigen werd het zorgproces ingedeeld in volgende aspecten:

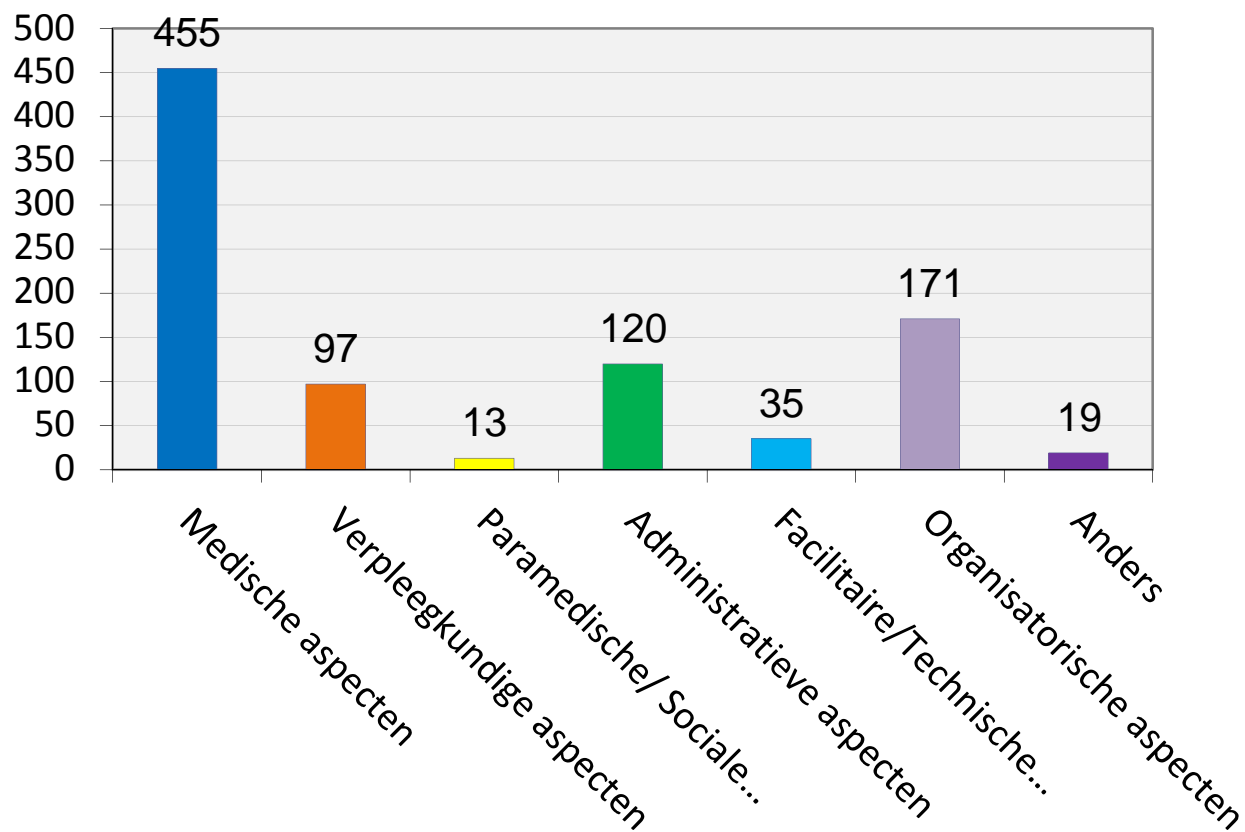
- Medisch
- Verpleegkundig
- Paramedisch en sociaal verpleegkundig
- Administratief/financieel
- Technisch, facilitaire en hoteldiensten
- Organisatorisch
- Andere

Het is van belang te onthouden dat de registratie telkens gebeurde vanuit het oogpunt van de ervaring van de klagende patiënt en bijgevolg geen informatie verstrekt over de gegrondheid en/of ernst van de klacht.

Een analyse van het beeld van 2017:

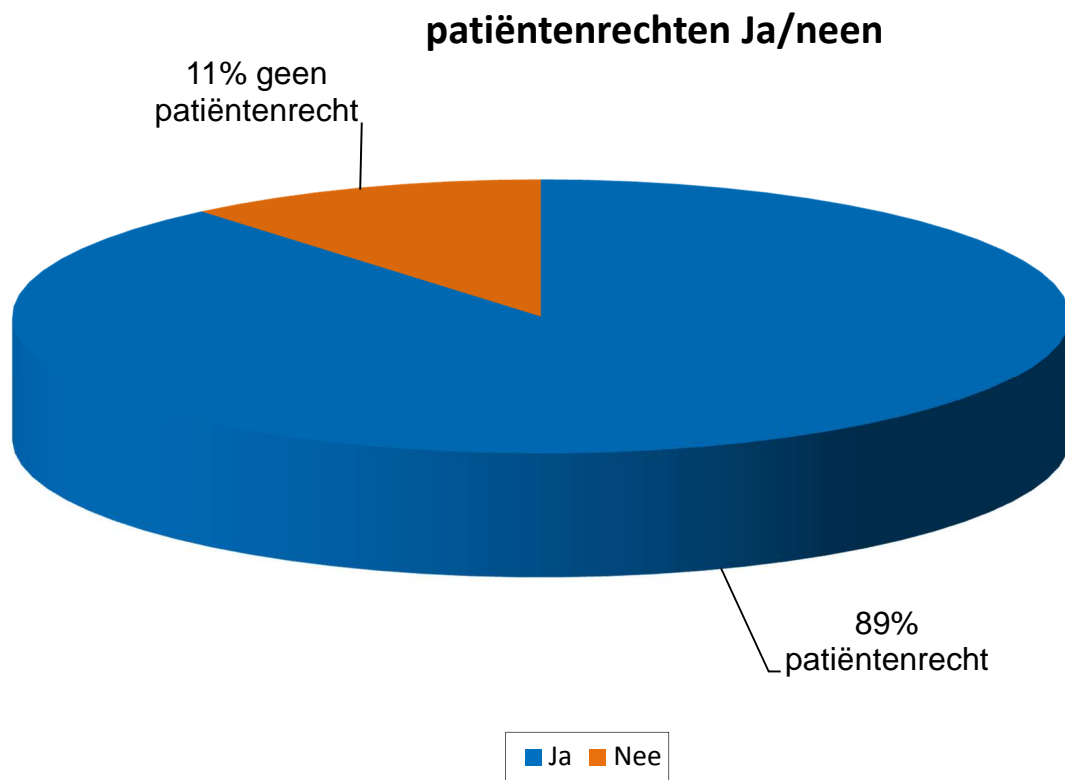
- De belangrijkste categorie van klachten betreft de klachten van medische aard; (455)
- Klachten van organisatorische aard; (171)
- Klachten van administratief-financiële aard; (120)
- Klachten van technische, facilitaire en hoteldiensten; (35)
- Klachten van paramedisch en sociaal verpleegkundige aard; (13)
- Klachten van verpleegkundige aard; (97)
- Andere aspecten ; meldingen behandeld m.b.t. incidenten op de campus, privacy en beroepsgeheim, verzorgingsmateriaal (stoma, sonde ...) al dan niet inbegrepen in de ligdagprijs, verzoeken tot verwijdering van psychiatrische gegevens in het EPD e.d.

De absolute verdeling van de inhoud van de klacht wordt weergegeven in grafiek 7.a.



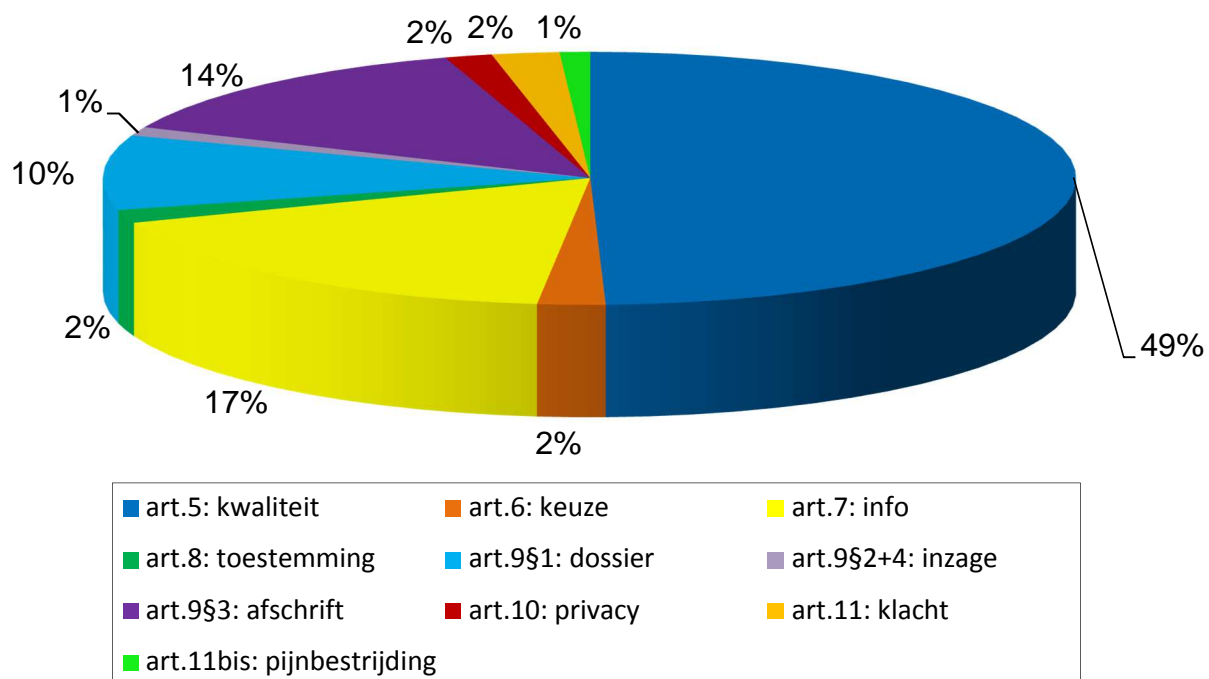
Grafiek 7.a.: Absolute verdeling van de inhoud van de klacht

Grafiek 7.b.: Procentuele verdeling van de inhoud van de klacht m.b.t. patiëntenrechten of niet.



Grafiek 7.c.: Absolute en relatieve verdeling van de inhoud van de klacht per patiëntenrecht.

patiëntenrechten



Deelaspecten medische klachten

Het belangrijkste deelaspect binnen de medische klachten betreft de behandeling; hierbij is de patiënt niet of onvoldoende tevreden over de medische behandeling of de behandeling voldoet niet of onvoldoende aan de verwachtingen van de patiënt.

Het aantal klachten m.b.t. informatieverstrekking vertegenwoordigt een groter aandeel dan de andere deelaspecten.

De patiënt is niet of onvoldoende tevreden over de verkregen medische informatie.

Het deelaspect aandacht, opvang en privacy is over de laatste jaren gevoelig gestegen. De klachten vertegenwoordigen een ontevredenheid over de persoonlijke aandacht of empathische ingesteldheid van de arts, over de verbale en/of non-verbale communicatie van de arts (o.a. ongenoegen m.b.t. de ontslagvoorbereiding of ontevredenheid met betrekking tot het doorsturen van verslagen aan de huisarts of externe specialist).

Andere klachten zijn hoofdzakelijk ontevredenheid m.b.t. aflevering van attesten voor de hospitalisatieverzekering of medisch adviseur e.d.

Deelaspecten van verpleegkundige klachten

De belangrijkste categorieën vertegenwoordigen aandacht/opvang/privacy en technische verpleegkundige zorgverlening. Op grond van de beschikbare gegevens is een duidelijke trend waarneembaar: de technische zorgverlening is zichtbaarder en uitstekend maar dit ten koste van het aspect aandacht/opvang/privacy.

De daaropvolgende categorie betreft communicatiestijl. De patiënt is niet of onvoldoende tevreden over de informatie van de verpleegkundige/verzorgende betreffende het verpleegkundig zorgproces, of patiënt is niet of onvoldoende tevreden over de ontslagvoorbereiding.

Deelaspecten van paramedische en sociaal verpleegkundige aard

Klachten hebben betrekking tot behandeling, ontslagvoorbereiding, aandacht en privacy, informatie en communicatie. Ook meldingen inzake regeling en afspraken ziekenvervoer (dringend/liggend/zittend en tegemoetkoming mutualiteit).

Deelaspecten administratief financiële klachten

Deze klachten hebben overwegend te maken met facturatie. Facturen worden onder meer geprotesteerd omwille van:

- ontevredenheid over onderzoek, behandeling, follow-up, ...
- ongenoegen betreffende de facturatie los van de zorgverstrekking (protesten wegens laattijdige facturatie, problemen m.b.t. de tussenkomst van de hospitalisatieverzekering, aanrekening van geprivatiseerde raadpleging/second opinion, aanrekening van een eenpersoonskamer, aanrekening van niet-RIZIV vergoedbare verstrekkingen of esthetisch honorarium, het uitblijven van de terugbetaling van een tegoed op de factuur, het uitblijven van de voorziene creditering van de factuur,)
- organisatorische redenen (opnames waarbij een heelkundige ingreep of onderzoek wordt uitgesteld door openstaande rekeningen...)
- een gebrek aan informatie, de communicatiestijl en bereikbaarheid van de financieel administratieve diensten.
- vermelding van naam van het diensthoofd op de factuur en niet van de behandelende arts.

Deelaspecten Technische, facilitaire en hoteldienst klachten

Het hoofdaandeel van de klachten rond de hoteldienst verwijst naar de maaltijden, de dieetkeuken en klachten inzake schoonmaak. De overige klachten, die weliswaar een heel klein aandeel vormen, betreffen de communicatiestijl en andere.

De technische klachten in 2017 worden vooral overheerst door klachten inzake de parkeermoeilijkheden die patiënten en bezoekers op de campus van het UZ Gent ervaren. Er blijven klachten betreffende het gebrek aan parkeerplaatsen voor patiënten (inclusief personen met een beperking) én personeel, maar eveneens de toegankelijkheid van de parking bij thuismatches van KAA Gent, de toepassing van de parkeertarieven, geen recht meer op een gratis parkeerkaart en de problemen die men ondervindt bij het verlengen van de parkeerkaart.

Klachten betreffende comfort vertegenwoordigen een diversiteit aan klachten: gebrek aan eenpersoonskamers, te kleine eenpersoonskamers, tekort aan rolwagens, afscherming van de lavabo d.m.v. een gordijn in een gemeenschappelijke kamer wat niet bevorderlijk is voor de privacy, temperatuurregeling in bepaalde therapieruimtes en wachtzalen e.d.

Onder de categorie "andere" vallen diverse klachten, zoals vb. het niet beschikbaar zijn van rolwagens, afstand tot aan de aanmeldzuilen,

Deelaspecten organisatorische klachten

De afsprakenregeling vertegenwoordigt het belangrijkste type klacht binnen deze categorie. De patiënt vindt dat er te lange wachttijden zijn voor een poliklinisch consult, of uit zijn ontevredenheid over het uitstellen van een geplande raadpleging met weinig flexibiliteit voor nieuwe afspraak. Sommige patiënten komen te laat op de afspraak door parkeerproblemen. Soms verkeerde brieven of verkeerd adres, toch SMS ontvangen bij annulatie, geen afspraak ondanks bevestiging per SMS en brief, geen bevestiging van ontvangst of lezen SMS.

Klachten over te lange wachttijden worden voornamelijk geuit bij geplande afspraken op de polikliniek, in de preoperatieve fase, maar ook aan het onthaal, op de dienst spoedgevallendienst of in de dagkliniek.

Onder organisatorische klachten vallen ook klachten rond verlies van persoonlijke bezittingen van de patiënt : I-pad, I-phone, portable, bankkaart, bril, gebitsprothese, kledij, juwelen, ID-kaart, gehoorapparaat, of andere persoonlijke spullen. De onthaalbrochure vermeldt dat patiënten zo weinig mogelijk dure spullen mogen meebrengen naar het ziekenhuis. Soms wordt dit toch gedaan en geeft men dit af in de verpleegpost ter bewaring en verdwijnt dit. Op de kamers zijn er geen of niet werkende kluisjes. Patiënten bewaren persoonlijke bezittingen in een afgesloten nachtkastje maar dit wordt tijdens de afwezigheid op de kamer opengebroken.

De organisatie van de opname figureert ook in het klachtenbeeld; het betreft hier vooral klachten n. a. v. een uitgestelde opname, de niet-beschikbaarheid van een bed bij opname, of van de gevraagde éénpersoonskamer, weigering van een éénpersoonskamer n.a.v. openstaande facturen e.d.

Klachten met betrekking tot bejegening

Dit deelaspect vertegenwoordigt klachten over de verbale en non-verbale communicatie van de zorgverstreker of medewerker.

SUGGESTIES EN AANBEVELINGEN NAAR HET BELEID TOE

2.1 Administratief – financieel

Optimalisatie van de voorafgaande informatieverstrekking aan patiënten betreffende de diagnose, de behandeling, de nazorg, de eventuele risico's en de kostprijs van de behandeling, met bijzondere aandacht voor het persoonlijk aandeel bij de niet - RIZIV vergoedbare verstrekkingen (esthetische honoraria, wachtvergoeding tandheelkunde ...). IC en bestek van behandelen, belang van goed informeren, voor behandeling tekenen, in tweevoud, vermelden in EPD, naleving van wat afgesproken is en duidelijke afspraken qua prijs. Ook duidelijkheid inzake ereloon-supplementen in éénpersoonskamer en samenhang met hospitalisatieverzekering van patiënt. Duidelijkheid qua aanrekening TV, koelkast, telefoon en water.

2.2 Medisch-technische diensten

Het recht op toegang tot het patiëntendossier houdt o.a. in dat de patiënt recht heeft op afschrift van zijn gezondheidsgegevens. De juridische basis van dit recht is terug te vinden in artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en in de Wet Patiëntenrechten. Artikel 9, §3 van deze wet bepaalt dat de patiënt recht heeft op een afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffende patiëntendossier. Dit recht slaat echter op alle stukken die deel uitmaken van het hem betreffende patiëntendossier. Er mag dus geen onderscheid gemaakt worden tussen de zgn. objectieve en subjectieve gegevens van het patiëntendossier. De beroepsbeoefenaar kan dus niet naar eigen goeddunken een selectie maken tussen gegevens die een patiënt wel en niet zou mogen inzien. Het recht op afschrift is dus algemeen en volledig.

De Wet Patiëntenrechten voorziet enkel onderstaande uitzonderingen. Uitgesloten van het recht op afschrift zijn :

1° De persoonlijke notities, tenzij het afschrift wordt opgestuurd naar een beroepsbeoefenaar.

Het begrip 'persoonlijke notitie' wordt zeer eng gedefinieerd als 'aantekeningen die door de beroepsbeoefenaar afzonderlijk werden opgeborgen, die door anderen, zelfs voor medebetrokkenen van het verzorgingsequipe, nooit toegankelijk zijn en die nodig zijn voor het persoonlijk gebruik van de zorgverlener. Het betreft persoonlijke kanttekeningen, eigen ideeën, denkpluims, werkhypotheses of geheugensteuntjes. Zodra de beroepsbeoefenaar deze aantekeningen spontaan overmaakt aan een collega, verliezen zij hun karakter van persoonlijke notities en kunnen zij dus niet worden uitgesloten van het inzage-recht'.

2° De gegevens van derden wegens bescherming van de persoonlijke levenssfeer van die derden.

3° De informatie die aan de patiënt wordt onthouden op grond van de therapeutische exceptie.

Concreet gezien wordt aanbevolen dat beter wordt toegezien op de naleving van het recht op volledig afschrift van patiëntendossier in het bijzonder wat de medische

gegevens betreft (operatieverslagen, hospitalisatieverslagen, medische observatiebladen met inbegrip van de notities van de arts (≠ de persoonlijke notities), de onderzoeksresultaten e.d.).

De Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679 of GDPR bepaalt dat tegen 25 mei 2018 een afschrift kosteloos wordt afgeleverd. Voor second opinion (Best Doctors e.a.) wordt er wel betaald voor de expeditie. Normaal gezien wordt gevraagd dat de patiënt het dossier persoonlijk komt afhalen indien niet kunnen expeditiekosten worden aangerekend. Voor 'normale' inzage/ afschrift kan de patiënt zich richten naar de behandelende arts of via COZO.

Voor het afschrift dossier blijft de tussenkomst van de Ombudsdienst in overleg met de Hoofddarts behouden bij; second opinion, FMO (Fonds Medische Ongevallen), gerechtelijke inbeslagname, verzekeringsdossier/BA, medische expertise, advocaten met toestemming van de patiënt, artsen met toestemming van de patiënt en andere complexe dossiers waarbij bemiddeling Ombudsdienst is gewenst.

Bij overleden patiënt is er onrechtstreeks inzagerecht via beroepsbeoefenaar tenzij patiënt verzet aantekende. Quid met kinderen onder ouderlijk gezag? Jonge kinderen kunnen geen verzet aantekenen en via COZO is er bij leven voortdurend inzage mogelijk en kan alles afgeprint worden. Soms wordt er vanuit de Ombudsdienst met akkoord van de Hoofddarts een afschrift van het dossier bezorgd aan de ouders van een overleden kindje.

Verdere aandacht voor het optimaal informeren van patiënten betreffende de aanrekening van een geprivatiseerde consultatie (telefonisch tijdens de afspraakregeling, vermelding op de afspraakbrieven, affichering van de prijzen in de wachtzaal, vermelding van de geprivatiseerde raadplegingen op de website,...).

Patiënten sensibiliseren om hun behandelende arts tijdig te informeren over een reeds bestaande wilsbeschikking (bv. via de onthaalbrochure, de website van het UZ Gent)

2.3 Verpleegkundig

Patiëntcontact met (hoofd)verpleegkundige faciliteren en optimaliseren kan preventief (communicatie)problemen oplossen. Voldoende informeren van patiënt en familie door (hoofd)verpleegkundigen.

2.4 Paramedisch

Bij transfer van patiënten door sociale dienst geregeld is transparantie i.v.m. het financiële aspect heel belangrijk. Duidelijkheid of het gaat om liggend of zittend, dringend of niet-dringend vervoer en met of zonder verpleegkundige,....

2.5 Organisatorisch

Wachttijden dienen op sommige poliklinieken nog beter binnen de perken gehouden te worden. Bij het uitlopen van deze wachttijden is het belangrijk dat patiënten hierover geïnformeerd worden.

De voorziening van rolwagens wordt op heden onvoldoende gewaarborgd.

De toepassing van een strikte zerotolerantie bij onrechtmatige inname van parkeerplaatsen voor personen met een handicap.

Belang van privacy vooral op poliklinieken aan balies, op sommige poli's gehorige muren.

2.6 Technisch

Optimalisatie van de telefonische bereikbaarheid van de poliklinieken.

De voorziening van kluisjes op de kamers van gehospitaliseerde patiënten en dit op ziekenhuis brede basis of centrale kluis in de verpleegpost van elke afdeling.

2.7 Andere

Bejegening is een moeilijk bespreekbaar onderwerp omdat medewerkers in eer en geweten hun werk doen. Toch vergt dit aspect meer aandacht. Soms voelen patiënten zich onvoldoende respectvol bejegend en ervaren zij de verbale en non verbale communicatie van de zorgverstreker als niet- of onvoldoende klantgericht. Dit belemmert het opbouwen van een vertrouwensrelatie en staat een open respectvol contact met de patiënt in de weg. Belang van klantvriendelijkheid en flexibiliteit in organisatie door het niet wegsturen van patiënten die te laat komen door het niet vinden van een parking.

Een duidelijke visie, een professionele attitude en zelfkennis bij zorgverstrekkers zijn absolute voorwaarden voor een professionele bejegening.

Werken aan een betere bejegening, als kwaliteitsinstrument, kan geconcretiseerd worden door (daar waar nodig) de medewerkers nog meer te trainen in effectieve gespreksvoering/communicatie.

De voorziening van de nodige maatregelen ter bescherming van de persoonsgegevens van de patiënt. Bijvoorbeeld door de nodige aandacht te besteden aan de verwerving van de noodzakelijke voorafgaandelijke goedkeuring van de patiënt bij het doorgeven van adresgegevens aan derden met het oog op de distributie van infobrochures e. d.

Aandacht en opvang van wachtenden en niet-begeleide patiënten. Patiënten worden vaak afgezet door taxi- en ambulancediensten maar bij transfer naar andere plaats op campus staan deze niet-begeleide patiënten er alleen voor.

Parking : Hoe kunnen we systeem van vrijkaarten parking klantvriendelijker maken?

Christophe Demeestere 5/02/2018.



Vijfseweg 150 – 8790 Waregem

JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2017

OLV van Lourdes Ziekenhuis Waregem

JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2017
OLV van Lourdes Ziekenhuis Waregem

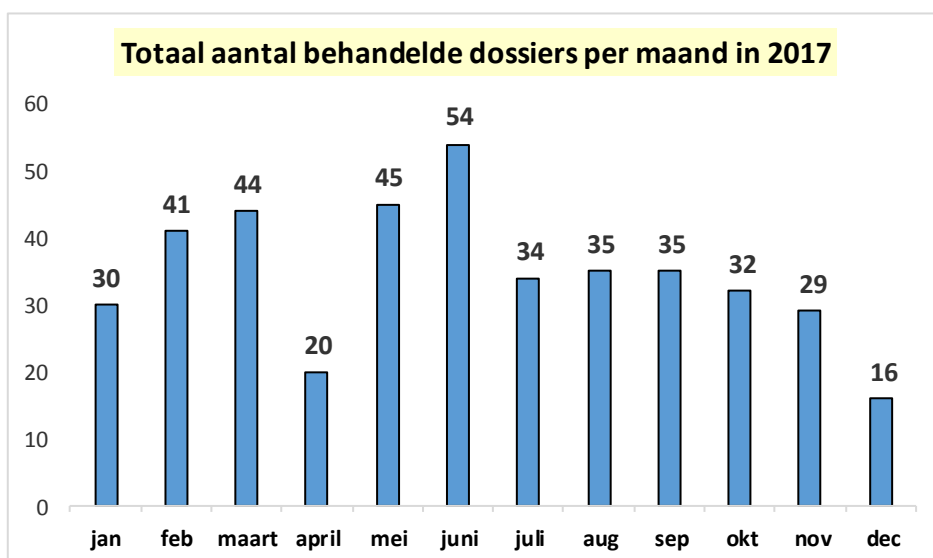
1. Aantal en aard van de klachten

In 2017 werden er 415 meldingen geuit ten aanzien van de ombudsfunctie van het OLV van Lourdes Ziekenhuis Waregem. Daarvan waren er 306 klachtmeldingen met de vraag voor een directe behandeling.

Daarvan waren er 82 vragen voor het bekomen van informatie. In sommige gevallen was de initiële klacht, gecombineerd met een vraag.

In 2017 werden er 27 potentiële klachten doorgegeven waaruit uiteindelijk 4 formele klachtendossiers volgden. Eind 2017 waren 99% van alle dossiers afgehandeld.

De klachtencommissie werd in 2017 2 maal samengeroepen.



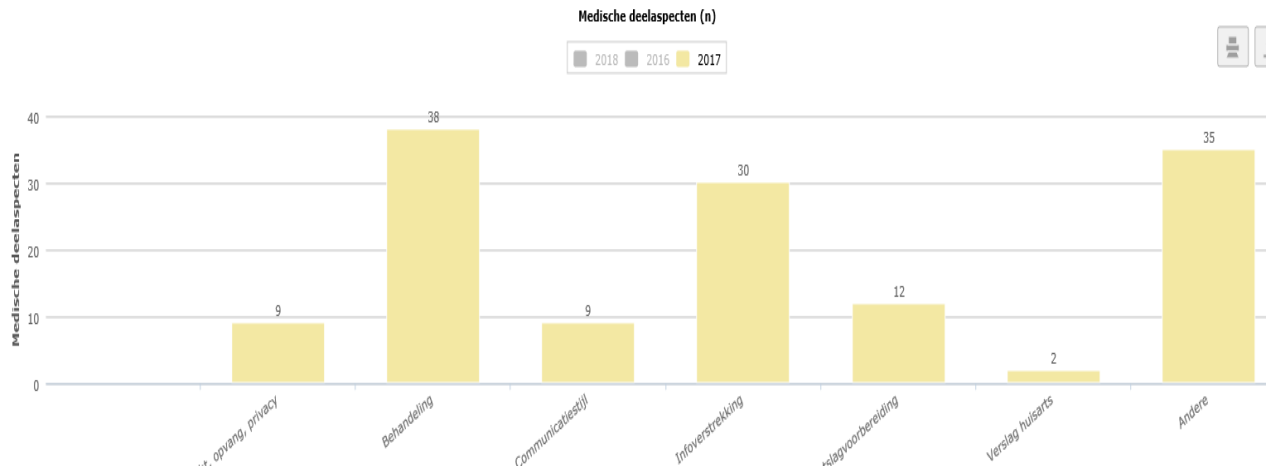
Deze klachtmeldingen kunnen naar lokalisatie in het ziekenhuis als volgt verdeeld worden:

Medische aspecten	135
Verpleegkundige aspecten	84
Paramedische en sociale aspecten	1
Administratieve aspecten	59
Facilitaire / technische aspecten	22
Organisatorische aspecten	40

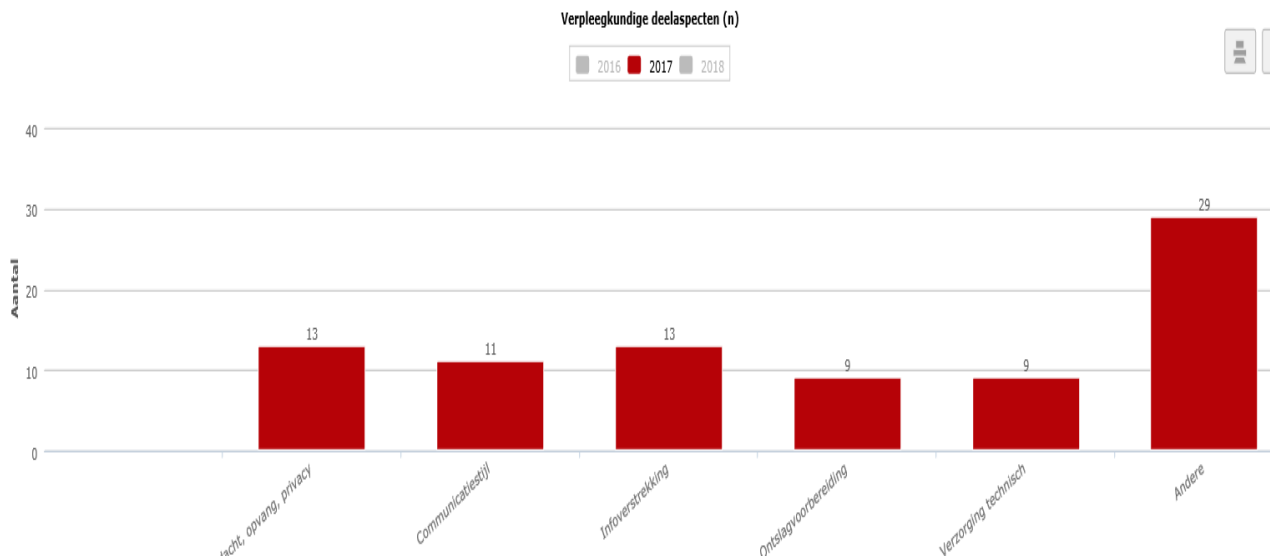
Volgende verdeling kan gemaakt worden betreffende de inhoud van de klachtmeldingen:

Bemerking: sommige klachtmeldingen bevatten meer dan één item naar inhoud toe.

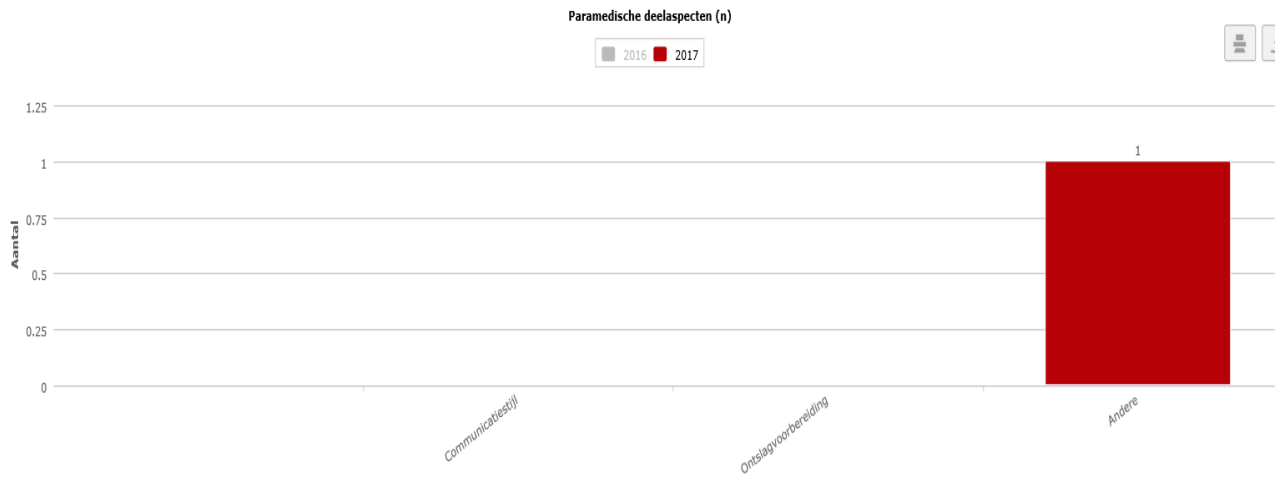
Medische aspecten



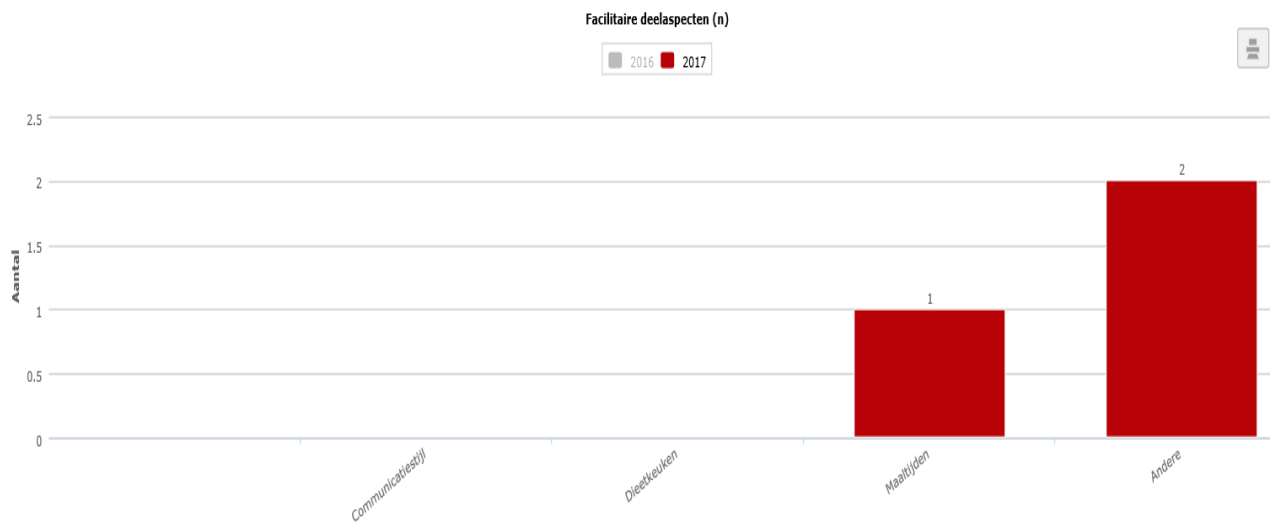
Verpleegkundige aspecten



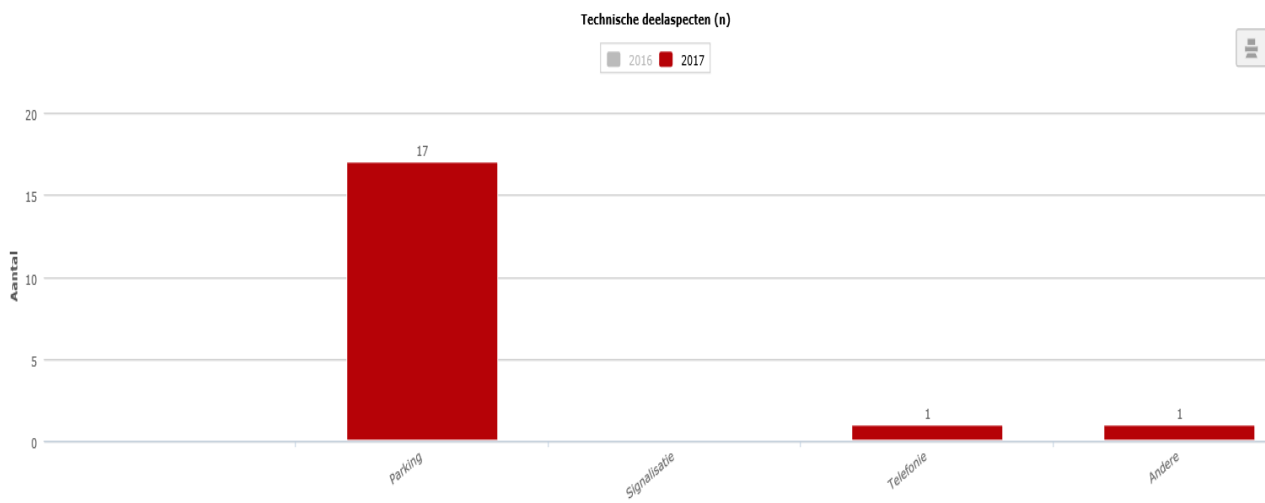
Paramedische en sociale aspecten



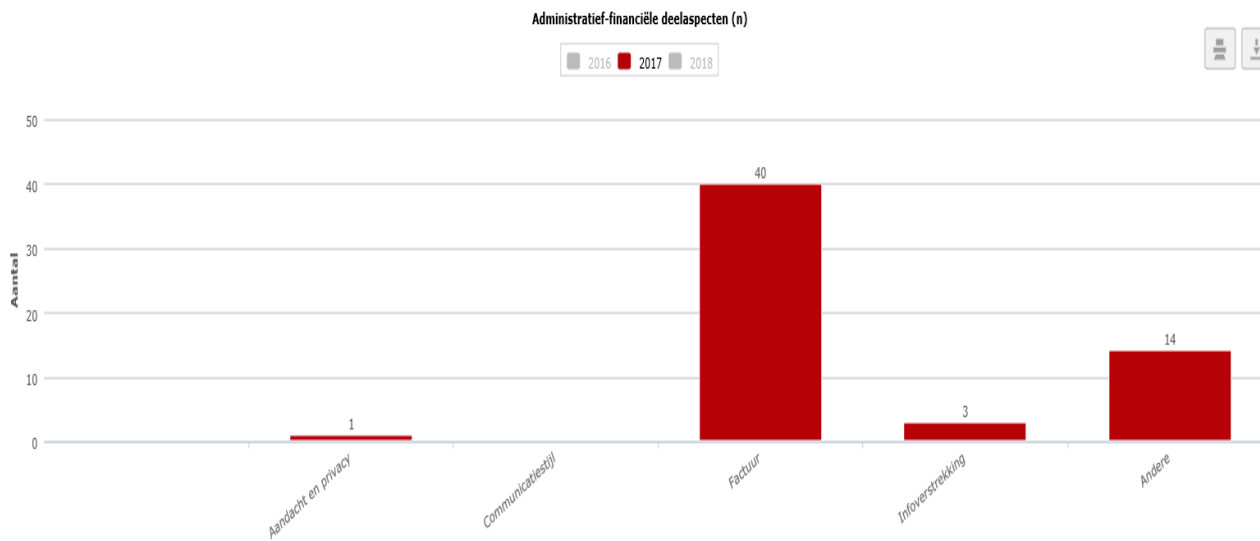
Facilitaire aspecten



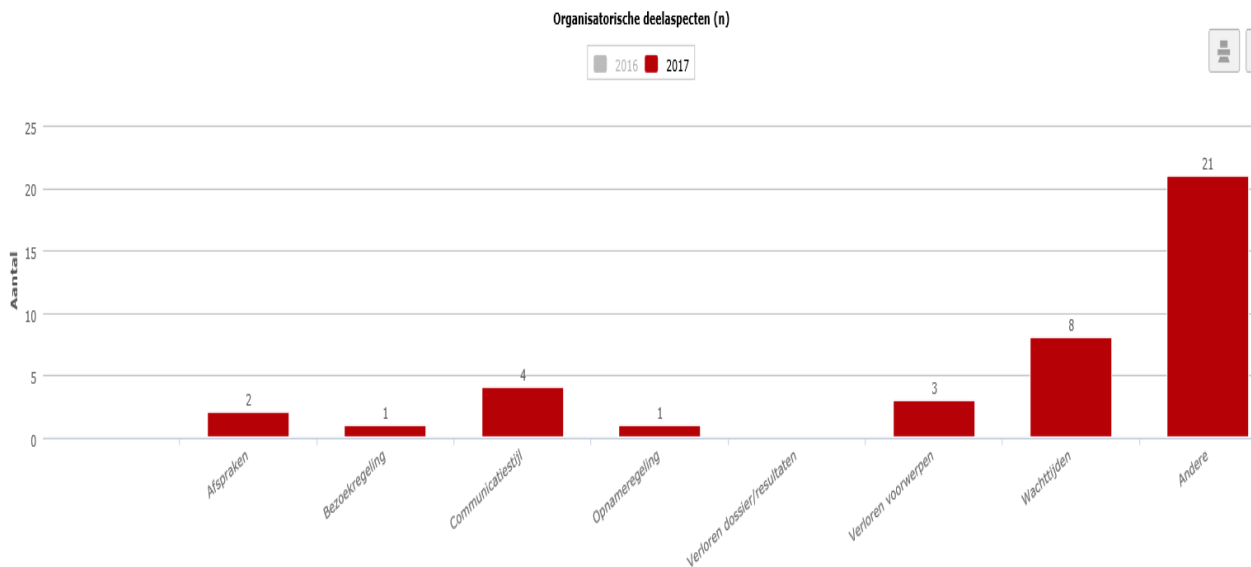
Technische aspecten



Administratieve aspecten

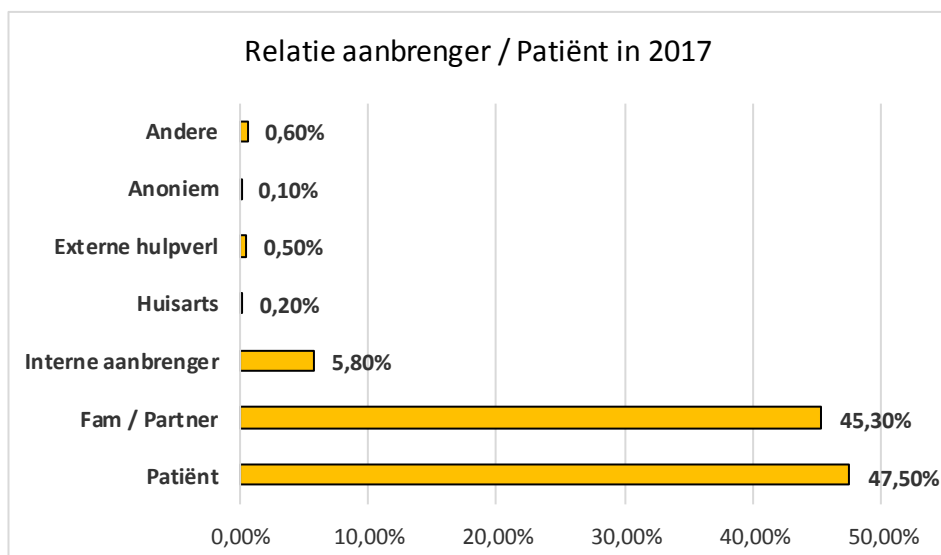


Organisatorische aspecten

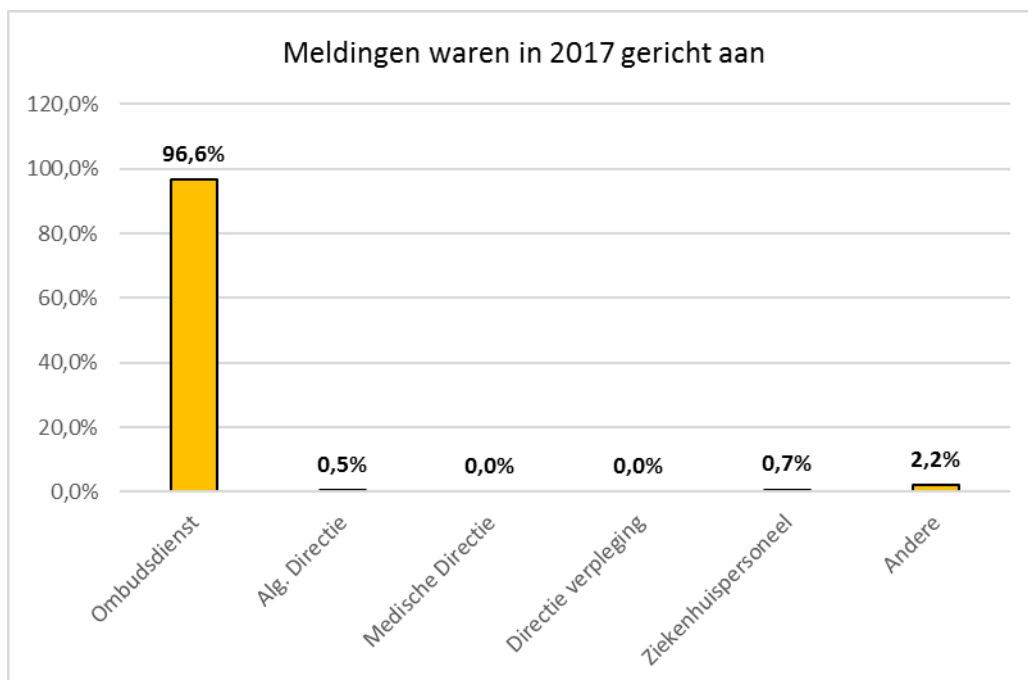


2. Het contacteren van de ombudsfunctie

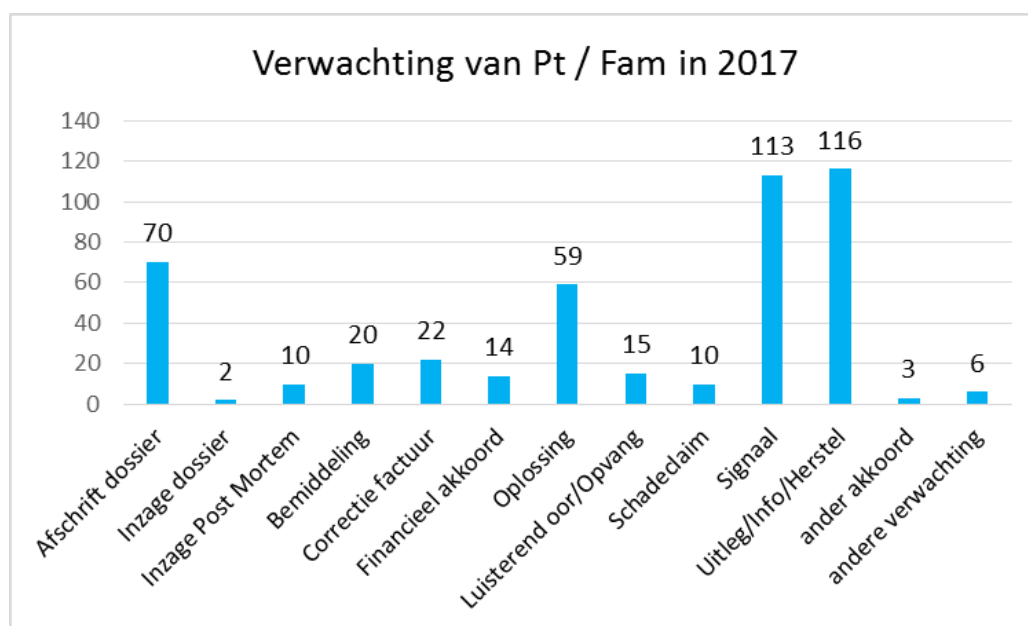
Volgende verdeling kan gemaakt worden in functie van de personen die zich met een klacht, signaal of een vraag tot de ombudsfunctie gericht hebben.

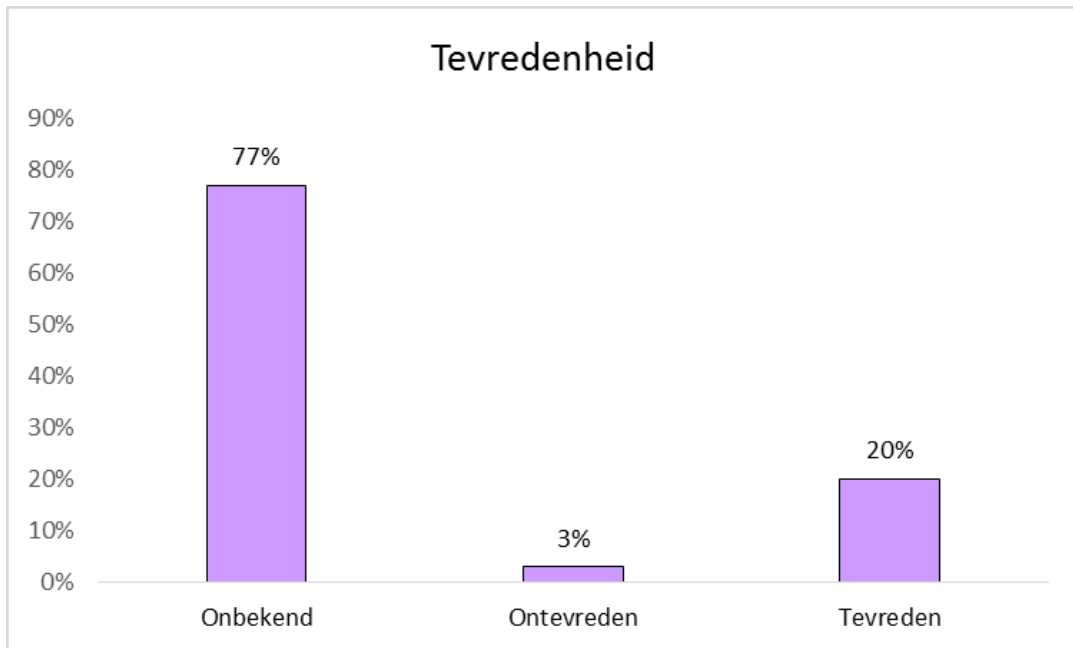


Meldingen gericht aan met verdere opvolging door de ombudsdienst

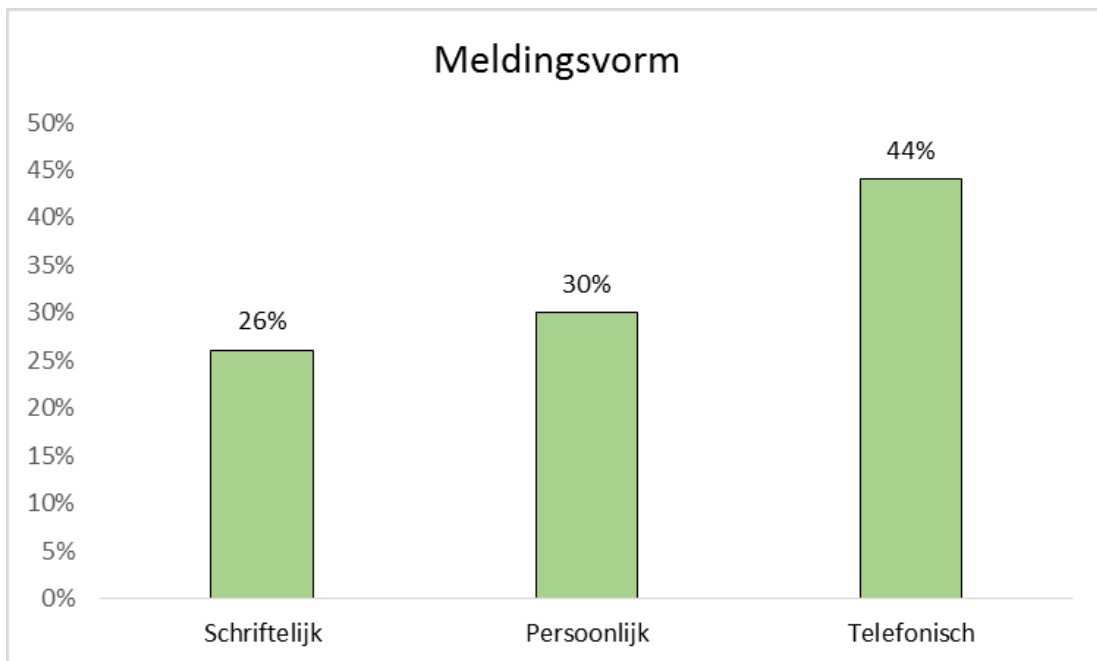


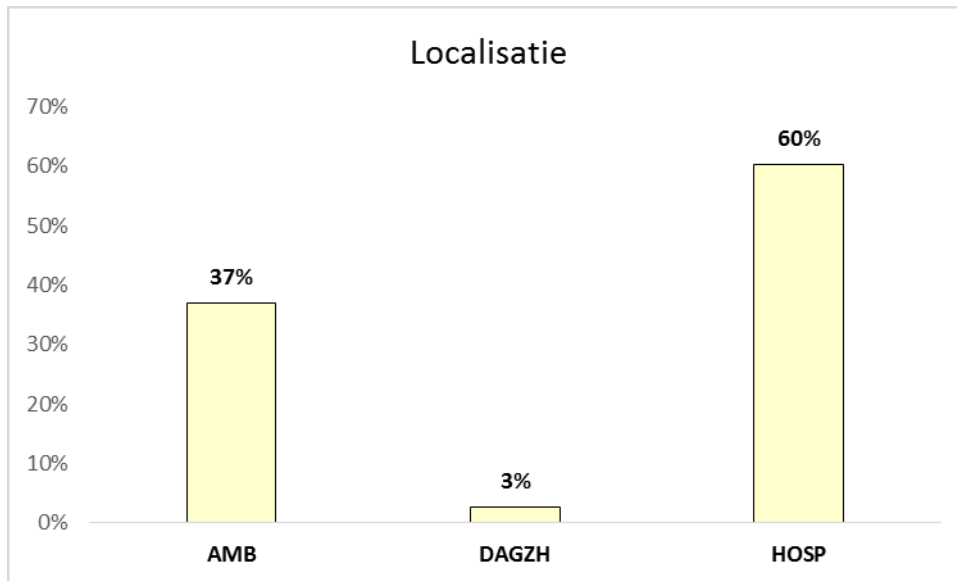
Gestelde verwachtingen bij melding aan de ombudsdienst





Het contacteren van de ombudsfunctie gebeurde onder de volgende vormen:





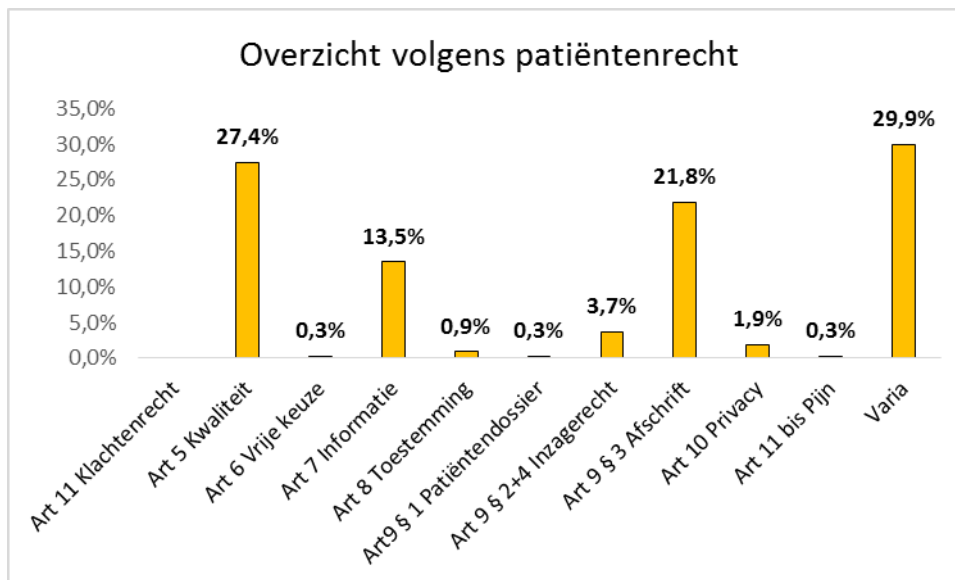
3. Doorlooptijd van de behandelde dossiers

≤ 1 dag	21,5%
2-10 dagen	36,6%
11-20 dagen	13,4%
21-30 dagen	8,4%
31-60 dagen	11,7%
61-90 dagen	3,1%
> 90 dagen	5,3%

4. Doorlooptijd van de behandelde klachtendossiers

≤ 1 dag	12,4%
2-10 dagen	40,0%
11-20 dagen	18,4%
21-30 dagen	9,7%
31-60 dagen	11,9%
61-90 dagen	3,2%
> 90 dagen	4,3%

5. Overzicht volgens het patiëntenrecht



6. Stavaza dossiers

Op datum van 01/01/2018 waren er nog 5 klachtendossiers, die neergelegd werden in 2017 lopende. Er lopen eveneens nog enkele verzekeringsdossiers uit 2017, die uit ombudsdossiers voortgekomen zijn.

7. Vraag tot afschrift patiëntendossier:

In 2017 waren er 70 aanvragen tot afschrift van een patiëntendossier.

8. Vraag tot inzage van het patiëntendossier:

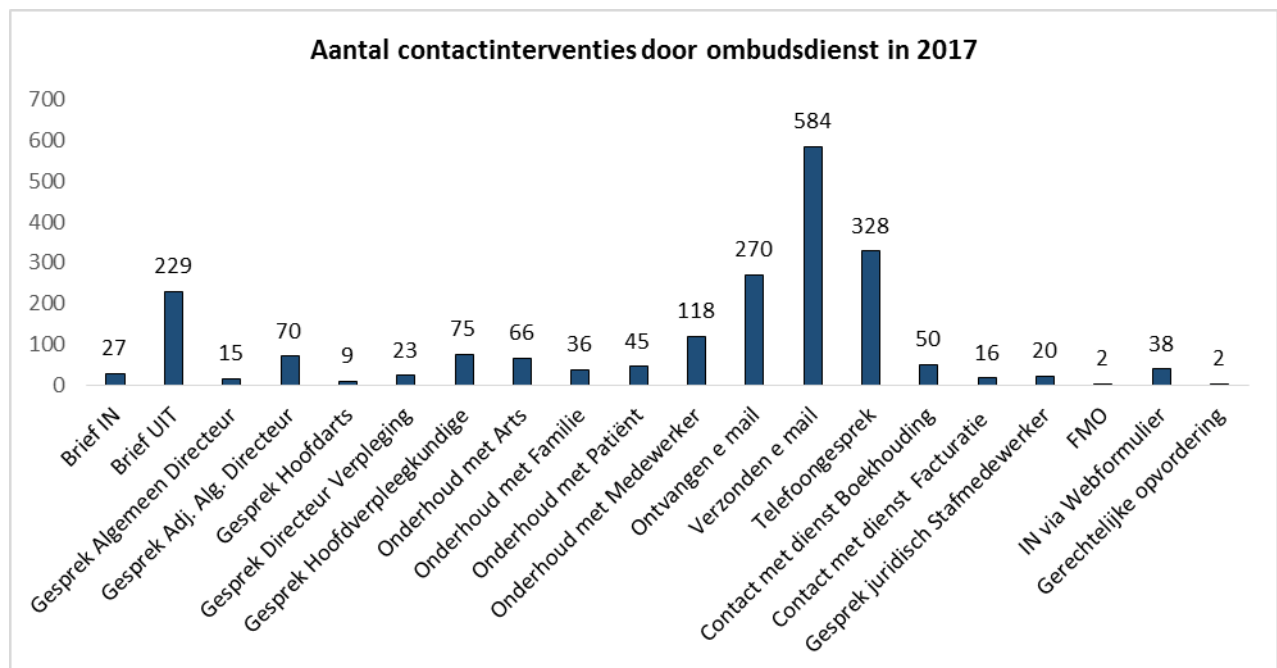
In 2017 waren er 2 aanvragen tot inzage van een patiëntendossier. Eén daarvan was na het opvragen van het patiëntendossier.

9. Vraag tot inzage van het patiëntendossier post mortem:

In 2017 waren er 10 aanvragen tot inzage van een patiëntendossier , post mortem, waarvan 6 effectieve inzagen gebeurden.

10. Aantal contactinterventies door de ombudsdienst in 2017

Er werden door de ombudsdienst **2023** contactinterventies gedaan in 2017.



11. Realisaties vanuit de ombudsdienst in 2017

- Toelichting op hoofdverpleegkundigenvergadering van het jaarverslag 2016
- Vanuit concrete casussen, i.f.v. van kwaliteitsverbetering, advies verschaffen aan de directie van het bevoegde departement
- Op basis van de preventieve meldingen, snel anticiperen op potentiële klachtmeldingen
- Infolash met ziekenhuisbrede verbetermaatregelen n.a.v. analyse van klachtmeldingen
- Aan zorgverstrekkers het gevraagde advies verschaffen
- Advies verschaffen op afdelingsniveau
- Toelichting van alternatieven na of naast de ombudsdienst

12. Aanbevelingen vanuit de ombudsdienst in 2017

- Benadrukken om MCB correct te gebruiken.
- Benaderen v/d gewenste communicatiestijl v. bepaalde werknemers
- Advies geven betreffende planning v. onderzoeken of ontslagregeling
- Het benadrukken v.d. noodzaak aan het stellen van prioriteiten bij hoge werkdruk
- Het aanbevelen voor het gebruik en nazicht van het identificatiebandje van de patiënt. (CAVE: geretardeerde, comateuze, verwarde patiënten en bij kinderen)
- Het belang van een correcte patiëntenidentificatie in het algemeen.
- Het benadrukken van de noodzaak om het verpleegdossier zo volledig en correct mogelijk in te vullen
- Het aanbevelen om de Safety Surgery Checklist correct te gebruiken.
- Het aanbevelen om de Veilige Checklist RX correct te gebruiken.
- Benadrukken van het geven van correcte informatie aan de patiënt door de ziekenhuismedewerkers
- Benadrukken om patiënten correct te bejegenen
- Volgen van de richtlijnen inzake hoog risico medicatie
- Goede communicatie in het algemeen aanbevelen
- Aanbevelen om het proces inzake transportzuurstofflessen te herbekijken en te verbeteren om problemen van onvoldoende volle flessen te voorkomen.
- N.a.v. een concrete casus, vlotte communicatie tussen afdelingen inzake de noodzaak van een alternerende anti decubitusmatras verbeteren
- Meer aandacht voor persoonlijke zaken van de patiënt. Het voorkomen van verlies door communicatie met familie en patiënt. Gebruik van de kluisjes op de kamers. Schriftelijke neerslag in het dossier maken.
- Verduidelijking van de patiëntenrechten en meegeven van praktische tips op de kwaliteitsdagen in het ziekenhuis

13. Bemerkingen

- De ombudsdossiers zijn in OLV Waregem de laatste twee jaar o.a. opmerkelijk gestegen sinds mogelijkheid van klachtmelding via het webformulier.
- Dossierzwarte was in 2017 vergelijkbaar met 2016
- Toename assertiviteit en agressiviteit v. klagers
- Verandering van het verwachtingspatroon v/d klagers. Er worden soms irrealistische verwachtingen gesteld.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Nationaal Multiple Sclerose Centrum vzw
Adres	Vanheylenstraat 16 1820 Melsbroek
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	693
Type (AZ, UZ, PZ,...)	SP neurologie
Aantal bedden	120 bedden + revalidatiecentrum met dagelijks plaats voor 70 ptn in ambulante zorg
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Mieke De Medts
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	September 2007
Bestaffing	Gecombineerde functie kwaliteitscoördinator/ ombudsfunctionaris

Lokalisatie dienst	De ombudsdienst is gemakkelijk bereikbaar (gelijkvloers, op een plaats waar veel patiënten langs komen), goed zichtbaar en laagdrempelig.
Registratiesysteem	Van elke melding bij de ombudsdienst wordt een dossier bijgehouden in een klachtenregister. Volgende gegevens worden minstens geregistreerd: identiteit melder, datum ontvangst, aard en inhoud van klacht, resultaat en datum van afhandeling.
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Laatste update vh huishoudelijk reglement op 21/06/2017 Het huishoudelijk reglement is ziekenhuisbreed digitaal te consulteren via het documentenbeheerssysteem vh NMSC.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Opleiding Bemiddelaar gevolgd in 2010 bij Mediv (Mediation Instituut Vlaanderen).
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Colloquium 15-jarig bestaan vd wet 'rechten vd patiënt' – FOD Volksgezondheid 24/11/2017: "De communicatie beroepsbeoefenaar-pt / welke goede praktijken?"
Werkingssterrein van de ombudsdienst	<ul style="list-style-type: none"> - voorkomen van ontevredenheid door bevorderen van communicatie - optreden als bemiddelaar - inlichten over mogelijkheden voor verdere afhandeling van klachten - info over ombudsfunctie - formuleren van aanbevelingen
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	<ul style="list-style-type: none"> - vooraleer een klacht wordt ingediend wordt pt aangespoord om probleem met zorgverlener te bespreken - ontvangstbevestiging - opening dossier en registratie - bemiddeling/ pendeldiplomatie/ bespreken met verantwoordelijke... - indien geen oplossing bereikt wordt: info over alternatieven

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

In het NMSC focussen we op communicatie en overleg tussen patiënten en zorgverleners. Patiënten worden daarom gestimuleerd om bij een probleem de betrokken zorgverlener aan te spreken, of desgewenst de direct leidinggevende, vooraleer de ombudsdienst te contacteren. Zo bouwen we verder aan **patient empowerment**. Als de patiënt hierbij niet tot het gewenste resultaat komt, of als het moeilijk is voor hem om zelf dit gesprek aan te gaan, dan kan hij een beroep doen op de ombudsdienst. De ombudsvrouw treedt dan op als bemiddelaar tussen patiënt en zorgverlener, om de relatie tussen beiden te herstellen.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

Viermaandelijks bespreekt de ombudsvrouw alle klachten en hun afhandeling op het directiecomité. Via constructieve aanbevelingen hoopt de ombudsdienst op die manier een bijdrage te leveren aan de optimalisatie van de zorgverlening.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

In meer dan de helft van de gevallen willen patiënten een klacht signaleren bij de ombudsdienst, niet zozeer om hun gelijk te krijgen, maar om een gelijkaardige klacht te vermijden naar de toekomst.

In die zin is een klacht ontegensprekelijk ook een kracht. Patiënten willen op een constructieve manier, en in overleg, betrokken worden bij (verbetering van) het zorgproces. Een klacht is daardoor vaak het uitgangspunt van een proces van **kwaliteitsverbetering**.

De ombudsvrouw is ook lid van de **dialogwerkgroep**. Dit is een tweewekelijks overlegforum waar patiënten terecht kunnen met hun vragen, ideeën en voorstellen over de dagelijkse werking van het NMSC. We willen op die manier patiënten actief betrekken bij de werking van het NMSC om, in samenwerking met het management, tot verbetervoorstellen te komen. Tijdens de JCI-audit van oktober 2017 waren de auditoren lovend over deze werkwijze, die ze vrij uniek vonden en waarnaar ze in andere ziekenhuizen - eventueel in andere landen - zullen verwijzen.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	75
Aantal infodossiers	21
Aantal pro actieve dossiers	0
Aantal opvragingen patiëntendossier	Enkel de ' klachten ' mbt dit pt.recht worden opgevolgd door de ombudsdienst. Aantal klachten hierover in 2017: 0
Aantal 'andere'	8 expliciete uitingen in 2017 van algemene tevredenheid van de patiënt

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de "zorgkwaliteit" in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	27
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	0

Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	1
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	0
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

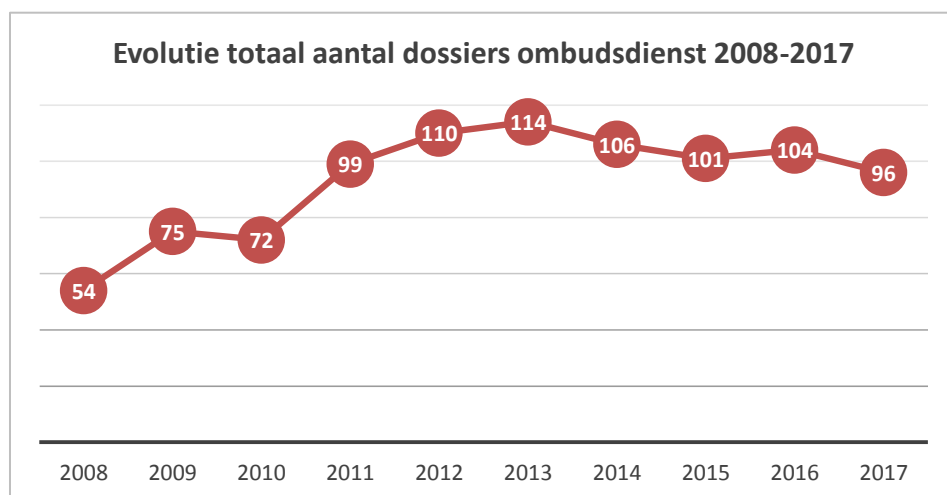
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	47
--	----

Tabellen/grafieken



Herkomst meldingen 2017	Absolute aantallen	Percentage
Hospitalisatie	73	76%
Ambulante revalidatie	20	21%
Consultatie	3	3%

Bijkomende informatie/opmerkingen

Doorlooptijd klachtenbehandeling	Absolute aantallen	Cumulatief percentage
1 dag	44	59% opgelost op dag 1
2 à 10 (kalender)dagen	26	93% opgelost binnen 10 dagen
11 à 30 (kalender)dagen	5	100% opgelost binnen 30 dagen
> 30 (kalender)dagen	0	100% opgelost na meer dan 30 dagen
(nog) niet opgelost	0	0%

Overzicht klachten ngl. geboden oplossing	Absolute aantallen	Percentage
Pt. tevreden over oplossing	53	71%
Pt. niet tevreden over oplossing	22	29%
(nog) geen oplossing	0	0%

Aanbevelingen

- ✓ De gemelde problemen mbt kwaleitsvolle dienstverlening waren in 2017 divers en hadden vaak rechtstreeks of onrechtstreeks te maken met informatie, communicatie en bejegening.
→ rechtstreeks opvolging ism betrokken personeelslid.
- ✓ De meerderheid van klachten hield geen verband met de wet op de patiëntenrechten.
Van de 47 'overige' klachten waren er 19 die betrekking hadden op de maaltijden:
 - Bij 10 meldingen gaven patiënten aan dat ze niet de maaltijd kregen zoals ze aangevraagd hadden.
 - Andere meldingen betroffen de kwaliteit en de bereiding van de maaltijden, alsook het aanbod en de werking van de automaten.
→ in de loop van 2017 werd een andere kok in dienst genomen: vernieuwde aanpak
- ✓ 11 meldingen betroffen technische defecten: lift buiten gebruik, WC buiten gebruik, werking van de koelkast op de kamer, verwarming op de kamer, afstandsbediening TV.
→ voornaamste oorzaak: verouderde infrastructuur → nieuwbouwdossier in voorbereiding

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

De ombudsvrouw ervaart bij de medewerkers doorgaans een grote bereidheid tot constructieve samenwerking en engagement om professioneel met een klacht om te gaan. Hoewel het niet evident is, proberen zij om bemerkingen van patiënten niet aan te voelen als persoonlijke kritiek, maar als een kans om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Op deze manier wordt de patiënt als partner beschouwd in de zorgverlening. Een trend waar we meer en meer naartoe werken.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Mariaziekenhuis vzw
Adres	Maesensveld 1 3900 Overpelt
Gewest	Vlaams
Erkenningsnummer	719
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	349
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Huibers Jos
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/02/2012
Bestaffing	Halftijdse betrekking

Lokalisatie dienst	Maesensveld 1 3900 Overpelt
Registratiesysteem	VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Op de site van ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Cursus bemiddeling MEDIV
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	geen
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Ook begeleiding afschriften en inzage recht
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Meldingen komen binnen bij de ombudsdienst: schriftelijk, rechtstreeks, via mail, via meldingsformulier. Ombudsdienst neemt contact op, vraagt naar verwachtingen. Neemt contact met voorwerp van de klacht, koppelt dit antwoord terug naar melder en bemiddeld indien geen tevredenheid.

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
<p>Goed, werkt mee naar verbeterdoelen via de betrokkene of dienst kwaliteit. Indien melding op een ander niveau bv directie binnen komen geeft ze in eerste instantie dit door aan ombudsdienst. Blijft ook desnoods aandringen om een antwoord te kunnen formuleren naar melder. Vaak nemen de zowel artsen, als diensten zelf contact op, anders via ombuds.</p>	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<p>Neem altijd direct contact (mail, telefoon)indien men kiest om gegevens achter te laten contact op, omwille van verduidelijking, verwachtingen. Dit zo snel mogelijk de dag zelf of eerstvolgende werkdag. Koppel de resultaten altijd terug naar de melder. Van elke melding wordt een registratie gemaakt, deze worden trimestrieel aan de verschillende departementen op een anonieme wijze gecommuniceerd.</p>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
<p>Indien geen reactie, breng in de melding na 7 dagen terug onder de aandacht. Indien dan nog geen reactie en dit gaat over enkele op jaarbasis vraag ik tussen komst van departement hoofd.</p>	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	434
Aantal infodossiers	12
Aantal pro actieve dossiers	
Aantal opvragingen patiëntendossier	47
Aantal 'andere'	0

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	64
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	5
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	72
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	2
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	12
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	1
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	9
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	1
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	4
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	6

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	123
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
Zie bijlage	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
Zie bijlage	

Aanbevelingen

- ✓ Wachttijden verkorten
- ✓ Informatie verstrekking aan patiënten, externen en medewerkers bevorderen
- ✓ Verbeteren van signalisatie buiten en in het ziekenhuis
- ✓ Informatie over kostprijs en facturatie verbeteren
- ✓ Duidelijke interne communicatie

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Door middel van verbeter doelen is aan de aanbevelingen kunnen worden tegemoet gekomen.

Ook werkt de ombudsdienst mee bij bevestigingen en tevredenheid metingen.

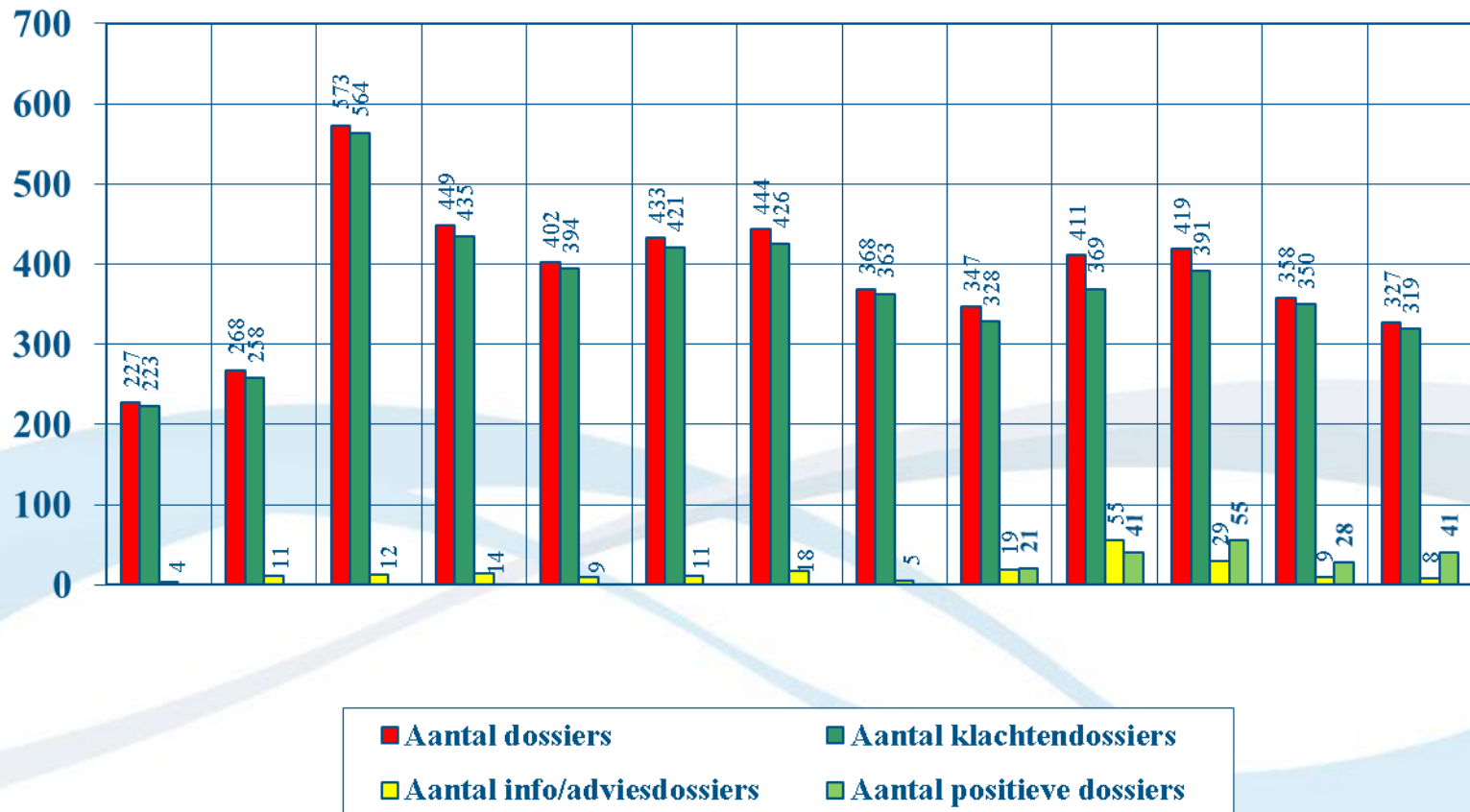
Bespreek de resultaten en doe specifieke aanbevelingen tot op de afdelingen.

Geef informatie om de werking van de ombudsdienst kenbaar te maken aan alle medewerkers en trimestrieel aan nieuwe medewerkers.

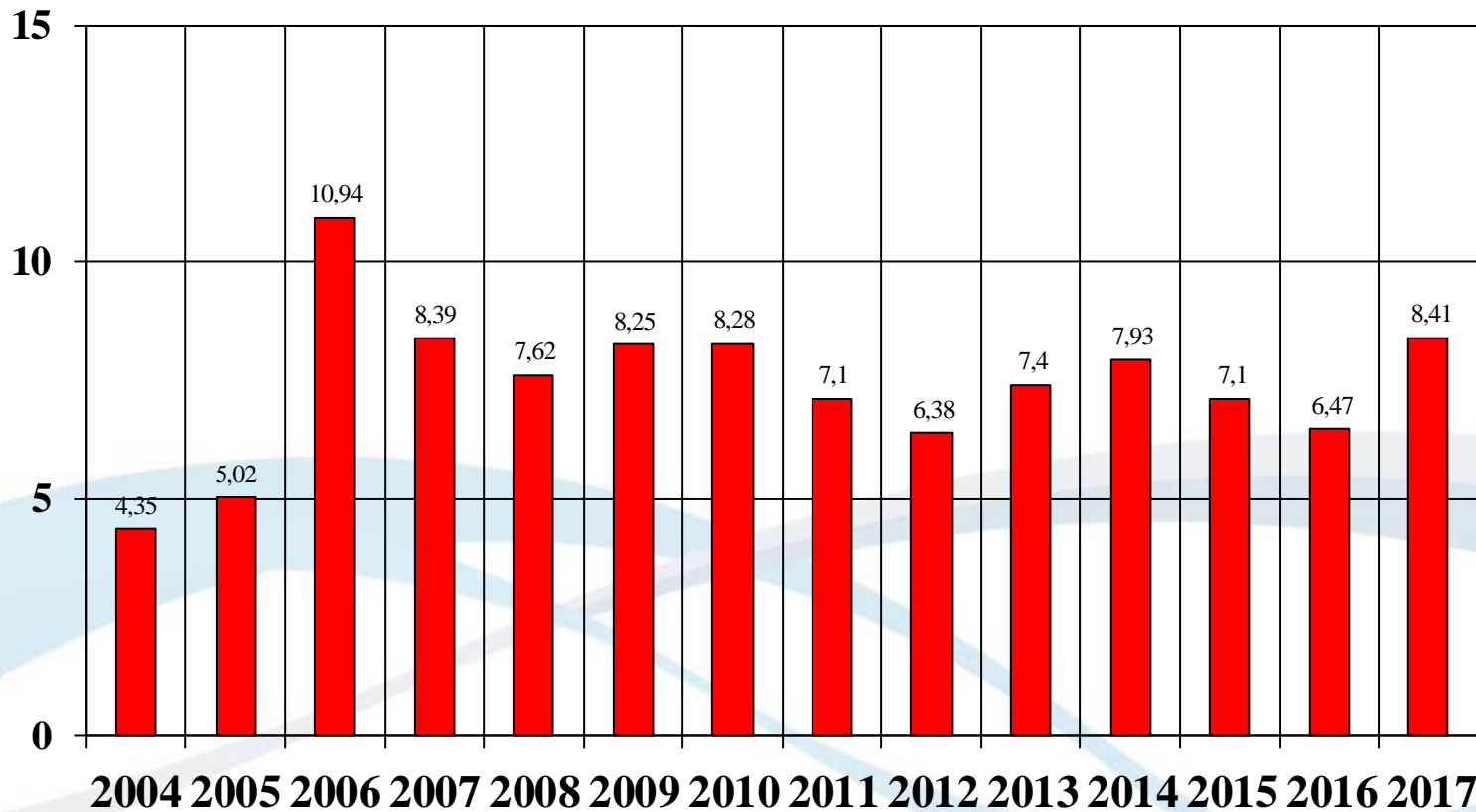
Jaarverslag ombudsdienst

2017

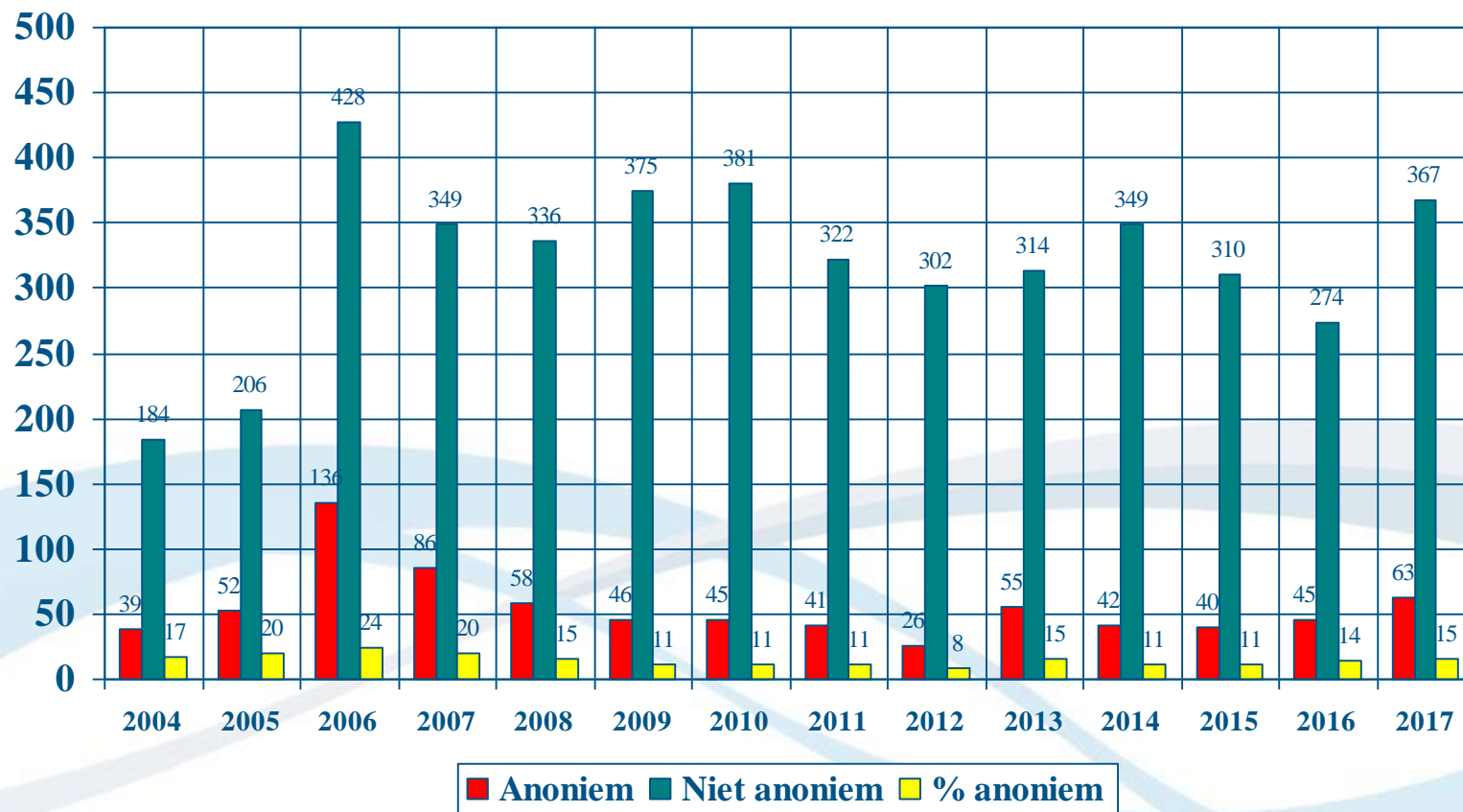
Hoeveel dossiers?



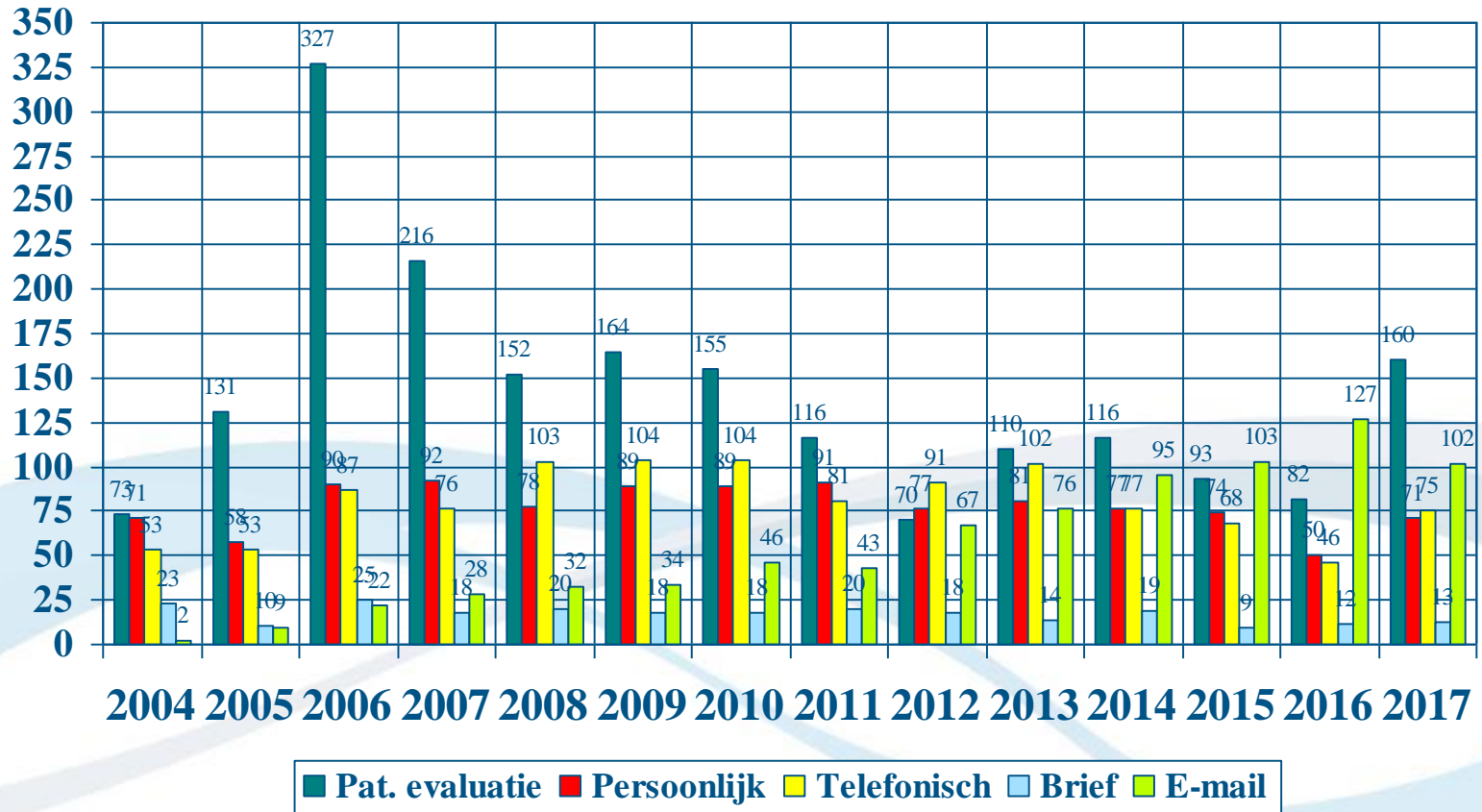
Het gemiddeld aantal meldingen per week?



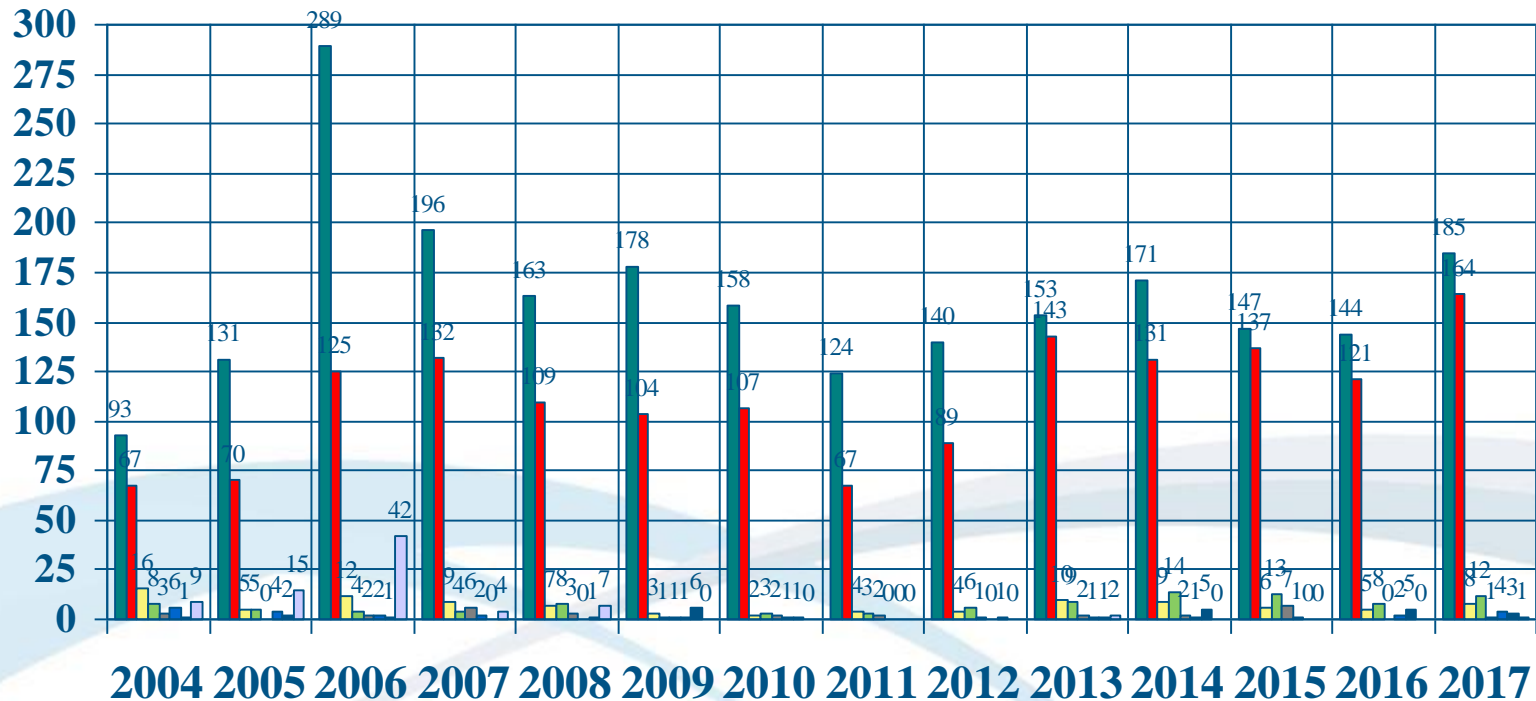
Anoniem – niet-anoniem?



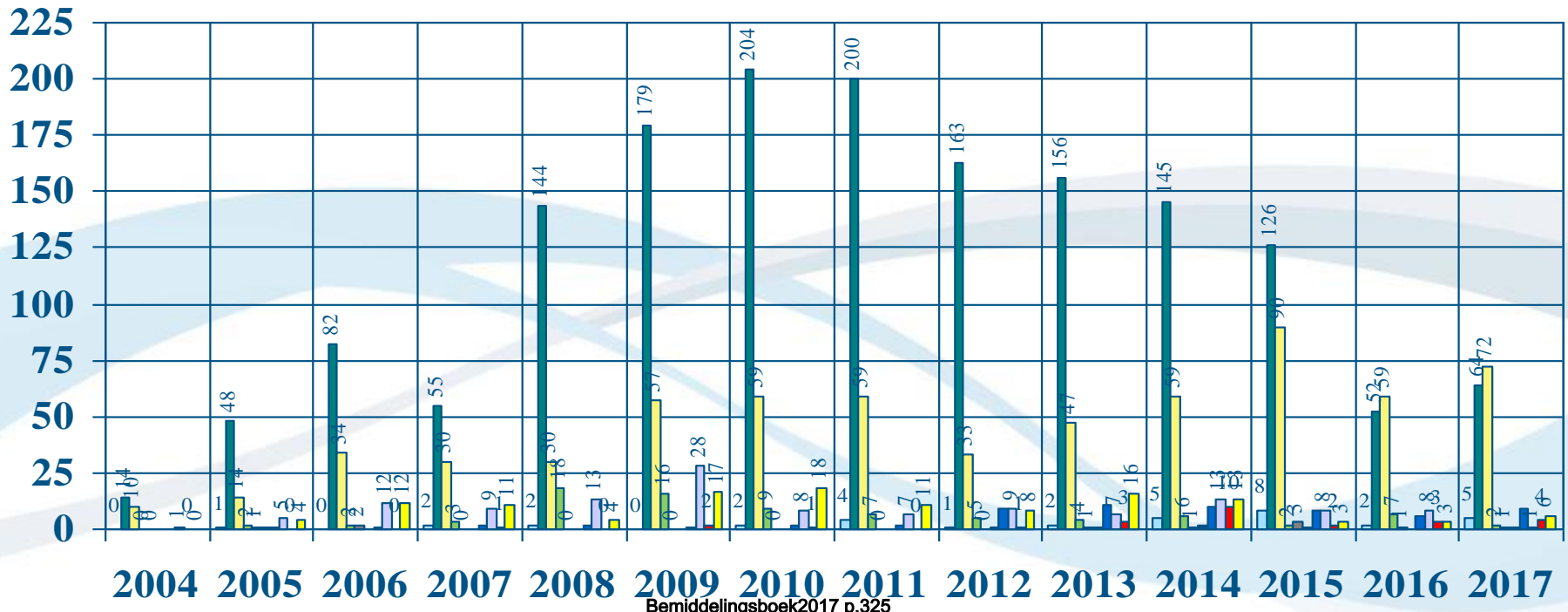
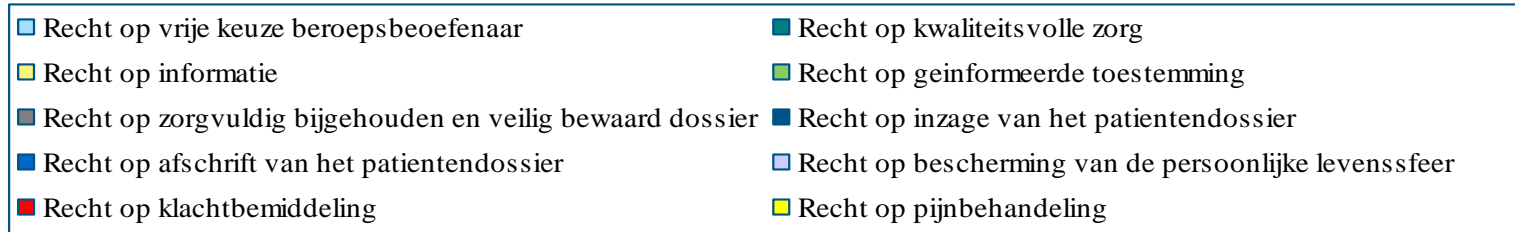
Welk middel wordt primair gebruikt om meldingen aan te brengen?



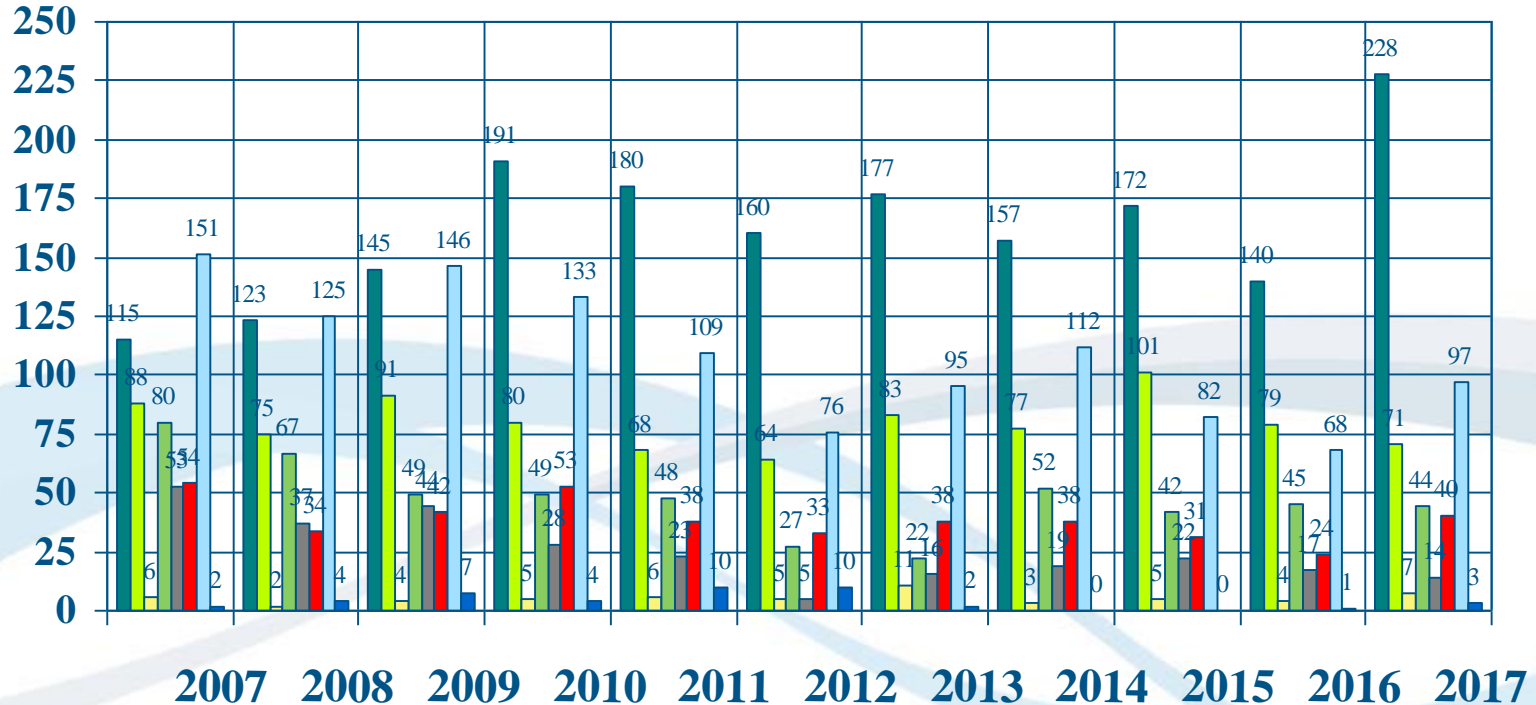
Door wie wordt de melding primair gecommuniceerd?



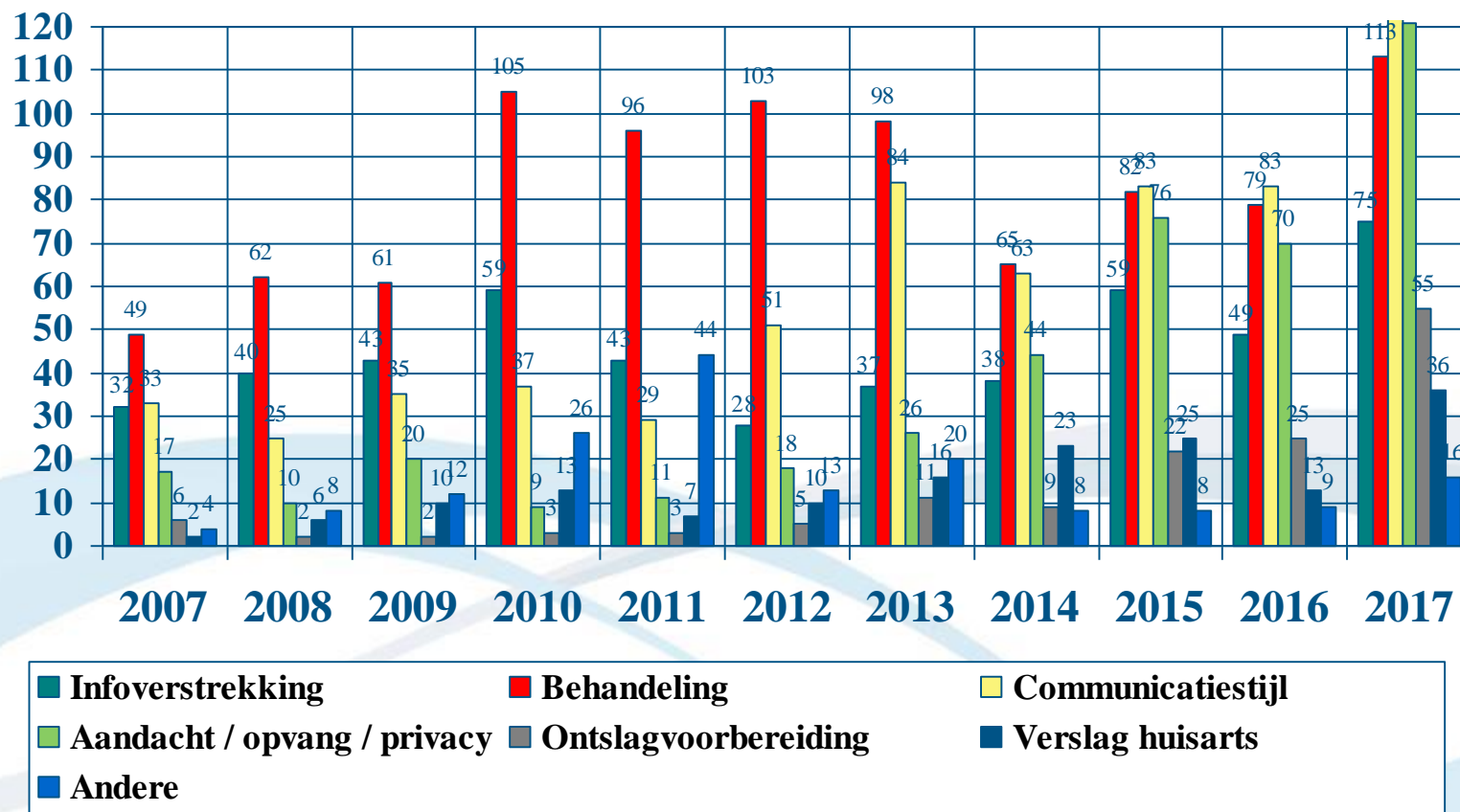
Aantal meldingen i.f.v. de patiëntenrechten?



Aantal meldingen naargelang ziekenhuisfuncties?



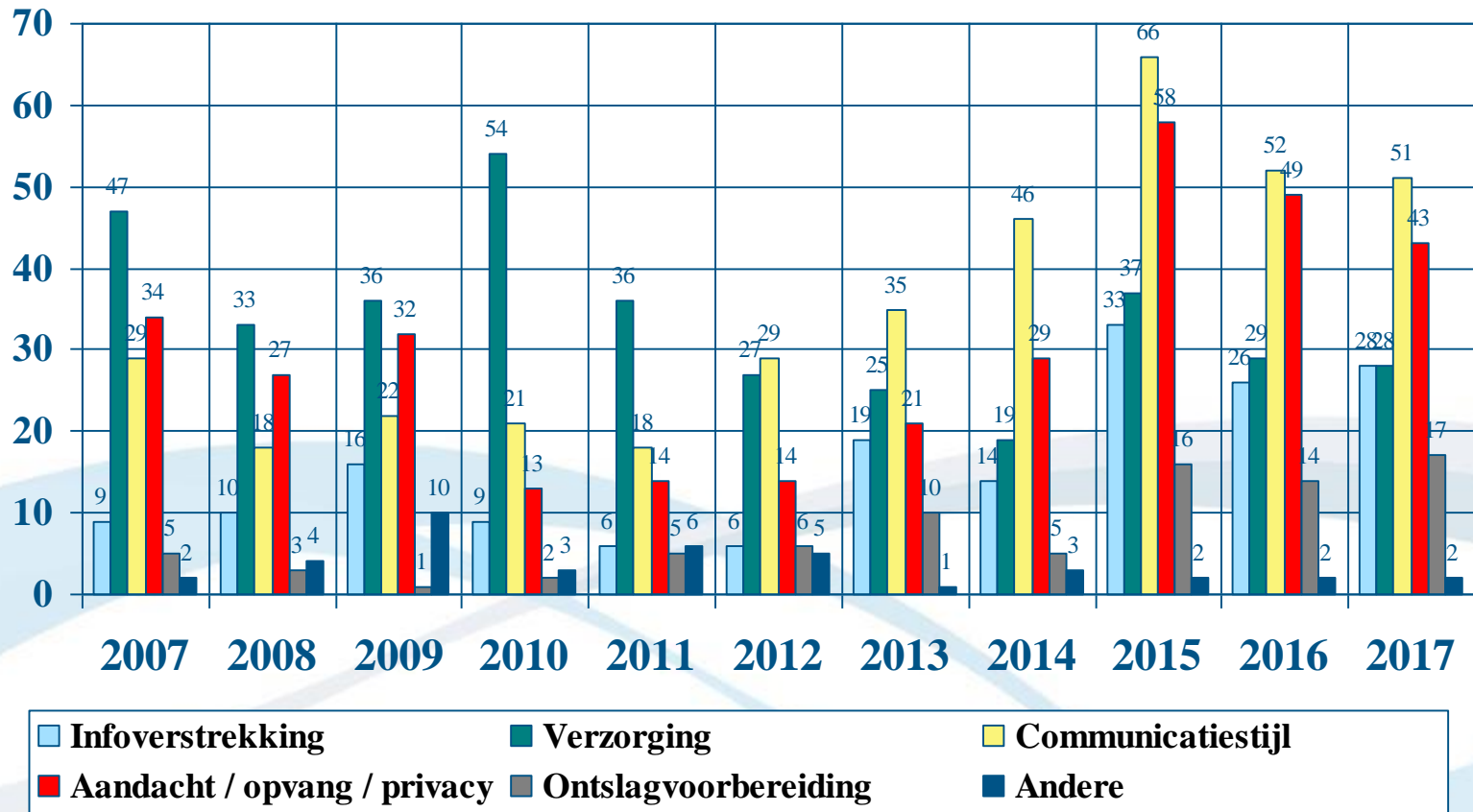
Medische functie: aantallen?



Medische Functie 228

- **Communicatie 133**: te weinig, stijl van de arts, gebrek aan betrokkenheid
- **Privacy/aandacht 121** horen spreken over andere patiënten, te weinig individuele contacten, te weinig tijd
- **Behandeling 113**: resultaat is niet wat men verwacht, moeilijk om een onderscheid te maken tussen fout en complicatie, mensen verwachten nog klinisch onderzoek (handenarbeid)
- **Infoverstrekking 75**: dokter heeft geen tijd voor uitleg met als gevolg patiënten wisten niet wat er gebeurde

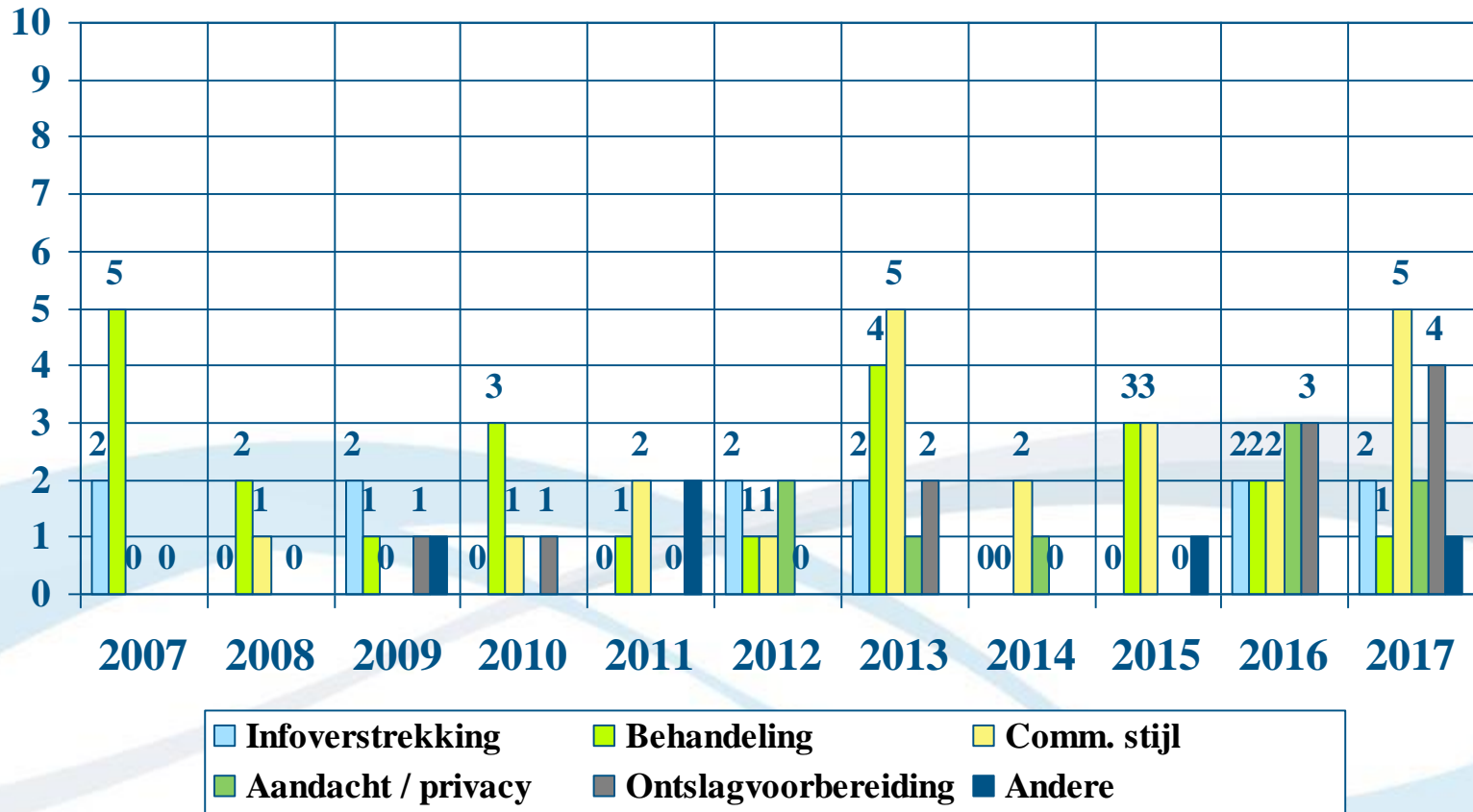
Verpleegkundige functies: aantallen?



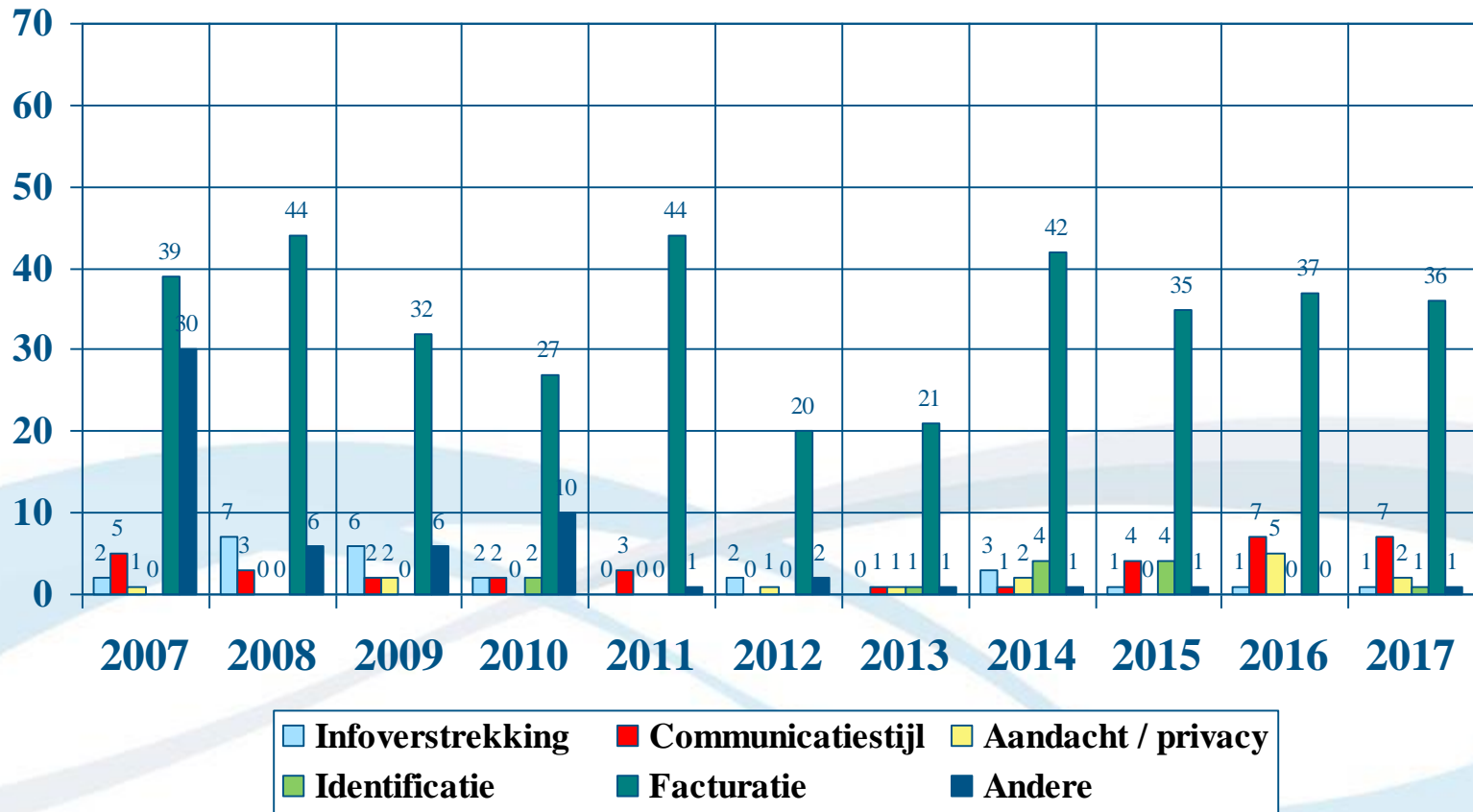
Verpleekundige functie 71

- **Communicatie 51**: de stijl, mate van vriendelijkheid, gebrek aan empathie
- **Aandacht/privacy 43**: ook horen spreken over anderen, reageren op oproepen, lege balie, men vraagt om de thuismedicatie mee te brengen, achteraf kan men niets meer terugvinden
- **Verzorging 28**: geen tijd om te helpen bij eten geven, toilet bezoek, in en uit bed helpen
- **Informatieverstrekkingen 28**: geen informatie kunnen geven: niet mijn patiënt, terug uit verlof enz...

Paramedische en sociaal verpleegkundige functie: aantallen?



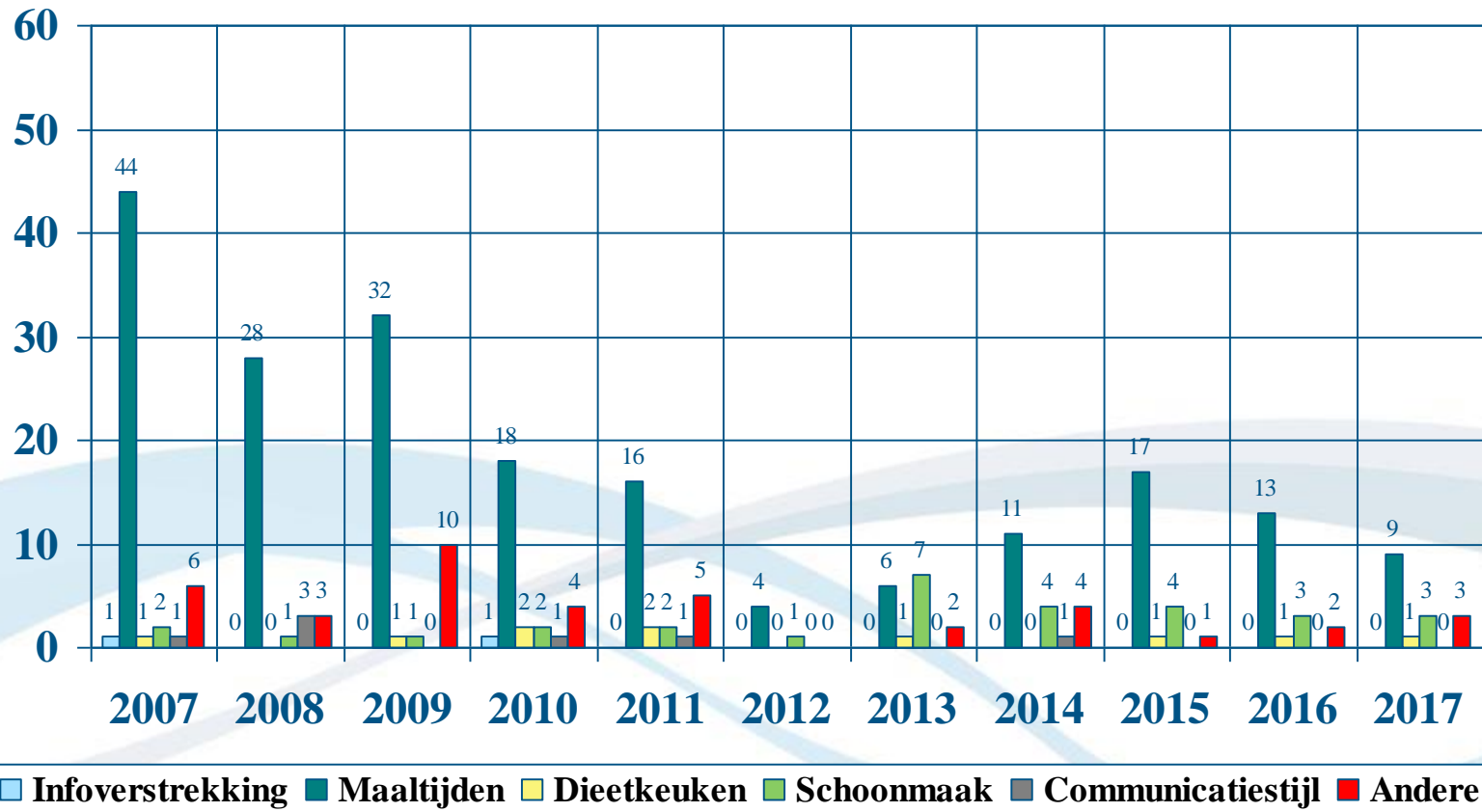
Administratief financiële functie: aantallen?



Facturatie 44

- Misverstanden over 1 persoonskamer en erelonen (kinderafdeling), facturen laten te lang op zich wachten (aangifte nalatenschap), gevoel van geen arts gezien ik moet niet betalen. Mutualiteit geeft informatie dat er niet correct aangerekend is, vervoer ziekenwagen niet volgens de afspraken. Ik betaal niet voor mijn verslagen in orde zijn (hospitalisatieverzekering, controle...)

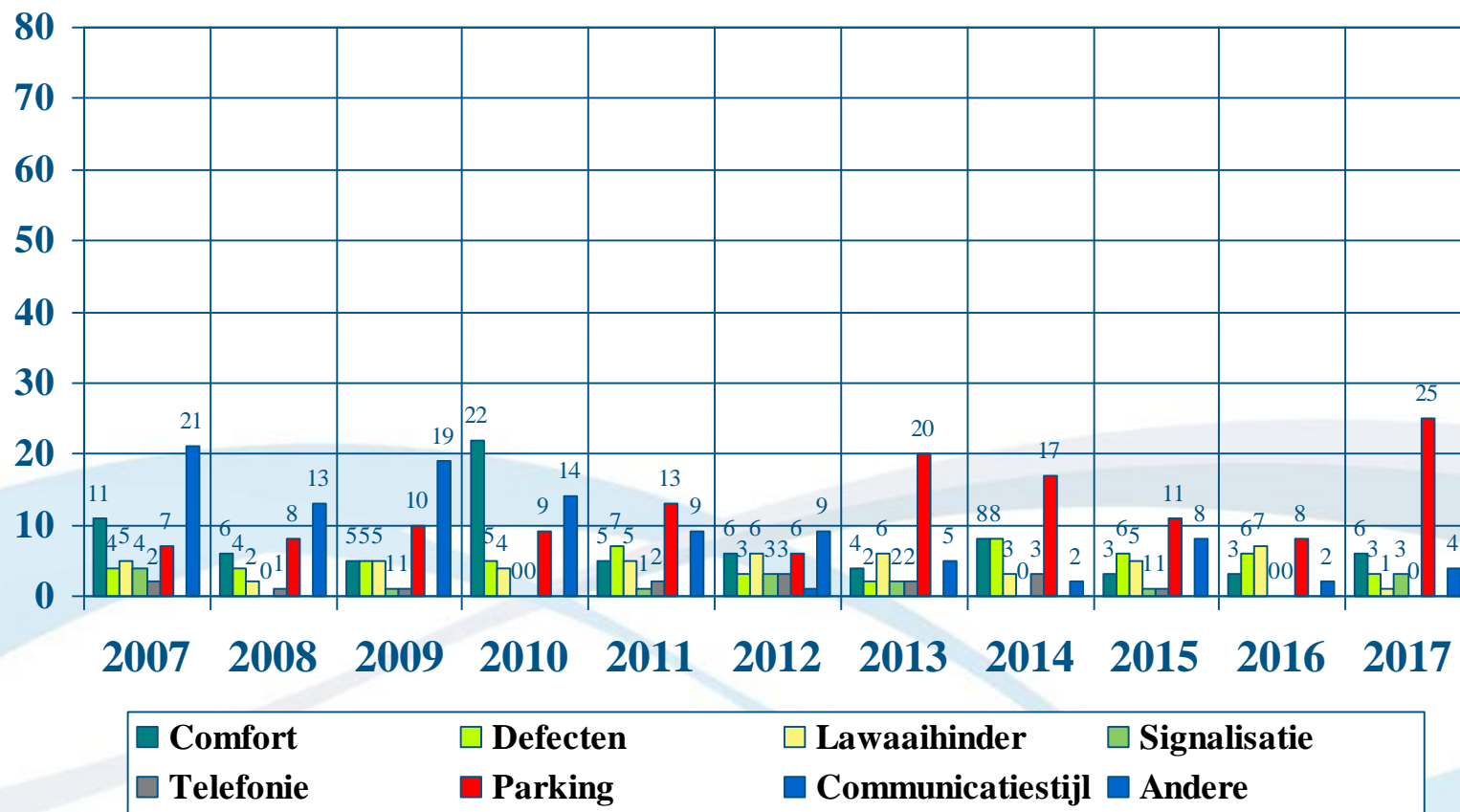
Hotelfunctie: aantallen?



Hotelfuncties 14

- **Maaltijden 9**: te weinig keuze, te weinig toespijs indien men meer brood vraagt, suiker opgelegd bij diabetici, niet gekregen wat gevraagd, niet over kwaliteit en hoeveelheid.
- **Schoonmaak 3**: toiletten in de inkomhal, sigarettenpeuken aan de inkom).

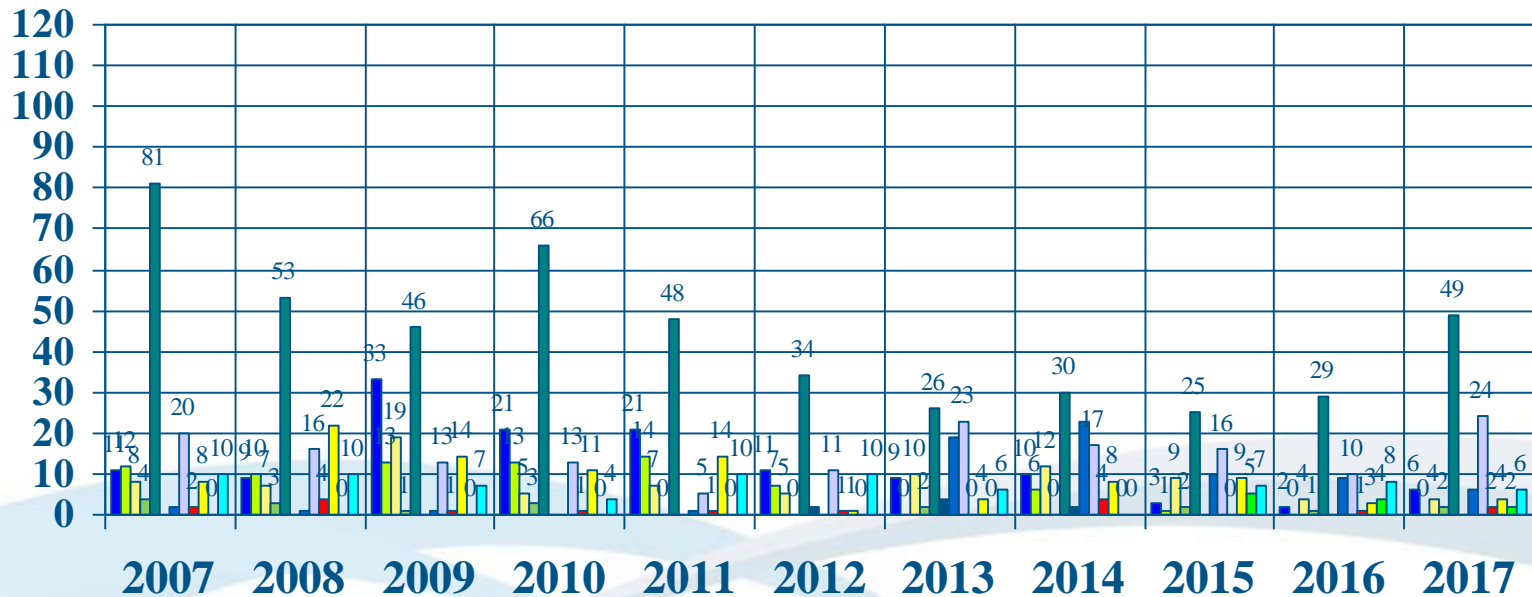
Technische functie: aantallen?



Technische functies 40

- **Parking 25** te weinig gehandicapten parking en niet reglementair gebruik, netheid, prijs.
- **Comfort 6** : te weinig en slecht gelegen rokersruimte, geen voldoende zitplaatsen aan de ingang
- **Andere 4**: rolstoelen in openlucht en onveilige en te kleine fietsenstalling
- **Defecten 3**: vooral TV toestellen die niet werken, lift buiten gebruik, wc in inkomhal lange tijd stuk

Organisatorische functie: aantallen?



Organisatorische 97

- **Wachttijden 47**: spoed en consultaties, telefoonoproepen
- **Verloren voorwerpen 24**: ziekenhuis is verzekerd, verloren thuismedicatie
- **Extern patiëntenvervoer 6**: ambulance: service en kostprijs, niet juist aangevraagd aan mutualiteit
- **Afsprakenregeling 4**: slechte of foutieve communicatie consulten, wachttijden van 6 maanden en meer
- **Roken 4**: het is storend dat er aan de ingang gerookt wordt

Aandachtspunten

- Communicatie: uitleggen wat er gaat gebeuren, nut van afdelingsbrochures, zichzelf voorstellen, individuele aandacht geven.
- Verzorging en behandeling: nooit argument van geen tijd gebruiken, anderen niet in vraag stellen
- Pijn: afspraken maken en nakomen, gebruik maken van protocollen.
- Aandacht voor kinderen en bejaarden
- Wachttijden: aangeven als vermoeden is van uitlopen, zorgen dat men drinken en eventueel eten heeft.

Aandachtspunten

- Patiëntenvervoer: correcte wijze aanvragen, problemen met vervoerders signaleren, indien uitloopt de familie, ziekenhuis, rusthuis verwittigen
- Verloren voorwerpen: nooit verwachting scheppen van verzekering betaald, indien wij vragen om thuismedicatie mee te brengen: registratie doen en zorgen dat men het kan teruggeven. Bijzondere aandacht voor identiteitskaarten bij opname en thuismedicatie.
- Klachten zien als een gelegenheid voor verbetering

Aandachtspunten



- Oppassen voor uitdrukkingen als een gekend probleem, altijd dezelfde persoon, dezelfde dienst, in vraag stellen van kwaliteit van verwijzer.
- In discussie gaan met de melder
- Ervoor zorg dragen dat indien er afspraken/ protocollen gemaakt worden iedereen op de hoogte is, nieuwe medewerkers, maar ook nieuwe huisartsen
- Bereikbaarheid van medisch technische diensten (bloedafname) maar ook inschrijvingen (niet voor 7:00 open)

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

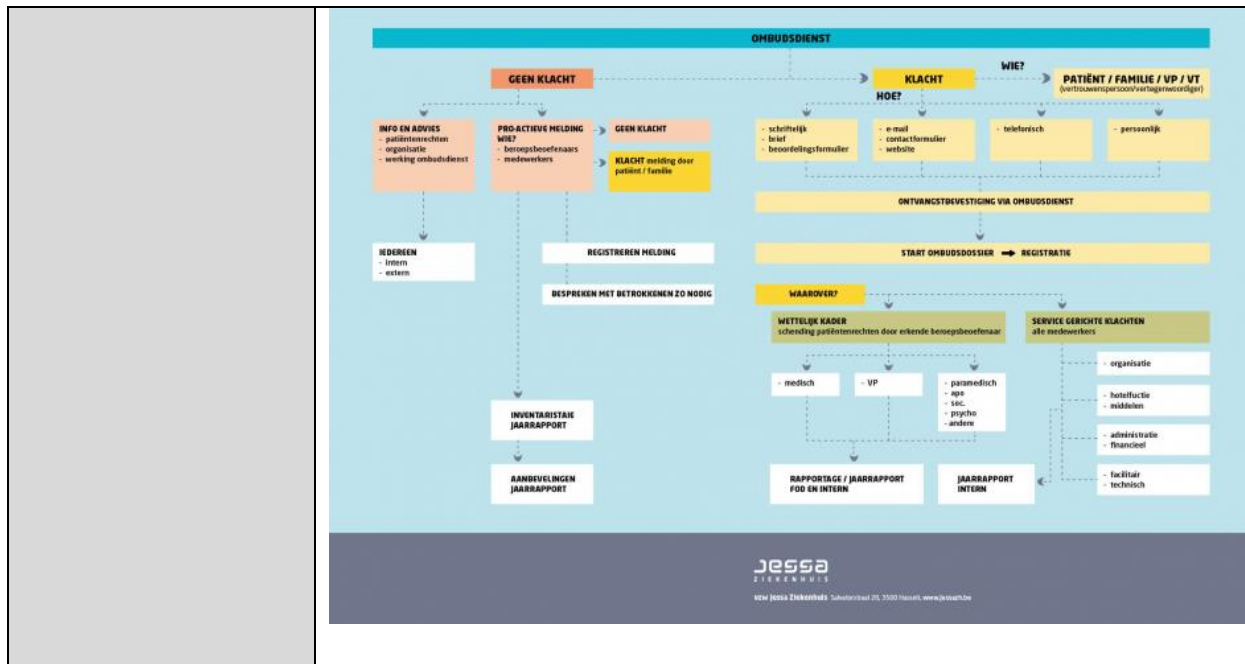
(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	VZW JESSA ZIEKENHUIS 
Adres	SALVATORSTRAAT 20 3500 HASSELT INFO@JESSAZH.BE WWW.JESSAZH.BE
Gewest	LIMBURG
Erkenningsnummer	ERKENNINGSNUMMER JESSA ZIEKENHUIS: 243 <ul style="list-style-type: none"> • VESTIGINGSNUMMER CAMPUS SALVATOR: 3570 • VESTIGINGSNUMMER CAMPUS ST.-URSULA: 3580 • VESTIGINGSNUMMER CAMPUS VIRGA JESSE: 3590
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	981 BEDDEN 245 DAGPLAATSEN
Aantal campussen	3 (+ 1 logistieke campus Ekkelgarden)
Naam ombudsperso(n)en)	Raymonda Jermei Frank Iven

Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	<p>Raymonda Jermei sinds 1 feb 2011</p> <p>Frank Iven sinds 14 sept 2014</p> 
Bestaffing	2 FTE
Lokalisatie dienst	<p>Vast bureel campus VJ inkomhal- gelijkvloers</p> <p>Vast bureel campus SA eerste verdiep paarse pijl</p> <p>Pendelbureel campus SU op afspraak en zitdag</p>
Registratiesysteem	<p>Adheco - Klachten app- Patient Safety Company</p> 
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	http://www.jessazh.be/patienten/ombudsdienst/huishoudelijk-reglement
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<p>Raymonda Jermei: gecertificeerd Coach-Trainer (individueel /organisatie), Bemiddeling (MEDIV)</p> <p>Frank Iven: Juridisch expert in de verpleegkunde , Bemiddeling (MEDIV)</p>
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> • 6/10/17: Symposium 15 jaar patiëntenrechten door Vlaams Patiëntenplatform te Leuven • 24/11/17: Colloquium: communicatie Beroepsbeoefenaars-patiënt. Welke goede praktijken? Door FOD –gezondheid te BXL • VVOVAZ-Verschillende bijscholingen en update wetgeving via de beroepsvereniging • Vervolmakingsopleiding/workshop bemiddeling VVOVAZ/Mediv • Interne vorming GDRP door informatieveiligheidsconsulent Jessa • Interne beleidsdagen Jessa: <ul style="list-style-type: none"> - Ethische dilemma's in leiding geven en op beleidsniveau

	<p>- Nieuwe richtlijnen GDPR + impact ervan in de organisatie</p>
<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • We bewegen ons doorheen de gehele organisatie op elk niveau • Wij behandelen alle klachten aangaande alle erkende beroepsbeoefenaars en daarnaast ook alle servicegerichte organisatie klachten. (alle medewerkers en hulpverleners) • FOCUS ligt op bemiddelen tussen alle partijen. • We behandelen allerhande info-vragen/ dossiers • We informeren en verwijzen door naar alternatieve externe pistes • Begeleiden /informereren aanvragen over inzage en afschrift van het patiëntendossier , maar doen de verwerking hiervan niet → gebeurt door medisch archief • We behandelen GEEN anonieme dossiers • Geven opleidingen rond patiëntenrechten aan alle nieuwe medewerkers en op vraag • Ontvangen pro-actieve meldingen interne medewerkers/hulpverleners waar we een educatieve/informerende /opvang rol in opnemen • Behandeling van vertrouwelijke dossiers zijn voor ons niet anoniem, maar de melder wenst niet dat we in de organisatie hierover communiceren en wil dit toch melden/bespreken • ... <p>Zie ook huishoudelijk reglement en werking ombudsdienst (flowchart) http://www.jessazh.be/patienten/ombudsdienst/werking-ombudsdienst</p>

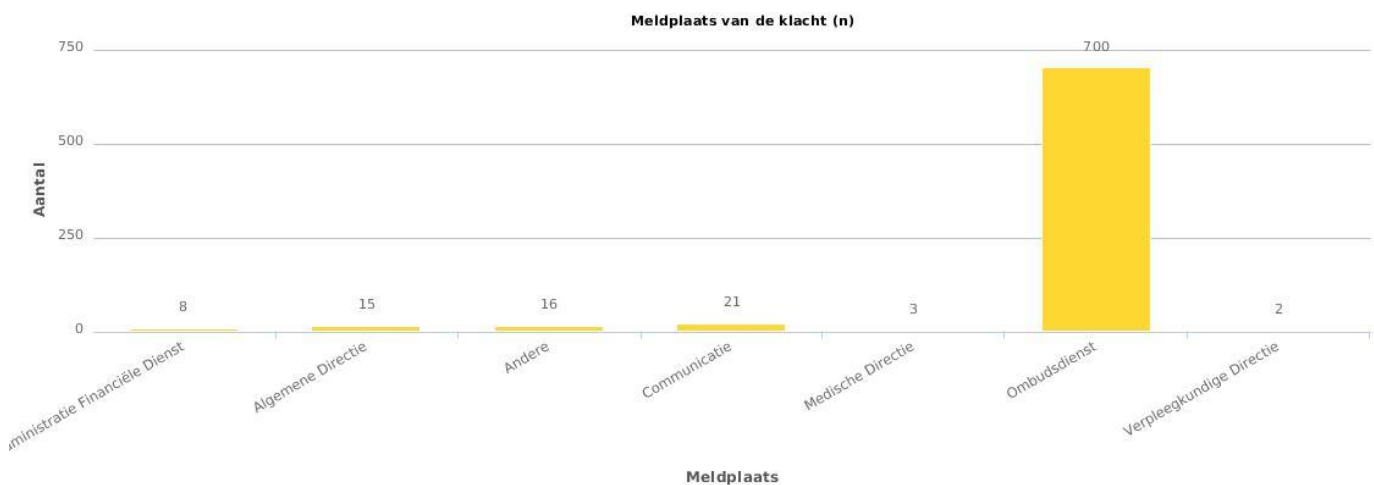


Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?

<http://www.jessazh.be/patienten/ombudsdienst/werking-ombudsdienst>

Alle klachten, aan wie ook gericht binnen de organisatie, worden doorgegeven aan de ombudsdienst ter afhandeling en registratie. De ombudspersonen werken als onafhankelijk, vallen onder het beroepsgeheim en zijn 2-zijdig partijdig – nemen geen standpunten in. Adviserende rol naar beleidsmakers van alle departementen binnen de organisatie.

Waar (meldplaats) komt de klacht binnen in 2017:



Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

- Klachtenbehandeling is een vast item en er worden KPI's meegenomen in de beleidsdoelstellingen
- Klachten die aankomen bij directie, dienst communicatie en andere organisatiekanalen worden aan de ombudsdienst doorgestuurd en de melder krijgt dan steeds onze referenties.
- Wij kunnen ons vrij, neutraal, autonoom en onafhankelijk bewegen binnen de gehele organisatie.
- We krijgen alle middelen en infrastructuur om onze job te kunnen uitvoeren.
- Uit de interne jaarrapporten en structurele overlegmomenten met de gehele directie worden actiepunten opgenomen en opgevolgd.
- We worden jaarlijks uitgenodigd op alle raden, stakeholdersoverleg enz...om ons jaarverslag persoonlijk te komen toelichten en er is ruimte tot dialoog met alle aanwezigen.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

- (volledigheidshalve zie ook huishoudelijk reglement)
- We stimuleren alle partijen de klachten aan te pakken daar waar de klacht ontstaat → rechtstreekse dialoog creëren.
- Een klacht is een kans op GROEI van kwaliteit, openheid en transparantie !
- **Onze FOCUS** ligt op **bemiddeling** en partijen samenbrengen om zo de dialoog terug tot stand te brengen. WIN –WIN
- **Als de melder** het ons toestaat zullen we ons steeds richten tot de rechtstreeks betrokken personen
- **Meldingen met een repetitief karakter zullen uitvoeriger opgenomen worden altijd met kennis van alle betrokken partijen**
- We volgen de afhandeling en genomen actiepunten verder op en formuleren de aanbevelingen die hieruit voortkomen tot **op elk niveau** binnen de organisatie.
- **Doelstelling 2018:** We creëren een **real-time dashboard** waarop alle beleidsmakers hun eigen afdeling /cluster waarvoor ze verantwoordelijk zijn kunnen opvolgen (cijfers) om zo ad hoc te kunnen aansturen en opvolgen
- Met alle verantwoordelijken hebben we een persoonlijk overleg waar alle pijnpunten /aanbevelingen over hun verantwoordelijkheidsgebied besproken worden
- Om de 6 – 8 weken hebben we een structureel overleg met de algemeen directeur, medisch directeur en directeur patiëntenzorg en bespreken daar de trends/pijnpunten en formuleren aanbevelingen

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

- We merken dat meldingen rond het recht op **informatie** jaarlijks licht toenemen en dat er meer factuurbetwistingen ontstaan. Dit om allerlei redenen voor de melder. Vb: het recht op **kwalitatieve zorg** betwisten (kan zeer ruim gaan), **geen info** over kostprijs voorafgaand gekregen (niet altijd door de hulpverleners zelfs gekend oww **complexiteit** = moeilijkheidsgraad), **ofwel gestuurd vanuit hun mutualiteit** → hogere eigen bijdrage voor de patiënten indien éénpersoonskamerkeuze,

regionaal nog geen uniformiteit tss de instellingen/mutualiteiten...

- **Privacy wetgeving in de zorg / GDPR** wordt als zeer complex en moeilijk ervaren door vele medewerkers en hulpverleners en derden. De wetgeving is hierin duidelijk maar voor de dagdagelijkse praktijk in de zorg is het in sommige gevallen complex uit te voeren.

Bijvoorbeeld: denk aan een onthaalmedewerkster die iemand aan de balie krijgt die vraagt waar persoon X ligt om op bezoek te gaan... zowel de medewerker als de bezoeker/ familielid heeft het hier soms moeilijk mee als men niet in detail kan gaan...

- **Medische fouten-complicaties in de zorg:**

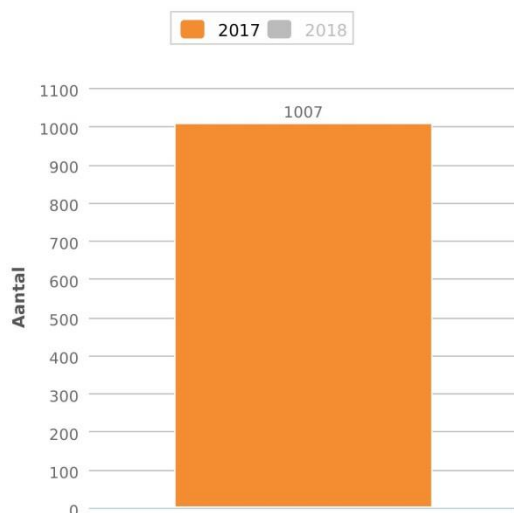
De melders/patiënten hebben het vaak zeer moeilijk met het **begrip “complicaties”** in de zorg en daarover zou meer educatie nationaal welkom zijn. Wanneer spreek je over een medische fout en wat zijn complicaties → voor een leek niet eenvoudig of makkelijk te begrijpen zeker wanneer de persoon emotioneel /fysiek betrokken is.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

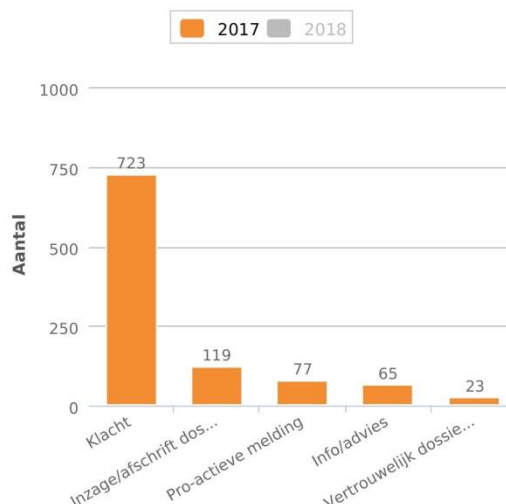
Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Totaal aantal dossiers per jaar *



Aantal dossiers volgens type contactname per jaar *



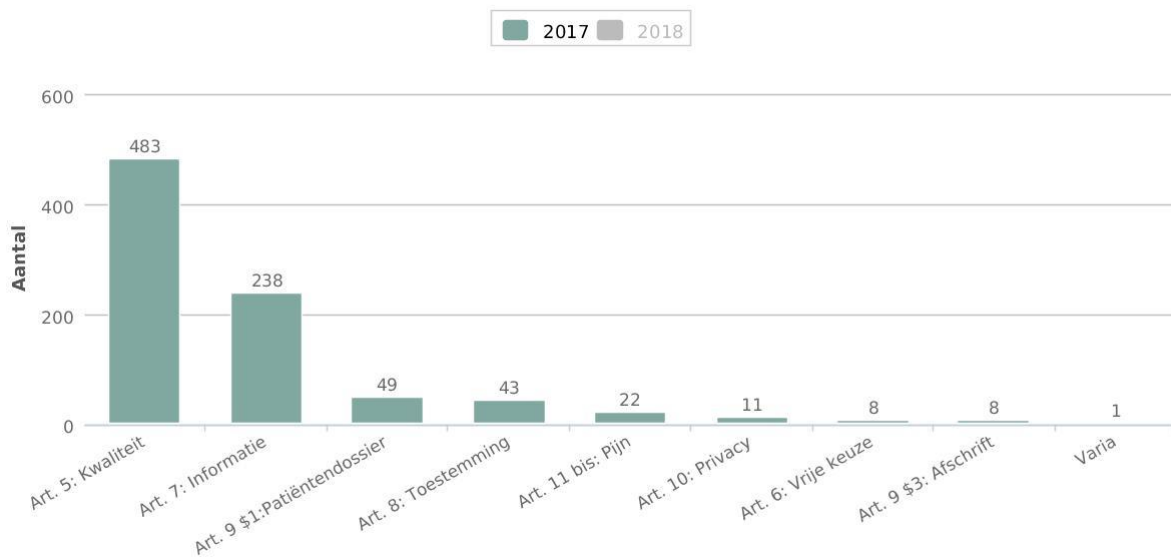
Aantal klachtendossiers	723
Aantal infodossiers	65
Aantal pro actieve dossiers	77
Aantal opvragingen patiëntendossier	<p>119 patiënten via de ombudsdienst (rechtstreeks via de beroepsbeoefenaar (BB) afschrift in bemiddeling bekomen of wij hebben hen begeleid hierin en doorgegeven aan med archief voor verwerking)</p> <p>! Opmerking: 162 patiënten hebben een aanvraag via het med archief gedaan en dat gaat dan om 1062 dossier opvragingen bij hen (een deel van onze aanvragen zit hierin vervat en een deel niet)—opvragingen stijgen ook jaarlijks)</p>
Aantal 'andere'	23 Vertrouwelijke dossiers voor de ombuds (niet anoniem maar wij mogen vd melder/pat hier niet over communiceren -

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars (BB)KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

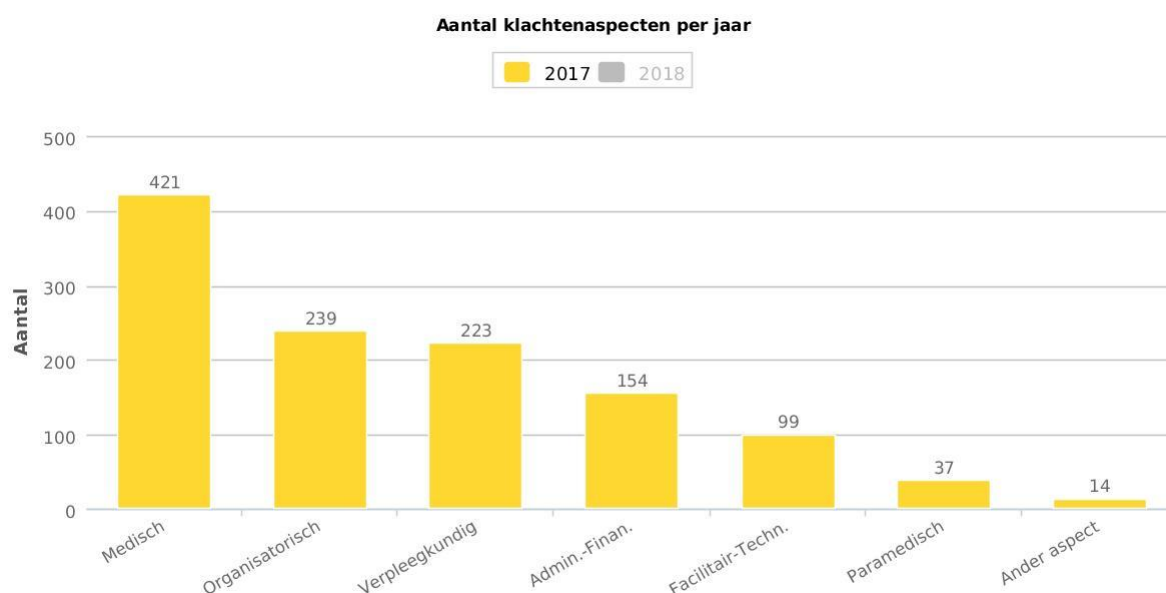
Aantal klachten BB volgens patiëntenrecht per jaar



Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	483
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	8
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	238
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	43
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	49

Recht op inzage/ afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	8
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	11
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	22

Alle klachtenaspecten voor 2017 per doelgroep uit de 723 klachtendossiers:



Rechten van de patiënt:

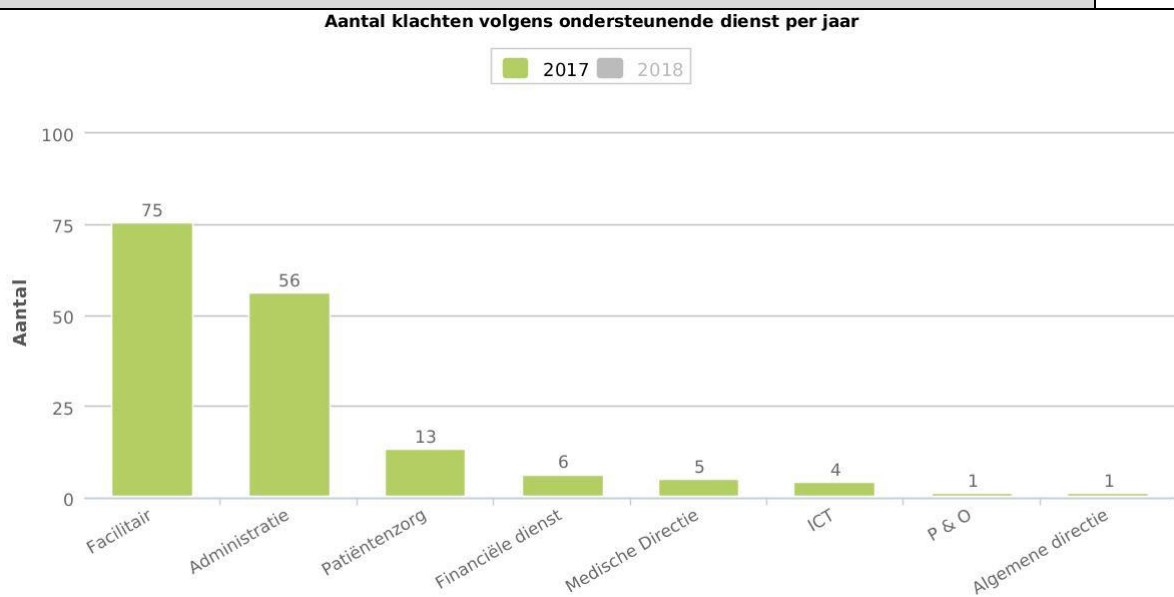
***Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening** → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).

****Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar** → dit omvat:

- Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.
- Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.
- Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.

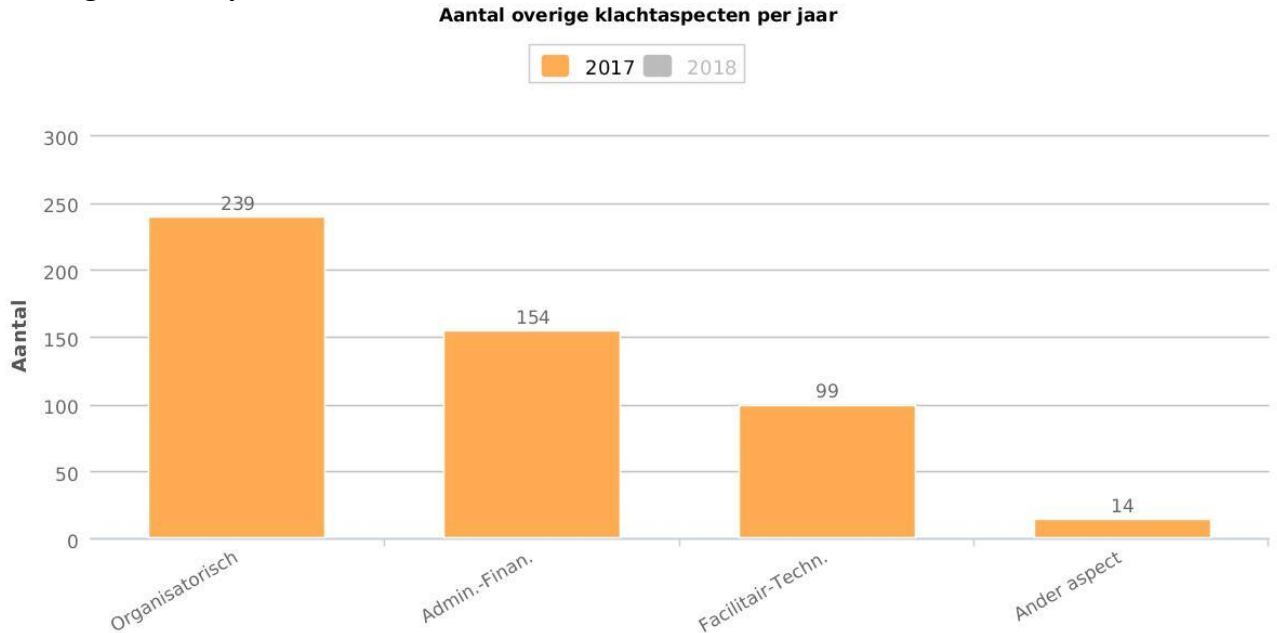
Aantal **klachtendossiers** niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt (omvat meerdere klachtenaspecten)

161 kl dos.



Noot: = Klachtendossier een servicegerichte klacht. → 1 dossier kan meerdere klachtenaspecten omvatten.

Uitdieping aantal klachtaspecten naast de patiëntenrechtenwet : **506 aspecten**
Servicegerichte aspecten



Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)

Meest voorkomende klachten

- Bejegening
 - Behandeling/verzorging
 - Informatieverstrekking
 - Verslaggeving dossier/HA
- gevolg factuurbetwistingen



→ Rangorde is wisselend per ZC en OD.

HA= Huisarts
ZC= Zorgcluster
OD= Ondersteunende dienst

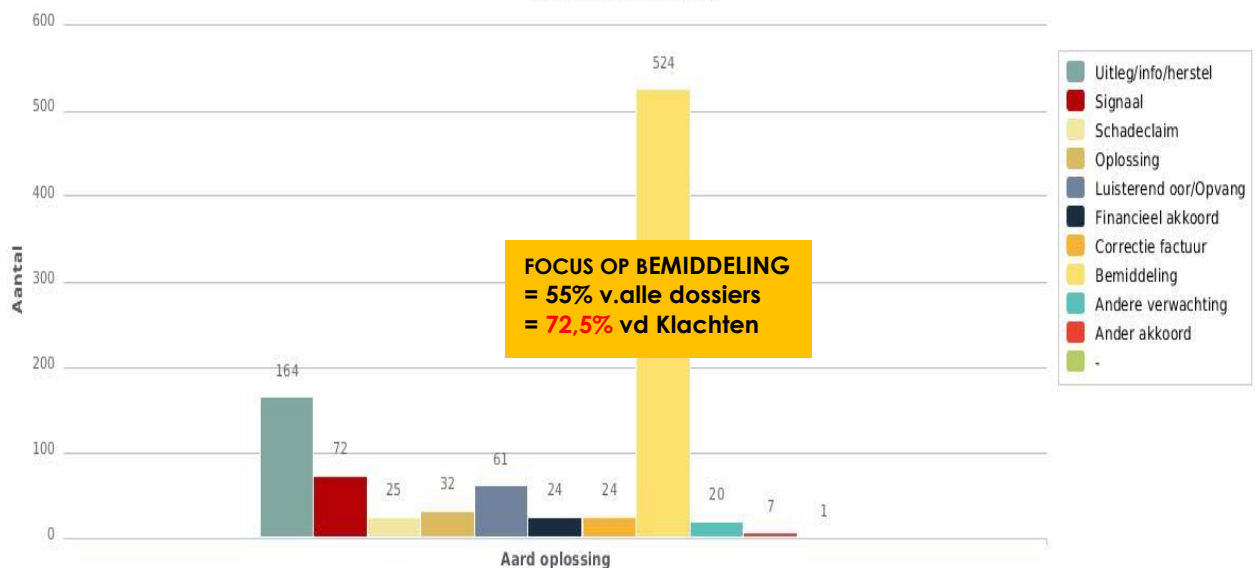
DOORLOOPTIJD afhandeling klachtendossiers in 2017:

Categorie doorlooptijd	Aantal
< = 1 dag	173
2-10 dagen	285
11-20 dagen	102
21-30 dagen	69
31-60 dagen	70
61-90 dagen	16
> 90 dagen	5
	720

Aard van de afhandeling van de ombudsdossiers in 2017:



Aard van de oplossing (n)



Conclusie

-) **Aantal ombudsdossiers 2017 STIJGEN met een kleine terugval in de klachtendossiers** → doch de klachten tav BB ↑ (507 in 2016 → 468 in 2017)
-) ↑ Bejegening klachten vnl **aandacht/opvang**
 -) Med ↑ = 66% = bejegening
 -) Vpk lichte daling: doch 81% = bejegening
-) ↑ Medische verslaggeving dossier/HA
-) ↑ klachten Informatieverstrekking: algemeen/ **KOSTPRIJS**
-) ↑ **Factuurbewistingen**
-) ↑ **Wachttijden** raadplegingen aanpakken en meten → compensatiesysteem voor de wachtende patiënt uitwerken
-) ↑ Opnameregeling/afsprakenregeling

FOCUS OP BEMIDDELING
= 55% v. alle dossiers
= **72,5%** vd Klachten

Aanbevelingen ter verbetering van de communicatie/informatie tss Beroepsbeoefenaar - patiënt ! → zowel algemeen en als over de **kostprijs**

- **Opleiding** voorzien voor hulpverleners in:
 - “Critical Communication”
 - “Constructief omgaan met emoties”
 - “ “ Bemiddelen” training in geweldloze communicatie!



- Training GDPR /privacywetgeving in de ZORG: Hoe hiermee omgaan in de praktijk?
- Wenselijk: uniforme benadering van de mutualiteiten
- Blijven sensibiliseren vanuit de overheid ikv de patiëntenrechten

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Uit de aanbevelingen worden actiepunten geformuleerd en uitgewerkt al dan niet tot op individueel/ dienstniveau of organisatieniveau.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Imeldaziekenhuis
Adres	Imeldalaan 9 2820 Bonheiden
Gewest	Vlaamse
Erkenningsnummer	689
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	509
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Ilse Creemers
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	December 2012
Bestaffing	1FTE

Lokalisatie dienst	Vlakbij de inkomhal
Registratiesysteem	Filemakerpro
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Laatste update 18/10/2016 Intranet
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basis –en vervolgopleiding bemiddeling georganiseerd door VVOVAZ
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Cfr. mandaat KB 08/07/2003
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Schriftelijk: brief/ email Persoonlijk bezoek Telefonisch -registratie van de klacht -ontvangstmelding wordt aan ontvanger gestuurd -peilen naar verwachtingen -bemiddeling indien nodig -doorverwijzing indien nodig

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
<p>In heel de organisatie wordt iedereen verwacht constructief met klachten te kunnen omgaan.</p> <p>Ombudsdienst wordt gezien als tweedelijns hulp.</p>	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
Meerzijdige partijdigheid	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	277
Aantal infodossiers	230
Aantal pro actieve dossiers	15
Aantal opvragingen patiëntendossier	?
Aantal 'andere'	?

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	111
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	28
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	1
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	2
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

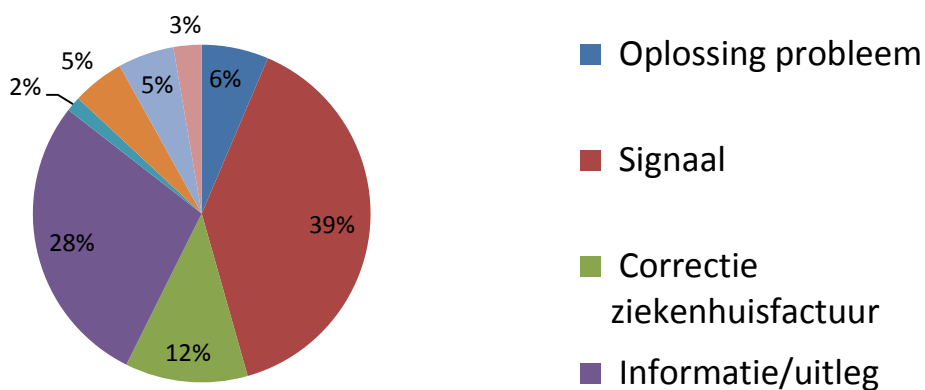
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

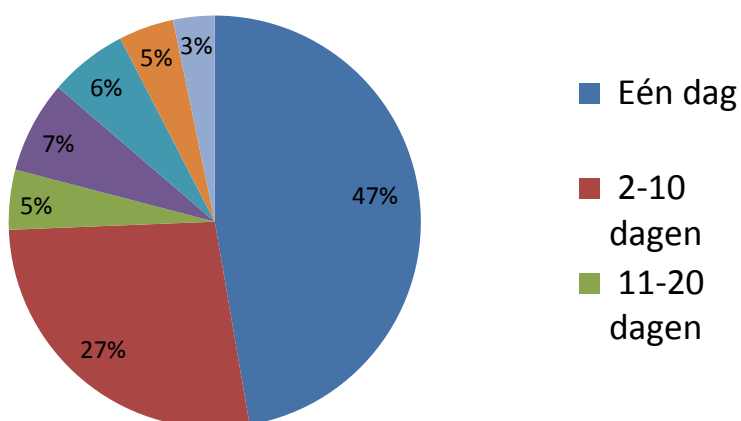
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	136																																																																
Tabellen/grafieken; klachtenratio:																																																																	
<p style="text-align: center;">Aantal dossiers</p> <table border="1"><thead><tr><th>Jaar</th><th>Klachtendossiers</th><th>Infodossiers</th><th>TOTAAL</th></tr></thead><tbody><tr><td>2002</td><td>200</td><td>50</td><td>250</td></tr><tr><td>2003</td><td>350</td><td>50</td><td>400</td></tr><tr><td>2004</td><td>300</td><td>50</td><td>350</td></tr><tr><td>2005</td><td>350</td><td>100</td><td>450</td></tr><tr><td>2006</td><td>350</td><td>150</td><td>500</td></tr><tr><td>2007</td><td>400</td><td>200</td><td>600</td></tr><tr><td>2008</td><td>500</td><td>300</td><td>800</td></tr><tr><td>2009</td><td>550</td><td>350</td><td>900</td></tr><tr><td>2010</td><td>500</td><td>250</td><td>750</td></tr><tr><td>2011</td><td>450</td><td>250</td><td>700</td></tr><tr><td>2012</td><td>350</td><td>300</td><td>650</td></tr><tr><td>2013</td><td>250</td><td>250</td><td>500</td></tr><tr><td>2014</td><td>250</td><td>250</td><td>500</td></tr><tr><td>2015</td><td>250</td><td>250</td><td>500</td></tr><tr><td>2016</td><td>250</td><td>250</td><td>500</td></tr></tbody></table>		Jaar	Klachtendossiers	Infodossiers	TOTAAL	2002	200	50	250	2003	350	50	400	2004	300	50	350	2005	350	100	450	2006	350	150	500	2007	400	200	600	2008	500	300	800	2009	550	350	900	2010	500	250	750	2011	450	250	700	2012	350	300	650	2013	250	250	500	2014	250	250	500	2015	250	250	500	2016	250	250	500
Jaar	Klachtendossiers	Infodossiers	TOTAAL																																																														
2002	200	50	250																																																														
2003	350	50	400																																																														
2004	300	50	350																																																														
2005	350	100	450																																																														
2006	350	150	500																																																														
2007	400	200	600																																																														
2008	500	300	800																																																														
2009	550	350	900																																																														
2010	500	250	750																																																														
2011	450	250	700																																																														
2012	350	300	650																																																														
2013	250	250	500																																																														
2014	250	250	500																																																														
2015	250	250	500																																																														
2016	250	250	500																																																														
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)																																																																	

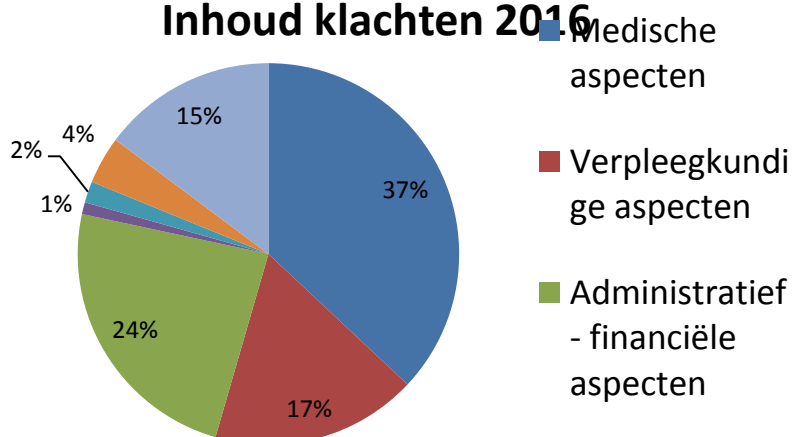
Wat was de verwachting van de klager in 2016?



Doorlooptijd 2016



Inhoud klachten 2016



Aanbevelingen

✓

✓

✓

✓

✓

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	01.01.2017 - 31.12.2017
--------------------	-------------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	H. Hartziekenhuis Mol
Adres	Gasthuisstraat 1 – 2400 Mol
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	102
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	183 erkende bedden – 221 verantwoorde bedden
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Ellen Laurijssen
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01.04.2016
Bestaffing	0,5 FTE

Lokalisatie dienst	Gelijkvloers, in gang richting consultatieruimtes
Registratiesysteem	Infoland
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Laatst geactualiseerd op 26.05.2016 Te raadplegen op Intranet en op de algemene website van het ziekenhuis
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Opleiding Bemiddelaar Mediv Vergaderingen van de Vlaamse Vereniging Ombudspersonen Van Alle Zorgvoorzieningen (VVOVAZ) Provinciale Intervisie VVOVAZ
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Intern Auditor NIAZ 3.0 Qmentum met tracermethodiek Handhygiëne 2017 Visueel grip op je werk
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Klachten gerelateerd aan de rechten van de patiënt (vanuit mandaat KB 08.07.2003) Klachten niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt Begeleiding afschrift patiëntendossier Preventieve opdracht
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Intake van klachten Registratie software (Infoland) Ontvangstmelding Overleg betrokkenen (verwachtingen) Informeren Steeds mogelijkheid tot organiseren persoonlijk onderhoud tussen patiënt en betrokkenen Bemiddeling Organiseren van feedback Indien geen oplossing (voorstellen van alternatieven) Trends bespreken op ombudscomité

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

Klachten worden besproken en uitgeklaard op alle afdelingen en diensten. Waar de patiënt of familie zijn/haar ongenoegen uit, wordt de klacht zo snel mogelijk aangekaart met de betrokken medewerker, arts of afdeling. Kan of wil men dit niet, wordt de patiënt doorverwezen naar de ombudsdienst. Hierbij is een cultuur, waarbij patiënten en familieleden geïnformeerd worden door medewerkers over hoe zij een klacht kunnen indienen en waarbij men open, eerlijk en tijdig reageert op klachten, erg belangrijk. Daarnaast is het belangrijk om uit zaken die misgelopen zijn te leren en soortgelijke situaties te voorkomen. Daarom wordt er tijdens een klachtenbehandeling onderzocht wat er juist gebeurd is, welke oorzaken er aan de grondslag liggen en hoe dit kan verbeterd worden. Met dit doel is ook het ombudscomité opgericht, waarin de algemeen directeur, de hoofdgeneesheer, de directeur patiëntenzorg, de afgevaardigde van de medische raad en de ombudsvrouw zetelen. Het ombudscomité komt op regelmatige basis samen om terugkerende klachten of trends anoniem en strikt vertrouwelijk te bespreken, om na te denken over verbeteringen en uiteindelijk de kwaliteit en veiligheid in het ziekenhuis te verbeteren en klachten te voorkomen.

Bovendien worden patiënten aangemoedigd om een evaluatieformulier in te vullen en te bezorgen waaruit men ook een aantal verbeterprojecten selecteert.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

In eerste instantie wordt, zoals gezegd, de patiënt aangemoedigd om de klacht rechtstreeks met de betrokkene te bespreken en uit te klaren. De ombudsdienst werkt dus als tweede lijn. Op het vlak van toegankelijkheid probeert de ombudsdienst toch laagdrempelig te zijn. Patiënten kunnen hun klacht zowel mondeling (telefonisch of persoonlijk) als schriftelijk (via brief of e-mail) overmaken.

De patiënt wordt daarbij beluisterd op een neutrale en onafhankelijke manier. Indien hij/zij dit wenst, wordt de klacht besproken met de betrokken medewerker, arts of verantwoordelijke van de dienst. De ombudsvrouw bemiddelt tussen patiënt en medewerker en zoekt mee naar mogelijke oplossingen zonder een standpunt in te nemen over wie gelijk heeft. Als er geen oplossing gevonden wordt, geeft de ombudsvrouw informatie over mogelijke alternatieven.

De ombudsdienst werkt steeds vertrouwelijk en is gebonden aan het beroepsgeheim. Terugkerende klachten of trends bespreekt de ombudsvrouw anoniem en strikt vertrouwelijk tijdens het ombudscomité.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	242
Aantal infodossiers	19
Aantal pro actieve dossiers	134
Aantal opvragingen patiëntendossier	21
Aantal 'andere'	6

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

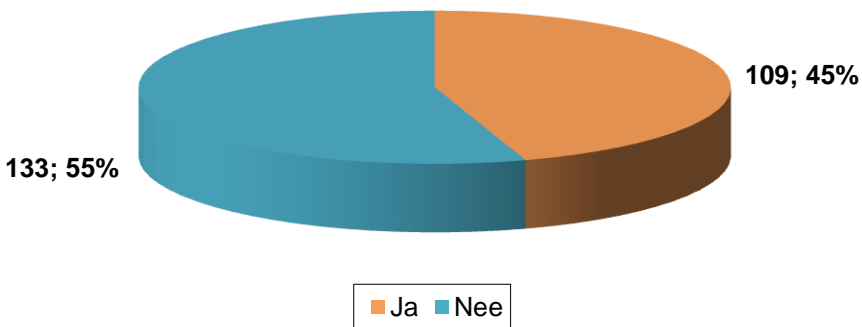
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	104
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	51
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	6
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	4
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	2
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	21
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	2
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	2

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	109									
Tabellen/grafieken; klachtenratio:										
1. Aandeel van klachten waarbij een inbreuk op de wet op de patiëntenrechten werd vastgesteld (ja/nee)										
 <p>A 3D pie chart illustrating the distribution of complaints. The chart is divided into two segments: a larger blue segment representing 'Nee' (No) with 133 cases (55%), and a smaller orange segment representing 'Ja' (Yes) with 109 cases (45%). A legend below the chart identifies the colors: orange for 'Ja' and blue for 'Nee'.</p> <table border="1"><thead><tr><th>Response</th><th>Count</th><th>Percentage</th></tr></thead><tbody><tr><td>Ja</td><td>109</td><td>45%</td></tr><tr><td>Nee</td><td>133</td><td>55%</td></tr></tbody></table>		Response	Count	Percentage	Ja	109	45%	Nee	133	55%
Response	Count	Percentage								
Ja	109	45%								
Nee	133	55%								
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)										

Aanbevelingen

Op niveau van het H. Hartziekenhuis Mol:

Administratief – financieel:

- ✓ Verdere aandacht voor het optimaal informeren van patiënten rond de aanrekening van een verblijf op een éénpersoonskamer.
- ✓ Om sneller duidelijkheid te scheppen over de reden van niet-betaling en om verdere betalingsachterstand te vermijden, wordt aanbevolen om patiënten maandelijks te herinneren wanneer de betalingstermijn verstreken is en deze aangepaste facturatievoorwaarden in de opnameverklaring te vermelden.

Medisch:

- ✓ Om de organisatie van de afdeling en de bereikbaarheid van artsen binnen een discipline te verbeteren is het mogelijks aangewezen om de consultatiemomenten van artsen over verschillende dagen verder te spreiden.
- ✓ Verder faciliteren van afspraken en service level agreements tussen verschillende diensten.
- ✓ Om klachten rond bejegening te vermijden wordt begeleiding en training van bepaalde artsen in patiëntgericht communiceren, aangeraden.
- ✓ Het nog meer bekend maken van de procedure rond de opvraging van een afschrift van het patiëntendossier binnen het ziekenhuis, werkt een éénduidige werkwijze hieromtrent in de hand.

Verpleegkundig:

- ✓ Alle medewerkers binnen het ziekenhuis zijn gebonden aan het beroepsgeheim. Soms is het echter niet duidelijk welke gegevens praktisch al dan niet mogen meegegeven worden. Daarom is het aangewezen om praktische richtlijnen rond beroepsgeheim en privacy op te stellen.
- ✓ Om klachten rond bejegening te vermijden wordt begeleiding en training van bepaalde medewerkers in patiëntgericht communiceren, aangeraden.

Facilitair-technisch:

- ✓ De werking van de telefooncentrale en de telefonische bereikbaarheid van verschillende diensten kan eventueel geoptimaliseerd worden.
- ✓ Communicatie rond parkeermogelijkheden, als de andersvalidenparkeerplaatsen volzet zijn, helpt mogelijks om parkeerboetes voor patiënten te vermijden.

Organisatorisch:

- ✓ Afstemming van communicatie tussen het ziekenhuis en de mutualiteiten rond niet-dringend ziekenvervoer, kan het aantal klachten hierrond mogelijkerwijs verminderen.
- ✓ Communicatie rond mogelijke wachttijden helpt de patiënten om hun verwachtingen hierrond bij te stellen.

Op niveau van de overheid:

- ✓ Bepaling van prijzen, kwaliteitsvereisten en éénduidige voorwaarden voor terugbetaling van niet-dringend ziekenvervoer.
- ✓ Verdere aandacht voor het optimaal informeren van patiënten rond de aanrekening van een verblijf op een éénpersoonskamer.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Tijdens de vergaderingen van het ombudscomité wordt er besproken welk gevolg er aan de aanbevelingen wordt gegeven en wat de stand van zaken hieromtrent is.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	H.-Hartziekenhuis Lier
Adres	Mechelsestraat 24 te 2500 Lier
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	097
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	451
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	1
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/03/2009
Bestaffing	1 FTE

Lokalisatie dienst	Blok D, nabij onthaal
Registratiesysteem	Excel Infoland (sinds juli 2017)
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Actualisatiedatum 01/06/2017, onder andere te raadplegen via de website: www.hhzhlier.be
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basisattest bemiddeling
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Omgaan met agressie, opleidingen georganiseerd door VVOVAZ,...
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	De ombudsdienst van het h.-hartziekenhuis heeft een ruimer werkterrein dan deze toebedeeld vanuit het mandaat KB 08/07/2003. De ombudsdienst behandelt ook klachten welke geen betrekking hebben op de wet patiënten rechten. Verder wordt er vanuit de ombudsdienst begeleiding voorzien voor afschriften en inzage in patiëntendossiers. Daarnaast vervult de ombudsdienst een informatieve functie en signaalfunctie welke gekoppeld wordt aan het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis. De ombudsdienst vervult eveneens een educatieve functie waarbij (nieuwe) werknemers en (nieuwe) artsen binnen het ziekenhuis ingelicht worden over de werking van de ombudsdienst en de wet patiëntenrechten.

<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Klachten welke rechtstreeks aan de ombudsdienst gericht zijn, worden door de ombudsdienst opgevolgd. Klachten overgemaakt aan de directie of aan andere diensten binnen het ziekenhuis worden door de directie of de andere diensten doorgestuurd naar de ombudsdienst. De ombudsdienst zal deze klachten verder behandelen. Eerst zal de klager gestimuleerd worden om een gesprek met de zorgverlener(s) te hebben. Als blijkt dat dit geen afdoende oplossing biedt of niet mogelijk is, zal de ombudsdienst bemiddelend optreden tussen de klager en de betrokken zorgverlener(s)</p>
---	--

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
Feedback, suggesties en klachten zijn een belangrijke bron van informatie voor het ziekenhuis. De ombudsdienst stimuleert om in eerste instantie te overleggen met de zorgverlener(s), om zo tot een oplossing te komen. Indien dit echter niet mogelijk is of indien de patiënt dit niet wenst wordt er doorverwezen naar de ombudsdienst.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
De ombudsdienst stimuleert om in eerste instantie te overleggen met de zorgverlener, om zo tot een oplossing te komen. Zo dit onmogelijk is zal de ombudspersoon bemiddelend optreden tussen de patiënt en de betrokken beroepsbeoefenaar. Indien er bij de bemiddeling geen oplossing wordt bereikt licht de ombudspersoon de klager in over de mogelijkheden voor de verdere afhandeling van zijn klacht. Indien de klager feiten signaleert met het oog op een verbetering naar de toekomst, kunnen deze als constructief voorstel, zonder hierbij de inhoud van de klacht en de identiteit van de klager kenbaar te maken, overgemaakt
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)
De ombudsdienst streeft er naar om binnen de 14 werkdagen de klacht in behandeling te nemen.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Opmerkingen:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	501
Aantal infodossiers	44
Aantal pro actieve dossiers	31
Aantal opvragingen patiëntendossier	205

Aantal 'andere'	31
-----------------	----

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Totaal: 176

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	115
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	10
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	72
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	6
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	21
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	2
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	7
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	5
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	2
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	20

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	325
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
/	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
/	

Aanbevelingen

✓ /

✓

✓

✓

✓

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

/

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	GZA Ziekenhuizen
Adres	Oosterveldlaan 24 2610 Wilrijk
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	099
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	1032
Aantal campussen	3 (Sint-Augustinus Wilrijk; Sint-Vincentius Antwerpen; Sint-Jozef Mortsel)
Naam ombudspersoon(en)	Rieja Boulogne Ellen Vandezande
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Rieja Boulogne: 01/03/2011 Ellen Vandezande: 01/04/2011

Bestaffing	1,45 FTE
Lokalisatie dienst	Op de 3 campussen: Sint-Augustinus: Oosterveldlaan 24 2610 Wilrijk Sint-Vincentius: Sint-Vincentiusstraat 20 2018 Antwerpen Sint-Jozef: Molenstraat 19 2640 Mortsel
Registratiesysteem	Registratiesysteem VVOVAZ in Iprova
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Goedgekeurd door Raad van Bestuur op 28/9/2011; zal herzien worden in 2018 Te raadplegen op de website van het ziekenhuis: http://www.gzaziekenhuizen.be/fileadmin/upload_bestanden/Documentatie/Algemeen/HHRombudsfunctie2018.pdf
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Ellen en Rieja: <ul style="list-style-type: none"> - Basisopleiding bemiddeling bij MEDIV - Bemiddeling en geweldloze communicatie bij MEDIV Rieja: <ul style="list-style-type: none"> - De Bemiddelaar blijft overeind - VVOVAZ Ellen: <ul style="list-style-type: none"> - Specialisatie bemiddeling in Burgerlijke en Handelszaken - Tweedaagse VVOVAZ: "hou je vast bemiddelaar" - Cultuursensitieve bemiddeling - VVOVAZ
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Rieja: <ul style="list-style-type: none"> - Communicatie beroepsbeoefenaar – patiënt: welke goede praktijken?
Werkingssterren van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan</i>	De ombudsdienst - in GZA 'dienst bemiddeling externe klanten' - behandelt alle klachten gericht aan de dienst en dit ruimer dan opgesomd in het KB 8/7/2003, dus ook organisatorische, facilitaire, technische en administratieve klachten. De ombudsdienst begeleidt eveneens aanvragen tot afschrift en faciliteert bij verzekeringsdossiers.

<p>de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</p>	
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst ?</p>	<p>De bemiddelaar handelt de klachten af volgens de klachtenprocedure, vermeld in het huishoudelijk reglement. Hij bevordert en stimuleert de melder om rechtstreeks de betrokken zorgverleners aan te spreken. De zorgverleners worden aangespoord om zelf de klacht af te handelen (daar waar ze ontstaat) en verwijzen indien nodig door, of op eigen initiatief, of op vraag van de melder. De dienst bemiddeling externe klanten handelt de klachten - o.a. ook organisatorische en administratieve klachten en dus een ruimere categorie dan de <i>geschonden rechten in het kader van de wet patiëntenrechten - af</i>.</p> <p>De patiënt kan te allen tijde rechtstreeks de bemiddelaar aanspreken. Intussen werd de klachtenprocedure in 2014 uitgebreid tot 4 klachtenlijnen nl.: de nulde lijn (alle secretariaten en onthaalbalies), de eerste lijn (verpleegafdelingen en consultaties), de tweede lijn (de dienst bemiddeling) en de derde lijn (de juridische dienst)</p>

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

De organisatie neemt klachten ernstig en ziet deze als een kans tot het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. Daarom is klachtenbehandeling niet enkel een taak van de dienst bemiddeling, maar werken we sinds 2014 met 4 klachtenlijnen (zie supra). Bedoeling is dat iedereen in de organisatie in staat is in eerste instantie klachten te beluisteren en te kanaliseren. De dienst bemiddeling zelf is laagdrempelig en goed gekend en ingebed in de organisatie.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

Alle klachten worden beluisterd. Er wordt belang gehecht aan het persoonlijk contact. De bemiddelaars trachten hierbij steeds de bemiddelingsfilosofie te volgen en de dialoog tussen de patiënt en de zorgverstreker op nieuw op gang te brengen en indien mogelijk te herstellen.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

Moeilijkheden:

- Klachtenbehandeling / bemiddeling is zeer tijdsintensief en staat in schril contrast met het aantal FTE voorzien door de overheid

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	762
Aantal infodossiers	79
Aantal pro actieve dossiers	26
Aantal opvragingen patiëntendossier	41 (rechtstreeks bij de dienst bemiddeling, meer bepaald pure vragen naar afschrift, niet gerelateerd aan een klacht)
Aantal 'andere'	0

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	358
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	5
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	26
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	37
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	10
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	2
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	7
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	2

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	332				
Tabellen/grafieken; klachtenratio:					
Evolutie van het aantal dossiers behandeld door de dienst bemiddeling binnen GZA (cijfers van de laatste 5 jaar)					
	klachten	infodossiers	afschrift	proactieve meldingen	totaal
2013	674	66	36	28	804
2014	662	64	38	19	783
2015	562	58	41	20	681
2016	601	57	34	22	714
2017	762	79	41	26	908
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)					
Inhoud van de klachten (cijfers van de laatste 5 jaar)					
	2013	2014	2015	2016	2017
Medische aspecten	347	378	286	316	373
Verpleegkundige aspecten	124	149	142	136	179
Paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten	20	16	12	15	19
Administratief-financiële aspecten	161	142	132	125	186
Technische/facilitair aspecten	65	30	30	41	52
Organisatorische aspecten	116	98	75	82	129

Verwachtingen van de klager (cijfers van de laatste 5 jaar)

	2013	2014	2015	2016	2017
5.1. Uitleg/info	33	23	41	94	107
5.2. Luisterend oor	22	20	24	56	73
5.3. Signaal	342	287	246	251	349
5.4. Bemiddeling	187	224	238	201	192
5.5. Correctie factuur	152	133	121	109	132
5.6. Schadeclaim	47	67	38	47	60
5.7. Ander akkoord/ oplossing	152	154	156	162	248

Aanbevelingen

- ✓ In de registratie van de meldingen wordt steeds het meldingstype en de locatie (~discipline) opgenomen. Na aanmaak van het jaarverslag worden deze diensten/disciplines aangesproken en opgevolgd met de meeste meldingen
- ✓ In 2016 wordt door de directie de VIB campagne opgestart (patiënten moeten zich **Verwacht, Geïnformeerd en Beluisterd** voelen). De dienst bemiddeling geeft ook jaarlijks aan het beleid door welke meldingen in dit kader de dienst bereikten en formuleert aanbevelingen.
- ✓

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Aanbevelingen worden teruggekoppeld naar Raad van Bestuur, directie en specifieke specialismen, diensten. Er is periodiek overleg om acties te bespreken.

De VIB-campagne is ook tot stand gekomen op basis van de jaarlijks terugkerende aanbevelingen van de dienst bemiddeling en het belang van de focus op patiëntenervaringen.

**EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

VLAANDEREN

2017



www.ombudsfunctieggz.be



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG



OGGPA vzw
Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Provincie Antwerpen vzw

Haagbeuklei 12, 2610 Wilrijk
tel: 03 / 609 33 41 ♦ fax: 03 / 609 33 49
e-mail: info@oggpa.be



SPIL vzw
Samenwerking van Psychiatrische
Initiatieven Limburg vzw

Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt
tel: 011 / 23 82 19 ♦ fax: 011 / 23 72 90
e-mail: spil@limburg.be



PopovGGZ vzw
Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen vzw

Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Gent (Drongen)
tel: 09 / 216 65 50 ♦ fax: 09 / 216 65 59
e-mail: popovggz@ombudsfunctieggz.be



Logistiek Vlabo vzw
Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Vlaams-Brabant

Groeneweg 151/7, 3001 Heverlee
tel: 016 / 27 03 18 ♦ fax: 016 / 27 03 19
e-mail: vlabo@ombudsfunctieggz.be



Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw

Hoefijzerlaan 40, 8000 Brugge
tel: 050 / 34 11 70 ♦ fax: 050 / 34 19 41
e-mail: info@op-wvl.be

JAARVERSLAG

EXTERNE OMBUDSFUNCTIE

IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

VLAANDEREN

registratieperiode van 1 januari tot 31 december 2017

Lou Hamdaoui

**Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Provincie Antwerpen**

**in samenwerking met de
externe ombudspersonen GGZ
Vlaanderen**

februari 2018

INHOUD

INLEIDING	6
1. AANMELDINGEN	7
2. HUISHOUELIJK REGLEMENT	25

INLEIDING

Dit is het veertiende jaarverslag over de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Het geeft een overzicht van alle meldingen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg die in de loop van 2017 werden gericht aan de ombudspersonen van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg.

Het verslag vergelijkt de meldingen van 2017 met die van 2016, bundelt de meldingen per provincie en geeft op die manier een overzicht van de globale ombudspraktijk GGZ in Vlaanderen.

De verantwoordelijken van de betrokken psychiatrische ziekenhuizen ontvangen een afzonderlijk verslag over de meldingen vanuit hun eigen voorziening. Dit uitgebreid verslag wordt door de ombudspersoon met de verantwoordelijken van elke voorziening doorgenomen en toegelicht.

Voor tal van samenwerkingsverbanden beschut wonen, psychiatrische verzorgingshuizen, centra geestelijke gezondheidszorg en voorzieningen met RIZIV-conventie blijft het aantal meldingen dermate gering dat een afzonderlijk jaarverslag niet zinvol is.

De voorgeschiedenis van de ombudsfunctie is stilaan gekend. 2005 kan beschouwd worden als het referentiejaar, omdat dit het eerste volledige jaar was met een werking in alle provincies. In dit jaarverslag wordt enkel de vergelijking gemaakt tussen 2017 en 2016. Wie de langere termijn evolutie in detail wil volgen, kan altijd de opeenvolgende jaarverslagen naast elkaar leggen. Deze zijn te vinden op www.ombudsfunctieggz.be.

In de meeste psychiatrische ziekenhuizen is de basis voor het functioneren van de externe ombudsfunctie gelegd. Voor de andere voorzieningensoorten blijft het zoeken naar een gepaste benadering, waarbij rekening moet worden gehouden met budgettaire mogelijkheden en andere factoren, zoals afstanden, aantal voorzieningen, aantal campussen. Vanaf 2013 werd de ombudsfunctie ook aangeboden aan de mobiele teams in het kader van de projecten artikel 107.

Voor een overzicht van de regelgeving en de manier van werken van de externe ombudspersonen verwijzen we naar de verslagen van de voorbije jaren. Zowel de regelgeving als de methodiek van het ombudswerk is de voorbije jaren nog nauwelijks veranderd. De regelgeving vindt u op www.ombudsfunctieggz.be onder "Wet- en regelgeving". De inhoudelijke visie en basisprincipes van het ombudswerk in de GGZ vindt u onder "Wat en hoe?" (*visietekst, gedragscode, overeenkomst, huishoudelijk reglement, traject aanmelding en andere praktische tools*).

1. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 02/01/2017, de laatste op 29/12/2017.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 2762, het totaal aantal **in 2017 afgesloten aanmeldingen** 2710.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2014 tot en met 2017.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2014	2015	2016	2017
aanmeldingen	2515	2531	2571	2762
aanmelders	1569	1682	1740	1878

Verder beperken wij ons tot het **vergelijken** van de gegevens van **2017** met deze van **2016**.

A. Aanmeldingen en aanmelders

Aanmeldingen, aanmelders, aanmeldingstijd, contacten en verwijzingen

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
aanmeldingen	2571		2762	
aanmelders	1740		1878	
tijd tussen aanmelding en eerste face to face contact				
aantal aanmeldingen met eerste face to face contact				
<i>op dezelfde datum</i>	1653	76,21	1748	72,98
<i>binnen de week</i>	418	19,27	546	22,79
<i>binnen de twee weken</i>	63	2,90	46	1,92
<i>binnen de vier weken</i>	17	0,78	34	1,41
<i>later dan vier weken</i>	18	0,82	21	0,87
totaal	2169	100	2395	100
aantal face to face contacten per aanmelding				
aantal aanmeldingen met				
<i>geen enkel contact</i>	377	14,79	337	12,32
<i>1 contact</i>	1551	60,87	1675	61,24
<i>2 contacten</i>	470	18,44	489	17,87

3 contacten	95	3,72	143	5,22
meer dan 3 contacten	55	2,15	91	3,32
totaal	2548	100	2735	100
grootste aantal contacten bij 1 aanmelding	15		55	
verwezen naar andere ombudspersoon ¹	23		27	
totaal afgesloten aanmeldingen zonder verwijzingen	2494		2710	

De **2762** aanmeldingen (2017) komen van in totaal 1878 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2017			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
8	3	0,15	24	0,86
7	6	0,31	42	1,52
6	15	0,79	90	3,25
5	30	1,59	150	5,43
4	55	2,92	220	7,96
3	104	5,53	312	11,29
2	259	13,79	518	18,75
1	1406	74,86	1406	50,90
totaal	1878	100	2762	100

De **2571** aanmeldingen (2016) komen van in totaal 1740 aanmelders.

Aantal aanmeldingen versus aantal aanmelders

aanmeldingen per aanmelder	2016			
	aanmelders		aanmeldingen	
categorie	n	%	n	%
11	1	0,05	11	0,42
10	1	0,05	10	0,38
9	2	0,11	18	0,70
8	3	0,17	24	0,93
7	5	0,28	35	1,36
6	10	0,57	60	2,33
5	21	1,20	105	4,08
4	49	2,81	196	7,62
3	98	5,63	294	11,43

¹ verwijzingen naar andere ombudspersonen worden voor de verdere gegevens niet meegeteld

2	268	15,40	536	20,84
1	1282	73,67	1282	49,86
totaal	1740	100	2571	100

Initiële aanmelder: individueel, groep, andere

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
individuele patiënt	2090	82,02	2301	84,13
groep patiënten	241	9,45	133	4,86
andere	217	8,51	301	11,00
totaal	2548	100	2735	100

Geslacht indien individueel

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
man	1119	53,56	1268	55,13
vrouw	963	46,09	1027	44,65
onbekend	7	0,33	5	0,21
totaal	2089	100	2300	100

Aantal leden groep

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
2 personen	34	14,10	18	13,53
3 personen	17	7,05	9	6,76
4 personen	23	9,54	15	11,27
meer dan 4 personen	167	69,29	91	68,42
totaal	241	100	133	100
grootste groep	21		30	

Initiële aanmelder indien andere

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
familieid/partner	191	88,01	271	90,03
kennis	-	-	2	0,66
personeelslid	12	5,52	8	2,65
andere	14	6,45	20	6,64

totaal	217	100	301	100
--------	-----	-----	-----	-----

Hoedanigheid indien andere

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
als wettelijke vertegenwoordiger	16	7,37	30	10,03
als vertrouwenspersoon	48	22,11	79	26,42
ten persoonlijke titel	153	70,50	190	63,54
totaal	217	100	299	100

Terugkoppeling indien andere

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
patiënt onderschrijft de aanmelding	75	34,56	133	44,18
patiënt onderschrijft de aanmelding niet	21	9,67	39	12,95
terugkoppeling was niet mogelijk	84	38,70	80	26,57
terugkoppeling was niet nodig	37	17,05	49	16,27
totaal	217	100	301	100

Is de aanmelder nieuw voor u?

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
ja	1718	67,42	1768	64,66
neen	830	32,57	966	35,33
totaal	2548	100	2734	100

Waar heeft deze zich reeds eerder aangemeld?

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
dit jaar binnen deze voorziening	521	62,77	618	63,97
dit jaar binnen een andere voorziening	24	2,89	16	1,65
vorige jaren binnen deze voorziening	245	29,51	291	30,12
vorige jaren in andere voorziening	40	4,81	41	4,24
totaal	830	100	966	100

B. Vorm van aanmelden

Vorm van aanmelden

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
direct contact	1107	43,44	1024	37,44
schriftelijk (<i>brief, fax, e-mail</i>)	622	24,41	667	24,38
telefonisch (<i>of GSM, SMS</i>)	819	32,14	1044	38,17
totaal	2548	100	2735	100

Initieel verzoek betreft

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
vraag naar informatie	296	11,61	342	12,50
vraag tot interventie	1412	55,41	1608	58,79
vraag tot signalering	410	16,09	327	11,95
vraag naar een luisterend oor	430	16,87	458	16,74
totaal	2548	100	2735	100

Vraag tot interventie betreft

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
vraag om een financieel akkoord	68	4,81	96	5,97
vraag om een ander soort akkoord	1344	95,18	1510	94,02
totaal	1412	100	1606	100

Ondernam de aanmelder reeds eerdere stappen?

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
ja	1072	42,08	1120	41,01
neen	1024	40,20	1221	44,70
werd niet bevraagd	451	17,70	390	14,28
totaal	2547	100	2731	100

Welke stappen?

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%

informeel	1033	96,36	1071	95,62
formele interne klachtenprocedure	9	0,83	17	1,51
interne ombudsfunctie	13	1,21	7	0,62
extern	17	1,58	25	2,23
totaal	1072	100	1120	100

Waarom geen eerdere stappen?

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
ongekend/wist niet dat het kon	48	4,68	83	6,79
durfde niet	164	16,01	210	17,19
principeel/keuze voor onafhankelijkheid externe ombudspersoon	812	79,29	928	76,00
totaal	1024	100	1221	100

Fase waarin patiënt zich bevindt

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
aanvraag voor opname/behandeling/begeleiding	35	1,37	45	1,64
opgenomen/in behandeling/in begeleiding	2222	87,30	2311	84,55
ontslagen/behandeling/begeleiding beëindigd	225	8,84	309	11,30
niet van toepassing	42	1,65	38	1,39
andere	21	0,82	30	1,09
totaal	2545	100	2733	100

C. Inhoud van de aanmelding

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOE)

In volgende tabellen vindt u de gegevens over alle geregistreerde aanmeldingen.

Elke aanmelding heeft ofwel betrekking op één **patiëntenrecht**, ofwel betreft het één **algemene vraag los van de patiëntenrechten**. Er wordt per aanmelding slechts één aanmeldingscode geregistreerd, ook al zijn er in het verhaal van de aanmelder vaak meerdere patiëntenrechten in het spel of bevat het meerdere algemene informatievragen.

Ruimere Registratie Ombudsfunctie GGZ (IPSOF)

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
met betrekking tot een patiëntenrecht	2332	91,52	2543	92,97
algemene vraag los van patiëntenrecht	216	8,47	192	7,02
totaal	2548	100	2735	100

Hieronder worden de soorten **algemene vragen** los van de patiëntenrechten weergegeven. Per aanmelding wordt slechts één categorie geregistreerd. Verstrek de ombudspersoon informatie over meerdere categorieën, dan wordt de vraag van de aanmelder uitgesplitst in meerdere aanmeldingen.

Overzicht algemene vragen los van de patiëntenrechten

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
familiaal	13	6,01	11	5,72
juridisch	25	11,57	18	9,37
financieel	20	9,25	14	7,29
tewerkstelling	4	1,85	2	1,04
huisvesting	5	2,31	14	7,29
levensverhaal	108	50,00	101	52,60
patiëntenrechten	13	6,01	10	5,20
andere	28	12,96	22	11,45
totaal	216	100	192	100

Ook al heeft een aanmelding soms betrekking op meerdere **disciplines**, toch wordt er slechts één (*de belangrijkste, vooral vanuit het perspectief van de patiënt*) geregistreerd.

Betrokken discipline

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
geen	236	9,26	214	7,82
psychiater	463	18,17	548	20,03
huisarts	25	0,98	21	0,76
andere arts	22	0,86	19	0,69
apotheker	2	0,07	3	0,10
verpleging	322	12,63	346	12,65
persoonlijke begeleider	52	2,04	61	2,23
sociale dienst	92	3,61	70	2,55
psycholoog	22	0,86	51	1,86

therapeut (<i>ergo, kine, muziek, andere</i>)	68	2,66	52	1,90
diëtist	4	0,15	-	-
multidisciplinair team	693	27,19	849	31,04
administratieve dienst	29	1,13	37	1,35
technische dienst	56	2,19	53	1,93
voedingsdienst	177	6,94	139	5,08
poetsdienst	17	0,66	14	0,51
directie	104	4,08	81	2,96
bewindvoerder	43	1,68	56	2,04
ombudspersoon	33	1,29	20	0,73
andere	88	3,45	101	3,69
totaal	2548	100	2735	100

In volgende tabellen worden de aanmeldingen weergegeven die betrekking hebben op een **patiëntenrecht**. Enkel het patiëntenrecht waarrond de ombudspersoon één of andere actie onderneemt, wordt geregistreerd. Onderneemt de ombudspersoon actie rond meerdere patiëntenrechten, dan wordt het verhaal van de aanmelder uitgesplitst in meerdere aanmeldingen.

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	1870	80,18	1981	77,96
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	34	1,45	66	2,59
3. informatie	57	2,44	110	4,32
4. geïnformeerde toestemming	183	7,84	195	7,67
5. inzage patiëntendossier	65	2,78	56	2,20
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	83	3,55	82	3,22
7. klachtenbemiddeling	16	0,68	18	0,70
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	0,04	2	0,07
9. vertrouwenspersoon	17	0,72	18	0,70
10. pijnbestrijding	6	0,25	13	0,51
totaal	2332	100	2541	100

Het recht op **kwaliteitsvolle dienstverlening** wordt in de volgende tabellen opgesplitst in subcategorieën. Elke subcategorie wordt verder gepreciseerd.

1. Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
1.1. respectvolle bejegening	255	13,63	287	14,49
1.2. goede behandeling/begeleiding	585	31,28	694	35,05
1.3. kwaliteitsvol verblijf/wonen	181	9,67	191	9,64
1.4. goede hotelservice	458	24,49	386	19,49
1.5. betalende diensten	25	1,33	20	1,01
1.6. juiste factuur/correct geldbeheer	125	6,68	155	7,82
1.7. beschermende maatregelen	241	12,88	247	12,47
totaal	1870	100	1980	100

1.1. Respectvolle bejegening

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
luisterbereidheid	57	22,35	70	24,39
correcte omgangsvormen	177	69,41	176	61,32
grensoverschrijdend gedrag	11	4,31	32	11,14
andere	10	3,92	9	3,13
totaal	255	100	287	100

1.2. Goede behandeling/begeleiding

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
diagnose	8	1,36	5	0,72
somatische verzorging	52	8,88	80	11,52
medicatie	43	7,35	49	7,06
individuele therapie	27	4,61	36	5,18
groepstherapie	33	5,64	36	5,18
voldoende beschikbaarheid	132	22,56	128	18,44
betrokkenheid familie	40	6,83	56	8,06
start opname/behandeling/begeleiding	31	5,29	40	5,76
beëindiging opname/behandeling/begeleiding	91	15,55	113	16,28
overplaatsing naar andere afdeling	29	4,95	41	5,90
overplaatsing naar een andere voorziening	59	10,08	59	8,50
andere	40	6,83	51	7,34

totaal	585	100	694	100
--------	-----	-----	-----	-----

Start opname/behandeling/begeleiding

	2016		2017	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	4	13,33	2	5,00
geweigerd	14	46,66	17	42,50
andere	12	40,00	21	52,50
totaal	30	100	40	100

Beëindiging opname/behandeling/begeleiding

	2016		2017	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	65	71,42	71	62,83
geweigerd	16	17,58	18	15,92
andere	10	10,98	24	21,23
totaal	91	100	113	100

Overplaatsing naar andere afdeling

	2016		2017	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	9	31,03	14	34,14
geweigerd	11	37,93	13	31,70
andere	9	31,03	14	34,14
totaal	29	100	41	100

Overplaatsing naar andere voorziening

	2016		2017	
	n	%	n	%
categorie				
verplicht	25	42,37	25	42,37
geweigerd	12	20,33	15	25,42
andere	22	37,28	19	32,20
totaal	59	100	59	100

1.3. Kwaliteitsvol verblijf/wonen

	2016		2017	
	n	%	n	%
categorie				

regels	101	55,80	74	38,74
groepsleven	36	19,88	57	29,84
ontspanning/vrije tijd	21	11,60	14	7,32
weekend- en verlofregeling	16	8,83	34	17,80
andere	7	3,86	12	6,28
totaal	181	100	191	100

1.4. Goede hotelservice

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
voeding	207	45,19	157	40,67
infrastructuur/accommodatie	153	33,40	130	33,67
hygiëne	24	5,24	14	3,62
veiligheid persoon	24	5,24	29	7,51
veiligheid goederen	45	9,82	54	13,98
andere	5	1,09	2	0,51
totaal	458	100	386	100

1.5. Betalende diensten

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
cafeteria	6	24,00	3	15,00
winkel	2	8,00	-	-
wasserij	11	44,00	14	70,00
publifoon	3	12,00	-	-
andere	3	12,00	3	15,00
totaal	25	100	20	100

1.6. Juiste factuur/correct geldbeheer

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
factuur	34	27,20	45	29,03
opbouw inkomen	5	4,00	6	3,87
zakgeld	25	20,00	19	12,25
bestedingsautonomie	9	7,20	17	10,96
bewindvoering	42	33,60	45	29,03
verzekeringen	7	5,60	18	11,61

andere	3	2,40	5	3,22
totaal	125	100	155	100

1.7. Beschermende maatregelen

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
straf	17	7,05	23	9,31
beperkte bewegingsvrijheid	55	22,82	58	23,48
afzondering	36	14,93	32	12,95
fixatie	18	7,46	10	4,04
gedwongen opname	92	38,17	106	42,91
internering	4	1,65	5	2,02
andere	19	7,88	13	5,26
totaal	241	100	247	100

2. Recht op vrije keuze beroepsbeoefenaar

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
psychiater	21	61,76	42	63,63
psycholoog	1	2,94	9	13,63
persoonlijk begeleider	5	14,70	7	10,60
andere	7	20,58	8	12,12
totaal	34	100	66	100

3. Recht op informatie

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
diagnose	16	28,07	18	16,36
duur	5	8,77	15	13,63
kosten	8	14,03	7	6,36
tegenaanwijzingen/risico's/nevenwerkingen	5	8,77	4	3,63
alternatieven	-	-	16	14,54
andere	23	40,35	50	45,45
totaal	57	100	110	100

4. Recht op geïnformeerde toestemming

categorie	2016		2017		
	n	%	n	%	
medicatie	informatie	7	3,82	5	2,56
	toestemming	73	39,89	87	44,61
behandeling/begeleiding	informatie	17	9,28	11	5,64
	toestemming	77	42,07	88	45,12
andere	informatie	5	2,73	1	0,51
	toestemming	4	2,18	3	1,53
totaal		183	100	195	100

5. Recht op zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	8	12,30	2	3,57
inzage/afschrift dossier	57	87,69	54	96,42
totaal	65	100	56	100

5.A. Recht op inzage of afschrift

categorie	2016		2017		
	n	%	n	%	
medisch luik	inzage	3	5,26	4	7,40
	afschrift	2	3,50	8	14,81
verpleegkundig dossier	inzage	1	1,75	-	-
	afschrift	-	-	-	-
sociaal luik	inzage	-	-	-	-
	afschrift	-	-	-	-
onderzoeksresultaten	inzage	2	3,50	-	-
	afschrift	1	1,75	1	1,85
volledig dossier	inzage	14	24,56	4	7,40
	afschrift	30	52,63	33	61,11
andere	inzage	-	-	2	3,70
	afschrift	4	7,01	2	3,70
totaal		57	100	54	100

6. Recht op bescherming persoonlijke levenssfeer

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
beroepsgeheim	26	31,32	35	42,68
persoonlijke overtuiging	2	2,40	3	3,65
briefgeheim	2	2,40	4	4,87
territoriale privacy	34	40,96	18	21,95
mondelinge indiscretie	9	10,84	6	7,31
andere	10	12,04	16	19,51
totaal	83	100	82	100

7. Recht op klachtenbemiddeling

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
geweigerd	-	-	2	11,11
bemoeilijkt	3	18,75	8	44,44
gesanctioneerd	3	18,75	2	11,11
informatie	8	50,00	6	33,33
andere	2	12,50	-	-
totaal	16	100	18	100

8. Recht op een wettelijke vertegenwoordiger

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
niet aanvaard	-	-	-	-
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	1	100,00	1	50,00
andere	-	-	1	50,00
totaal	1	100	2	100

9. Recht op een vertrouwenspersoon

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
niet aanvaard	5	29,41	7	38,88
geen verandering mogelijk	-	-	-	-
informatie	11	64,70	8	44,44
andere	1	5,88	3	16,66

totaal	17	100	18	100
--------	----	-----	----	-----

10. Recht op pijnbestrijding

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
chronische pijn	4	66,66	2	15,38
palliatieve zorg	-	-	-	-
euthanasie	2	33,33	10	76,92
andere	-	-	1	7,69
totaal	6	100	13	100

D. Interventie

Vanaf hier hebben de aantallen enkel betrekking op het aantal **afgesloten aanmeldingen** (2710).

De **interventie** van de ombudspersoon is bij heel wat aanmeldingen verschillend en vaak ook meervoudig. Goed luisteren vormt de basis van het ombudswerk. Soms verlangt de patiënt niets meer. Soms volstaat informeren of het doorverwijzen naar een hulpverlener of een dienst. In andere gevallen verkiest de patiënt zelf de nodige stappen te ondernemen en is de rol van de ombudspersoon beperkt tot coachen. Uiteindelijk is het de patiënt die beslist of de ombudspersoon ook effectief gaat bemiddelen, al of niet samen met hem/haar. Het gebeurt dat de patiënt vooral een signaal wil geven of vindt de ombudspersoon het belangrijk dat dit signaal - mits akkoord van de patiënt - gegeven wordt, meestal aan de direct betrokkene of aan de directie.

De categorieën in volgende tabel moeten ook zo geïnterpreteerd worden.

We registreren slechts de belangrijkste interventie en dus niet al diegene die er eventueel aan vooraf gaan.

Hoofdinterventie

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
luisteren	345	13,83	331	12,22
doorverwijzen intern	60	2,40	44	1,62
doorverwijzen extern	25	1,00	38	1,40
informeren	307	12,31	318	11,74
signaleren	552	22,14	498	18,39
coachen	255	10,22	299	11,04
bemiddelen	949	38,06	1179	43,55
totaal	2493	100	2707	100

Betrokkenheid patiënt bij bemiddeling

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
patiënt samen met ombudspersoon	127	13,38	214	18,15
ombudspersoon zonder patiënt	822	86,61	965	81,84
totaal	949	100	1179	100

E. Afsluiting

Tijd tussen aanmelden en afsluiten

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
aantal aanmeldingen met de afsluiting				
<i>op dezelfde datum als de aanmelding</i>	1146	45,98	1083	39,99
<i>binnen de week</i>	659	26,44	847	31,27
<i>binnen de twee weken</i>	273	10,95	277	10,22
<i>binnen de vier weken</i>	160	6,42	207	7,64
<i>later dan vier weken</i>	254	10,19	294	10,85
totaal	2492	100	2708	100
aantal weken bij aanmelding met langste looptijd	50		46	

Wanneer een aanmelding definitief is afgehandeld, is niet steeds duidelijk te bepalen, zeker in deze gevallen waar er geen feedback is. De ombudspersoon ontvangt soms nog bijkomende informatie nadat hij een aanmelding had afgesloten. Het afsluiten gebeurt of na het wekelijks bezoek aan het ziekenhuis of bij het registreren. De cijfers in de vorige tabel geven dan ook slechts een globaal beeld van de **tijd** die de afhandeling van aanmeldingen kan in beslag nemen.

De volgende tabellen geven een idee van hoe de **tevredenheid** van de patiënt met de afhandeling van de aanmelding wordt ingeschat. Wij maken een onderscheid tussen tevredenheid met het **resultaat** en tevredenheid met het **proces**.

Ontvangt de ombudspersoon de inschatting expliciet van de patiënt zelf, dan wordt de tevredenheid geregistreerd in de rijen "patiënt". Anders wordt enkel geregistreerd in de rijen (*inschatting door de*) "ombudspersoon".

Voorlopig beschikken we echter niet over een betrouwbaar instrument om deze tevredenheid rechtstreeks bij de betrokkene te bevragen.

Het is belangrijk om in de toekomst een praktisch instrument te ontwikkelen voor een regelmatige evaluatie van de ombudsfunctie door zowel personeel en ziekenhuis als door de patiënten zelf.

Evaluatie resultaat

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	905	36,31	1066	39,35
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	409	16,41	460	16,98
ontevredenheid patiënt	305	12,23	313	11,55
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	38	1,52	57	2,10
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	62	2,48	71	2,62
ontevredenheid patiënt	39	1,56	33	1,21
geen feedback	734	29,45	709	26,17
totaal	2492	100	2709	100

Evaluatie proces

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
door patiënt				
gehele tevredenheid patiënt	1277	51,22	1536	56,72
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	390	15,64	358	13,22
ontevredenheid patiënt	40	1,60	58	2,14
door ombudspersoon				
gehele tevredenheid patiënt	67	2,68	80	2,95
gedeeltelijke tevredenheid patiënt	74	2,96	79	2,91
ontevredenheid patiënt	8	0,32	7	0,25
geen feedback	637	25,55	590	21,78
totaal	2493	100	2708	100

Tot slot geven we de eventueel door de ombudspersoon voorgestelde **verdere stappen** weer, indien de interventie van de ombudspersoon geen oplossing bracht. Het gaat hier enkel over de louter informatieve opdracht van de ombudspersoon. Eenmaal de nodige informatie gegeven, houdt de opdracht van de ombudspersoon op.

Voorgestelde verdere stappen

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
federale ombudsdienst	1	1,92	2	2,89
orde geneesheren	2	3,84	-	-

advocaat	8	15,38	7	10,14
inspectie	2	3,84	1	1,44
vrederechter	2	3,84	5	7,24
andere rechtbank	1	1,92	6	8,69
ziekenfonds	2	3,84	3	4,34
andere	34	65,38	45	65,21
totaal	52	100	69	100

2. Huishoudelijk Reglement Externe Ombudsfunctie GGZ



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

IPSOF

Inter-Platform Steunpunt Ombudsfunctie

website: www.ombudsfunctieggz.be

Huishoudelijk Reglement Externe Ombudsfunctie GGZ

Inleiding

De wet patiëntenrechten (2002) en het KB ombudswerking (2004) zijn intussen meer dan een decennium oud.

Een kwaliteitsvolle ombudswerking vraagt evaluatie en aanpassingen.

De Vlaamse overheid volgt dit groeiproces mee op en reikt een aantal handvaten en richtlijnen aan om deze functie verder uit te bouwen.

In 2014 nam de Vlaamse overheid het initiatief om deze richtlijnen op te nemen in de zorgspiegel (audit). De aanpassing van het huishoudelijk reglement is dan ook een logisch vervolg.

Ook de adviezen van de Federale commissie Patiëntenrechten rond de ombudsfunctie en meer bepaald het advies van 2009 rond het huishoudelijk reglement, werden in deze vernieuwde versie verwerkt.

De kwalificaties zoals gehanteerd door de Vlaamse overheid in de audit (van aanbeveling tot non-conformiteit en tekortkoming) zijn opgenomen in de vernieuwde versie van het huishoudelijk reglement.

De mogelijke impact van aanbevelingen en non-conformiteiten of tekortkomingen is verschillend en blijft onderwerp van open, constructieve dialoog tussen de organisaties, de externe ombudsfunctie en de overheid.

Als externe ombudspersonen hopen we dat zowel medewerkers als aanmelders met het nodige vertrouwen beroep kunnen doen op een kwaliteitsvolle ombudswerking.

I. Algemene bepalingen

a) Wettelijk kader

De Wet betreffende de Rechten van de Patiënt van augustus 2002 stelt dat de patiënt het recht heeft een klacht neer te leggen in verband met de uitoefening van zijn rechten, toegekend door deze wet, bij de bevoegde ombudspersoon.

Artikel 10 van het KB van 8 juli 2003 legt de ombudspersoon de verplichting op een huishoudelijk reglement op te stellen met als doel de specifieke modaliteiten voor de organisatie, de werking en de procedure inzake de klachten bij de ombudspersoon te regelen binnen het kader van de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt (WPR). De ombudsfunctie moet voldoen aan de voorwaarden gesteld in het KB van 8 juli 2003 en 19 maart 2007.

b) Goedkeuring van het huishoudelijk reglement

De herziening van het huishoudelijk reglement werd goedgekeurd door de Raad van Bestuur van.....dd.....te.....

c) Inzage van het Huishoudelijk Reglement

Het huishoudelijk reglement ligt ter inzage van de patiënten, de medewerkers van de voorziening en iedere belangstellende in het lokaal van de ombudspersoon en ter beschikking(dienst in de voorziening).

d) Vereisten voorziening

De betrokken voorziening draagt er zorg voor dat:

- voldoende informatie wordt verstrekt aan de patiënt, waardoor de vlotte bereikbaarheid van de ombudsfunctie gegarandeerd is. Concreet: Er is een algemene informatiebrochure waarin de patiëntenrechten en de klachtenprocedure in duidelijke taal voor patiënt en familie worden toegelicht, bezorgd bij opname aan elke patiënt. Op elke afdeling hangt een affiche met de contactgegevens van de ombudspersoon. Personen in afzondering worden expliciet gewezen op de mogelijkheid om beroep te doen op de ombudspersoon. Ook op de website van de voorziening staan de contactgegevens van de ombudspersoon duidelijk aangegeven.
- de klachtenprocedure(s) breed gecommuniceerd wordt/worden door de voorziening: aan eigen medewerkers (medische diensthouders, hoofdverpleegkundigen, verantwoordelijken en zorgverleners) door bijvoorbeeld publicatie op het intranet (is ingebed in inscholingsprogramma's en documentatie voor nieuwe personeelsleden) beschikbaar op de website, beschreven en vertaald in overzichtelijke en gebruiksvriendelijke flowcharts.

- de ombudspersoon de mogelijkheid heeft om ongehinderd in contact te treden met alle bij een klacht betrokken personen.
- de ombudspersoon over de nodige administratieve en technische middelen beschikt om zijn taken te kunnen uitvoeren met onder andere een secretariaat, tools ter communicatie, verplaatsing, documentatie, archivering en een gespreksruimte.
- de gespreksruimte fysiek goed toegankelijk is. In de inkomhal is er een duidelijke wegwijzer of ander affichering die het gesprekslokaal van de ombudspersoon makkelijk vindbaar maakt.
- de ombudspersoon voldoende tijd aan dit ziekenhuis kan besteden in relatie tot het aantal patiënten.
- de zorgverstrekkers en/of de afdelingen zelf verantwoordelijkheid opnemen en actief meewerken aan het voorkomen en/of afhandelen van klachten. Er wordt gestimuleerd dat patiënten hun klacht eerst rechtstreeks bespreken met de betrokken zorgverstrekkers. De patiënt kan evenwel zelf bepalen of hij zijn klacht al dan niet direct bij de ombudspersoon aanmeldt zonder de betrokkene vooraf te hebben aangesproken. Deze mogelijkheid staat ook duidelijk geformuleerd in de informatie die verspreid wordt met betrekking tot de ombudsfunctie.
- de resultaten van patiënttevredenheidsenquêtes (inclusief opmerkingen die patiënten daarin neerschrijven) worden doorgegeven aan de ombudspersoon. Klachten, incidenten en gegevens uit patiëntbevragingen worden op voorzieningsniveau samen geanalyseerd met het oog op het voeren van een verbeterbeleid. Relevante parameters met betrekking tot de ombudsfunctie (bv. beschikbaarheid VTE ombudspersoon, aantal klachten per patiëntenrecht, doorlooptijd van klachten...) worden vergeleken met die in andere voorzieningen in Vlaanderen en hieruit worden besluiten getrokken. Het is trouwens in eerste instantie de bedoeling dat voorzieningen zelf zulke vergelijkingen opzetten om daaruit te leren.

I. De ombudsfunctie

a) Samenstelling

- Naam:, externe ombudspersoon GGZ provincie
- Naam:, externe ombudspersoon GGZ provincie

Beide zijn beschikbaar volgens de permanenties beschreven op de website www.ombudsfunctieggz.be of op het hoofdkantoor van overlegplatform....., gelegen te.....

b) Bereikbaarheid – Beschikbaarheid

De ombudspersoon is zowel persoonlijk bereikbaar als telefonisch of per e-mail. Elke aanmelding kan schriftelijk of mondeling worden ingediend.

De ombudspersonen zijn elke werkdag bereikbaar van 9h – 17h:

- | | | |
|---------|------|---------|
| - Naam: | GSM: | E-mail: |
| - Naam: | GSM: | E-mail: |

In elke voorziening wordt aan het onthaal en de afgesproken afdelingen een poster voorzien op een zichtbare hoogte, waarop zowel de coördinaten als de beschikbaarheid van de ombudspersoon duidelijk vermeld staan.

Er is een brievenbus aanwezig in de voorziening, ook op de gesloten afdelingen, waar vragen en aanmeldingen kunnen worden gedeponereerd. Enkel de ombudspersoon ledigt deze brievenbus.

Bij afwezigheid of na de kantooruren, beschikt de ombudspersoon over een antwoordapparaat dat vermeldt wanneer deze terug bereikbaar is. Als men een bericht nalaat met de nodige contactgegevens, wordt door de ombudspersoon terug contact opgenomen.

In geval van langdurige afwezigheid of vakantie van een ombudspersoon zal worden aangegeven bij wie men terecht kan met de klacht.

II. Opdracht van de ombudsfunctie

a) Opdracht

- Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen.
- Het bemiddelen bij klachten in verband met de uitoefening van rechten van de patiënt zoals door de wet omschreven, met oog op het bereiken van een oplossing.
- Het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij het gebrek aan het bereiken van in voorgaand bedoelde oplossing.
- Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie.
- Het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten in verband met de uitoefening van de rechten van de patiënt.
- Het opmaken van een jaarverslag met een overzicht van het aantal klachten en het resultaat.

Met oog op een deskundige oplossing voor de klacht, oefent de ombudspersoon zijn bemiddelingsopdracht op een zorgvuldige wijze en binnen een redelijke termijn uit. De ombudspersoon kan daartoe iedere informatie verzamelen die hij nuttig acht in het kader van de bemiddeling. Deze legt de informatie voor aan de bij de bemiddeling betrokken partijen, zonder daarbij standpunt in te nemen.

b) Betrokkenheid

De ombudspersoon mag niet betrokken zijn geweest met de feiten en de pers(oo)n(en) waarop de klacht betrekking heeft. Indien er toch enige betrokkenheid speelt, zal de betrokken ombudspersoon de bemiddeling door een collega ombudspersoon laten opnemen.

c) Onafhankelijkheid en onverenigbaarheden

De ombudspersoon werkt autonoom en onafhankelijk. Met oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van zijn opdracht, kan de ombudspersoon niet worden gesanctioneerd wegens daden die hij in het kader van de correcte uitoefening van die opdracht stelt. Teneinde de onafhankelijkheid van de ombudsfunctie niet in het gedrang te brengen is de functie van ombudspersoon onverenigbaar met:

- Een leidinggevende functie of beheersfunctie in een gezondheidszorgvoorziening zoals de functie van directeur, hoofdgeneesheer, hoofd van het verpleegkundig departement of voorzitter van de medische raad.
- Het uitoefenen in het ziekenhuis van een functie in het kader waarvan gezondheidszorg wordt verstrekt als beroepsbeoefenaar zoals wordt bedoeld in de patiëntenrechtenwet.
- Een functie of activiteit in een vereniging die de verdediging van de belangen van patiënten tot doel heeft.
- De functie van de ombudspersoon wordt niet verenigd met een hulpverlenende of leidinggevende functie in één van de voorzieningen.
- De ombudspersoon geeft de aanmelding of klacht niet door zonder instemming van de patiënt en stemt zijn acties in het kader van de afhandeling zoveel mogelijk af met de patiënt.

d) Neutraliteit

Tijdens het proces van bemiddeling neemt ombudspersoon geen standpunt in. Hij neemt een strikte neutraliteit in acht.

e) Beroepsgeheim

De ombudspersoon is verplicht het beroepsgeheim te respecteren.

III. Klacht en bemiddeling

a) Neerlegging

Klachten in verband met de patiëntenrechten kunnen vlot en zonder belemmering worden neergelegd bij de ombudsfunctie om er te worden behandeld. Ook klachten die niet direct betrekking hebben op de patiëntenrechten (bv. met betrekking tot hotelfunctie) of op de officieel erkende beroepsbeoefenaars zijn ontvankelijk. Klachten met betrekking tot beroepsbeoefenaars die op zelfstandige basis actief zijn in de voorziening, zijn ontvankelijk.

De patiënt kan, daarin al dan niet bijgestaan door een vertrouwenspersoon, een mondelinge of schriftelijke klacht indienen bij de ombudspersoon. Deze laatste zal binnen een redelijke termijn overgaan tot de afhandeling van de klacht

Er is een duidelijk onderscheid tussen de interne en de externe klachtenprocedure, beide worden goed op elkaar afgestemd. Het gebruik van de interne klachtenprocedure sluit de patiënt niet uit van het gebruik van de externe en omgekeerd.

b) Ontvangst en opvolging van de klacht

Bij een schriftelijke aanmelding zal de ombudspersoon, van zodra hij kennis heeft genomen van de klacht, contact opnemen met de aanmelder en hem hierover op de hoogte stellen. In geval van een mondelinge klacht wordt in overleg met de melder de concrete manier van opvolging afgesproken.

c) Registratie

De ombudspersoon zal van ieder bij hem/haar aangemelde klacht minstens volgende gegevens registreren:

- De identiteit van de patiënt en desgevallend van de vertrouwenspersoon.
- De datum van ontvangst van de klacht.
- De aard en inhoud van de klacht.
- De datum van afhandeling van de klacht.
- Het resultaat van de afhandeling van de klacht.

De persoonsgegevens verzameld in het kader van het onderzoek van de klacht mogen slechts bewaard worden gedurende de tijd die nodig is voor de behandeling ervan en het opstellen van het jaarverslag.

d) De afhandeling van de klacht

De ombudspersoon zal alles in het werk stellen om elke klacht binnen een redelijke termijn af te handelen. Deze informeert de aanmelder en de betrokkenen over het resultaat van de klachtenbemiddeling. De ombudspersoon zal de aanmelder inlichten over alternatieve mogelijkheden voor de afhandeling van de klacht, indien er geen oplossing kan bereikt worden.

IV. Jaarverslag van de ombudspersoon

a) Inhoud

Anonieme klachten worden binnen de voorziening minstens beoordeeld op hun informatieve waarde en op hun bruikbaarheid in het kader van een verbeterbeleid. De gegevens van het jaarverslag zullen worden opgesplitst per aangesloten organisatie.

Het directiecomité nodigt jaarlijks de ombudspersoon uit om het jaarverslag te bespreken. De voorziening kiest beargumenteerd welke aanbevelingen uit het jaarverslag van de ombudsfunctie worden geïntegreerd in de verbetercyclus. De ombudspersoon krijgt feedback over wat er al dan niet met de aanbevelingen uit het jaarverslag gebeurt.

Het jaarverslag bevat geen elementen waardoor één van de natuurlijke personen betrokken bij de afhandeling van de klacht kan worden geïdentificeerd (eerbiediging van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens).

b) Neerlegging verslag

Het jaarverslag wordt uiterlijk op 30 april van elk volgend kalenderjaar voorgelegd aan:

- de beheerder, de hoofdgeneesheer, de directie en de medische raad van de voorziening
- de kwaliteitscoördinator van de voorziening.
- desgevallend bezorgen de interne en externe ombudspersoon hun jaarverslag aan elkaar.

c) Openbaarheid

Het jaarverslag moet binnen de voorziening kunnen geraadpleegd worden door de bevoegde geneesheer-inspecteur.

V. Slotbepalingen

- a) Indien de ombudsfunctie wordt georganiseerd voor meerdere voorzieningen, door het overlegplatform GGZ, dan is er een schriftelijk samenwerkingsakkoord gesloten tussen de voorziening en het overlegplatform.
- b)

Naam			
Functie	Ombudspersoon	Voorzitter RvB	Directie PZ
Datum			
Handtekening			

**EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

VLAANDEREN

2017



www.ombudsfunctieggz.be



OMBUDSFUNCTIE IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG



OGGPA vzw
Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Provincie Antwerpen vzw

Haagbeuklei 12, 2610 Wilrijk
tel: 03 / 609 33 41 ♦ fax: 03 / 609 33 49
e-mail: info@oggpa.be



SPIL vzw
Samenwerking van Psychiatrische
Initiatieven Limburg vzw

Universiteitslaan 1, 3500 Hasselt
tel: 011 / 23 82 19 ♦ fax: 011 / 23 72 90
e-mail: spil@limburg.be



PopovGGZ vzw
Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen vzw

Oude Abdij, Drongenplein 26, 9031 Gent (Drongen)
tel: 09 / 216 65 50 ♦ fax: 09 / 216 65 59
e-mail: popovggz@ombudsfunctieggz.be



Logistiek Vlabo vzw
Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Vlaams-Brabant

Groeneweg 151/7, 3001 Heverlee
tel: 016 / 27 03 18 ♦ fax: 016 / 27 03 19
e-mail: vlabo@ombudsfunctieggz.be



Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg West-Vlaanderen vzw

Hoefijzerlaan 40, 8000 Brugge
tel: 050 / 34 11 70 ♦ fax: 050 / 34 19 41
e-mail: info@op-wvl.be

JAARVERSLAG
EXTERNE OMBUDSFUNCTIE
IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
VLAANDEREN

registratieperiode van 1 januari tot 31 december 2017

Lou Hamdaoui

**Overlegplatform Geestelijke
Gezondheidszorg Provincie Antwerpen**

**in samenwerking met de
externe ombudspersonen GGZ
Vlaanderen**

februari 2018

INHOUD

INLEIDING	5
1. AANMELDINGEN	6
2. AANBEVELINGEN	7
3. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ	12

INLEIDING

Dit is het veertiende jaarverslag over de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Het geeft een overzicht van alle meldingen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg die in de loop van 2017 werden gericht aan de ombudspersonen van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg.

Het verslag vergelijkt de meldingen van 2017 met die van 2016, bundelt de meldingen per provincie en geeft op die manier een overzicht van de globale ombudspraktijk binnen elke provincie.

De verantwoordelijken van de betrokken psychiatrische ziekenhuizen ontvangen een afzonderlijk verslag over de meldingen vanuit hun eigen voorziening. Dit uitgebreid verslag wordt door de ombudspersoon met de verantwoordelijken van elke voorziening doorgenomen en toegelicht.

Voor tal van samenwerkingsverbanden beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen, centra geestelijke gezondheidszorg en voorzieningen met RIZIV-conventie blijft het aantal meldingen dermate gering dat een afzonderlijk jaarverslag niet zinvol is.

De voorgeschiedenis van de ombudsfunctie is stilaan gekend. 2005 kan beschouwd worden als het referentiejaar, omdat dit het eerste volledige jaar was met een werking in alle provincies. In dit jaarverslag wordt enkel de vergelijking gemaakt tussen 2017 en 2016. Wie de langere termijn evolutie in detail wil volgen, kan altijd de opeenvolgende jaarverslagen naast elkaar leggen. Deze zijn te vinden op www.ombudsfunctieggz.be.

In de meeste psychiatrische ziekenhuizen is de basis voor het functioneren van de externe ombudsfunctie gelegd. Voor de andere voorzieningsoorten blijft het zoeken naar een gepaste benadering, waarbij rekening moet worden gehouden met budgettaire mogelijkheden en andere factoren, zoals afstanden, aantal voorzieningen, aantal campussen. Vanaf 2013 werd de ombudsfunctie ook aangeboden aan de mobiele teams in het kader van de projecten artikel 107.

Voor een overzicht van de regelgeving en de manier van werken van de externe ombudspersonen verwijzen we naar de verslagen van de voorbije jaren. Zowel de regelgeving als de methodiek van het ombudswerk is de voorbije jaren nog nauwelijks veranderd. De regelgeving vindt u op www.ombudsfunctieggz.be onder "Wet- en regelgeving". De inhoudelijke visie en basisprincipes van het ombudswerk in de GGZ vindt u onder "Wat en hoe?" (*visietekst, gedragscode, overeenkomst, huishoudelijk reglement, traject melding en andere praktische tools*).

1. AANMELDINGEN

De **eerste aanmelding** werd geregistreerd op 02/01/2017, de laatste op 29/12/2017.

Het **totaal aantal aanmeldingen** bedraagt 2762, het totaal aantal **in 2017 afgesloten aanmeldingen** 2710.

Hieronder vergelijken we de basisgegevens van 2014 tot en met 2017.

Aanmeldingen, aanmelders

categorie	2014	2015	2016	2017
aanmeldingen	2515	2531	2571	2762
aanmelders	1569	1682	1740	1878

Overzicht aanmeldingen met betrekking tot recht op:

categorie	2016		2017	
	n	%	n	%
1. kwaliteitsvolle dienstverlening	1870	80,18	1981	77,96
2. vrije keuze beroepsbeoefenaar	34	1,45	66	2,59
3. informatie	57	2,44	110	4,32
4. geïnformeerde toestemming	183	7,84	195	7,67
5. inzage patiëntendossier	65	2,78	56	2,20
6. bescherming persoonlijke levenssfeer	83	3,55	82	3,22
7. klachtenbemiddeling	16	0,68	18	0,70
8. wettelijke vertegenwoordiger	1	0,04	2	0,07
9. vertrouwenspersoon	17	0,72	18	0,70
10. pijnbestrijding	6	0,25	13	0,51
totaal	2332	100	2541	100

De disciplines die het meest betrokken waren bij de aanmeldingen ggz 2017 zijn: Verpleging, psychiater en het multidisciplinaire team. (zie bijlagen)

2. AANBEVELINGEN

2.1. Dialoog vanuit het patiëntperspectief

Informereren

Patiënten krijgen doorgaans de nodige informatie die voor hen van toepassing is, ofwel bij de intake, tijdens de opname en/of in nazorg. We merken vandaag dat er geen of te weinig duidelijke afspraken worden gemaakt rond het systematisch informeren van patiënten en hun naasten. Door de complexiteit van de situatie, de persoonlijke kwetsbaarheid en spanning vanwege de patiënt, dringt de boodschap vaak onvoldoende door of komt deze niet altijd over zoals bedoeld. Hulpverleners hebben wel eens het idee dat de zaken wel voor zich spreken. Het gebrek aan extra toetsing op zulke momenten zorgt ervoor dat patiënten onnodig zouden piekeren over hun situatie, perspectief en mogelijkheden, net omdat ze in hun beleving onvoldoende of niet geïnformeerd zijn. Voorbeelden van situaties waar herhaling van informatie wordt aangeraden: Afdelingsregels en gedwongen opname.

Beschikbaarheid

Het komt voor dat de verwachtingen van patiënten niet altijd stroken met de reële mogelijkheden geboden in de plaatselijke voorziening. Bij de start van de opname of bij intake zou men in het ziekenhuis indicaties kunnen geven over de frequentie en duur van de persoonlijke gesprekken en individuele therapieën met de betrokken beroepsbeoefenaars. Het kan een meerwaarde zijn om patiënten uitgebreid te informeren omtrent de werking en doel van het multidisciplinaire team. Een persoonlijk onderhoud is voor de zorgverlener niet altijd noodzakelijk ter opvolging van de toestand van de patiënt. Een duidelijke communicatie over de werking en verwachtingen van het multidisciplinaire team op afdelingsniveau vermijdt wantrouwen, onzekerheid en het gevoel "vergeten te worden" bij de patiënt.

Correcte omgangsvormen/Bejegening

Luisteren is dé basis voor patiëntgerichte hulpverlening. Naast individuele therapieën en groepsessies hebben vele patiënten nood aan een extra klankbord, al is het maar om even gezien te worden, gehoord te worden, een mededeling te doen of een korte vraag te stellen. Door tijdsgebrek van de hulpverleners staan patiënten vaak in de kou, daardoor ervaren ze vooral een afwijzing van hun kwetsbaarheid. Het is aangewezen om hulpverleners te stimuleren tot het tonen van nabijheid, onvoorwaardelijke positieve aandacht, respectvolle bejegening en de tijd te nemen om een volwaardig antwoord te bieden. Kortweg de dialoog aan te gaan.

Patiënten geven aan dat een kordate aanpak, scherp woordgebruik en harde taal een niet te onderschatten negatieve impact heeft op hun welbevinden en hersteltraject.

Aandacht voor de wijze van communiceren met patiënten en het scherpstellen van de grondhouding van de hulpverleners kan zulke klachten helpen voorkomen. We adviseren de

psychiatrische ziekenhuizen om initiatieven te ontwikkelen om een respectvolle bejegening aan te moedigen en te garanderen.

Patiëntparticipatie

Als beroepsbeoefenaar het verschil kunnen maken en goede zorg leveren, is een streefdoel op zich. Eén van de sleutels daartoe is onder andere de wijze waarop een patiënt wordt benaderd of beter gezegd wordt betrokken. Patiënten kijken met een andere bril naar hun zorgsituatie en/of traject. Zij kunnen vaak goed inschatten waar de behoeften, noden of verwachtingen liggen en waar hiaten zitten. Feedback van patiënten en open staan voor hun expertise resulteert in het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, empowerment, een positieve samenwerking, kortweg een goede therapeutische relatie.

Het dichten van de kloof tussen beroepsbeoefenaar en zorgvrager binnen de geestelijke gezondheidszorg, is vandaag één van de grootste uitdagingen. Dit betekent in de praktijk een evenwicht zoeken tussen "zorg op maat" binnen de herstelvisie en de algemene huisregels en standaard regelgeving op de afdelingen binnen het ziekenhuis.

Om dit te bewerkstelligen, is een maximaal engagement nodig van elke hulpverlener. Binnen de werking van de psychiatrische ziekenhuizen wordt momenteel beroep gedaan op vrijwillige en betaalde ervaringsdeskundigen. Dit toont aan dat de voorzieningen het belang zien van de input van het patiëntperspectief. Patiëntparticipatie is een manier om zorg te kunnen afstemmen op wensen en behoeften van patiënten. Hen betrekken in hun persoonlijk zorgplan geeft de afdeling de mogelijkheid om deze relevante inbreng van kennis en ervaring in te zetten ter verbetering van de zorgrelatie en patiënten krijgen de kans om verantwoordelijkheid te nemen in hun eigen traject.

Patiëntparticipatie kan allerlei vormen aannemen die onder andere afhangt van de stabiliteit van de gezondheidstoestand en het proces waarin de patiënt zich bevindt tijdens de opname. De vraag is, hoe wenst men participatie te vertalen op een afdelingsniveau in een ziekenhuis? Opteert men voor een individuele benadering, het oprichten van een patiëntenraad (groep) of het betrekken van de familie? Het betrekken van patiënten in hun persoonlijk traject verhoogt het vertrouwen, geeft minder angst, verhoogt de therapietrouw en zorgt voor een betere patiëntveiligheid.

Ervaringsdeskundigheid

De inbreng van ervaringsdeskundigheid wordt door patiënten, hun directe omgeving én personeelsleden 'op de werkvloer' als zeer waardevol ervaren. Samen met hen hopen we dat deze inbreng van ervaringen en belevingen van de zorg een structurele plaats kan krijgen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Een evaluatie van de impact en resultaten van de zorg vanuit het gebruikersperspectief kan immers een grote bijdrage leveren aan het streven naar een effectieve, humane en maatschappelijk gedragen zorg.

2.2. Dialoog met partners in de zorg

Familiebeleid

Ook familie werd wel eens afgesneden van het traject van een naaste. Zowel telefonisch als op de afdelingen had men wel eens het gevoel, in hun beleving, te worden afgewimpeld met de mededeling dat elke hulpverlener gebonden is aan beroepsgeheim. Elke beroepsbeoefenaar is in de mogelijkheid om de familieleden een duidelijk kader te bieden, te informeren omtrent geestelijke gezondheidszorg, de werking op de afdeling alsook toelichting te geven rond het ziektebeeld, het proces en de verwachtingen van de opname zonder in te gaan op de inhoud van het persoonlijk patiëntendossier. Stilaan ziet men de winst in van gedeelde zorg en gedeelde verantwoordelijkheid, gezien de residentiële behandeltrajecten alsmar korter worden. Volgende taken blijven de kern van een sterk familiebeleid:

- Verstrekken van informatie aan de familie: diagnose, behandelplan, toeleiding tot begeleiding (informeren uiteraard mits toestemming van de patiënt – denk aan “vertrouwenspersoon”)
- Betrekken van de familie in het zorgproces: welke taken kan het netwerk/familie op zich nemen als verlengde van de zorg in het ziekenhuis. Toelichting rond behandelplan/prognose/mogelijkheden/perspectief...Wat kan de familie hier concreet in betekenen? Hoe kunnen zij de patiënt opvangen? Op welke wijze kunnen zij op hun beurt steun krijgen?
- Ondersteunen/coachen van de familie: Wat is de draagkracht/-last van de familie, in welke mate kunnen zij zich verdiepen in het ziektebeeld van de patiënt, zijn zij in de mogelijkheid om zich nieuwe vaardigheden eigen te maken om in de zorg te kunnen voorzien van de patiënt na opname?
- Doorverwijzen naar infosessies, cursussen, begeleiding al dan niet binnen de voorziening of patiëntverenigingen, de herstelacademie...

Aanduiden van een vertrouwenspersoon

Een belangrijke vaststelling is dat de rol van de vertrouwenspersoon nog vaak wordt onderschat, onvoldoende benut en te weinig gepromoot. De mogelijkheid tot het aanduiden van een vertrouwenspersoon is nog steeds weinig gekend, zowel door de hulpverleners als door de patiënten. De meeste patiënten zijn vaak sociaal geïsoleerd, hebben geen of een klein vangnet, familie of sociaal netwerk. Ze zijn kwetsbaar, kennen hun rechten niet, laat staan dat ze op de hoogte zijn van het bestaan van de mogelijkheid van het aanduiden van een vertrouwenspersoon, denk aan gedwongen opname. Soms is er nog familie maar is er geen vertrouwen of is deze “toxisch” voor de patiënt. In die gevallen is de nood tot ondersteuning bij vragen extra hoog. Vooral in die situaties waar sprake is van dwang en beperkingen van de autonomie van de patiënten, is de nood aan een vertrouwenspersoon die patiënt kan ondersteunen bij de uitoefening van zijn rechten, duidelijk aanwezig. Het is belangrijk dat hulpverleners deze noden erkennen en beantwoorden. Als ombudspersoon is het onze opdracht om patiënten en hulpverleners hier zoveel mogelijk attent op te maken aan de hand van onder andere infosessies en documentatie.

Ontslagbeleid

We stellen vast dat het beëindigen van de opname of de behandeling, door de patiënt en diens familie vaak als moeilijk, te snel en vooral als onvoorbereid wordt ervaren. Vanuit onze praktijk moedigen we hier uitdrukkelijk de dialoog aan. Daaronder valt de zorgvuldige voorbereiding van het ontslag. Wat is er in samenspraak met de patiënt nodig en mogelijk om het traject correct af te ronden? In welke mate heeft de patiënt nood aan vervolgondersteuning of een nazorgtraject? We denken aan programma's ter versterking van de persoonlijke veerkracht, training van vaardigheden om te leren omgaan met herval, crisis en herstel. We verwijzen naar bijvoorbeeld "WRAP" (Wellness Recovery Action Plan), herstelprogramma's met actieplannen gericht op welbevinden, zelfzorg en uitwerken van een eigen vangnet.

Hierbij zoemen wij extra in op patiënten die geconfronteerd worden met gedwongen ontslag. Wanneer zorgverleners in geval van vertrouwensbreuk of omwille van een overtreding van huis- of afdelingsregels door de patiënt of het niet nakomen van duidelijke afspraken binnen het behandeltraject, beslissen om de behandeling eenzijdig stop te zetten, is er sprake van gedwongen ontslag. Naar aanleiding van de grond van aanmeldingen stellen we vast dat de beëindiging van de zorgrelatie voor de patiënt in het merendeel van de gevallen aanvoelde als een voldongen feit, waarbij geen ruimte werd gecreëerd voor dialoog of de kans werd gegeven om op z'n minst gehoord te worden. In die situaties werden noch alternatieven aangeboden, noch een doorverwijzing om de continuïteit in eender welke vorm ook te garanderen. De patiënt wordt teruggeworpen op zichzelf en geacht zelf initiatief te nemen om een volgend traject uit te stippelen. Ons advies bij zulke beslissingen is het aangaan van de dialoog en in samenspraak met de patiënt mogelijkheden exploreren waarvoor deze in aanmerking zou kunnen komen om de zorg alsnog te kunnen verderzetten, weliswaar binnen een andere vorm of voorziening na het ontslag.

Bepaalde patiënten zijn opgenomen na een verblijf in de gevangenis of komen uit een preciaire situatie. In het ontslagbeleid zou men voor deze groep een empowermentprogramma kunnen implementeren zodat ook zij extra ondersteund kunnen worden bij het resocialiseren. Het niet in staat zijn of het ontbreken van vaardigheden om op zoek te gaan naar huisvesting en werk dragen bij tot mentale stress en bemoeilijken het behandeltraject.

2.3. Beschermende maatregelen

Humanisering van de zorg

De Hoge Gezondheidsraad publiceerde in juni 2016 een advies rond "Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg". Deze adviestekst geeft een reeks aanbevelingen voor gepaste vormen van afzondering, dwangbehandeling, fixatie,...

Het advies geeft aan dat het bevorderen van participatie van de patiënt in de zorg, een belangrijk onderdeel uitmaakt van conflictpreventie, wat resulteert in het vaker voorkomen van afzondering en dwangmaatregelen. We verwijzen graag naar dit advies en deze aanbevelingen als leidraad voor een participatieve en herstelgerichte zorgverlening.

Hoewel we merken dat over de provincies heen sterk wordt ingezet op goede praktijken (bijvoorbeeld fixatie-arm beleid, betrekken van naasten bij isolatie, patiëntparticipatie...), stellen we vast dat door tijdgebrek, personeelstekort en gebrek aan middelen nog vaak wordt overgegaan tot enige vorm van dwang zijnde gedwongen medicatie, verplicht deelnemen aan therapie, afnemen van communicatiemiddelen (gsm, laptop..), afzondering, kamerprogramma, fixatie. In dit kader adviseren we een actief ondersteunend programma voor hulpverleners om aan conflicthantering te werken en meer in te zetten op patiëntparticipatie en leren de dialoog aan te gaan. In het najaar van 2017 werden er opleidingen voorzien rond dit thema. De ziekenhuizen zullen hiervan op de hoogte worden gebracht door de organiserende instanties.

Forensische zorg

Het kader voor ombudspersonen in de geestelijke gezondheidszorg is, zoals bekend, de patiëntenrechtenwet van 22 augustus 2002. In onze dagelijkse praktijk zijn deze patiëntenrechten onverminderd ons uitgangspunt. We stellen in de praktijk echter vast dat er verschillen zijn tussen instellingen en individuele zorgverleners betreft de uitoefening van de patiëntenrechten in settings waar personen behandeld of begeleid worden in het kader van een internering.

Tussen de behandelcontext van geïnterneerde personen en de wet op de patiëntenrechten zitten in de praktijk discrepanties die leiden tot verschillende interpretaties of gedifferentieerde toepassingen van deze wet (bijvoorbeeld met betrekking tot het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar (artikel 2) en bij uitbreiding het recht op vrije keuze van de zorginstelling of het recht op vrijwillige instemming met een medische behandeling (artikel 8)).

Onze aanbeveling hieromtrent aan de overheid is om meer duidelijkheid te scheppen in het wettelijk kader en de toepassing ervan ter ondersteuning van deze patiëntenpopulatie. Op die manier zou men rechtszekerheid kunnen garanderen binnen de patiëntenrechtenwet. Meer duidelijkheid hierin biedt ook de beroepsbeoefenaars kansen, opdat zij (artsen en multidisciplinaire teams) meer houvast kunnen vinden in een uniforme interpretatie en uitoefening van de patiëntenrechten voor personen met een interneringsstatuut.

Onze aanbeveling aan de beroepsbeoefenaars is om bij deze specifieke doelgroep extra aandacht te schenken bij het toepassen van de patiëntenrechtenwet, met oog voor zelfbeschikking en autonomie tijdens het behandeltraject, optimale mogelijkheden creëren voor dialoog, ook met betrekking tot klachtenbehandeling.

3. EXTERNE OMBUDSFUNCTIE GGZ

3.1. Transitie GGZ landschap

De nieuwe ontwikkelingen binnen de geestelijke gezondheidszorg en de daarmee gepaard gaande vraagstukken omtrent de toekomst van de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, zijn een aanleiding om de doelen, profilering en positie van de externe ombudsfunctie GGZ aan te scherpen en duidelijk te stellen. Hiermee wensen wij een helder beeld te schetsen van de koers die we varen met deze gespecialiseerde functie in volle ontwikkeling. Er wordt gewerkt aan een algemeen Vlaams kader dat zorgt voor een gecoördineerde, toegankelijke en kwaliteitsvolle dienstverlening voor alle GGZ-patiënten in Vlaanderen. Daarbij wordt gestreefd naar een gelijke toegankelijkheid voor iedereen en dus ook voldoende capaciteit om dit te kunnen realiseren.

Veertien jaar geleden werd de basis gelegd naar aanleiding van het tot stand komen van de Wet Patiëntenrechten op 22 augustus 2002. De praktijk van de externe ombudsfunctie in de geestelijke gezondheidszorg heeft doorheen de jaren bewezen een betekenisvol kanaal en vooral krachtig medium te zijn in de verbinding tussen de zorgvrager en de zorgaanbieder. Dit is te danken aan de deskundigheid, kennis en ervaring van elk van de onafhankelijke ombudspersonen GGZ op het terrein.

Het is noodzakelijk om een ombudsfunctie specifiek voor de geestelijke gezondheidszorg te organiseren. De eigenheid van de populatie (patiënten met een psychische kwetsbaarheid) en de complexiteit van de thema's waarmee deze patiënten in aanraking komen (gedwongen opname, internering, gedwongen medicatie, afzondering, bewindvoering, ...) vereisen specialisatie en een bijzondere bejegening.

3.2. Professionalisering

De externe ombudsfunctie vraagt een professionele en specifieke aanpak overeenkomstig hedendaagse inzichten rond bemiddeling en klachtenbehandeling.

Het huidige **IPSOF** (Inter Platform Steunpunt Ombudsfunctie) coördineert de ontwikkeling en ondersteunt de professionalisering van deze functie in Vlaanderen. Tegelijk is dit het formele aanspreekpunt voor de externe ombudsfunctie GGZ in Vlaanderen. Er wordt vanuit IPSOF gestreefd naar een afgestemde, sterk onderbouwde, kwaliteitsvolle en te verantwoorden aanpak voor het volledige aanbod van de Vlaamse externe ombudsfunctie. De ombudspersonen dienen een hoge graad van competentie te beschikken, zowel met betrekking tot kennis (psychopathologie, daaraan gekoppelde behandelmethoden, therapieën, basis psychologie, omgaan met verlies, juridische kaders...), vaardigheden (communicatietechnieken, conflicthantering) en ervaring als over de juiste attitude te beschikken.

De onafhankelijke en gespecialiseerde ombudsfunctie binnen GGZ versterkt zowel de kwetsbare cliënt in zijn ontwikkeling ten aanzien van de relatie met de hulpverlener alsook de kwaliteit van de zorgaanbieder, wat op zijn beurt een positieve invloed heeft op de algemene patiëntentevredenheid. In die zin werkt de ombudsfunctie, net zoals de referentiekaders voor voorzieningen in de GGZ die zijn ontstaan in samenspraak met de Vlaamse overheid, aan kwaliteitsverbetering in zorg.

De werking van de externe ombudsfunctie Vlaanderen toont aan dat het onafhankelijke karakter en de onpartijdigheid voor de patiënt een voorwaarde zijn om beroep te kunnen doen op deze dienst. De onafhankelijkheid van de ombudspersonen is extra belangrijk gezien de kwetsbare positie van de doelgroep. Voor heel wat patiënten binnen de GGZ is het van belang dat zij informatie kunnen vragen en hun ongenoegen kunnen uiten bij een ombudspersoon die wel gekend is en die toch losstaat van de betrokken zorgverlener/voorziening waarop zij beroep doen.

Een lokale verankering van de externe ombudswerking binnen de voorzieningen GGZ is nodig. Het biedt een belangrijke meerwaarde voor patiënten om te komen tot een vlotte bereikbaarheid én laagdrempelige en nabije dienstverlening. De ombudspersoon moet binnen de GGZ-voorzieningen voldoende zichtbaar en aanspreekbaar zijn.

Het biedt ook de mogelijkheid om een open en constructieve dialoog aan te gaan binnen een professionele samenwerking ten einde de kwaliteit van de zorg, de naleving van de patiëntenrechten binnen de voorziening te verbeteren. Dit structureel overleg, mét respect voor de vertrouwelijkheid t.a.v. betrokkenen tijdens het bemiddelingsproces, kan hier een belangrijke bijdrage leveren. Het is dan ook onze overtuiging dat men de cultuur waarbinnen men een klacht valideert, als een positief gegeven beschouwt en de klacht als een positieve uitnodiging tot dialoog en verbetering. Het aandeel van deze gespecialiseerde aanpak betekent een reële winst in de gelijkwaardige samenwerking in de relatie patiënt-zorgverlener.

Vandaag staat het consensusmodel centraal in de werking van de externe ombudsfunctie GGZ. Vanuit de neutrale en onafhankelijke positie van de externe ombudspersoon wordt steeds vertrokken vanuit een meerzijdige partijdigheid. In deze praktijk wordt veel belang gehecht aan het herstel van de dialoog tussen patiënt en hulpverlener. Bemiddeling zoals gehanteerd door de GGZ-ombudspersonen, lijkt de methode bij uitstek om tot een duurzame dialoog te komen. Deze manier dient niet enkel de mogelijkheid om de klacht sneller aan te pakken, maar brengt de partijen ook dicht bij elkaar. Doordat de bemiddeling zich op het niveau bevindt waar de klacht zich situeert, kan escalatie vermeden worden.

3.3. Kernwaarden van de externe ombudsfunctie GGZ

Basisprincipes

- Onafhankelijk karakter
- Meerzijdige partijdigheid
- Vertrouwelijkheid
- Beschikbaarheid, bereikbaarheid, zichtbaarheid, laagdrempeligheid

Opdrachten/Streefdoelen

- Herstel van dialoog tussen patiënt en hulpverlener
- Naleving van de patiëntenrechten
- Gelijkwaardige samenwerking tussen cliënt en zorgverlener
- Verbeteren van kwaliteit van zorg
- Uitbreiding werkingsgebied: art.107, forensisch centrum, kinder- en jeugdpsychiatrie

Hefbomen

- Verankering van de lokale aanwezigheid binnen de voorzieningen is een belangrijke sterkte om de toegang voor patiënten tot de ombudswerking (bereikbare, laagdrempelige, voor iedereen toegankelijke én nabije dienstverlening) te realiseren.
- Tegelijk is de lokale verankering een belangrijke troef om de structurele dialoog en de advies & consultfunctie, met respect voor cultuur en identiteit van de voorzieningen, verder te ontwikkelen.
- Klachten als uitnodiging tot een open en constructieve, structurele dialoog, met respect voor de vertrouwelijkheid van de betrokkenen, binnen een professionele samenwerking met overheden, samenwerkingspartners en organisaties.
- Verhogen van bruikbaarheid adviezen en toetsing referentiekader ombudswerking aan de referentiekaders van de voorzieningen.



De Dennen vzw
woonzorg- en
revalidatiecentrum

Jaarverslag ombudsdienst - 2017

1. Instellingsgebonden informatie

1.1. Op welk type van instelling heeft het jaarverslag betrekking?

Algemeen ziekenhuis - SP psychogeriatric

1.2. Erkenningsnummer van de instelling

046

1.3. Naam van de instelling

De Dennen vzw, woonzorg- en revalidatiecentrum

1.4. Gewest waarin de instelling zich bevindt

Vlaanderen

1.5. Beschikt de instelling over een eigen ombudsdienst?

De instelling beschikt over een eigen ombudsfunctie

1.6. Coördinaten van de ombudsfunctie

*Adriaenssen Chris
Nooitrust 18, 2390 Malle
Tel 03/380 15 36
ombudsdienst@dedennenvzw.be
Werkzaam als ombudspersoon vanaf 01/01/2013*

1.7. Welk traject volgen de klachten betreffende de rechten van de patiënt in uw instelling?

Een klacht wordt in de eerste plaats opgevangen op de plaats waar deze is ontstaan. Wanneer de klacht niet door de medewerkers kan opgelost worden, kan de ombudspersoon gecontacteerd worden. Bij melding aan de ombudsdienst wordt bekeken of het probleem reeds met betrokkene(n) of verantwoordelijke werd besproken. Zo niet, wordt de melder hiertoe aangespoord. Indien dit niet mogelijk is, neemt de ombudsdienst contact op met de betrokkene(n). De ombudsdienst streeft ernaar om klachten binnen een redelijke termijn af te handelen.

2. Overzicht van de klachten

2.1. Welk registratiesysteem gebruikt u?

- Het registratiesysteem VVOVAZ
- Het registratiesysteem Go-between (KPsoft)
- Een ander registratiesysteem
- Geen registratiesysteem

2.2. Aantal dossiers van klachten waarvan de inhoud gerelateerd is aan rechten zoals opgenomen in de wet betreffende de patiëntenrechten, die in het afgelopen jaar geopend werden (art. 11 § 1)

OPGELET! Met vraag 2.2. bedoelen we niet de dossiers waarin louter informatie verleend wordt. Het gaat om de dossiers waarin er echt sprake is van een klacht of uiting van ongenoegen omtrent de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt.

1 dossier

3. Voorwerp van de klachten (die in het afgelopen jaar ontvangen zijn)

3.1. Hoeveel keer betreft de klacht het recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking? (art. 5)

OPGELET! Tot vraag 3.1. behoren de klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen beroepsbeoefenaar en patiënt (klachten over gedrag en communicatie en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar). Tot vraag 3.1 behoren niet de klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening van de instelling zélf (hygiënische omstandigheden, de kwaliteit van de aangeboden voeding, enz).

1 dossier

3.2. Hoeveel keer betreft de klacht het recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar? (art. 6)

0 dossiers

3.3. Hoeveel keer betreft de klacht het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand? (art. 7)

0 dossiers

3.4. Hoeveel keer betreft de klacht het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar? (art. 8)

OPGELET! Het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar in vraag 3.4 omvat:

- het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen), zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt
- het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt
- het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt

1 dossier

3.5. Hoeveel keer betreft de klacht het recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier? (art. 9 § 1)

0 dossiers

3.6. Hoeveel keer betreft de klacht alleen het recht op inzage van het patiëntendossier? (art. 9 § 2)

0 dossiers

3.7. Hoeveel keer betreft de klacht het recht op afschrift van het patiëntendossier? (art. 9 § 3)

1 dossier

3.8. Hoeveel keer betreft de klacht het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer? (art. 10)

0 dossiers

3.9. Hoeveel keer betreft de klacht het recht op een op pijnbestrijding gerichte zorg? (art. 11bis)

0 dossiers

4. Resultaat van het optreden

4.1. Aantal dossiers van klachten, dat nog lopende is (in welk jaar ook geopend)

0 dossiers

4.2. Aantal dossiers van klachten, dat in de loop van het afgelopen jaar afgesloten is (in welk jaar ook geopend)

1 dossier

4.3. Aantal dossiers van klachten, geopend in het afgelopen jaar, waarbij de bemiddeling niet het gewenste resultaat heeft opgeleverd en waarbij de patiënt werd ingelicht over de alternatieven in verband met de behandeling van de klacht (art. 11 § 2, 3°)

1 dossier

5. Moeilijkheden die de ombudspersoon in de uitoefening van zijn opdrachten ondervindt en de aanbevelingen om deze moeilijkheden te verhelpen

5.1. Het behoud van uw onafhankelijkheid (cfr. het feit dat uw positie in de instelling en/of uw plaats in het organogram u toelaat om vrij en autonoom te werken)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- Geen antwoord

5.2. Het behoud van uw neutraliteit en onpartijdigheid (cfr. bij de afhandeling van een conflict geen partij kiezen, noch voor de patiënt, noch voor de beroepsbeoefenaar)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- Geen antwoord

5.3. De eerbiediging van uw beroepsgeheim

- Ja, ik ondervind moeilijkheden
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- Geen antwoord

5.4. Het bemiddelen zelf met het oog op het bereiken van een oplossing

- Ja, ik ondervind moeilijkheden
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- Geen antwoord

5.5. De infrastructuur, de mensen en de middelen die ter beschikking staan van de ombudsdienst

- Ja, ik ondervind moeilijkheden
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- Geen antwoord

5.6. De uitvoering van de administratieve opdrachten van de ombudsfunctie (vb. de klachtenregistratie en het opstellen van een jaarverslag)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- Geen antwoord

6. Aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven (art. 11) en/of ter verbetering van de wet betreffende de rechten van de patiënt

6.1. Het recht op een kwaliteitsvolle dienstverstrekking (art. 5)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

6.2. Het recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (art. 6)

- Ja, ik ondervind moeilijkheden
- Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

- 6.3. Het recht van de patiënt op informatie over zijn gezondheidstoestand (art. 7)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- 6.4. Het recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (art. 8)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- 6.5. Het recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier (art. 9 § 1)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- 6.6. Het recht op inzage van het patiëntendossier alleen (art. 9 § 2)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- 6.7. Het recht op afschrift van het patiëntendossier (art. 9 § 3)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- 6.8. Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (art. 10)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- 6.9. Het recht op een op pijnbestrijding gerichte zorg (art. 11bis)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden
- 6.10. Het systeem van de vertegenwoordiging van de patiënt (art. 12–15)
- Ja, ik ondervind moeilijkheden
 Nee, ik ondervind geen moeilijkheden

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Algemeen ziekenhuis Vesalius
Adres	Hazelereik 51 3700 Tongeren
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	716
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen ziekenhuis
Aantal bedden	326
Aantal campussen	2
Naam ombudsperso(o)n(en)	Reweghs Huberte
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	31/12/2010
Bestaffing	½ time

Lokalisatie dienst	Het bureel vindt u op het gelijkvloers blok B. Kort aan de inkomhal.
Registratiesysteem	VVOVAZ filemaker pro
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Datum:12/5/2016 Dit huishoudelijk reglement ligt in a.z. Vesalius ter inzage van de patiënten, de zorgverstrekkers, medewerkers van het ziekenhuis en iedere belangstellende: <ul style="list-style-type: none"> • Aan de onthaalbalie van elke campus; • Bij de ombudsdienst; • Op de website van het ziekenhuis: www.azvesalius.be
Vormingen i.k.v. bemiddeling	2007: postgraduaat Referentiepersoon Ethiek 2011: Basisopleiding bemiddeling 2012:congres "Handvaten voor de dagelijkse praktijk van bemiddelen" 2012: Cultuursensitieve bemiddeling 2014: congres "De bemiddelaar blijft overeind" 2015: verdiepingstraining bemiddeling VVOVAZ/MEDIV 2016: verdiepingstraining bemiddeling (deel2) VVOVAZ/MEDIV 2016: congres " Hou je vast bemiddelaar"
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	2017: algemene vergadering VVOVAZ 2017: intervisie 4/jaar
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Tweeledig: <ol style="list-style-type: none"> 1. De klachten die betrekking hebben op de patiëntenrechten. 2. Service gerichte klachten wordt intern besproken en zorgen voor kwaliteitsverbetering

<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>De meeste klachten komen binnen via de ombudsdienst. Klachten via de directie, facturatie, andere kanalen worden overgemaakt aan de ombudsdienst. Elke klacht wordt grondig onderzocht door de ombudspersoon.</p> <p>De ombudspersoon onderzoekt van elke klacht de feiten, en gaat na welke personen en/of diensten betrokken moeten worden in het klachtendossier. In ernstige gevallen informeert de ombudspersoon onmiddellijk de algemeen directeur en de hoofdgeneesheer of bij hun afwezigheid een directielid.</p> <p>De ombudspersoon heeft maandelijks overleg met de algemeen directeur</p>
<p>Behandeling van klachten en onvrede</p>	
<p>Hoe gaat de organisatie om met klachten?</p>	
<p>Ik kan mij als ombudspersoon vrij en volledig onafhankelijk in de organisatie bewegen. De organisatie laat toe dat ik vanaf het ogenblik dat de klacht voor bemiddeling wordt neergelegd tot de mededeling van het resultaat van de afhandeling ik vrij kan bemiddelen tussen de patiënt en de betrokken beroepsbeoefenaar.</p>	
<p>Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?</p>	
<p>De ombudspersoon tracht elke klacht integer te behandelen. Naar de patiënt toe is het vooral belangrijk dat hij gehoord wordt en dat er nadien voor alle betrokken partijen een aanvaardbare oplossing of resultaat kan bekomen worden. Naar de organisatie toe vind ik het vooral belangrijk dat de ombudsdienst voldoende zichtbaarheid krijgt. En tegelijkertijd wordt gezien als een bron van informatie die ons in staat stelt om het ziekenhuis beter te maken, en niet als een afdeling die vooral kritiek heeft.</p>	
<p>Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)</p>	
<p>/</p>	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	249
Aantal infodossiers	25
Aantal pro actieve dossiers	24
Aantal opvragingen patiëntendossier	8
Aantal 'andere'	0

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	115
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	13
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	12
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	4
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	0
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

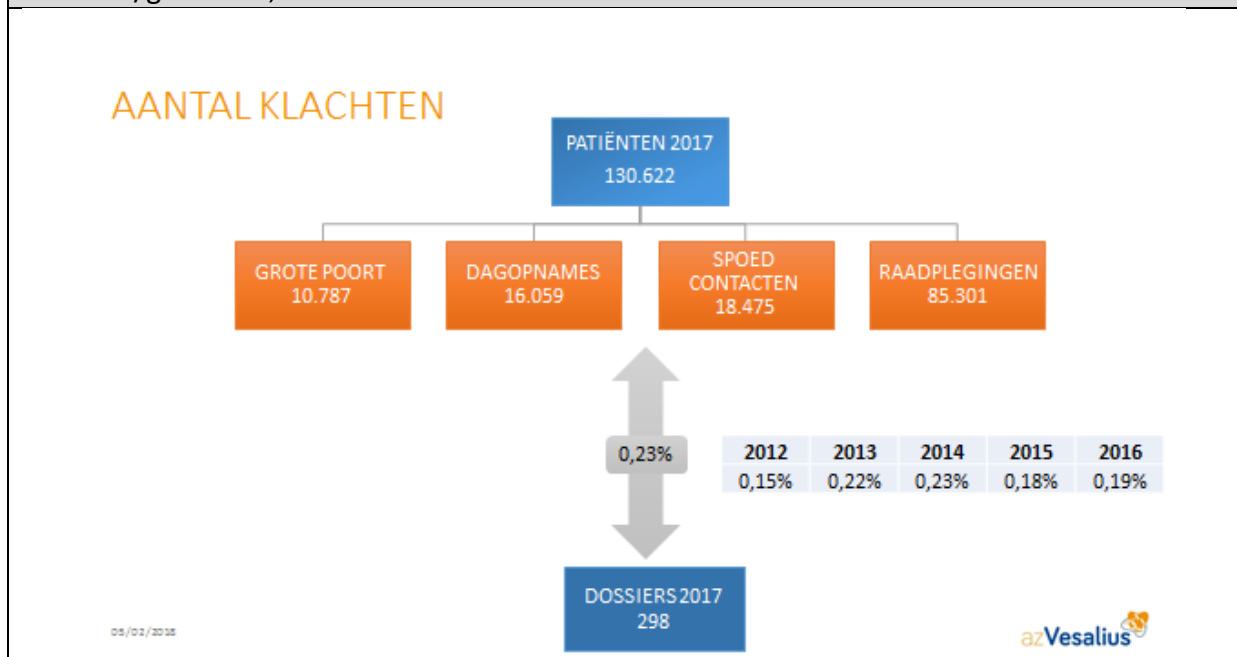
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

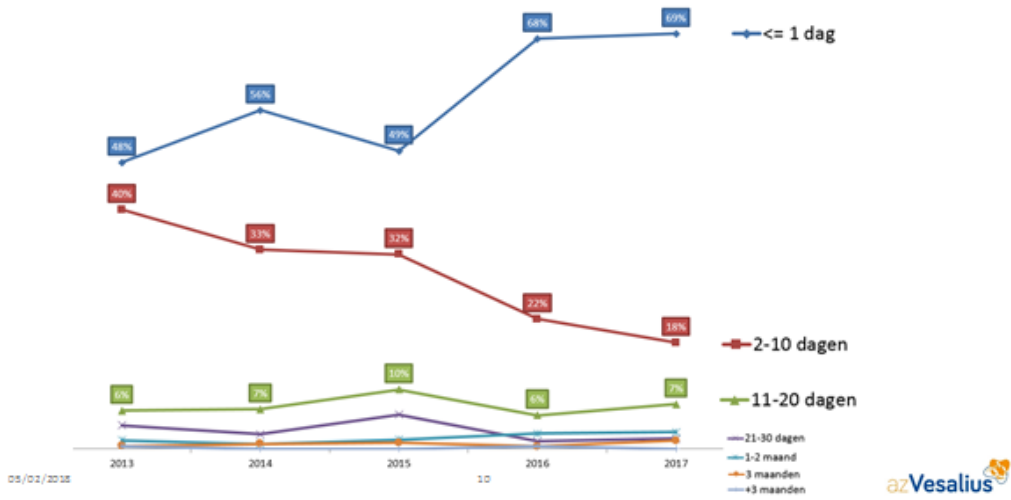
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	102
--	-----

Tabellen/grafieken; klachtenratio:



Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)

DOORLOOPTIJD AFHANDELING

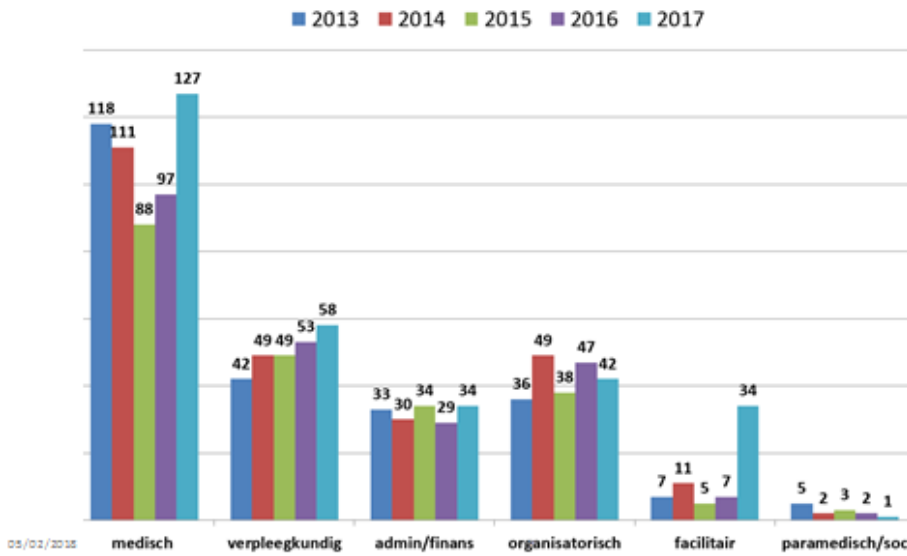


05/02/2018

10

azVesalius

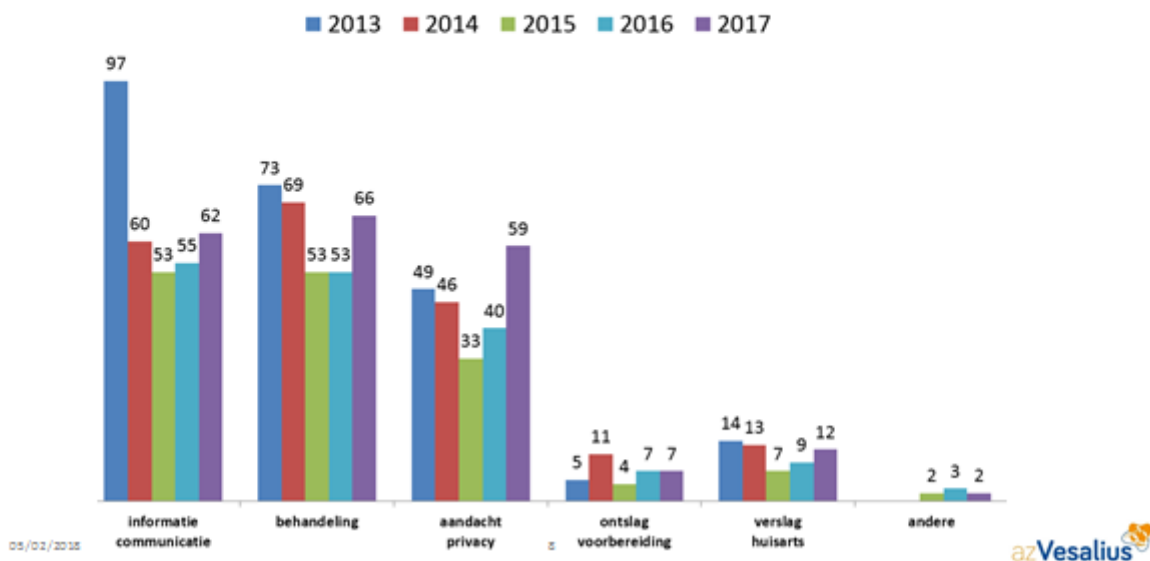
INHOUD VAN DE KLACHT



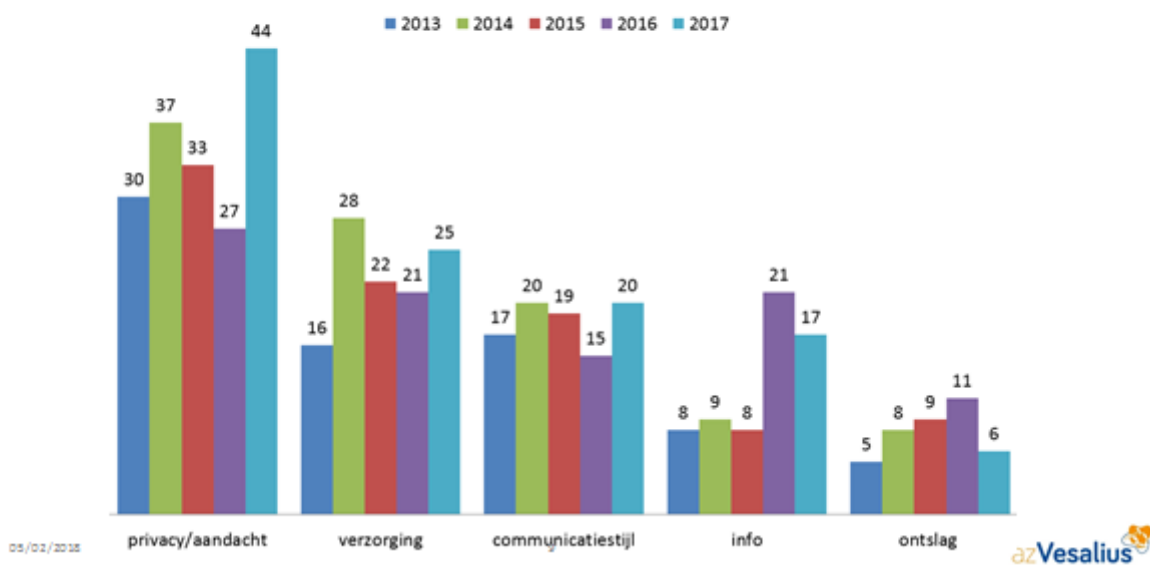
05/02/2018

azVesalius

MEDISCHE ASPECTEN



VERPLEEGKUNDIGE ASPECTEN



Aanbevelingen

- ✓ Zorgcontinuïteit na ontslag verder opvolgen
- ✓ Informed consent verder implementeren
- ✓ Werken aan duidelijke communicatie en correct noteren in patiëntendossier
- ✓ Rekening houden met patiënten participatie
- ✓ Procedure kostenindicatie per ingreep

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Aanbevelingen worden besproken in de stuurgroepen.(p.d.c.a.)

Klachtpatronen worden vergeleken met de tevredenheid enquêtes en nadien bijgestuurd.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

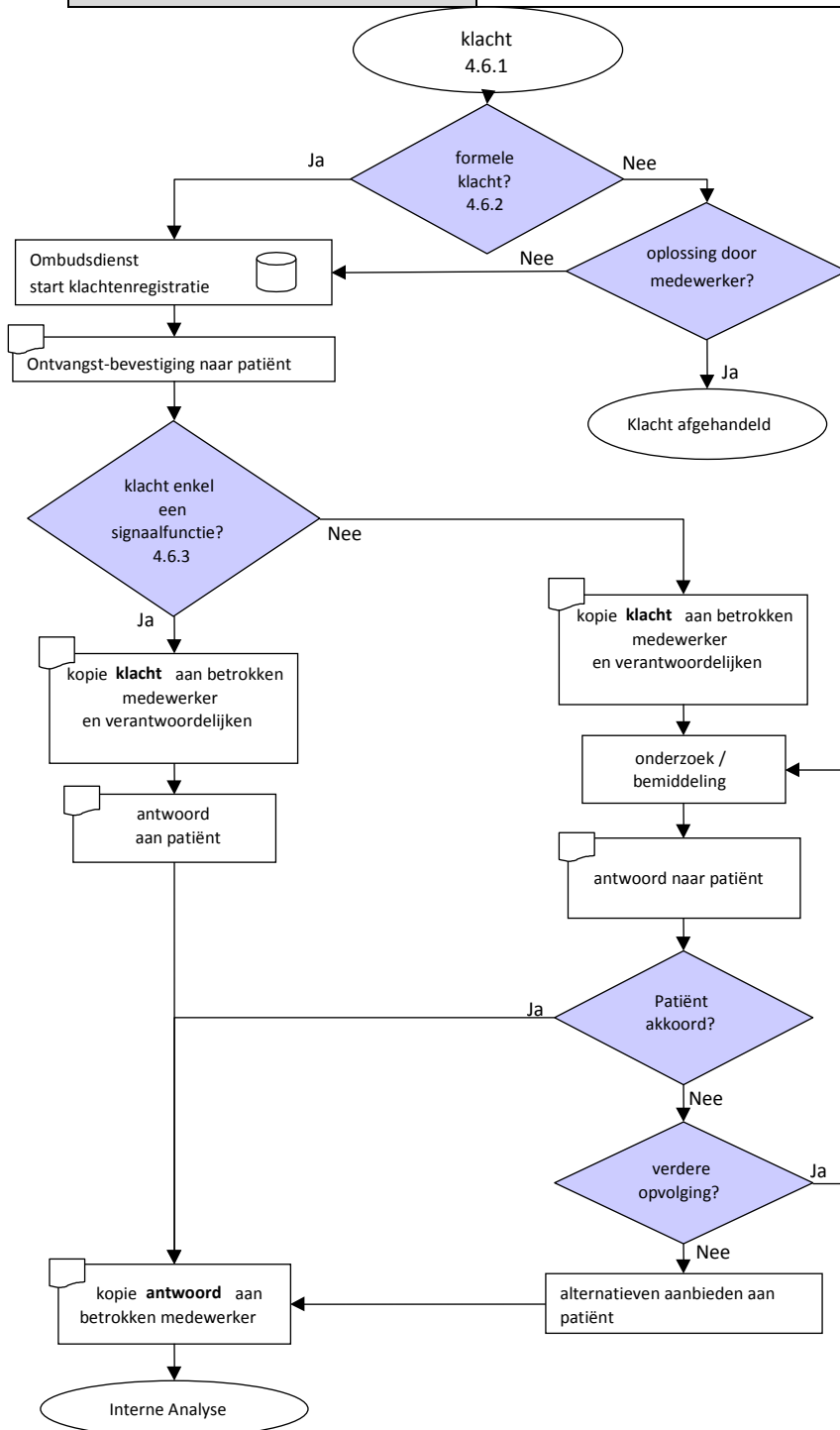
Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Sint- Maarten
Adres	Leopoldstraat 2 2800 Mechelen Rooienberg 25 Duffel Zwartzustersvest Mechelen
Gewest	Antwerpen
Erkenningsnummer	026
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen ziekenhuis
Aantal bedden	659 bedden 99 plaatsen op dag hospitalisatie
Aantal campussen	3
Naam ombudsperso(o)n(en)	Caroline Canters
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1/06/2004
Bestaffing	75 %

Lokalisatie dienst	Leopoldstraat 2 2800 Mechelen Rooienberg 25 Duffel Zwartzustersvest Mechelen 1 dag per campus. De 4 ^e dag afhankelijk van afspraken.
Registratiesysteem	Infoland
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Zie Bijlage Te raadplegen op de Website . Voor werknemers via QDMS Intranet Laatste versie: 5/12/2017
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> • KUL: Postgraduaat behaald familiale bemiddeling • Gent: Postgraduaat behaald Burger en handelszaken • Intervisiegroep bemiddelaars in eigen tijd • KUL: Conflicthantering • Interactie- academie: omgaan met klachten. • Mediv: opleiding interculturele bemiddeling
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> • Peer support 4 second victims KUL: 1 academiejaar. • Congres second victims Amsterdam OLVG, Zorg voor de zorgprofessional • LIGB - Human Resources 4 Safety: Avondseminarie - 16 januari 2017 van 18u tot 22u peersupport
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Klachtenbemiddeling vanuit het mandaat KB 8/7/2003 • Niet patiëntenrechten gerelateerde klachten worden ook door de ombudsdienst behandeld. • Preventieve opdracht door: <ul style="list-style-type: none"> - Het formuleren van aanbevelingen in het jaarverslag - Terugkoppeling in maandelijkse klachtencommissie • Maandelijkse klachtencommissie waar a.d.h.v. klachten bijkomende en tussentijdse bijstellingen gebeuren. • Naar aanleiding van een non discriminatiepact worden klachten waarbij de indiener zich gediscrimineerd voelde, door mij geregistreerd. Er werden workshops georganiseerd voor gevoelige diensten. In 2017 telde ik 16 dossiers.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?

Zie flowchart in bijlage.
Zie klachtenprocedure in bijlage



Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

- De organisatie neemt klachten ernstig.
- Ik heb steeds de mogelijkheid om beroep te doen op overleg met algemeen directeur of medisch directeur.
- Klachten worden steeds naar de ombudsdienst afgeleid, ook indien de klacht rechtstreeks gericht werd aan directie of andere departementen.
- Ik implementeerde een maandelijks klachtencommissie waarbij aanwezig: algemeen directeur, financieel directeur, medisch directeur, verpleegkundig directeur en ikzelf als ombudspersoon. De klachten worden door mij geanonimiseerd voorgelegd en besproken.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

- A. Indien patiënten, familie zich tot de ombudsdienst richten wordt hen altijd gevraagd of ze de klacht met de rechtstreeks betrokkenen bespreken. Indien dit niet gebeurde sloeg ik de brug. Op dat moment wordt de melding niet geregistreerd als klacht. Indien de indiener het niet haalbaar acht zijn ongenoegen met de rechtstreeks betrokkene te bespreken, om wat voor reden dan ook, wordt de klacht behandeld door de ombudsdienst. 361 meldingen in 2017 werden hierdoor doorverwezen naar de beroepsbeoefenaar. Ik volg de uitkomst/afloop steeds op. Indien de indiener en beroepsbeoefenaar niet tot een oplossing komen, komt de klacht alsnog bij de ombudsdienst terecht en wordt de klacht geregistreerd.
- B. Ik ontvang de klachten, contacteer de betrokkenen, organiseer een inzage samen met betrokken beroepsbeoefenaar, bespreek de pijnpunten en organiseer gesprekken waarbij alle betrokkenen aanwezig zijn alsook de patiënt en/of de familie, eventueel de huisarts.
- C. Indien de indiener niet tevreden is met de afhandeling wordt hij verwezen naar bijvoorbeeld een dienst ledenverdediging van de mutualiteit. Ik kijk met betrokkenen welke doorverwijzing aangewezen is en bezorg de informatie die indiener nodig heeft. Anderzijds worden er ook regelmatig patiënten vanuit de mutualiteit naar de ombudsdienst doorverwezen.
- D. Ik ontving dit jaar 96 proactieve meldingen vanuit de verschillende beroepsbeoefenaars. Zij melden mij wanneer er zich een situatie voordoet tijdens een opname, consultatie waarbij het contact niet goed verliep. Indien de beroepsbeoefenaar a.d.h.v. dit contact een klacht verwacht kan dit proactief gemeld worden. Indien hiervoor effectief een klacht wordt geformuleerd, wordt dit als klacht geregistreerd en start de klachtenprocedure.
- E. Ik breng de indiener van de klacht op de hoogte van mijn plaats binnen de organisatie, mijn onafhankelijke opdracht en som ook de externe mogelijkheden op die men heeft voor het formuleren van hun klacht indien men twijfelt aan mijn onafhankelijkheid. Ik breng hen eveneens op de hoogte, indien de klacht niet naar tevredenheid werd afgerond, van de mogelijkheden en verwijs door naar bijvoorbeeld juridische dienst van de mutualiteit, FMO, Orde,...
- F. Op het moment dat de klacht ingediend wordt - schriftelijk, telefonisch of tijdens een afspraak - registreerden we 128 vragen naar indirecte bemiddeling, slechts 14 vragen naar bemiddeling. Desondanks werden er 64 gesprekken georganiseerd met alle betrokkenen aan tafel.
- Mijn intentie is om steeds transparant voor alle betrokkenen te zijn.
 - Ik onderzoek elke klacht die binnenkomt.
 - Op elke ingediende klacht komt een antwoord na onderzoek.
 - De door mij opgestelde klachtenprocedure wordt steeds gevolgd.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

- Ik registreerde in 6 dossiers moeilijkheden in samenwerking met beroepsbeoefenaars. Dit betekende bijvoorbeeld dat ik in een dossier herhaaldelijk moest aandringen op een standpunt, gebrekkige samenwerking om een bepaald dossier tot een goed einde te brengen. Uiteindelijk steeds een resultaat in de bemiddeling maar met een grotere doorlooptijd tot gevolg.
- 75% is de job time voor de ombudsdienst. Dit in combinatie met secretariële ondersteuning van gemiddeld 2 halve dagen per week in een ziekenhuis dat tot oktober 2018 gelegen is op 3 campussen. Dit blijkt steeds te weinig indien ik op dezelfde kwalitatieve wijze de dossiers wil blijven behandelen met het stijgende aantal dossiers. Ik werk structureel en gemiddeld 8 uur per week extra. Een aantal onderwerpen, niet patiëntenwet gerelateerde klachten heb ik noodgedwongen afgeleid bijvoorbeeld facilitaire en technische klachten. Bij aanvang heb ik alles in het werk werd gesteld om de klachten op 1 plaats, de ombudsdienst te centraliseren. Er werd een hele weg afgelegd vanaf 2004 waar tot dat moment alle klachten verspreid over de verschillende departementen binnen kwamen en zonder totaaloverzicht behandeld werden. Momenteel worden alle klachten ongeacht aan wie ze worden gericht door de ombudsdienst geregistreerd en behandeld. Hierdoor kunnen structurele tekorten snel herkend worden en bijgestuurd.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal ingediende dossiers	415 dossiers
Aantal ingediende klachtendossiers	351 dossiers
Aantal infodossiers	Informatiedossiers registreer ik enkel indien de informatie die ontbreekt duidt op een structureel tekort. Verder geef ik informatie maar registreer ik niet omdat dit teveel tijd in beslag neemt en geen bijkomende voordelen heeft. 8 dossiers
Aantal pro actieve dossiers	96 dossiers waarvan 61 dossiers resulteerden in een klacht.
Aantal opvragingen patiëntendossier	Enkel problemen bij opvraging worden door mij behandeld. 24 dossiers
Aantal 'andere'	8 dossiers

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	155 dossiers
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	13 dossiers
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	94 dossiers
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	2 dossiers
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0 dossiers
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	12 dossiers
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0 dossiers
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	2 dossiers
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	3 dossiers
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0 dossiers
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	5 dossiers

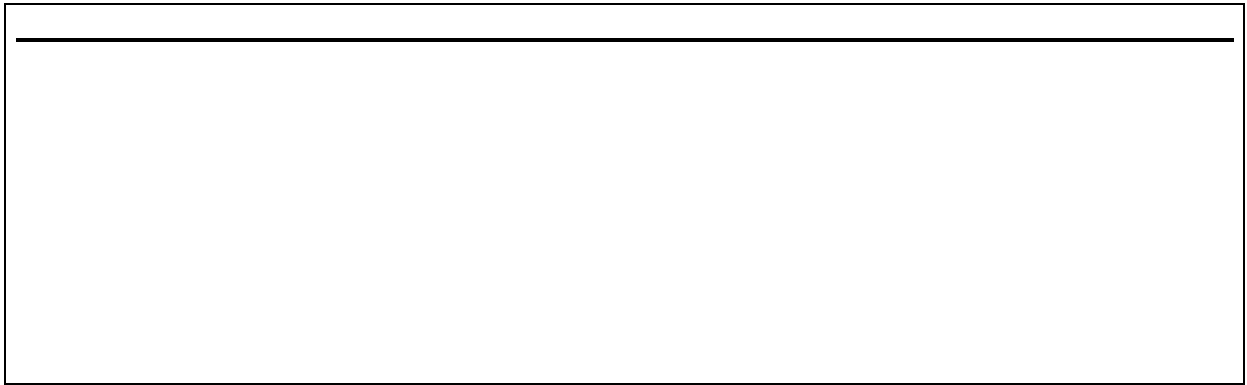
Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	42 dossiers
Klachten over facilitair en technisch departement komen doorgaans via formulier patiëntenevaluatie binnen en worden rechtstreeks opgelost door de departementen tenzij dat patiënten één opmerking hierover hebben in een groter geheel van klacht aan de ombudsdienst gericht.	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
<ul style="list-style-type: none">• De doorlooptijd stijgt zelfs bij een eenvoudig af te handelen dossier omdat de dossiers behandeld worden op volgorde van binnenkomst. Enkel ernstige klachten waar dadelijk actie ondernomen moet worden, gaan voor. De indiener van de klacht ontvangt binnen de 2 weken een ontvangstbericht. De <u>maximale</u> doorlooptijd vermeld in het ontvangstbericht aan de indiener van de klacht bedraagt 3 maanden. De maximale doorlooptijd werd in 49 dossiers overschreden omdat de te behandelen klachten niet in verhouding zijn met de tijd die voorhanden is voor de ombudsdienst. Ik heb vorig jaar 2 maanden voltijs kunnen werken waardoor de doorlooptijd beïnvloed werd. De gemiddelde doorlooptijd voor een klacht bedroeg in 2017 42.9 dagen.• Ik registreerde eveneens het resultaat na afhandeling dossier:	
Resultaat Indiener klacht	
indiener tevreden over resultaat klachtenafhandeling én bemiddeling (uitdrukkelijk gemeld) R+ I+ 128	
indiener ontevreden over resultaat klachtenafhandeling, maar tevreden over bemiddeling R- I+ 31	
indiener heeft geen mening geuit R0 205	
indiener ontevreden over resultaat klachtenafhandeling én bemiddeling R- I- 9	
Resultaat ombudsdienst	
ombudspersoon is ontevreden over de tussenkomst 2	
ombudspersoon is tevreden over de tussenkomst 7	



Aanbevelingen

Aanbevelingen die deels of volledig werden uitgevoerd:

- Vervoer: Een eenduidige procedure, uniform voor alle campussen zou veel vergissingen en daardoor onnodig hoge kosten voor de organisatie kunnen voorkomen. Een uniforme regeling voor alle campussen.
 - De vervoersaanvragen centraliseren via een specifieke module in OAZIS. Deze taak zou dan uitgevoerd worden door de centrale patiëntenadministratie (backoffice) tijdens de dag uren en door de 3 balies van de 3 campussen tijdens de avond-, nacht- en weekend uren.
 - Vanaf 1 maart 2017 gebeuren alle ontslag vervoeren centraal door onthaal & patiëntenadministratie CL
- Ik ontving een aantal klachten met grote gevolgen waarbij de wijze van ontslag van de bejaarde patiënt, werd aangekaart. Ik begrijp dat het wenselijk is om dit probleem breder open te trekken, zodat er een uniforme ontslagregeling ontstaat voor ontslag van zowel kwetsbare, alleenstaande zieke mensen, als oudere alleenstaande patiënten.

Stand van zaken:

- Nieuwe geriatrische patiënt op spoed: spoed verpleegkundige screent patient , in functie van score contacteert hij / zij interne liaison voor advies en verdere opvolging.
- Voor geriatrische patiënt: Sociale dienst heeft een overzicht gemaakt van alle diensten en tegemoetkomingen die bestaan voor geriatrische patiënten, aan de familie/patiënt overhandigd en toegelicht.
- Samenwerking- en communicatieverbetering tussen eerste en tweede lijn bij opname en ontslag van Geriatrische patiënt:
- Relevante bijscholingen gevolgd door ombudsdienst:

Peer support 4 second victims bestaande uit 6 modules. Academische Leiding: Prof. dr. Kris Vanhaecht (LIGB-KUL)

Module 1: Introductie in Second Victim Peer Support(Kris Vanhaecht & Albert Wu)

Inleiding en uiteenzetting prof Wu.

Module 2: Missen is menselijk!?(Kris Vanhaecht & Denise Vander Weyden)

“To Err is Human” was de titel van het bekende rapport over patiëntveiligheid uit 1999. Het rapport concludeerde dat de meeste fouten gemaakt worden omwille van systeemfouten, maar bij elke systeem fout is er tevens een menselijke interactie. Peer Supporters dienen op de hoogte te zijn van de basis cijfers over incidenten en wat de bijdrage van Human Factors is want betrokkenen hebben nood aan informatie over wat er precies gebeurde.

Module 3: Second Victims, wat leert de evidence ons?(Kris Vanhaecht, Sue Scott & Gerda Zeeman)

In de afgelopen 15 jaar werden meerdere toonaangevende onderzoeken gepubliceerd over Second Victims en de opvang hiervan. Tijdens deze module wordt een overzicht gegeven van de actuele cijfers uit binnen-en buitenland. Daarnaast wordt een overzicht gegeven van enkele Peer Supportsystemen en gaan we samen na wat de voor-en nadelen zijn van elk van deze ondersteuningssystemen.

Module 4: Opvang van personen met een psychotrauma.(Sarah Verlinden & team Rode Kruis)

Peersupport betekent niet het aanbieden van psychotherapie, maar wel hulpverleners kunnen bijstaan tijdens een eerste opvangen in de nasleep van een incident. Hiervoor gaan we in op klinische symptomen van psychotrauma, hoe we kunnen beslissen of we iemand moeten doorverwijzen naar psychotherapieën hoe we

het gesprek kunnen aangaan met deze collega's.

Module 5:OpenDisclosure.(Steven Lierman, Berber Laarman & Walter Rombouts)

Het eerste en belangrijkste slachtoffer van een patiëntveiligheidsincident blijft uiteraard de patiënt en zijn/haar omgeving. Een open gesprek tussen de betrokken "first" en "second victim" kan een belangrijke stap zijn in het verwerkingsproces voor zowel de patiënt/familie alsook de betrokken hulpverlener. Maar hoe verloopt zulk gesprek en met welke juridische zaken moet je rekening houden? Wat is het verschil tussen een feiten een fout? Wat kan je wel en wat kan je niet vertellen in een eerste fase en hoe doe je dat?

Module 6:Kennisvermenigvuldig je door te delen.(Kris Vanhaecht, Walter Rombouts, Luc Van Bauwel, Lieven Van Langenaeker)

Het opzetten van een Peer Supportstelsel doe je niet van vandaag op morgen. Hier komen heel wat organisatorische, praktische alsook mogelijk juridische uitdagingen bij kijken. We gaan op zoek naar de meest haalbare, efficiënte en effectieve werkvorm. We leren uit goede praktijkvoorbeelden uit binnen-en buitenland.

- Uitgewerkt beleidsplan: Voorstel samenwerking Medisch support team, kwaliteit en patiëntveiligheid en ombudsdienst: voorstellen en implementeren beleidsplan.
- Wet patiëntenrechten
 - Informatie over de Wet patiëntenrechten in al zijn facetten en beroepsgeheim. Het afgelopen jaar werd er voor de volledige groep diëtisten een uiteenzetting gegeven rond dit thema.

Lopende aanbevelingen van voorgaande jaren zonder nieuwe aanbevelingen

De resterende aanbevelingen van voorgaande jaren neem ik mee naar komend jaar. Over een aantal items ontving ik ook dit jaar nieuwe klachten. De gegevens werden niet aangevuld met nieuwe aanbevelingen.

INITIATIEVEN VOOR PATIËNTEN

Spoed

Via het comité kwaliteit en patiëntveiligheid werd onderstaande aanbevolen actiepunt weerhouden, voorstel tot concrete verbeteracties aan het DC. *April 2017: Ook dit jaar ontving ik een aantal dossiers waar een fractuur over het hoofd gezien werd ondanks beeldvorming. In protocol wordt fractuur beschreven.*

Via spoedgevallen komen patiënten binnen met het vermoeden van een fractuur waarvoor een RX wordt uitgevoerd, welke in eerste instantie beoordeeld wordt zonder protocol. Andere patiënten komen op spoed, waar op basis van klinisch onderzoek geen rx voorgeschreven wordt. De juiste diagnose glipt soms door de mazen van het net, met alle gevolgen van dien. Patiënten komen terug of richten zich met aanhoudende pijn tot een andere spoeddienst waar vervolgens een fractuur gediagnosticeerd wordt.

Mogelijke oplossingen:

- De RX onmiddellijk laten protocolleren.
- De patiënten, bij wie een RX werd uitgevoerd, de volgende dag overlopen en contacteren na een positief protocol.
- Supervisie/overleg systematisch inbouwen bij twijfel
- Vangnet creëren

Ontslag kwetsbare en bejaarde patiënten

Ik ontving een aantal klachten met grote gevolgen waarbij de wijze van ontslag van bejaarde patiënten werd aangekaart. Ik adviseer op basis van de voorkomende klachten een uniforme ontslagregeling voor ontslag van zowel kwetsbare, bijvoorbeeld alleenstaande zieke mensen, als oudere alleenstaande patiënten, kwetsbare zwangere vrouwen, jongeren onder invloed.

Ook dit jaar ontving ik een aantal dossiers waar een patiënt niet in staat was alleen naar huis te gaan of alleen thuis te komen maar waar ontslag wel gebeurde.

Informatie

❖ Financiële informatie

- Een aantal klachten over de tegenvallende kostprijs voor bepaalde ingrepen, materialen, totaalprijs met inbegrip van ereloon-supplementen, uitleg en informatie op kamerkeuzeformulier voor anderstalige of oudere patiënten, onwetendheid patiënten.
- Niet geconventioneerde artsen: Op supplementen wordt veel gereageerd door patiënten. Affichering is voor patiënten onvoldoende, uithangbord aan receptie,... Wat indien je tijdens een consultatie wordt doorverwezen naar radiologie, zijn er geconventioneerde artsen beschikbaar op radiologie, orthopedie,... Patiënten vragen expliciete informatie bij inschrijvingen, mogelijkheid tot alternatieven op moment van weigering extra kosten.
- **Informed consent** Een belangrijk terugkerend feit is dat een (duur) onderzoek of een bepaald implantaat niet of slechts gedeeltelijk in aanmerking komt voor terugbetaling door het RIZIV. Hier blijkt het erg belangrijk om de financiële gevolgen voor de patiënt op voorhand te bespreken en bij voorkeur een "informed consent" te laten ondertekenen. **Het voordeel van dergelijk IC is dat de arts samen met de patiënt even stilstaat bij de vermelding van de kosten.** Dit document kan eventueel bij latere discussies ingeroepen worden.
- Op de afdelingen waar een samenwerkingsverband is tussen verschillende artsen zou visueel een voorstelling van de artsen met naam en foto, kunnen aangebracht worden in de afdelingskamers.
 - *Dit wordt bekeken voor de nieuwbouw, waarbij de schermen/ tv's in de kamers worden gebruikt om deze informatie te tonen. Per discipline wordt dan gewerkt met een overzicht met de namen van de artsen, hun foto, en hun subspecialisatie.*

Ook dit jaar ontving ik een aantal dossiers van patiënten over elk van de voorgaande items.

INITIATIEVEN VOOR MEDEWERKERS

Wet patiëntenrechten

De eerder gelanceerde initiatieven om artsen, medewerkers beter in te lichten op regelmatige basis herhalen. Ik ontvang nog zeer regelmatig vragen van artsen/andere beroepsbeoefenaars over de Wet in al zijn facetten.

Lunchseminarie: een broodje recht/ethiek...

Tijdens de middagpauze, gedurende 1 uur, allerhande onderwerpen kort maar krachtig aan bod laten komen: juridisch, ethisch, medisch, verpleegkundig,... een broodje voorzien voor de werknemer in combinatie met bijscholing.

Opleiding en bijscholing

Relevante bijscholingen voor medewerker secretariaat ombudsdienst, medewerker verzekeringsdossiers en ombudsfunctionaris.

Terugkoppeling:

Gegevens jaarverslag: Een structureel terugkerend platform vinden voor de wijze van terugkoppeling jaarverslag via Actueel, medewerkersmagazine of andere kanalen. Afspraken met betrekking tot terugkoppeling nieuwe aanbevelingen. Wat mij betreft momenteel iets te vrijblijvend in vergelijking met de geleverde inspanningen.

Ondersteuning ombudsdienst:

Het percentage dat voor de ombudsdienst wordt uitgetrokken blijkt jaar na jaar moeilijker haalbaar. De tijd die voorhanden is, is onvoldoende om een kwalitatieve ombudsdienst te blijven vorm geven. De combinatie met voldoende ondersteuning door het secretariaat is en blijft broodnodig. De financiering door de overheid blijkt onvoldoende om een stevige functie te blijven onderhouden. Ik meen dat de bemiddelingsgesprekken die ik voer met alle betrokkenen rond de tafel een belangrijke meerwaarde zijn. Mijn huidige werkwijze, mensen ontvangen, mensen persoonlijk contacteren vergen meer tijd dan praktisch haalbaar is. Het grondig bekijken van elke klacht die ik ontvang, vergt tijd. Ik meen dan ook dat deze functie en de vergoeding die hiervoor voorzien wordt door de overheid onvoldoende is.

Bijkomende informatie/opmerkingen: *(vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):*

- Jaarlijks worden de aanbevelingen terug gekoppeld in een strategisch directiecomité en waar mogelijk uitgevoerd en opgevolgd. De nieuwbouw in 2018 vergt al geruime tijd veel tijd en aandacht.
- Tijdens de maandelijks klachtencommissie worden structurele zaken grondig bekeken en bijgestuurd indien nodig.

Huishoudelijk reglement ombudsdienst

Werkafspraken

Contactpersoon	Caroline Canters
Geldig vanaf	5/12/2017
Referentie	AZSTM-0104
Versie	2.0



Inhoud

1. Toepassingsgebied	2
2. Termen en definities	2
2.1. Klacht	2
2.1.1. Informele klacht	2
Een informele klacht is elke mondelinge klacht waarbij geen schade bij de patiënt wordt vastgesteld (of kan worden verwacht) en die de dienst of het eigen werkdomein van de ziekenhuismedewerker niet overstijgt. Deze klacht wordt geuit op het werkdomein via de betrokken beroepsbeoefenaar. Indien een patiënt het niet haalbaar acht om zijn ontevredenheid over een bepaalde behandeling te bespreken met de betrokkenen zelf kan deze informele melding eveneens met de ombudsdienst besproken worden voor overleg, advies en kan er eventueel een brug geslagen worden tussen de indiener en de beroepsbeoefenaar.	2
2.1.2. Formele klacht	3
2.2. Ombudsfunctionaris	3
2.3. Klachtenbemiddeling	3
2.4. Ziekenhuismedewerkers en medewerkers buiten de ziekenhuiscontext	3
3. Werkwijze	3
3.1. Wettelijke bepalingen	3
3.2. Bereikbaarheid ombudsfunctionaris	3
3.3. Bekendmaking ombudsdienst	5
3.4. Opdrachten van de ombudsdienst	5
3.5. Aard van klachten	6
3.6. Procedure klachtenbemiddeling	7
3.6.1. Een klacht indienen	7
3.6.2. Klachtenbehandeling volgens de aard van de klacht	7
3.6.3. Klachtenbehandeling van formele klachten volgens verwachting van de patiënt	8
3.7. Klachtenregistratie	8
3.8. Klachtenrapportering	9
3.8.1. Privacy van de patiënt	9
3.8.2. Klachtencommissie rapportering directie	9
3.8.3. Rapportering aan betrokken ziekenhuismedewerker	10
3.8.4. Jaarverslag	10
4. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden	10
4.1. Ombudsfunctionaris	10
4.2. Directie	10
4.3. Alle medewerkers	11
5. Referenties	11

Is dit een geprinte versie?

Dan is die enkel geldig als ze overeenstemt met de elektronische versie op intranet.

1/13

1. Toepassingsgebied

Doel :

Dit huishoudelijk reglement beschrijft de specifieke modaliteiten van de organisatie en de werking van de ombudsfunctie.

Wie moet deze werkafpraak toepassen?

Afdeling(en):

Campus(sen): CL , CL, CZ

Functie(s):

Op welke patiënten- of medewerkersgroep moet ze toegepast worden?

Deze richtlijn heeft betrekking op alle klachten geformuleerd door patiënten, familieleden, vertrouwenspersonen en verwijzende artsen.

Ze is van toepassing op alle ziekenhuismedewerkers die in het klachtenproces betrokken zijn.

De procedure geldt voor campus Rooienberg, campus Leopoldstraat en campus Zwartzustersvest.

2. Termen en definities

2.1. Klacht

Een klacht is een uiting van ongenoegen of ontevredenheid betreffende het zorgproces van de patiënt in het ziekenhuis. Een klacht dient betrekking te hebben op:

- De product- of dienstverlening
- De resultaten van deze product- of dienstverlening
- De wijze van uitvoeren van de product- of dienstverlening
- De toepassing van een bestaande regelgeving

Men maakt het onderscheid tussen informele en formele klachten:

2.1.1. Informele klacht

Een informele klacht is elke mondelinge klacht waarbij geen schade bij de patiënt wordt vastgesteld (of kan worden verwacht) en die de dienst of het eigen werkdomein van de ziekenhuismedewerker niet overstijgt. Deze klacht wordt geuit op het werkdomein via de betrokken beroepsbeoefenaar. Indien een patiënt het niet haalbaar acht om zijn ontevredenheid over een bepaalde behandeling te bespreken

met de betrokkenen zelf kan deze informele melding eveneens met de ombudsdienst besproken worden voor overleg, advies en kan er eventueel een brug geslagen worden tussen de indiener en de beroepsbeoefenaar.

2.1.2. Formele klacht

- Elke mondelinge klacht waarbij schade vastgesteld wordt of kan worden verwacht.
- Elke schriftelijke klacht, ongeacht aan wie ze is gericht in het ziekenhuis.
- Elke mondelinge klacht die de eigen discipline of dienst overstijgt.
- Elke klacht die geuit wordt bij de ombudsfunctionaris..

2.2. Ombudsfunctionaris

De ombudsfunctionaris is het centraal aanspreekpunt voor patiënten die hun ongenoegen en/of klachten over het zorgproces in het ziekenhuis willen uiten. Hij/zij is degene die in de klacht bemiddelt en waarbij de patiënt de nodige informatie kan krijgen betreffende de opvolging en afhandeling van de klacht.

2.3. Klachtenbemiddeling

Klachtenbemiddeling gaat over het beluisteren en inventariseren van klachten, het informeren van patiënten en indien nodig bemiddelen tussen patiënt en hulpverlener om tot een oplossing te komen. Via bemiddeling wordt er gewerkt aan het herstel van de relatie tussen de indiener van de klacht en de "aangeklaagde" hulpverlener in het ziekenhuis.

2.4. Ziekenhuismedewerkers en medewerkers buiten de ziekenhuiscontext

Ziekenhuismedewerkers: Dit zijn alle personeelsleden en artsen werkzaam in het A.Z. Sint-Maarten.

Buiten de ziekenhuiscontext: Personen die behoren tot andere organisaties die in opdracht van de organisatie, onder de vorm van een contract, diensten voor de organisatie verrichten of bepaalde werkzaamheden uitvoeren.

3. Werkwijze

3.1. Wettelijke bepalingen

Dit huishoudelijk reglement werd opgesteld in overeenstemming met de bepalingen van artikel 10 van het KB van 8 juli 2003 en regelt de klachtenbehandeling in het A.Z. Sint-Maarten.

Volgens de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 heeft de patiënt het recht een klacht neer te leggen bij de ombudsfunctie. Deze fungeert als centraal aanspreekpunt in het ziekenhuis.

3.2. Bereikbaarheid ombudsfunctionaris

Caroline Canters werd aangesteld als ombudsfunctionaris voor het AZ St. Maarten. De ombudsfunctionaris is persoonlijk, telefonisch en schriftelijk bereikbaar. Een klacht geformuleerd op het patiëntenevaluatieformulier komt ook bij de ombudsfunctionaris terecht, indien men eveneens de contactgegevens noteert op dit formulier.

Telefonisch bereikbaar:

- Maandag van 10.00 tot 18.00
- Tel: 015/29.61.04
- Email: ombudsdienst.sintmaarten@emmaus.be

Campus Leopoldstraat:

De ombudsdienst bevindt zich in het bureau links gelegen, voor de dienst spoedgevallen.

Patiënten kunnen zich via het onthaal aanmelden.

De bewegwijzering naar het bureau van de ombudsdienst wordt duidelijk aangegeven.

De ombudsfunctionaris is bereikbaar in Mechelen campus Leopoldstraat op:

- Dinsdag van 9.30 tot 16.30
- Tel.: 015/40.95.03
- Email: ombudsdienst.sintmaarten@emmaus.be

Campus Zwartzustersvest:

De ombudsdienst bevindt zich in het bureau naast het directiesecretariaat.

Patiënten kunnen zich via het onthaal aanmelden.

De bewegwijzering naar het bureau van de ombudsdienst wordt duidelijk aangegeven.

De ombudsfunctionaris is bereikbaar in Mechelen campus Zwartzustersvest op:

- Donderdag van 9.00 tot 15.30
- Tel.: 015/29.61.04
- Email: ombudsdienst.sintmaarten@emmaus.be

Campus Rooienberg:

De ombudsdienst bevindt zich in het bureau gelegen in de centrale inkom.

Patiënten kunnen zich via het onthaal aanmelden.

De bewegwijzering naar het bureau van de ombudsdienst wordt duidelijk aangegeven.

De ombudsfunctionaris is bereikbaar in Duffel campus Rooienberg op:

- Vrijdag van 10.00 tot 16.00
- Tel: 015/30.30.33
- Email: ombudsdienst.sintmaarten@emmaus.be

- Tijdens een verlofperiode of afwezigheid permanentie ombudsdienst staat de telefoon doorverbonden naar een antwoordapparaat. Indien men duidelijk een naam en telefoonnummer inspreekt, wordt er bij terugkomst door de ombudsfunctionaris, contact opgenomen met de betrokkene. De voicemail vermeldt ook een telefoonnummer dat

tijdens afwezigheid ombudsdienst bereikbaar is gedurende de kantooruren.

- Via het directiesecretariaat kan men een afspraak vastleggen.
- Voor dringende klachten, tijdens afwezigheid ombudsfunctionaris, kan men een beroep doen op het directiesecretariaat. Zij kijken wie er op dat moment beschikbaar is, indien voor een dringende eerste opvang noodzakelijk blijkt. De klacht wordt, bij terugkomst ombudsfunctionaris, overgemaakt voor registratie, onderzoek, verdere opvolging en terugkoppeling van de klacht.

3.3. Bekendmaking ombudsdienst

Het huishoudelijk reglement ligt in het ziekenhuis ter inzage van de patiënten, de medewerkers van het ziekenhuis en iedere belangstellende:

- aan het onthaal van het ziekenhuis
- QDMS voor ziekenhuismedewerkers.
- via de website van het ziekenhuis.

Voor patiënten en ieder andere belanghebbende is er aan het onthaal van het ziekenhuis een informatiefolder “Klachtenbemiddeling” beschikbaar. Deze folder kan tevens door zorgverstrekkers besteld worden via de geëigende weg.

Op de website van het AZ Sint-Maarten wordt de ombudsdienst voorgesteld. De patiëntenbrochure welke overhandigd wordt bij opname bevat eveneens een informatiefolder klachtenbemiddeling.

3.4. Opdrachten van de ombudsdienst

- Het **in ontvangst nemen** van klachten (mondeling/schriftelijk) met de uitdrukkelijke bedoeling de relatie tussen de indiener van de klacht en de aangeklaagde beroepsoefenaar te herstellen.
- Het **registreren en onderzoeken** van klachten van patiënten, hun vertegenwoordiger of belangenbehartiger, met betrekking tot de handelingen, de werking van het ziekenhuis of de personen werkzaam in en voor het ziekenhuis. De ombudsfunctionaris probeert zo snel mogelijk een minnelijke oplossing te bereiken, in overleg met de betrokken medische dienst, verpleegafdeling, facilitaire of administratieve dienst van het ziekenhuis. Dit alles kan gebeuren in samenwerking met de medisch of verpleegkundig directeur afhankelijk van de aard van de klacht.
- **Terugkoppeling** van informatie **betreffende tekortkomingen** aan de ziekenhuisorganisatie en aan de betrokkenen met betrekking tot mogelijke punten ter verbetering
- Het **informer en adviseren** over verdere proceduremogelijkheden wanneer interne bemiddeling geen oplossing is of geboden heeft.
- **Beheren van documenten** en gegevens voortvloeiende uit klachten en de werking van de ombudsdienst.
- Het systematisch verzamelen van gegevens met als doel **aanbevelingen** te kunnen formuleren ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot nieuwe klachten.
- De opdracht van de ombudsfunctionaris is een **inspanningsverbintenis**, geen resultaatsverbintenis ten aanzien van de partijen. De ombudsfunctionaris kan niet verantwoordelijk worden gesteld voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing.

- De ombudsfunctionaris mag **geen betrokken partij** zijn bij de feiten en de perso(o)n(en) waarop de klacht betrekking heeft. Zij is verplicht het **beroepsgeheim** te respecteren en een strikte neutraliteit en onpartijdigheid in acht te nemen.

3.5. Aard van klachten

De ombudsfunctionaris is bevoegd voor alle klachten die betrekking hebben op het zorgproces. Klachten die betrekking hebben op personen die werken voor de organisatie, maar ook op personen die behoren tot andere organisaties die in opdracht van de organisatie, onder de vorm van een contract, diensten voor de organisatie verrichten of bepaalde werkzaamheden uitvoeren.

Deze klachten kunnen onder meer betrekking hebben op:

- Medisch-technische aspecten.
- Verpleegkundige aspecten.
- Hotelfunctie van de instelling (keuken, linnen, onderhoud,...).
- Aspecten van interacties met beroepsoefenaars (arts, kinesist, verpleegkundige, administratie, enz.).
- Financiële aspecten.
- Administratieve aspecten.
- Organisatorische aspecten.
- Alle klachten in verband met de naleving van de wet op de patiëntenrechten (22/08/2002).
- Schadeclaim/verzekeringsaangifte:
- Klachten die een schadeclaim inhouden worden onderzocht en besproken met de betrokken beroepsbeoefenaar. Indien men overgaat tot aangifte via de aansprakelijkheidsverzekering, wordt de uitkomst teruggekoppeld aan de indiener van de klacht en het dossier afgehandeld. Dit gebeurt in samenwerking met het administratief departement - dat instaat voor de behandeling van verzekeringsdossiers - en de hoofdgeneesheer of verpleegkundig directeur afhankelijk van de aard van de klacht. De ombudsfunctionaris blijft als aanspreekpunt steeds op de hoogte van de laatste ontwikkelingen.

Uitzonderingen:

1. Factuurbetwisting.

Klachten die louter factuurtechnisch zijn worden afgehandeld in samenwerking met de dienst facturatie.

3.6. Procedure klachtenbemiddeling

Deze procedure beschrijft het procesverloop van melding tot afhandeling van informele en formele klachten.

Bijlage: stroomdiagram

3.6.1. Een klacht indienen.

3.6.1.1. Wie kan een klacht indienen?

Patiënten, familieleden, vertrouwenspersonen, verwijzende artsen kunnen klachten formuleren. Ook ziekenhuismedewerkers kunnen op een proactieve manier problemen melden wanneer zij een klacht verwachten m.b.t. een door hen behandelde patiënt. Klachten door en over collega's geformuleerd zijn onontvankelijk.

3.6.1.2. Op welke wijze kan men een klacht indienen?

Schriftelijk:

- Een brief richten aan het A.Z. St. Maarten, t.a.v. Ombudsdienst, Leopoldstraat 2, 2800 Mechelen.
- Via folder ombudsdienst.
- Melding via het patiëntenevaluatieformulier, enkel op voorwaarde dat contactgegevens vermeld worden.
- Via e-mail: ombudsdienst.sintmaarten@emmaus.be

Mondeling:

- Spontaan tijdens de openingsuren.
- Telefonisch
- Bij voorkeur na afspraak

3.6.2. Klachtenbehandeling volgens de aard van de klacht

3.6.2.1. Afhandelen van een informele klacht

- De informele klachten worden best zo snel en efficiënt mogelijk door de rechtstreeks betrokkenen opgelost. Dit gebeurt in overleg met de patiënt of de indiener van de klacht.
- Wanneer men er niet in slaagt om tot een oplossing te komen kan men beroep doen op de ombudsfunctionaris. De klacht wordt dan een formele klacht.
- Patiënten die rechtstreeks contact opnemen met de ombudsfunctionaris worden gestimuleerd om de klacht met de betrokken zorgverstrekkers te bespreken indien dit haalbaar is voor hen.

3.6.2.2. Afhandelen van een formele klacht

- Bij ontvangst van een klacht worden gegevens geregistreerd. De ombudsfunctionaris registreert op een uniforme wijze door middel van een

Is dit een geprinte versie?

Dan is die enkel geldig als ze overeenstemt met de elektronische versie op intranet.

gestandaardiseerd klachten-registratiesysteem. Per aangebrachte klacht wordt een dossier opgemaakt.

- Aan de indiener van de klacht wordt binnen 10 werkdagen een bericht van ontvangst verstuurd met de melding dat het dossier wordt onderzocht. Daarin staat de referte vermeld van zijn/haar dossier en wordt een maximale doorlooptijd vermeld van 3 maanden.
- Voor mondelinge klachten wordt een schriftelijk verslag gevraagd. Aan de indiener van de klacht wordt gevraagd om zijn mondelinge klacht schriftelijk te bevestigen.
- Voordat de noodzakelijke betrokkenen gecontacteerd worden, dient de indiener van de klacht hiervoor uitdrukkelijk toestemming te geven. Dit gebeurt uit respect voor de privacy van de patiënt.
- Er wordt geprobeerd zo snel mogelijk een definitief antwoord aan de indiener van de klacht te bezorgen. De maximale doorlooptijd per klacht bedraagt 3 maanden.
- De verdere afhandeling van de formele klacht wordt vooral bepaald door de verwachting van de patiënt nl.: gaat het om een klacht als signaalfunctie, een klacht met vraag naar een antwoord, oplossing of een bemiddeling.

3.6.3. Klachtenbehandeling van formele klachten volgens verwachting van de patiënt

3.6.3.1. Klachten als signaalfunctie

Klachten zijn vaak bedoeld als signaal met het oog op een verbetering naar de toekomst.

- Van de formele klacht wordt een kopie doorgegeven aan de betrokken ziekenhuismedewerker en eventueel aan de verantwoordelijke met een vraag naar het standpunt van de rechtstreeks betrokkene.
- Er wordt verwacht dat de betrokken ziekenhuismedewerker op basis van de klacht nagaat wat er eventueel fout is gelopen en welke initiatieven er genomen kunnen worden om dergelijke problemen in de toekomst te voorkomen.

3.6.3.2. Klachten met vraag naar een antwoord, een oplossing of een bemiddeling

- Wanneer de indiener van de klacht een probleem of een negatieve ervaring meldt en een antwoord, oplossing of bemiddeling wenst, wordt een kopie doorgegeven aan de betrokken ziekenhuismedewerker en eventueel aan de verantwoordelijke met een vraag naar het standpunt van de rechtstreeks betrokkene.
- De betrokkene zal eventueel samen met de verantwoordelijke het probleem onderzoeken en toelichten.
- Wanneer er bij bepaalde klachten een duidelijke behoefte bestaat aan informatie of wanneer communicatieproblemen aan de oorsprong van de klacht liggen, wordt er geprobeerd een gesprek tot stand te brengen tussen de betrokken partijen, in aanwezigheid van de ombudsfunctionaris.
- De indiener van de klacht wordt schriftelijk of mondeling op de hoogte gebracht van het antwoord en/of de oplossing.
- Indien de vragende partij geen genoegen neemt met het antwoord of de bemiddeling worden alternatieven aangereikt, verdere opvolging is dan geboden. Indien men tevreden is wordt de procedure afgesloten.

3.7. Klachtenregistratie

De ombudsfunctionaris maakt gebruik van een gestandaardiseerd klachtenregistratiesysteem zodat er op een uniforme wijze geregistreerd kan worden. Per aangebrachte klacht wordt een dossier opgemaakt.

Bij elke klacht worden de volgende gegevens geregistreerd:

- De datum van ontvangst van de klacht.
- Identiteitsgegevens van de patiënt en/of de indiener van de klacht.
- Lokalisatie van de patiënt.
- De wijze waarop de klacht gemeld wordt.
- Persoon of dienst aan wie de klacht is gericht.
- Verwachtingen van de indiener van de klacht.
- Lokalisatie van de klacht in het ziekenhuis.
- Inhoudelijke analyse van de klacht.
- Classificatie van de klacht.
- Gegrondheid van de klacht.
- Eenzijdig afbreken van de klacht.
- Ondernomen acties.
- Duur van de klachtafhandeling.
- Het resultaat van de klachtafhandeling.

Met uitzondering van de classificatie en de gegrondheid van de klacht, worden alle gegevens geregistreerd vanuit het perspectief van de patiënt, de familie of de belanghebbende die de klacht uit.

De persoonsgegevens verzameld in het kader van het onderzoek van de klacht worden slechts bewaard gedurende de tijd nodig voor de behandeling ervan en het opstellen van het jaarverslag. De ombudsfunctionaris vernietigt, na het indienen van het jaarverslag bij de Federale Commissie "rechten van de patiënt" van het Ministerie van sociale zaken, volksgezondheid en leefmilieu, alle door haar aangelegde en afgehandelde klachtendossiers.

3.8. Klachtenrapportering

Wanneer men zich in een ziekenhuis beperkt tot het oplossen van individuele patiëntenklachten, bestaat het risico dat bestaande problemen louter symptomatisch worden toegedekt. Om dit te vermijden is het van belang dat men niet alleen afspraken maakt over de individuele klachtenopvolging, maar ook over de terugkoppeling en rapportering binnen de ziekenhuisorganisatie als geheel. De ombudsfunctionaris zal de geanonimiseerde klachtendossiers bespreken met een afvaardiging uit het directiecomité, instaan voor verdere rapportering aan alle ziekenhuismedewerkers en een jaarverslag opstellen.

3.8.1. Privacy van de patiënt

De indiener van de klacht dient bij aanvang van de klacht d.m.v. een standaard formulier de uitdrukkelijke toestemming te geven aan de ombudsfunctionaris vooraleer deze de noodzakelijke betrokkenen kan informeren. Dit is een voorwaarde (Wet op de Privacy) om gezondheidsgegevens te mogen verwerken.

3.8.2. Klachtencommissie rapportering directie

De ombudsfunctionaris heeft op maandelijkse basis overleg met een afvaardiging uit het directiecomité. De algemeen directeur, medisch directeur, financieel administratief directeur en de verpleegkundig directeur zijn hierbij aanwezig. De klachten worden volledig geanonimiseerd. Op deze wijze kunnen er direct aanbevelingen gebeuren. De, voor de ombudsfunctionaris relevante klachten, worden toegelicht en het verloop van de afhandeling van de dossiers wordt besproken. Dit geldt eveneens voor het niet systematische geplande overleg met de

hoofdgeneesheer. De vertegenwoordiging van de verschillende departementen garandeert onpartijdigheid in de beoordeling van de klachten.

3.8.3. Rapportering aan betrokken ziekenhuismedewerker

Bij elke klacht wordt er een kopie van de klacht en een kopie van een eventueel schriftelijk antwoord aan de betrokken ziekenhuismedewerker overhandigd. De medewerker wordt betrokken bij het hele proces.

3.8.4. Jaarverslag

- Jaarlijks wordt er door de ombudsfunctionaris een jaarverslag opgemaakt met een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat van de klachtenbehandeling. De gegeven aanbevelingen en genomen initiatieven worden eveneens beschreven. Het verslag is volledig geanonimiseerd.
- Het jaarverslag wordt in april van het daarop volgend jaar overgemaakt aan: het bestuurscomité, de directie, de medische raad van het ziekenhuis en aan de federale commissie "rechten van de patiënt".
- Het verslag ligt eveneens ter inzage voor de geneeskundige inspectie.

4. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden

4.1. Ombudsfunctionaris

Volgens art. 11 van de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002 heeft de ombudsdienst de volgende opdracht:

- Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen.
- Het bemiddelen bij klachten met het oog op het bereiken van een oplossing.
- Bij gebrek aan het bereiken van een oplossing verstrekt men inlichtingen aan de patiënt aangaande de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht.
- Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie.
- Het formuleren van aanbevelingen, ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot nieuwe klachten.

De ombudsfunctionaris is geen verantwoording schuldig over het bemiddelingsproces, maar heeft wel een informatieplicht ten aanzien van de directie en het bestuur van het ziekenhuis.

4.2. Directie

Volgens art. 3 en 4 van het KB van 8 juli 2003 betreffende de ombudsfunctie in de ziekenhuizen draagt het ziekenhuis er zorg voor dat:

- Er voldoende informatie wordt verstrekt waardoor er een vlotte bereikbaarheid van de ombudsfunctie gegarandeerd kan worden.
- Er informatie wordt verstrekt betreffende de werking van de Federale Commissie "Rechten van de patiënt" zoals bedoeld in artikel 16 van de patiëntenrechtenwet;
- De ombudsfunctionaris de mogelijkheid heeft om ongehinderd in contact te treden met alle bij een klacht betrokken personen.
- De ombudsfunctionaris binnen een redelijke termijn over kan gaan tot de afhandeling van de klachtenbemiddeling.
- De ombudsfunctionaris over de nodige administratieve en technische middelen beschikt om haar taken te kunnen uitvoeren o.a. secretariële ondersteuning, communicatiemiddelen en verplaatsing-, documentatie- en archiveringsmiddelen.

- Met het oog op het waarborgen van een onafhankelijke uitoefening van haar opdracht de ombudsfunctionaris niet gesanctioneerd kan worden wegens daden die zij in het kader van de correcte uitoefening van haar opdracht stelt.

4.3. Alle medewerkers

- Een klacht biedt kansen om de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren, om misverstanden en problemen die ontstaan door communicatieproblemen op te helderen.
- Alle medewerkers dienen open te staan voor opmerkingen en suggesties van patiënten. Men moet proberen om op een begripvolle en constructieve manier met deze opmerkingen om te gaan.
- De informele klachten worden best zo snel en efficiënt mogelijk door de rechtstreeks betrokkenen opgelost. Dit gebeurt in overleg met de indiener van de klacht.
- Wanneer men er niet in slaagt om tot een oplossing te komen kan men beroep doen op de ombudsfunctionaris. De klacht wordt dan een formele klacht.
- Patiënten die rechtstreeks contact opnemen met de ombudsfunctionaris worden gestimuleerd om, in de mate van het mogelijke, hun klacht met de betrokken zorgverstrekkers te bespreken. Indien dit onmogelijk is voor de indiener van de klacht, kan de ombudsfunctionaris een spreekwoordelijke brug slaan en doorverwijzen of de klacht zelf onderzoeken en bemiddelen.

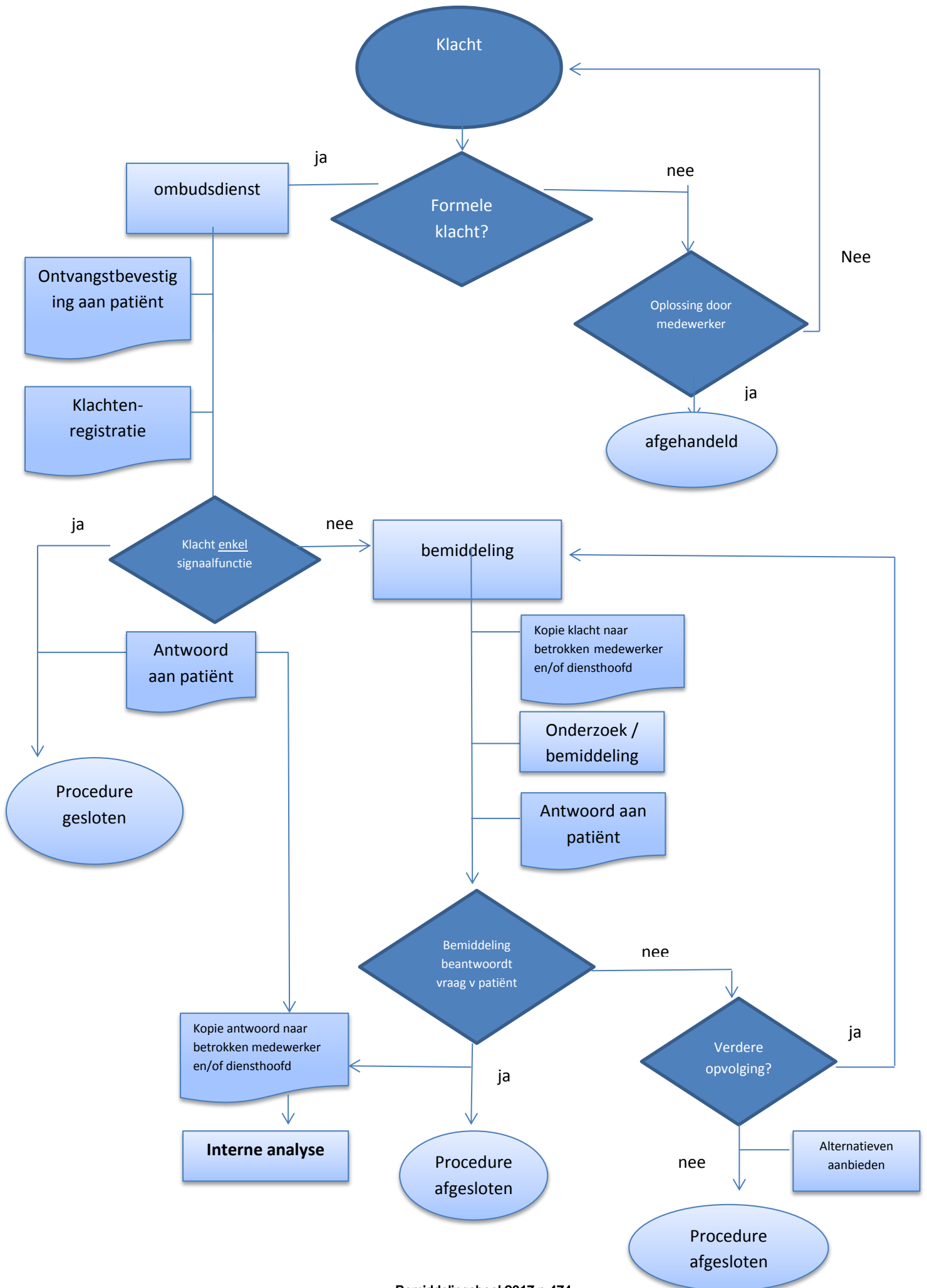
5. Referenties

KB 8 juli 2003: houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen. Bron: Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Publicatie: 26/08/2003.

22 augustus 2002: Wet betreffende de rechten van de patiënt. Bron: Sociale zaken, Volksgezondheid en leefmilieu. Publicatie: 26/09/2002.

6. Documentatie/Bijlages

- "Klachtenmanagement in de gezondheidssector. Een benadering vanuit de praktijk." Editor: Hubert Vandepuut. Medisch directeur Ziekenhuis Oost-Limburg Genk. Kluwer. 2003.
- "Van klaagmuur tot klaagcultuur". Sef van Ments, Sjoerd Boomsma. Samsom. 2000. 115 pp.
- "De lastige patiënt?" François Van Hoorebeke. Garant-uitgevers n.v. 1998. 116 pp.
- "De rechten van de patiënt". Universitaire pers, Leuven, 2001. 184 pp.
- "Klachtenbehandeling. Een klacht is een geschenk!" Kring-vorming in samenwerking met Viafoon bvba. 1999. 16 pp.
- "Over mijn lijf. Bijsluiter bij de wet over de rechten van de patiënt". Marc De Hert, Geerdts Magiels, Erik Thijs. Uitgeverij Houtekiet 2003. 135 pp.
- "Belgisch staatsblad" de wet op de patiëntenrechten van 22 augustus 2002.
- "Het elektronisch medisch dossier". An Vijverman Uitgeverij Intersensia
- "Beroepsgeheim" Frederic Blockx. Uitgeverij Intersensia



Jaarverslag Ombudsdienst AZ Oudenaarde 2017

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
---------------------------	------------------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Oudenaarde
Adres	Minderbroedersstraat 3 9700 Oudenaarde
Gewest	Vlaams
Erkenningsnummer	170
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	235
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Nelleke De Quick

Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/10/2015
Registratiesysteem	Intern registratiesysteem

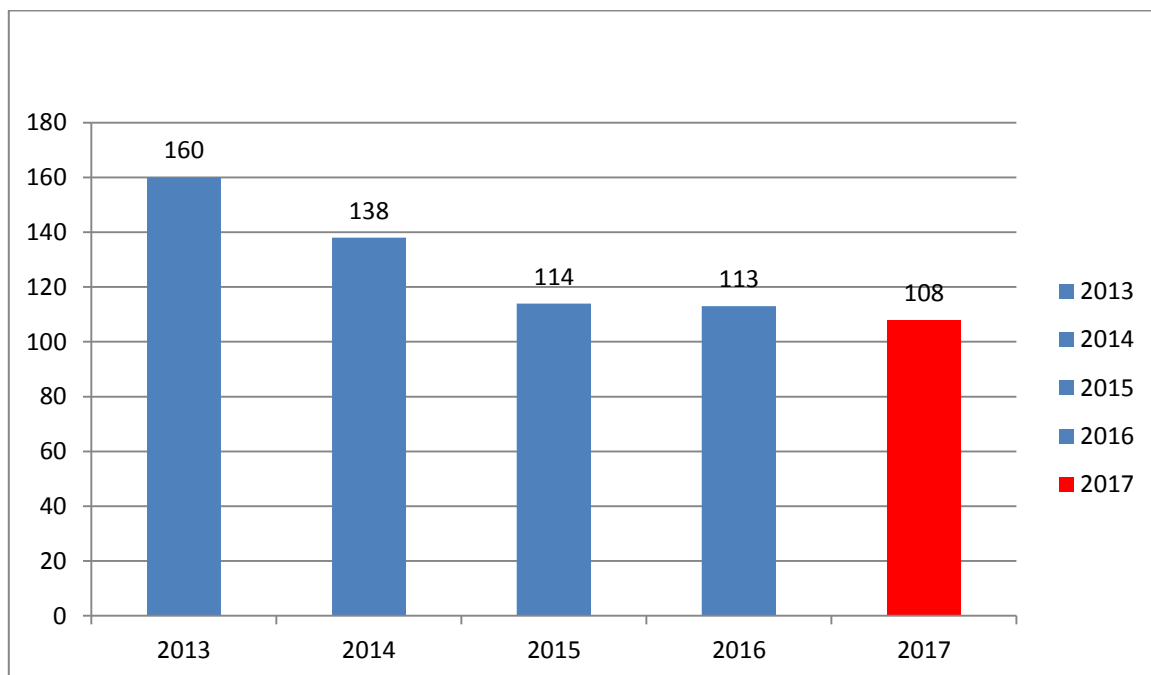
1. Behandelen van klachten

De ontvangst, registratie en opvolging van de klacht gebeurt door de ombudsvrouw. Na ontvangst van de klacht, krijgt de klager een ontvangstbevestiging. De klacht wordt besproken met de betrokken medewerker. Er wordt een antwoord of feedback geformuleerd naar de klager. Indien de klager van mening is niet voldoende te zijn geïnformeerd, wordt een gesprek georganiseerd met de betrokken medewerker.

Er worden na afloop indien nodig werkpunten overgemaakt aan de betrokken afdeling zodoende een bepaalde situatie zich niet meer kan voordoen in de toekomst.

2. Aantal klachten

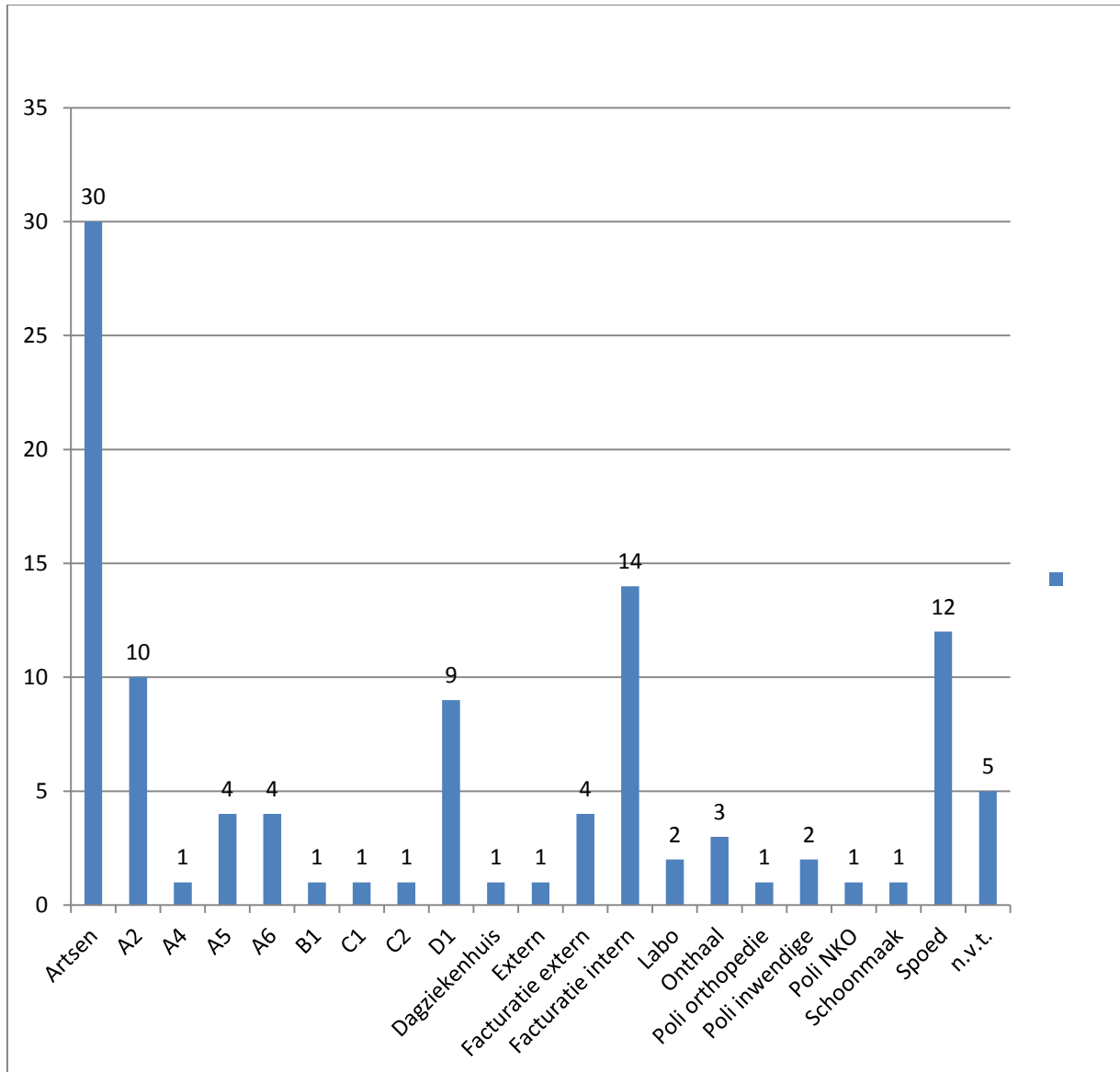
2.1 Totaal aantal dossiers per jaar



Ten opzicht van de voorgaande jaren, blijft het aantal klachten ook in 2017 dalen.

3. Analyse van de klachten

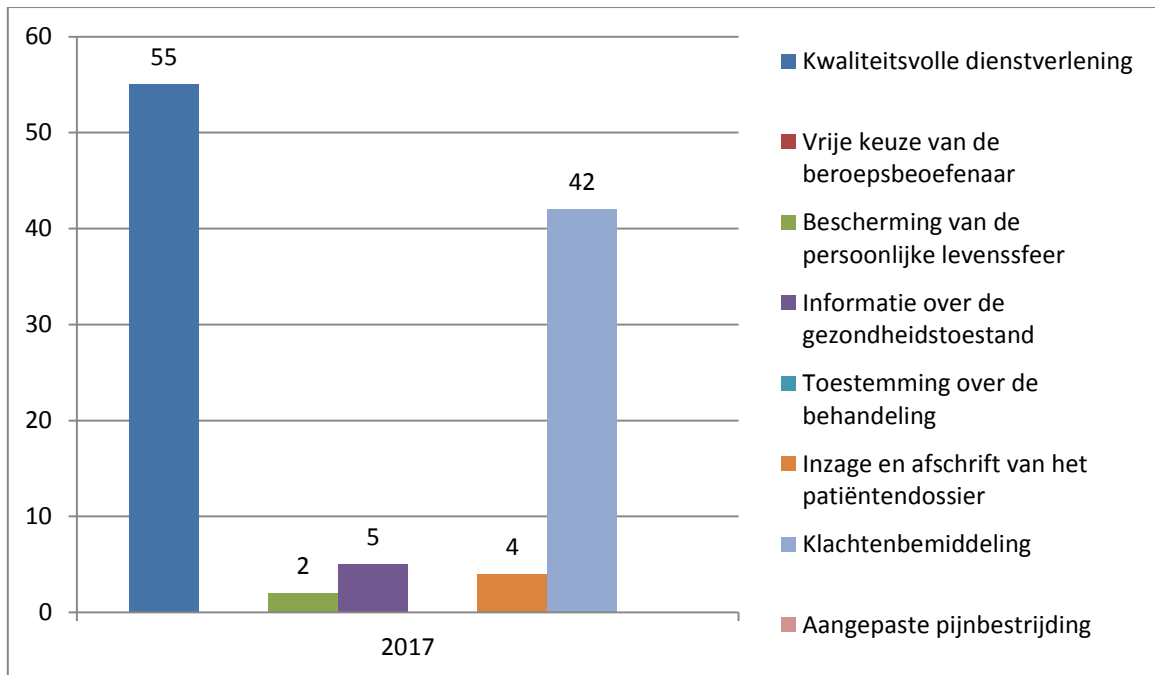
3.1 Aantal klachten per afdeling



De ingediende klachten en meldingen hebben meestal betrekking op artsen, afdeling geriatrie A2, revalidatie, facturatie en de spoedafdeling.

De meldingen onder de categorie "n.v.t." zijn vragen tot afschrift/inzage medisch dossier en 2 opmerkingen m.b.t. de infrastructuur.

3.2 Aantal klachten per patiëntenrecht in 2017



3.2.1 Analyse van de klachten per patiëntenrecht in 2017

- Kwaliteitsvolle dienstverlening

De klachten binnen dit domein handelen voornamelijk in de ontevredenheid van bejegening van de arts of verpleegkundige. Dit gaat van een onvriendelijke of vluchtige communicatie, tot de werking op de afdeling.

Wordt verder toegelicht in 3.2.2

- Bescherming van de persoonlijke levenssfeer

Aard van de meldingen

In 2017 werden 2 meldingen gemaakt door patiënten die van mening waren dat hun privacy werd geschonden tijdens hun opname.

1. Gesprek met sociale dienst op de kamer in het bijzijn van de kamergenoot en diens bezoek.
2. Computerscherm op spoed stond nog open, waardoor de gegevens van de patiënt zichtbaar waren.

Verbeterpunten

1. Sociale dienst gewezen op de toegankelijkheid van de vergaderruimtes.
2. Verpleegkundigen op de spoedafdeling gesensibiliseerd om altijd het computerscherm af te sluiten wanneer de ruimte wordt verlaten.

- Informatie over de gezondheidstoestand

Aard van de meldingen

Er werden verschillende meldingen gemaakt door vertrouwenspersonen van patiënten, die van mening waren onvoldoende te zijn geïnformeerd over de gezondheidstoestand van een familielid tijdens de opname. Hierdoor ontstond na ontslag onduidelijkheid omdat er voor de patiënten geen duidelijk advies voorhanden was.

Na contact met de betrokken artsen bleek voor elke patiënt het ontslagdocument te zijn bezorgd aan de huisarts. Patiënten of de familie van patiënten waren niet op de hoogte van deze werking.

Verbeterpunten

Aan de artsen werd gevraagd tijdens opname duidelijker te communiceren met de patiënt of met de familie van de patiënt en hen ook in te lichten dat elk advies wordt overgemaakt aan de huisarts.

- Inzage en afschrift van het patiëntendossier

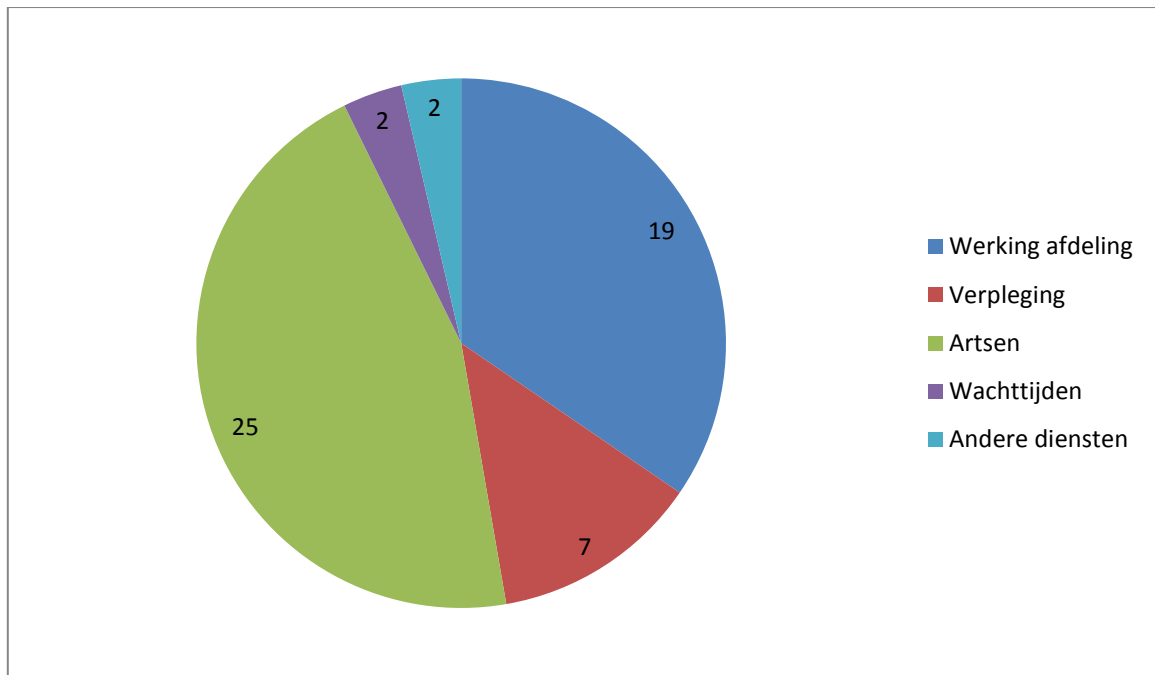
De patiënten die inzage of een afschrift van het dossier vroegen, gaven geen specifieke redenen.

- Klachtenbemiddeling

Dit betreft voornamelijk klachten die betrekking hebben op geldzaken, schadegevallen of persoonlijke spullen van patiënten die verloren geraken tot het niet akkoord gaan van het betalen van een toegestuurde factuur.

Wordt verder toelicht 3.2.3

3.2.2 Analyse van de klachten m.b.t. kwaliteitsvolle dienstverlening



- Werking afdeling

Aard van de meldingen

1. Klachten die ingediend werden in (verlof)periodes wanneer het op de verpleegafdelingen druk is door personeelstekort. Hierdoor moesten patiënten soms langer wachten op verpleging na het maken van een beloproep, waardoor ze van mening waren dat zij geen kwaliteitsvolle verzorging kregen.
2. Gebrek aan communicatie tussen de verpleegafdeling en externen (bvb. WZC)

Verbeterpunten

1. De verpleegafdelingen lichten de directie verpleging van wacht in bij grote drukte. De directie zorgt dan voor ondersteuning op de betrokken afdeling. De directie verpleging heeft de betrokken afdelingen ingelicht om sneller contact op te nemen bij drukte.
2. Dit betreft een uitzonderlijke vergetelheid, tevens door drukte op de afdeling(en). Buiten de weinige meldingen, loopt dit normaliter zonder problemen. Er werden dan ook geen aandachtspunten overgemaakt.

- Verpleging

Aard van de meldingen

Dit gaat veelal over de bejegening of de communicatie op de afdeling. Verschillende meldingen werden gemaakt over onvriendelijke verpleegkundigen.

Verbeterpunten

Door de drukte op de afdelingen gebeurt het soms dat communicatie snel moet verlopen. Dit komt soms verkeerd over bij patiënten.

Aan het diensthoofd van de afdelingen werd gevraagd om dit te bespreken met de betrokken verpleegkundige zodat hij/zij gesensibiliseerd wordt en hier in de toekomst kan op letten.

- Artsen

Aard van de meldingen

1. Bejegening van de artsen (korte, onvoldoende informatie).
2. Patiënten die van mening zijn dat een verkeerde diagnose werd gesteld.
3. Slecht lopende communicatie met anderstalige artsen.

Verbeterpunten

1. Artsen door middel van de meldingen sensibiliseren om hier aandacht aan te besteden.
2. Deze meldingen worden meestal overgemaakt aan de BA-verzekering van de arts voor verder gevolg. Dit wordt niet verder opgevolgd door de ombudsdienst van het ziekenhuis.
3. Artsen door middel van de meldingen sensibiliseren om hier aandacht aan te besteden.

- Wachttijden

Aard van de meldingen

De 2 meldingen die in 2017 werden gemaakt m.b.t. te lange wachttijden, waren te wijten aan spoedingrepen die voorrang kregen op de geplande ingrepen. Daarnaast viel 1 klacht binnen de verloopperiode, waardoor er maar 1 arts van een bepaald specialisme aanwezig was. Hierdoor kwamen alle spoedzaken, telefoontjes en ingrepen van de patiënten bij 1 arts terecht.

Verbeterpunten

De betrokken afdelingen werden ingelicht om wachtende patiënten hierover sneller in te lichten, zodat hen duidelijk is waarom de wachttijd oploopt.

- Andere diensten

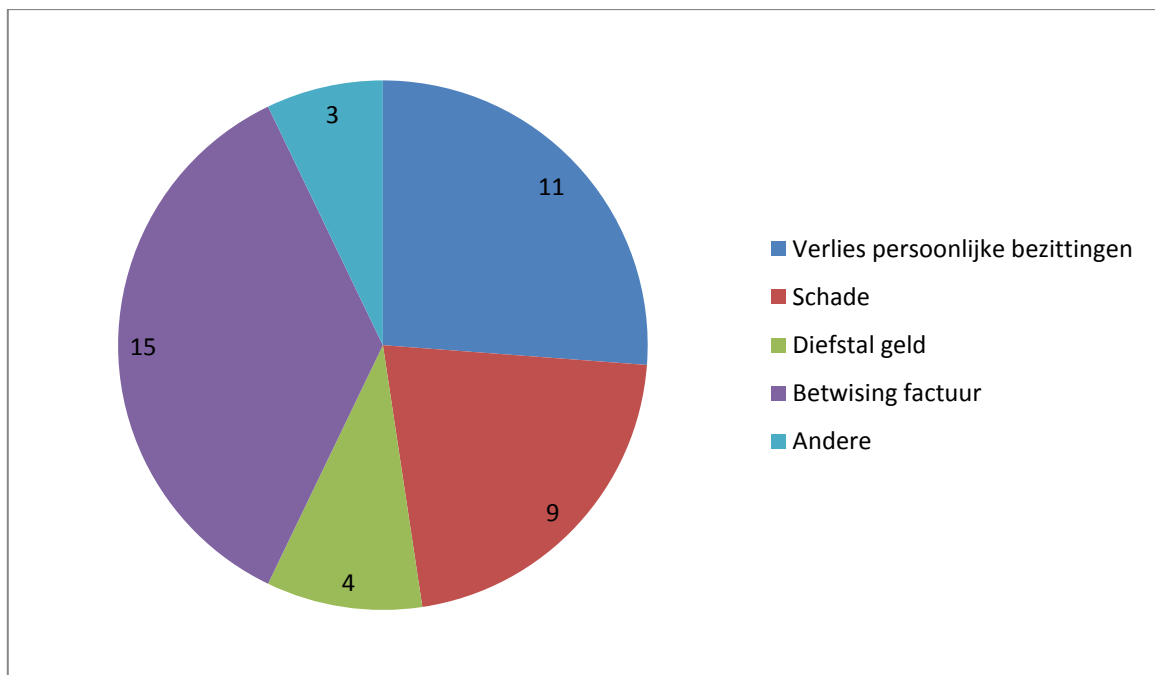
Aard van de meldingen

1. Kloosterzusters die werden uitgelachen door personeel.
2. Financiële afspraken die gemaakt werden tussen een patiënt en de arts. De arts zou dit doorgeven aan de facturatedienst maar dat was niet gebeurd.

Verbeterpunten

1. Het diensthoofd van de betrokken medewerkers heeft de melding besproken met haar dienst. Hierdoor werden de medewerkers gesensibiliseerd om hier in de toekomst respectvol mee om te gaan.
2. Het probleem werd snel rechtgezet bij de facturatedienst. Gezien dit maar een eenmalig voorval was, werden er aan de arts geen aandachtspunten overgemaakt.

3.2.3 Analyse klachten mbt klachtenbemiddeling



- Verlies persoonlijke bezittingen

Aard van de meldingen

Dit gaat voornamelijk over het verlies van hoorapparaten en kunstgebitten van patiënten, alsook over het verlies van pyjama's en identiteitskaarten. In de meeste gevallen werd er niks teruggevonden en werd er intern geval per geval bekeken of er een vergoeding kon worden toegekend.

Verbeterpunten

Zowel verpleegkundigen als patiënten blijven sensibiliseren om zorgzaam om te springen met persoonlijke bezittingen van patiënten. AZ Oudenaarde kan immers niet verantwoordelijk gesteld worden voor het verlies van persoonlijke bezittingen. Wanneer beide partijen hier de nodige aandacht aan schenken, zullen er waarschijnlijk al minder meldingen gemaakt worden hierover.

- Schade

Aard van de meldingen

Er werden in 2017 enkele meldingen gemaakt waarbij ongewild schade werd toegebracht aan persoonlijke bezittingen van patiënten.

Schadegevallen werden overgemaakt aan de BA-verzekering van AZ Oudenaarde.

Verbeterpunten

Verpleegkundigen blijven sensibiliseren om zorgzaam om te springen met persoonlijke bezittingen van patiënten.

- Diefstal geld

Aard van de meldingen

In alle gevallen werd de portefeuille of handtas van de patiënt niet achter slot achtergelaten op de kamer, terwijl de patiënt naar een onderzoek was.

De getroffen patiënten zijn meestal bejaarde personen die niet goed kunnen werken met het kluisje of aangeven hun spullen liever bij zich te houden. Wanneer zij naar een onderzoek moeten gaan, vergeten zij meestal de spullen op te bergen.

Verbeterpunten

De verpleegkundigen blijven de patiënten sensibiliseren om waardevolle spullen steeds op te bergen in het kluisje dat op elke kamer per bedpositie beschikbaar is en verwijzen hiervoor naar de kamermap waarin de werking van de kluisjes duidelijk staat uitgelegd.

- Betwisting factuur

Aard van de meldingen

1. Factuur n.a.v. extern ziekenvervoer. Het is voor patiënten niet altijd duidelijk wat de regelgeving hierrond is (m.b.t. tussenkomst mutualiteit). Intern geven de verpleegkundigen aan dat zij patiënten niet kunnen inlichten over de kosten dat dit vervoer met zich meebrengt omdat de tarieven van de externe ziekenvervoerders hen onbekend is.
2. Slecht of niet werkend internet. Patiënten vragen het gebruik hiervan aan tijdens hun opname. De kostprijs wordt aangerekend op de factuur.
3. Aanrekenen van persoonlijke medicatie van de patiënt.
4. Betalen van een parkeerticket, terwijl in sommige gevallen (spoedgevallen, bevallingen, mindervaliden) patiënten recht hebben op gratis parkeren. Dit werd in alle gevallen rechtgezet en terugbetaald.

Verbeterpunten

1. Intern moet verder bekeken worden hoe we de patiënten beter kunnen informeren wanneer zij door een externe vervoersmaatschappij moeten vervoerd worden. Zo weten patiënten op voorhand waar ze zich kunnen aan verwachten.
2. Werd in alle gevallen terugbetaald. De technische dienst en informaticadienst zijn op de hoogte van het probleem en bekijken dit wanneer dit probleem zich nogmaals zou voordoen.
3. De medicatie werd ten onrechte aangerekend aan de patiënt. Dit werd terugbetaald aan de patiënt. Dit betreft een éénmalig voorval waardoor er geen aandachtspunten werden overgemaakt.
4. Er werd bij het indienen van de klachten info doorgegeven aan de onthaal- en spoeddienst welke patiënten recht hebben op gratis parkeren. Dit probleem heeft zich niet veel gesteld waardoor dit nu opgelost lijkt.

- Andere

Aard van de meldingen

Dit betroffen klachten m.b.t. interne infrastructuur dat volgens patiënten voor verbetering vatbaar lijkt.

Verbeterpunten

Deze meldingen werden overgemaakt een de bevoegde diensten die de klachten onmiddellijk hebben bekeken en hier een gepast gevolg aan hebben gegeven.



AZ JAN PALFIJN
GENT

Ombudsdienst

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening t.a.v. de
Vlaamse ombudsman

2017

Aurélië Buyse



1. Instellingsgebonden informatie

Naam zorginstelling	AZ Jan Palfijn Gent AV
Adres	Henri Dunantlaan 5 9000 Gent
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	713
Type	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	526
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Aurélie Buyse
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	19/05/2014
Bestaffing	Enkel ombudspersoon
Registratiesysteem	The Patient Safety Company
Huishoudelijk reglement	
- Actualisatiedatum	01/02/2015
- Waar te raadplegen	Website en ter inzage bij de ombudsdienst.

2. Werking ombudsdienst

2.1. Werkingsterrein ombudsdienst

- Klachtenbemiddeling vanuit het mandaat Koninklijk besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen.
- Begeleiding aanvragen afschrift en inzage van het medisch dossier.
- Kleinere verzekeringsdossiers behandelen en opvolgen.

2.2. Werkwijze

De klachtmelder kan een klacht kenbaar maken op volgende wijzen: schriftelijk (door het sturen van een brief, een e-mail of meldingsformulier op de website), telefonisch of door een persoonlijk gesprek. De klacht wordt geregistreerd in een digitaal registratieprogramma. Bij ontvangst van de klacht wordt aan de patiënt een schriftelijke ontvangstmelding overgemaakt. Wanneer de klacht ontvankelijk wordt bevonden, onderzoekt de ombudspersoon de klacht. De ombudspersoon onderzoekt de feiten die door de klager worden aangeklaagd en gaat na welke personen en/of diensten betrokken moeten worden in het klachtendossier. De klager wordt binnen een redelijke termijn schriftelijk en/of telefonisch op de

hoogte gebracht van het resultaat van de klachtenbemiddeling. Indien bij uitputting van de bemiddelingspogingen van de ombudspersoon de klager zich niet kan verzoenen met het resultaat van de klachtenbemiddeling, informeert de ombudspersoon de klager over mogelijkheden voor de verdere afhandeling van zijn klacht.

3. Overzicht meldingen ombudsdienst

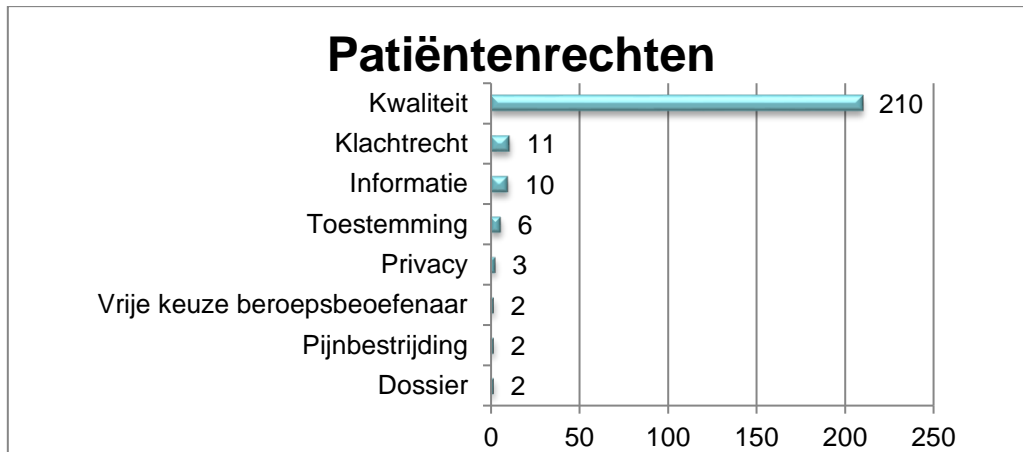
Noot: één melding kan meerdere klachten of bemerkingen bevatten. Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

3.1. Aantal klachtendossiers

3.1.1. Aantal klachten t.a.v. rechten van de patiënt

Noot: In eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere rechten van de patiënt aangeduid worden.

Recht op kwaliteitsvolle dienstverlening	210
Recht op vrije keuze van een zorgverstrekker	2
Recht op informatie over de gezondheidstoestand	10
Recht op toestemming of weigering van een tussenkomst na informatie	6
Recht op zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier	2
Recht op inzage of afschrift van het patiëntendossier	88
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (privacy)	3
Recht om een klacht neer te leggen bij de bevoegde ombudsfunctie	11
Recht om de meest aangepaste zorg te bekomen, om de pijn te voorkomen, er aandacht voor te hebben, te evalueren, in aanmerking te nemen en te verzachten	2



3.1.2. Aantal klachten niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt

Er werden 96 klachten geregistreerd die niet gerelateerd waren aan de rechten van de patiënt.

3.2. Aantal infodossiers

Er werden 7 informatiedossiers geregistreerd.

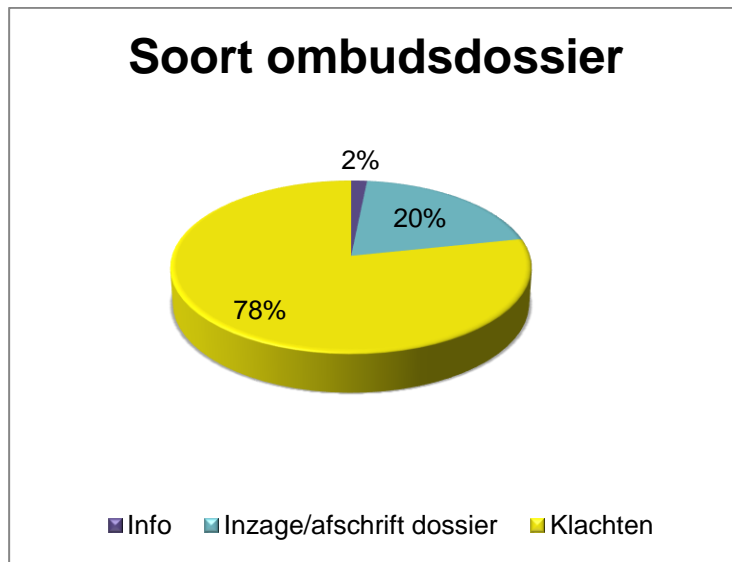
3.3. Aantal aanvragen afschrift of inzage medisch dossier

Er waren 84 aanvragen voor een afschrift van het medisch dossier te ontvangen en 4 aanvragen tot inzage van het medisch dossier.

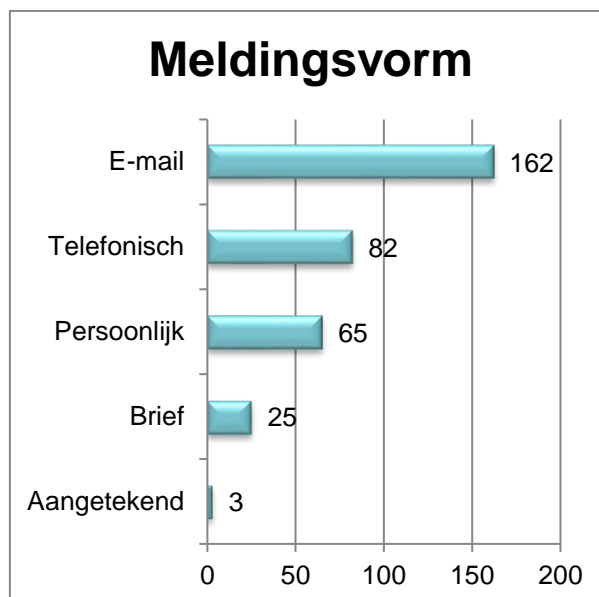
3.4. Grafieken

3.4.1.1. Onderverdeling dossiers

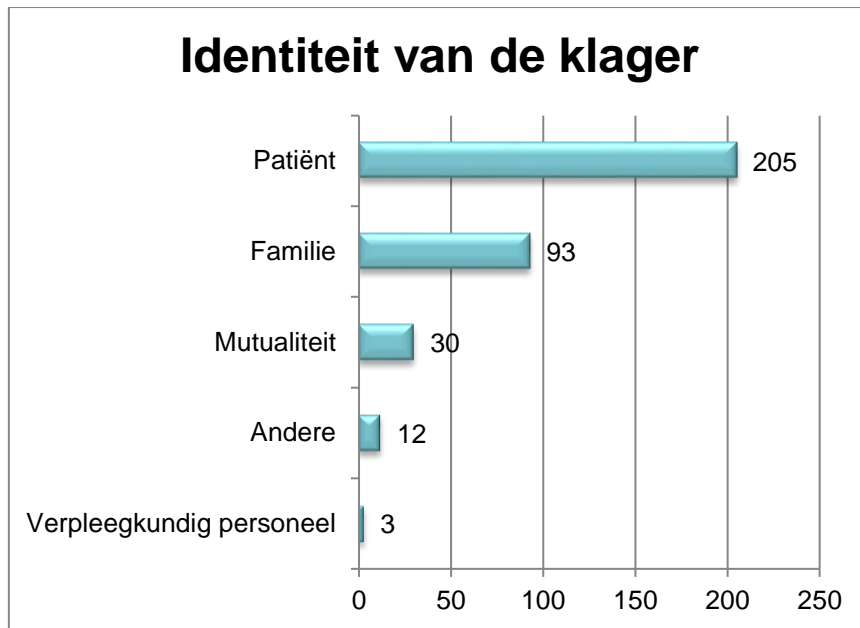
Van de 439 geopende dossiers zijn er 342 klachtendossiers, 7 informatiedossiers en 88 dossiers waarbij er een inzage of afschrift van het medisch dossier gevraagd wordt. De klachtendossiers vertegenwoordigen 78% van de dossiers bij de ombudsdienst.



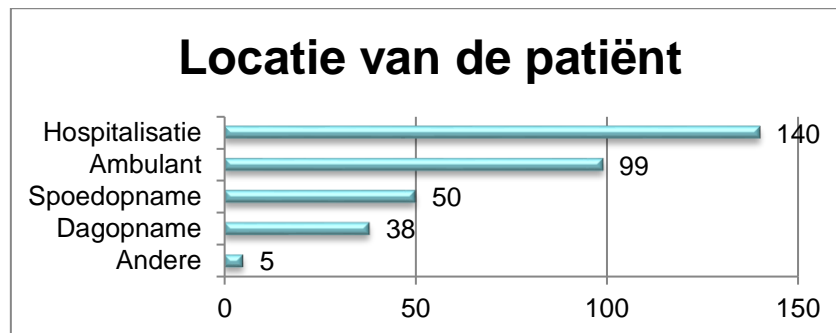
3.4.1.2. Meldingsvorm



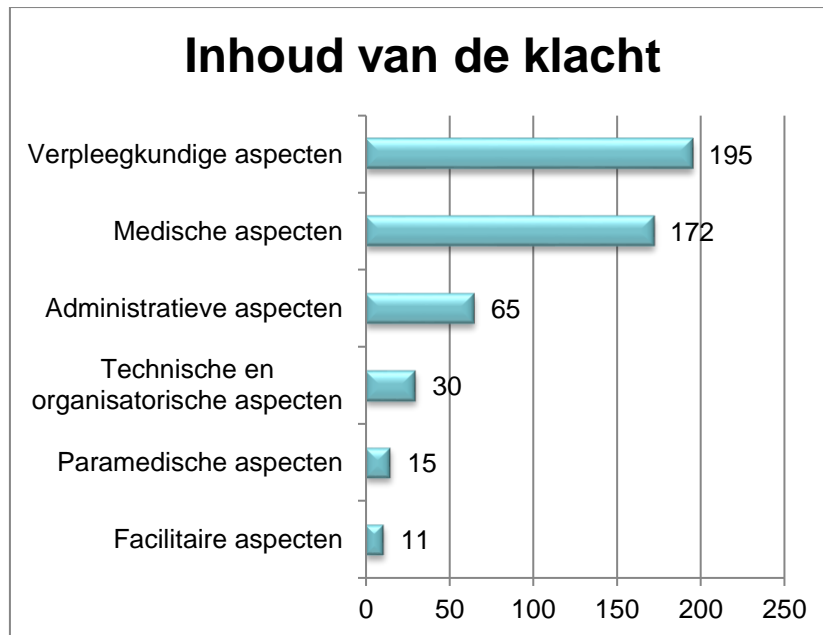
3.4.1.3. *Identiteit van de klager*



3.4.1.4. *Locatie van de patiënt*



3.4.1.5. *Inhoud van de klacht*

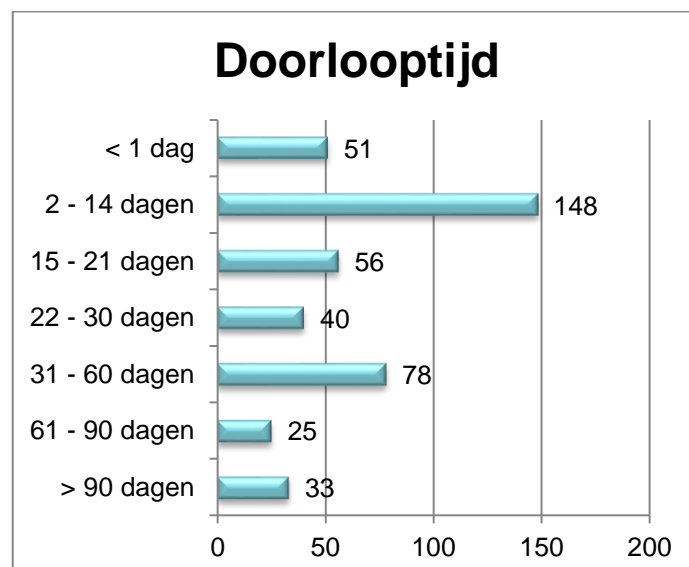


3.4.1.6. *Doorlooptijd*

Artikel 4, °3 van het Koninklijk Besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen stelt voorop om een klacht binnen een redelijke termijn te behandelen.

Er wordt steeds gestreefd naar een afsluiten van het dossier binnen een redelijke termijn.

De meerderheid van de dossiers worden afgesloten binnen de termijn van 14 en 60 dagen.



4. Aanbevelingen

Artikel 11, §2 van de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt voorziet de mogelijkheid om aanbevelingen te formuleren ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten.

Uit de diverse ontvangen klachten kunnen er verscheidene aanbevelingen geformuleerd worden.

4.1.1. Medisch departement

1. Afschrift en inzage van het medisch dossier.

Het is wenselijk om de artsen te informeren over relevante wetgeving met betrekking tot het verkrijgen van een afschrift en inzage van het medisch dossier.

4.1.2. Verpleegkundig departement

1. Beleid inzake verloren voorwerpen op afdelingen.

Deze aanbeveling werd intussen omgezet in een ziekenhuisbrede procedure.

4.1.3. Administratief departement

1. Aanduiden van een vertrouwenspersoon bij inschrijving.

Om eventuele problemen bij de behandelende arts te vermijden, die een strenge toepassing eist van het statuut van vertrouwenspersoon, zou bij het inschrijven aan de patiënt standaard kunnen gevraagd worden om een vertrouwenspersoon aan te duiden.

A Z

J P

AZ JAN PORTAELS

Algemeen Ziekenhuis Vilvoorde

JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2017

AZ JAN PORTAELS - VILVOORDE

Sofie Peumans : ombudsvrouw

1. Inleiding

Dit verslag bevat de gegevens van het werkjaar 2017 (01/01-31/12) van de ombudsdienst van het AZ Jan Portaels Ziekenhuis te Vilvoorde.

In hoofdzaak wordt het vooropgestelde sjabloon van de beroepsvereniging VVOVAZ gevolgd.

Recent hebben de ombudsdiensten van o.a. de ziekenhuizen bericht gekregen dat, na een hiaat van twee jaar (verslaggeving 2015 en 2016), de rapporten kunnen bezorgd worden aan de Vlaamse Ombudsman (vroeger de federale ombudsdienst). Dit heeft geresulteerd in enkele overlegmomenten tussen VVOVAZ en de Vlaamse Ombudsman, alsook in intern overleg binnen VVOVAZ met als resultaat dit basissjabloon.

We hopen naar de toekomst toe dit sjabloon te kunnen verfijnen en aldus ook de Vlaamse Ombudsman meer inhoudelijke input te geven, los van enkel de 'cijfertjes'. Dit met als doel de werking van de Ombudsdienst in de ziekenhuizen te verbeteren en natuurlijk in hoofdzaak de patiënt professioneel te kunnen verder helpen bij vragen naar informatie en klachten.

Ondanks de beperkte tijd (in het verleden werd de jaarverslaggeving doorgestuurd eind april) trachten we toch enkele aandachtspunten weer te geven alsook een beeld te schetsen van hoe een ombudsdienst werkt in een regionaal algemeen ziekenhuis gelegen aan de rand van Brussel.

2. Instellingsgebonden informatie

Naam van de zorginstelling	AZ Jan Portaels (AZJP)
Adres	Gendarmeriestraat 65, 1800 Vilvoorde
Erkenningsnummer	204
Type	Algemeen Ziekenhuis
Aantal erkende bedden	406
Naam ombudspersoon	Sofie Peumans
In dienst sinds	1 januari 2008
Opleiding Ombudspersoon	Lic. Sociologie, Manama Relatie- en Communicatiewetenschappen, Europees erkende therapieopleiding, basisopleiding bemiddeling (Mediv)
Werkregime	Parttime (62%)
Bestaaffing ombudsdienst	Ombudsvrouw 62%, secretariële ondersteuning 10% (telefoonpermanentie, basis administratie).
Registratiesysteem	Infoland VVOVAZ
Secretariële ondersteuning	Ja, zeer beperkt (zie bestaaffing)
Lokalisatie ombudsdienst in organogram	De ombudsdienst bevindt zich, als een onafhankelijke dienst, onder de algemene directeur. Dit betekent dat de ombudsvrouw als werknemer van het ziekenhuis, praktische zaken met deze directeur bespreekt. Verder geeft dit de ombudsdienst de vrijheid om zich volledig neutraal en onafhankelijk in de organisatie te bewegen. Inhoudelijke casuïstiek bespreekt de ombudsvrouw niet, want ze werkt in vertrouwen. Structurele aspecten ter voorkoming van klachten worden wel besproken.
Lokalisatie bureau ombudsdienst	In de gang aan het onthaal bij de hoofdingang van het ziekenhuis. De ombudsdienst heeft aan het bureau een eigen wachtkamer.

3. Rol en werkingsterrein van de ombudsdienst

De rol van de ombudsdienst in het AZJP is ruimer dan omschreven in het mandaat KB8/7/2003.

De interne klachtenprocedure verduidelijkt welke klachten door de ombudsdienst behandeld worden, dit wordt niet beperkt tot klachten met betrekking tot de rechten van de patiënt.

Klacht:

Iedere uiting van ongenoegen of ontevredenheid met een behandeling of bejegening die door de betrokkene (klager) als onjuist wordt ervaren of iedere uiting van ongenoegen of ontevredenheid betreffende het zorgproces van patiënten in het ziekenhuis.

Dit vanaf het moment van het maken van een afspraak of het verkrijgen van informatie, tot het moment van ontslag uit onze instelling en alles wat hierop betrekking heeft (aanrekening van het bezoek, facturatie).

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen informele en formele klachten. De formele klachten worden door de ombudsdienst behandeld.

Informele klacht (flowchart in bijlage):

Iedere mondelinge klacht die de eigen dienst of het eigen werkdomein van de ziekenhuismedewerker of ziekenhuisarts niet overstijgt.

Uitzondering hierop zijn klachten die zich op een dienst voordoen en die betrekking hebben op de hotelfunctie of van technische aard zijn. Deze klachten overstijgen de eigen dienst of discipline, maar worden toch beschouwd als een informele klacht (bv: individuele klachten over het eten op een zorgdienst of klachten over het niet functioneren van het lichtknopje of de tv).

Formele klacht (flowchart in bijlage):

- *Iedere schriftelijke klacht, ongeacht aan wie ze gericht is in het ziekenhuis. Met uitzondering van: de louter financiële klachten en de schriftelijke klachten van huisartsen over het AZJP.*
- *Elke mondelinge klacht die de eigen discipline of dienst overstijgt.*
- *Elke (mondelinge of schriftelijke) klacht die wordt geuit bij de Ombudsdienst.*
- *Elke informele klacht die niet afgehandeld geraakt.*

Naast het behandelen van individuele klachten heeft de ombudsvrouw intern nog taken:

- In het kader van klachtenpreventie geeft de ombudsvrouw vorming: onthaalmoment met nieuwe medewerkers (alle disciplines die met patiënten in aanraking komen), vorming over rechten van de patiënt, privacy en vormen op vraag (o.a. in 2017 vorming gegeven in het AZJP aan vertegenwoordigers van rust- en verzorgingstehuizen over vertegenwoordiging en over hoe belangrijk dit is in het kader van de rechten van de patiënt).
- Deelname aan de werkgroep kwaliteit en patiëntveiligheid: op frequente basis komt deze werkgroep samen om de incidenten met betrekking tot patiëntveiligheid te bespreken alsook andere aspecten rond kwaliteitsvolle dienstverlening. Belangrijk: de ombudspersoon zit hier vanuit haar rol. Er worden geen gegevens of informatie met betrekking tot individuele klachten uitgewisseld tenzij op vraag van de klager zelf. De ombudsvrouw is hier aanwezig om structureel (en dus anoniem) zaken aan te kaarten, op de hoogte te zijn van bepaalde acties rond kwaliteit en om input te geven vanuit de kennis van de ombudsdienst alsook de wetgeving.
- De ombudsdienst zelf informeert patiënten over de stand van zaken met betrekking tot een verzekeringsdossier dat lopende is bij het AZJP, indien de oorspronkelijke klacht via de ombudsdienst is gepasseerd. De ombudsdienst zelf houdt zich verder niet bezig met de verzekeringsdossiers om zo haar neutrale en afhankelijke houding te kunnen bewaken.
- Afschriften van patiëntendossiers worden administratief (de uitvoering van het zoeken en bezorgen van afschriften) niet uitgevoerd door de ombudsvrouw. Deze uitvoerende administratieve taak heeft niets met het ombudswerk te maken. Dit dient uitgevoerd te worden door administratief personeel dat de uitdrukkelijke goedkeuring heeft tot toegang tot patiëntengegevens.

De secretaresse die ook de ombudsvrouw ondersteunt, zorgde in 2017 wel voor de afschriften. Omwille van de evaluatie en aanpassingen van de procedure ter verkrijging van een patiëntendossier door de hoofdarts (met input van de ombudsvrouw), werd beslist dat de ombudsvrouw tijdelijk de correctheid van bepaalde aanvragen dubbel checkt (preventief-klachten voorkomend).

In 2018 wordt echter voorzien dat het diensthoofd van het medisch archief volledig deze taken op zich neemt. De ombudsdienst kan zich dan beperken tot haar 'core business' (informereren over en behandelen van klachten m.b.t. inzage en afschrift).

- De ombudsvrouw heeft op regelmatige basis overleg met directieleden. Met de zorgdirecteur en met de hoofdarts is dit op frequente basis. Bij de andere directieleden is dit op vraag van de ombudsdienst, wanneer de ombudsvrouw dit noodzakelijk acht.

De ombudsvrouw kaart tijdens deze overlegmomenten structurele aspecten aan (preventief of curatief). In uitzonderlijke situaties (nood breekt wet), wanneer een individuele zorgverstreker herhaaldelijk naar voren komt in klachtendossiers en dit met duidelijke nadelen voor de patiënten, zal wel gesproken worden over de individuele zorgverstreker met leidinggevende en/of betrokken directeur. Er wordt getracht om dit weloverwogen en zo transparant mogelijk te doen.

Het frequente overleg met hoofdarts en zorgdirecteur is noodzakelijk omdat de meeste structurele aspecten hun departement betreffen. De ombudsvrouw wacht niet op het jaarverslag om dergelijke aspecten aan te kaarten, maar probeert kort op de bal te spelen.

Voorbeeld: op korte termijn komen plots gelijkaardige klachten van een welbepaalde zorgafdeling op de ombudsdienst binnen, die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg. Bij het behandelen van de klachten blijken organisatorische aspecten een rol te spelen die zowel betrekking hebben op het medisch departement als het zorgdepartement. De betrokkenen in de hiërarchie die hier invloed op kunnen uitoefenen worden hierover geïnformeerd om zo verdere klachten in de toekomst te vermijden.

4. Behandeling van klachten en onvrede

4.1 Hoe gaat de organisatie om met klachten die door de ombudsdienst worden aangeleverd?

Wanneer onder 'de organisatie' het beleid (en dus het management) wordt verstaan, dan kan algemeen gesteld worden dat men signalen van structurele aard door de ombudsdienst zal oppikken en vertalen naar de praktijk.

AZJP is een regionaal ziekenhuis wat betekent dat de ombudsdienst gemakkelijk toegang heeft tot het hiërarchisch hoogste niveau (dit ligt anders bij grote universitaire ziekenhuizen). Het is logisch dat de ombudsvrouw vooral te maken krijgt met het zorgdepartement en de medische directie. Daarnaast spelen het financiële departement en natuurlijk de algemene directie een belangrijke rol. De departementen IT en technische en logistieke directie worden eerder sporadisch rechtstreeks geconsulteerd door de ombudsdienst. Natuurlijk worden de betrokken diensthoofden binnen de respectievelijke departementen op voorhand gevraagd om hun advies en inschatting te geven als experts binnen hun vak.

Eenzijds worden structurele zaken aangekaart in rechtstreeks overleg met de betrokken directeur en zijn/haar diensthoofden of managers. Anderzijds wordt dit mee gekanaliseerd binnen de dienst kwaliteit en patiëntveiligheid. Dit gebeurt op diverse momenten doorheen het jaar, op het moment dat de ombudsdienst inschat dat dit nodig is of wanneer de ombudsdienst geconsulteerd wordt met betrekking tot een structureel probleem dat zich stelt.

De wijze waarop er wordt omgegaan met de structurele signalen van de ombudsdienst varieert van directie tot directie en van onderwerp tot onderwerp. Dit heeft te maken met de graad van ernst, met beleidsprioriteiten en met de tijd en voorwaarden die nodig zijn om een probleem dat zich stelt op te lossen. De ombudsvrouw blijft de aangehaalde structurele aspecten en wat daar mee gebeurt (de verbeteracties) opvolgen.

Voorbeeld van werkwijze: de vaststelling wordt gedaan dat zowel op de Facturatiedienst als op de Ombudsdienst opvallend veel klachten binnen komen met betrekking tot een supplement dat aangerekend wordt. De aanrekening van het supplement blijkt conform de wetgeving te zijn, maar de klagers geven aan hiervan op voorhand niet voldoende geïnformeerd te zijn.

Volgende diensthoofden worden door de ombudsdienst geconsulteerd: diensthoofd facturatie, diensthoofd van het medisch specialisme, diensthoofd secretariaat van het medisch specialisme en de medische directeur. Er vindt ook een overleg plaats tussen de medische directeur, diensthoofd medische discipline en de ombudsvrouw. De ombudsvrouw gaat verder op ontdekking op welke momenten de patiënt al dan niet geïnformeerd wordt over dit supplement. Uit dit onderzoek blijkt dat de patiënt informatie krijgt op de website en in de wachtkamer. Volgens 'de letter' van de wet is dit voldoende, echter de praktijk toont aan dat dit niet werkt. Er wordt beslist dat het secretariaat van deze dienst bij iedere persoonlijke en telefonische boeking duidelijk vermeldt dat er een supplement wordt aangerekend en dat men, indien men hierover uitgebreidere informatie wenst, doorgeschakeld kan worden naar de Facturatiedienst.

Gevolg= klachten met betrekking tot dit thema nemen af.

De pro actieve houding van het beleid en de communicatie hierover (bij beleidsmatige veranderingen) naar de ombudsdienst zou kunnen geoptimaliseerd worden. Hierdoor zou de ombudsdienst veel korter op de bal kunnen spelen en sneller patiënten kunnen informeren over de stand van zaken en de te verwachten situatie in de toekomst.

Voorbeeld: De Europese verordening met betrekking tot privacy en de uitwerking hiervan in de praktijk. De input van de ombudsdienst kan hier een belangrijke rol spelen om klachten te voorkomen. De communicatie vanuit het beleid naar de ombudsdienst toe over de omzetting van de verordening in de praktijk blijft echter beperkt.

4.2 De positie van de ombudsdienst

In het AZIP heeft de ombudsdienst een duidelijk positie. Deze positie hebben we niet zo maar cadeau 'gekregen'. We zijn het belang van de ombudsdienst, van bemiddeling en gesprek, van de neutraliteit en onafhankelijkheid, van een duidelijk klachtenmanagement en van klachten als een kwaliteitsinstrument blijven benadrukken. We hebben als het ware door de jaren heen 'bemiddeld' om deze positie te verkrijgen. De klemtonen die er de afgelopen jaren vanuit de overheid gelegd zijn op kwaliteit, op patiëntveiligheid en natuurlijk de accrediteringsrondes, hebben allemaal geholpen om het belang van de rechten mee in 'the picture' te brengen.

De positie van de ombudspersoon stevig verankeren en 'beschermen' IN de organisatie, zou door de wetgever duidelijker moeten gebeuren. We hebben een heel eigen positie als 'bemiddelaar' die van belang is voor de patiënt, maar die veel ruimer gaat dan dat en die niet mag afhangen van de 'goodwill' van een directie, raad van bestuur of medische beleidsorganen.

We horen en zien zeer veel op alle echelons van de organisatie (van boven naar onder en van links naar rechts en omgekeerd) waardoor we vanuit een heel eigen onafhankelijke structurele bril naar problemen die zich voordoen kunnen kijken. Dit is een belangrijk gegeven om verandering teweeg te kunnen brengen voor de patiënt. Daarom is het ook noodzakelijk dat ombudspersonen deel blijven uitmaken van een ziekenhuis en niet als externen af en toe in een ziekenhuis komen omwille van een klacht.

Ook krijgen we te maken met zeer veel diverse belangen en emoties. Dit zowel van patiënten als van de zorgverleners. We zien ook hoe zorgverleners steeds meer moeten 'kunnen' (medisch of verpleegkundig, communicatief, administratief etc.). We krijgen te maken met zorgverleners bij wie die ene klacht misschien 'de' druppel is, we zien het doorslaan van de 'mondige patiënt' naar de agressief eisende patiënt en de zorgverlener die niet weet hoe hiermee om te gaan en zich de vraag stelt naar zijn/haar eigen rechten. We begeleiden families en patiënten die net een groot en soms onverwacht verlies hebben geleden. We kunnen communiceren met zowel laaggeschoolde en hoog opgeleide groepen werknemers. We moeten diplomatisch zijn en we moeten kunnen overleggen met

zowel directie, raad van bestuur, specialisten als met een ongeschoolde familie die de taal niet kent, alsook met externe partners, etc.

We moeten ons daarom vrij kunnen positioneren tegenover eender wie binnen de organisatie (zeer veel diverse belangen), zonder tijd te moeten steken in de 'bemiddeling' voor onze eigen positie. De erkenning en het respect van alle beleidsorganen in een ziekenhuis bepalen de mate waarin men als ombudspersoon zijn/haar werk ten volle kan uitoefenen.

De ombudspersoon zelf moet voldoende basis hebben om deze rol op een professionele wijze te kunnen vervullen. Specifieke persoonlijke vaardigheden, kennis, opleiding en ondersteuning (intervisie, supervisie, coaching) moeten aanwezig zijn. In de huidige praktijk wordt er door VVOVAZ zelf gezorgd voor intervisie, kennisuitwisseling en vorming.

De ombudsfunctie is een 'eenzame' functie. Omwille van het beroepsgeheim en het gegeven dat er in veel ziekenhuizen slechts 1 persoon de functie uitoefent, is er geen enkele uitlaatklep om soms toch wel zeer aangrijpende situaties of moeilijke kwesties te bespreken.

Er is geen enkele verplichting naar de ziekenhuizen toe om de ombudspersoon bijvoorbeeld te laten gebruik maken van een onafhankelijke coach om dit hiaat op te vangen. Alle 'zorg' voor de bemiddelaar moet momenteel gezocht worden in de beroepsvereniging.

4.3 Hoe wordt op de ombudsdienst (en de klachten) gereageerd door beroepsbeoefenaars, leidinggevenden, directie?

De reactie op de ombudsdienst en de klachten is afhankelijk van diverse factoren:

In het AZJP horen al de werknemers (hiermee worden ook al de beroepen die als zelfstandigen werkzaam zijn, bedoeld) de klachtenprocedure, de rechten van de patiënt en de ombudsdienst te kennen. Hiertoe zal de ombudsvrouw zich voorstellen aan de nieuwe personeelsleden op de daartoe voorziene inlooptagen. Sinds 2017 zijn we ook gestart om een persoonlijk gesprek te voeren met de nieuwe artsen bij hun aanstelling. Tijdens dit gesprek is er de kennismaking met de werking van de ombudsdienst, de klachtenprocedure etc. Dit laatste traject kampt nog met kinderziekten en moet nog verfijnd worden in 2018.

Aan de verpleegkundigen en verzorgenden (ook mensen van de poetsdienst die in aanraking komen met patiënten en de logistieke medewerkers die het beddentransport doen) wordt er op frequente basis vorming gegeven over de rechten van de patiënt en privacy. De ombudsdienst beschouwt dit als behorende tot haar preventieve taak.

Samengevat: beroepsbeoefenaars, leidinggevenden en directie zijn vrij goed op de hoogte van de rechten van de patiënt, de klachtenprocedure en de ombudsdienst (is gebleken uit de audit door NIAZ in 2017) wat mede hun reactie op de ombudsdienst en een klacht zal bepalen.

De reactie op de ombudsdienst wordt verder mee bepaald door het type klacht.

Als ombudspersoon mogen we niet oordelen over de inhoud van een klacht. Het kan echter niet anders dat ook wij, in de dagelijkse praktijk, onderscheid maken tussen een 'lichte' klacht en een 'zware' klacht. Hiermee wordt niet bedoeld dat de afhandeling van de ene minder of meer professioneel of onafhankelijk zal gebeuren. Er wordt wel mee bedoeld dat de impact die de klacht heeft op de patiënt, de familie, de betrokken professionals verschillend is bij een 'lichte' of 'zware' klacht en dit mede de reactie zal bepalen van de ontvanger op de klacht.

Voorbeeld: een familie komt bij de ombudsdienst omdat hun moeder is overleden en ze vermoeden dat dit de fout van de dokter is, versus een klager komt op de ombudsdienst omdat hij kwaad is omdat hij 2 euro voor de parking moet betalen en hij dat niet rechtvaardig vindt.

De klachten die wij ontvangen gaan van kleine administratieve zaken tot klachten die een mens op een zeer fundamentele wijze raken, namelijk over ziekte, leven, dood, loslaten, afhankelijk zijn... Het zijn die 'zware' klachten die anders onthaald zullen worden door de beroepsbeoefenaars, de leidinggevendenden en de directie in vergelijking met de minder 'zware' klachten. De lichtere klachten, daar durft men soms wel eens wat gemakkelijker overheen te gaan. De ombudsvrouw waakt erover dat deze toch serieus genomen en opgevolgd worden. Ook klachten die in eerste instantie nogal vreemd lijken, dienen altijd serieus te worden genomen.

Voorbeeld: in een warme zomerperiode komt een klager op de ombudsdienst. Ze klaagt omdat ze werd gestoken door een mug op de dienst. De ombudsvrouw was eerst wat verward en dacht dat de klacht zou gaan over een MUG interventie....

Het ging echter wel degelijk over een steek door het gedierte 'mug' en volgens de klager was dit ongehoord dat dit in een ziekenhuis kon gebeuren. Nadat de ombudsvrouw de patiënt verder bevraagd had (omdat dit verhaal in eerste instantie niet echt serieus kan genomen worden) neemt de ombudsvrouw contact op met de hoofdverpleegkundige van de betrokken dienst om te horen wat er nu eigenlijk aan de hand is. De klager blijkt inderdaad met reden te klagen: er blijkt een enorme muggenepidemie op de dienst te zijn waar de muggen zelfs het hygiënisch handelen in het gedrang brengen. Vanuit directie wordt gezorgd dat het probleem in samenwerking met een externe gespecialiseerde dienst opgelost wordt.

Op individueel niveau is het bij 'zware' klachten vaak 'slikken' voor de betrokken zorgverleners. Het ontvangen van een klacht heeft heel wat impact op een zorgverstrekker en roept vaak weerstand op. Soms gaat het over situaties waar de zorgverlener zelf al dagen niet van slaapt. Dit luik wordt vaak vergeten. De patiënt dient met alle zorg die mogelijk is opgevangen te worden door de ombudsdienst, maar de zorgverlener ook.

De praktijk leert ons dat de meeste zorgverleners bij een dergelijke klacht erg aangedaan zijn en na de eerste 'defensieve' reacties bereid zijn om mee te stappen in het klachtentraject. De ombudsdienst probeert hier dan ook zodanig mee om te gaan zodat mensen (zowel patiënt als zorgverlener) in een latere fase constructief samen rond de tafel kunnen gaan zitten.

Een ander element dat de reactie op de ombudsdienst en de klachten bepaalt is de wijze waarop de klacht door de klager wordt gebracht en geformuleerd. Soms worden schriftelijke klachten op agressieve wijze verwoord of is er al een hoogoplopend conflict 'face to face' geweest (ook dreigen met fysieke agressie lijkt steeds vaker voor te komen). Het behandelen van de klacht strandt dan in eerste instantie op 'de vorm' van de klacht en niet op 'de inhoud'. Uit ervaring weten we dat we dan in ieder geval moeten voorzien in voldoende persoonlijk contact met de klager alsook persoonlijk contact met de zorgverlener. In eerste instantie alleen met de ombudsvrouw om zo het traject in beweging te krijgen, richting een constructief overleg. Soms is het echter niet mogelijk om tot een constructief overleg te komen. Ook wordt de ombudsvrouw soms zelf bedreigd en/of agressief bejegend of is er de dreiging van potentiële fysieke agressie.

Dan zijn er nog klachten die helemaal niet meer gaan over inhoud maar die ronduit seksistisch, denigrerend, discriminerend of racistisch zijn. Het is logisch dat de zorgverleners in kwestie hier helemaal op afhaken. Het personeel hier werkzaam is zeer divers, net zoals het cliënteel van het AZJP zeer divers is. Dit leidt soms tot bijzonder harde en pijnlijke situaties en die zelfs, zoals in een aantal recente voorvallen waarbij een partner de hulp van een mannelijk gynaecoloog voor zijn vrouw en ongeboren kind op agressieve wijze weigerde, kunnen leiden tot bedreiging van het leven van de patiënt(en). Het personeel en het cliënteel in het ziekenhuis zijn een weergave van de maatschappelijke context waarin het ziekenhuis zich bevindt. Verschillen in politieke en geloofsovertuigingen, verschillen in geslacht, seksuele voorkeur, leeftijd, culturele achtergronden, socio-economische achtergronden, verschillen in taal Ze spelen allen een rol in het AZJP en komen ook naar voren in de klachten op onze ombudsdienst.

Van de wetgever mogen wij niet oordelen over de gegrondheid van de klachten. Ik wil er voor pleiten dat klachten van patiënten die niet over inhoud gaan maar ronduit denigrerend, discriminerend, seksistisch of racistisch zijn door ons als ongegrond mogen worden bestempeld. Het is

vanzelfsprekend dat de klachten van patiënten over dergelijk gedrag van de zorgverstreker naar de patiënt en/of familie toe natuurlijk altijd behandeld en ernstig worden genomen.

In het kader hiervan werd o.a. de werkgroep 'waardevolle zorg' opgericht in 2017. De ombudsvrouw heeft mee gewerkt aan het uitwerken van de visie en het doel van deze werkgroep, dit vanuit de overtuiging dat dit zal bijdragen tot het afnemen van het aantal klachten met betrekking tot deze materie. Hoe kunnen zorgverstrekkers de verschillen met de patiënt (en familie) overbruggen en komen tot een positieve samenwerking, ook al zijn ze het niet eens over bepaalde zaken en zijn de verschillen soms groot? Op welke manier kan je als zorgverlener de patiënt en bezoek duidelijk maken dat er bepaalde regels zijn zonder het conflict op te zoeken? Hoe omgaan met verschil in taal (er werd een hernieuwd tolkenbeleid uitgewerkt)? Hoe omgaan met het filmen door patiënten en bezoek? Hoe omgaan met agressieve patiënten? Hoe omgaan met verwachtingen die men stelt vanuit een overtuiging of een geloof? ...

5. Enkele cijfers

5.1 Aantal dossiers geopend op de ombudsdienst

Er werden in 2017 **313** nieuwe dossiers geopend op de ombudsdienst. Het is belangrijk te weten dat het hier niet allemaal klachten betreft maar ook informatieve vragen en proactieve meldingen, die al dan niet kunnen leiden tot een klacht. Er werden in 2017 maar liefst bijna 1/3 dossiers meer geopend dan in 2016. In eerste instantie dachten we dit te kunnen verklaren door het consequent registreren van de informatiedossiers vanaf de tweede helft van 2017. We merken echter op dat er ook effectief een toename is van het aantal klachten (2017= 231 en 2016=175). Of we hier kunnen spreken van een blijvende trend of niet, dat zullen de komende jaren uitwijzen. Het lijkt er op dat de klager doorheen de jaren de weg naar de ombudsdienst steeds beter vindt.

Tabel: absoluut aantal geregistreerde dossiers bij de ombudsdienst per jaar

2017	313
2016	212
2015	226

Tabel: absoluut aantal klachtendossiers, informatieve dossiers en proactieve meldingen in 2017 (1 dossier kan tot meerdere types behoren).

Klachten: 231
Informatie: 79
Proactieve: 18
Aantal opvragen patiëntendossiers: 273

Het absoluut aantal klachtendossiers is gestegen tegenover de vorige jaren (2016= 175). Het aantal geregistreerde informatiedossiers is tevens toegenomen. De informatievragen werden in het verleden door het teveel aan administratief werk niet consequent geregistreerd. Vanaf juni 2017 zijn we gestart met dit wel te doen (tweede helft heeft de ombudsdienst een beperkte administratieve ondersteuning gekregen). Vandaar dat de cijfers toegenomen zijn en moeilijk te vergelijken zijn met het verleden. Het aantal proactieve dossiers blijft beperkt.

5.2 Klachtenratio

De klachtenratio wordt bepaald door het aantal klachten te delen door de som van het totaal aantal opgenomen patiënten (=inclusief forfaits chirurgisch dagziekenhuis)+het aantal dag klinische patiënten (exclusief forfaits chirurgisch dagziekenhuis)+ het aantal ambulanten. Het wordt uitgedrukt in een percentage.

Klachtenratio voor 2017 (alle klachtendossiers en niet enkel die betrekking hebben op de rechten) bedraagt **0.095%**

5.3 Doorlooptijd van de dossiers (registratie op de ombudsdienst - afhandeling)

Tabel: doorlooptijd klachtendossiers van het moment van registratie op de OD tot dag van afhandeling (2017)

	2017
<= 1dag	57
2-10 dagen	53
11-20 dagen	29
21-30 dagen	24
31- 60 dagen	40
61-90 dagen	17
>90	5
	6 (dossiers die nog niet afgesloten zijn bij de opmaak van dit jaarverslag)

Het betreft hier de doorlooptijd van alle klachtendossiers geopend en gesloten in 2017 (dus exclusief informatie en proactieve dossiers en niet enkel de klachtendossiers met betrekking tot de rechten). Ongeveer ¼ van de klachten werd in 2017 afgehandeld binnen 1 dag. Vaak zijn dit klachten waarbij de ombudsdienst vrij gemakkelijk de communicatie tussen de klager en de betrokken zorgverlener of dienst terug op gang kon trekken en de patiënt zich nog in het ziekenhuis en in de zorgrelatie bevond. Iets minder dan de helft van de klachtendossiers (47,6%) wordt binnen de 10 dagen afgesloten en ongeveer 70% van de klachten wordt afgerond binnen de maand na ontvangst op de ombudsdienst. Binnen de twee maanden (wat we voorstellen als maximumtermijn) werd bijna 88% van de klachtendossiers afgerond.

De duur van de afhandeling van een dossier zegt niets over de kwaliteit van de behandeling van een dossier. De 'echte' bemiddelingsdossiers vergen vaak veel tijd. Het aantal deelnemers speelt hier een rol in alsook het verloop van de pendeldiplomatie die hieraan aan vooraf gaat. Indien bijvoorbeeld een familie en artsen van verschillende specialismen alsook nog eens verpleegkundigen samen in een bemiddelingsgesprek terecht komen, vergt dit een hele organisatie om de agenda's op elkaar afgestemd te krijgen.

5.4 Verwachtingen van de klager

Tabel verwachtingen van de klager bij het melden van een klacht bij de ombudsdienst in 2017 (per dossier kunnen meerdere verwachtingen aangegeven worden).

Verwachting van de klager bij aanmelding	2017
Signaal	109
Oplossing	66
Informatie	10
Luisterend oor	11
bemiddeling	41
Financieel akkoord	93
schadeclaim	24

5.5 Aantal en aandeel dossiers die betrekking hebben op de rechten van de patiënt

125 dossiers in 2017 hebben betrekking op de rechten van de patiënt zoals omschreven in de wetgeving. In 2016 waren dit er 97. Ook hier zien we dus in absolute cijfers een stijging. In vergelijking met het totaal aantal klachtendossiers kunnen we echter stellen dat relatief bekeken dit cijfer in vergelijking met 2016 stabiel blijft. In 2017 heeft 54% van alle klachtendossiers betrekking op de rechten en in 2016 was dit 55%.

In onderstaande de tabel kan gelezen worden hoe vaak de klachten betrekking hebben op welk recht. Belangrijk: één en dezelfde klacht kan op meerdere rechten tegelijk betrekking hebben.

Tabel: aantal klachten per recht van de patiënt in 2015, 2016 en 2017	2015	2016	2017
Kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5)	92	77	105
Recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar (art.6)	0	0	1
Recht op informatie over gezondheidstoestand (art.7)	18	17	29
Recht om geïnformeerd voorafgaandelijk & vrij toe te stemmen (art	1	4	6
Recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier	0	1	2
Recht op inzage in dossier	0	0	1
Recht op afschrift dossier	3	2	5
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer	3	5	1
Recht op pijnbestrijding gerichte zorg	10	7	6
Recht op klachtenbehandeling	0	0	0

Zoals de vorige jaren zien we opnieuw de tendens dat er het hoogst gescoord wordt op klachten met betrekking tot kwaliteitsvolle dienstverlening. De artikels die daarnaast doorheen de jaren er wat boven uit steken zijn recht op informatie en recht op pijnbestrijding gerichte zorg.

Tabel: aandeel van klachtendossiers die betrekking hebben op de wetgeving m.b.t de rechten van patiënt per jaar (verrekend op het totaal aantal klachtendossiers, dus exclusief infodossiers en pro actieve meldingen)

2017	54%
2016	55%
2015	53%

Het aandeel klachtendossiers (verrekend op het totaal aantal klachtendossiers) dat betrekking heeft op de rechten van de patiënt blijft stabiel.

6 Aanbevelingen

Doorheen dit verslag werden al enkele aanbevelingen aangehaald, namelijk:

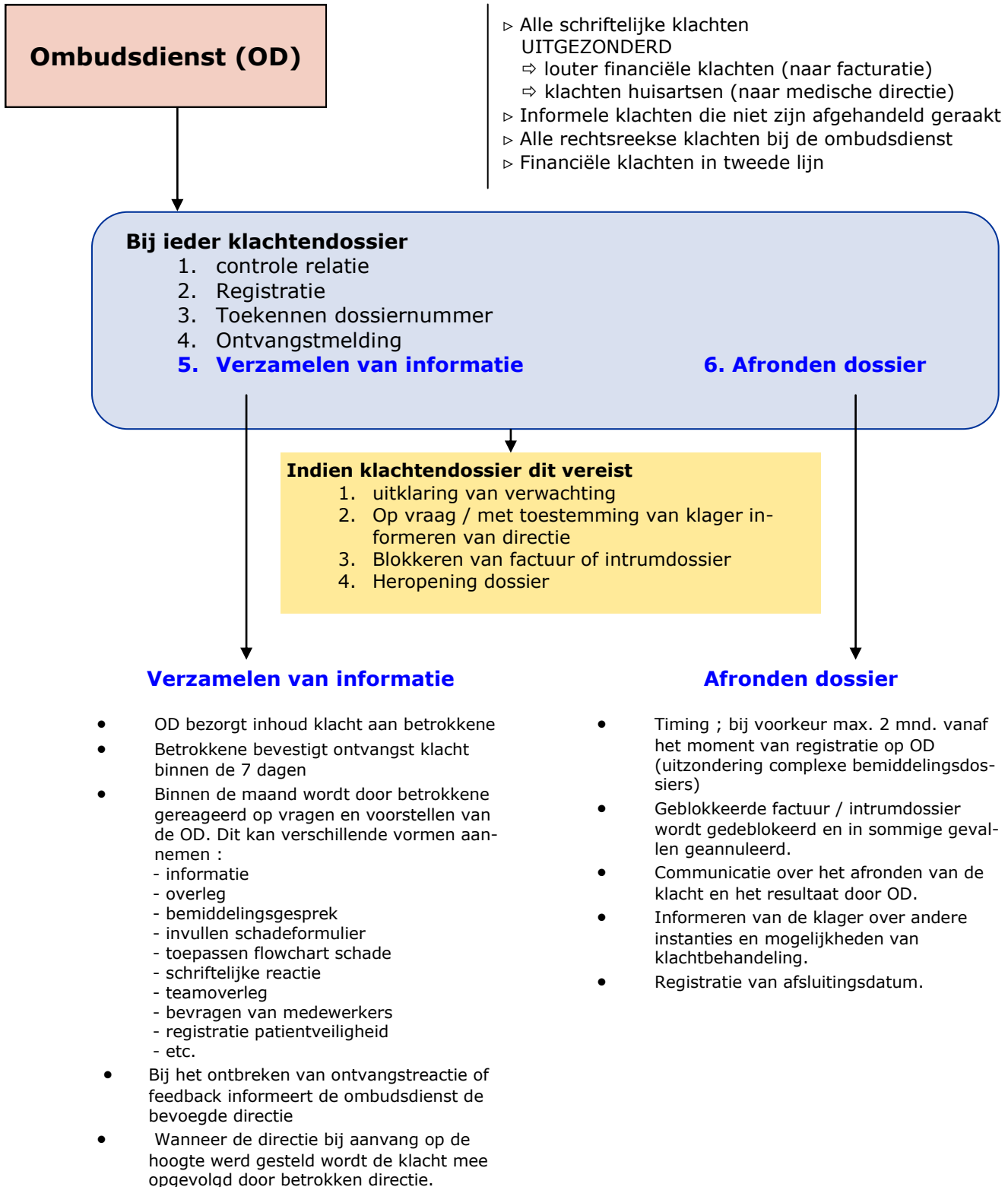
- De positie van de ombudspersoon stevig verankeren in de organisatie en zorgen voor een betere wettelijke bescherming voor de persoon die de functie uitoefent. Ook de waardering van de functie van de ombudspersoon in de organisatie mag niet afhangen van de context maar moet overal op dezelfde manier gegarandeerd kunnen worden (zie punt 4.2).
- De ombudsfunctie is een 'eenzame' functie. Omwille van het beroepsgeheim, de specifieke eigenheid van de functie ombudspersoon/bemiddelaar en het gegeven dat er in veel ziekenhuizen slechts 1 persoon de functie uitoefent, is er geen enkele uitlaatklep of coach om soms toch wel zeer aangrijpende situaties of moeilijke kwesties te bespreken (dus ook over de meest aangewezen aanpak). Vanuit de overheid zou dergelijke ondersteuning van de ombudspersoon gestimuleerd mogen worden (zie punt 4.2).
- Mogelijkheid om klachten als ongegrond te bestempelen (zie punt 4.3).

Bijkomende aandachtspunten:

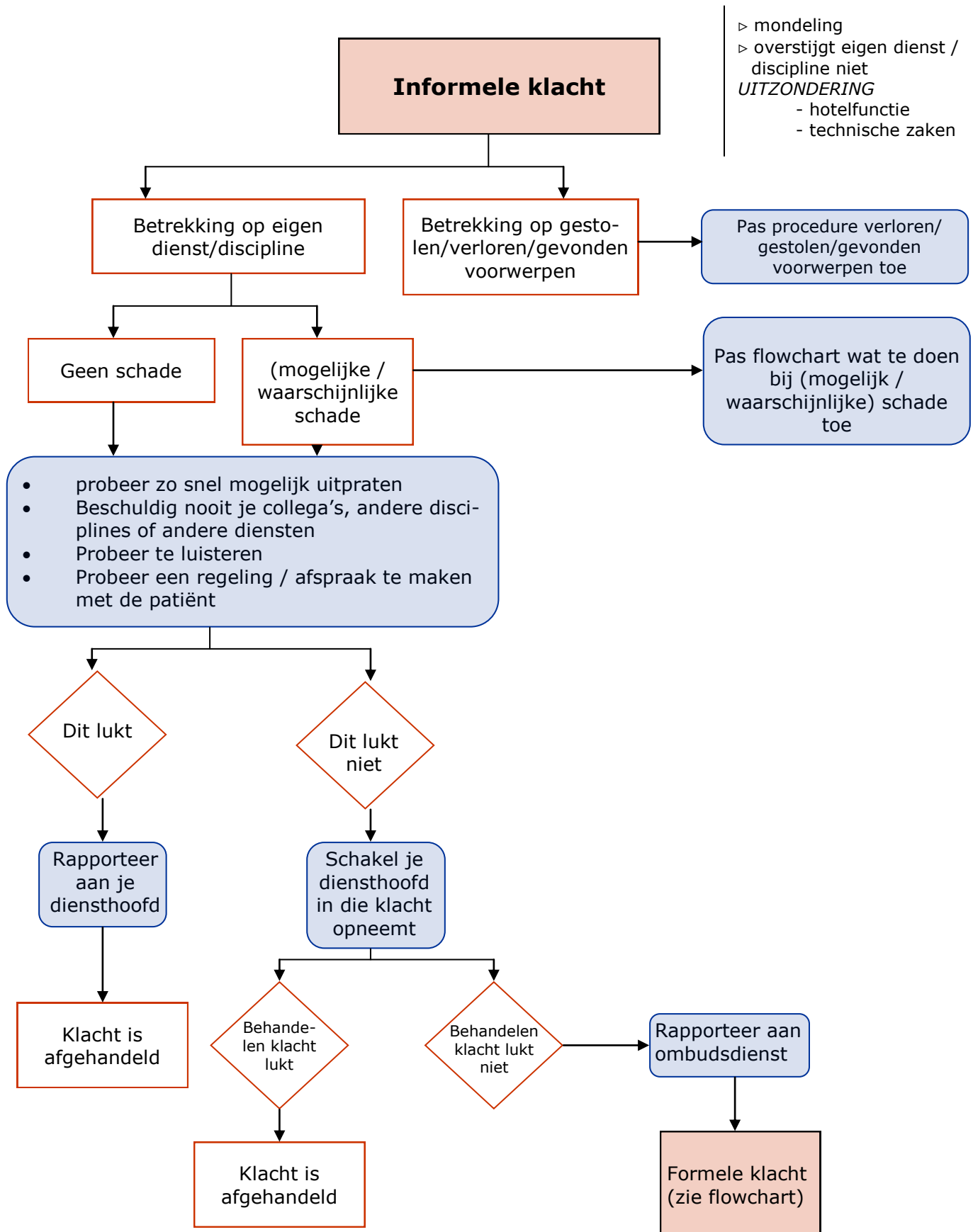
- Ondersteuning van de overheid (praktisch en financieel) om een wetenschappelijk onderbouwd meetinstrument te ontwikkelen voor de registratie van de klachten. Dit opdat de cijfers ook enige 'betekenis' kunnen krijgen (we blijven het gevaar lopen dat er momenteel appels met peren vergeleken worden). Wat registreren we als klachten? Beperken we ons enkel tot de rechten van de patiënt? Hoe registreren we dit dan? Maar vooral ook: wat is de zin van de cijfers? Moeten er andere zaken dan cijfers geregistreerd worden die misschien belangrijker zijn om zicht te krijgen wat er nodig is om patiënten hun rechten gewaarborgd te zien?
- Campagne om de autonomie van de patiënt en het belang van zijn/haar input en participatie in het zorgtraject alsook ook de eigen verantwoordelijkheid aan te wakkeren. Enerzijds zien we steeds meer patiënten en families waarbij 'mondigheid' doorslaat naar agressief en eisend gedrag en anderzijds is er nog een grote groep van patiënten en families die sub-assertief en zelfs passief blijven, omdat men zich in een ondergeschikte positie voelt tegenover de zorgverstrekkers (meestal naar de artsen toe). Het eerste gedrag leidt tot enorme conflicten, maar ook de tweede wijze van communiceren (of ontbreken er van) leidt vaak tot klachten waarbij de zorgverleners 'uit de lucht vallen' omdat men helemaal niet door heeft dat de patiënt ontevreden is of zich slecht voelt in de zorgrelatie. Het is logisch dat de tussencategorie, namelijk waar de communicatie tussen alle partijen vlot loopt, niet bij de ombudsdienst terecht komen.
- De burger is nog steeds niet goed op de hoogte wat een spoeddienst van een ziekenhuis is en doet. Dit leidt jaarlijks tot veel frustraties en ergernissen bij de patiënt en bij de zorgverstrekkers van de betrokken afdeling. In Vlaanderen wordt nog te vaak gedacht dat een spoeddienst een dienst is waar je 'spoedig' geholpen wordt of een dienst is waar je naartoe gaat in plaats van naar de huisarts of een dokter van wacht te gaan. Het is ook geen dienst via dewelke je sneller terecht kan op bij bijvoorbeeld radiologie of orthopedie (tenzij er natuurlijk medische indicaties zijn dat dit direct moet gebeuren). Een spoeddienst is een 'urgentiedienst'. Dit betekent in de praktijk dat de ombudsdienst doorheen de jaren ettelijke klachten heeft behandeld over de wachttijden, over het feit dat men een afspraak kreeg bij orthopedie of radiologie en men niet onmiddellijk een arts van dit specialisme heeft gezien etc. Intern is het van belang om te blijven communiceren met de patiënt over waarmee men naar de huisarts kan, over de kleurcodes van de triage, over de redenen waarom de wachttijden oplopen. Op maatschappelijk niveau is het belangrijk dat het duidelijk wordt voor de patiënt wat een spoeddienst is en doet, omdat dit hem/haar veel frustraties kan besparen.

Februari 2018
Sofie Peumans
Ombudsvrouw

FLOWCHART FORMELE KLACHT



FLOWCHART INFORMELE KLACHT



Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	A.Z Heilige Familie
Adres	's Herenbaan, 172 – 2840 Rumst
Gewest	Vlaams
Erkenningsnummer	314
Type (AZ, UZ, PZ,...)	A.Z.
Aantal bedden	207
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Nicole Caremans
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/11/2003
Bestaffing	24u/week

Lokalisatie dienst	4 ^e verdieping – op een afdeling interne geneeskunde
Registratiesysteem	Ja - Infoland
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Ja – december 2017 – website http://www.azheiligefamilie.be/nl/ons-ziekenhuis/ombudsdienst/ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basisbemiddeling MEDIV – 2010 Gezondheidsrecht postgraduaat AHLEC – UA 2015
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> - Omgaan met stress en zelfzorg - Agressie op de werkvloer
<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst</p> <p><i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Klachtenbemiddeling vanuit patiëntenrechtenwet - Afschrift dossier - Verzekeringsdossiers - Projecten rond patiëntenparticipatie
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse klacht door ombudsdienst - Contactname en overleg met interne betrokkene of directe leidinggevende indien naam niet bekend - Feedback naar de patiënt - Soms bijkomend gesprek patiënt – zorgverlener – ombudsdienst - Pat. neemt genoegen met geformuleerde antwoord/indien niet → wordt verwezen naar andere mogelijkheden

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
<p>Maandelijks worden structurele klachten/herhalingsklachten doorgenomen met klachtencommissie, inhoudelijk, niet nominatief.</p> <p>Punten ter verbetering worden opgenomen door eigenaar aan te duiden, opvolging gebeurd verder door departementeel directielid.</p> <p>Niet elke herhalingsklacht wordt opgelost, maar er volgen weldegelijk verbeteracties uit klachten.</p>	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<p>Zoveel mogelijk streven naar win-win situatie. "Lerende houding" van de organisatie bevorderen door vinger aan de pols te houden. Feedback op verschillende niveaus.</p> <p>Accent op herhalingsklachten en welk effect dit heeft op de organisatie → oplossingen/verbeteracties!</p> <p>Bijdrage in patiëntenparticipatie: uitrol projecten om patiënten vooraf zeer uitgebreid te informeren (= preventief, voorkomen van klachten). Zo streeft de ombudsdienst ernaar om op termijn te evolueren naar een patiëntenservicebureau, waar de ombudsdienst slechts een onderdeel is van een groter geheel.</p>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
<p>Meest voorkomende resultaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gesprek organiseren tussen zorgverlener en pat. voor een meer uitgebreide toelichting van de situatie, om vragen te beantwoorden → vaak voldoende voor de patiënt. - Excuses aanbieden in naam van de zorgverlener/ziekenhuis + info over de verbeterinitiatieven. - Tegemoetkoming op financieel vlak: wegvallen van deel of van de totale factuur - Indienen verzekeringsdossier omwille van schade - Pat. verwijzen naar andere mogelijkheden <p>Meest voorkomende moeilijkheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewaken van de eigen neutraliteit - Samenwerking (geen feedback verkrijgen van interen zorgverleners) - Bewaken beroepsgeheim t.a.v. directie - Te weinig jobtime voor de actuele jobload! 	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Opmerkingen:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	Totaal aantal dossiers: 359 Klachtendossiers: 212 → 134 patiëntenrechtenwet + 78 andere

Aantal infodossiers	13
Aantal pro actieve dossiers	2
Aantal opvragingen patiëntendossier	128
Aantal 'andere'	2 verzekeringsdossiers

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	106
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7) + informatie betreffende de prijs	21
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	3
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	1
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	3
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

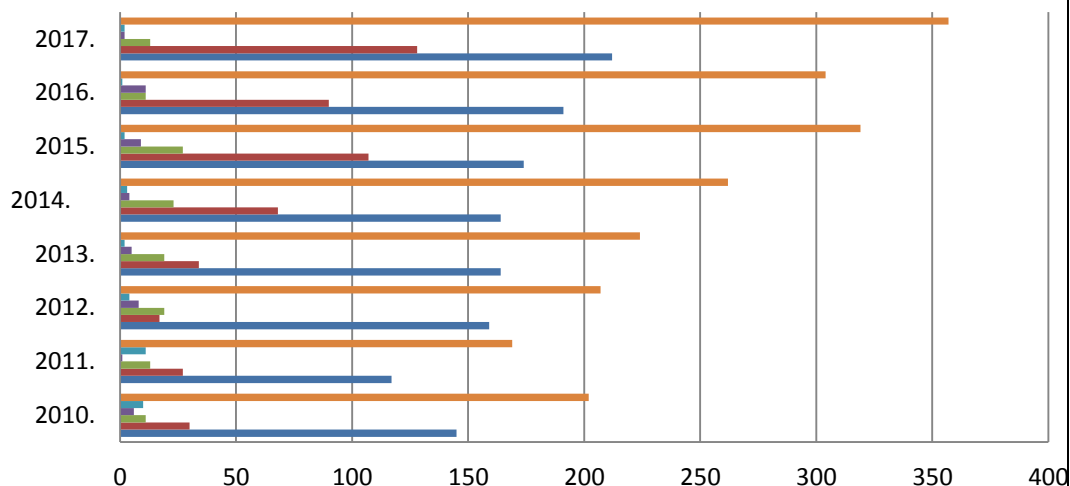
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	78			
Tabellen/grafieken; klachtenratio:				
1. Evolutie in doorlooptijden:				
	2014	2015	2016	2017
Aantal klachten	164	174	191	212
< 1 dag	10%	6%	4%	4%
2 - 10 dagen	55%	51%	46%	39%
11 - 20 dagen	25%	30%	35%	37%
21 - 30 dagen	9%	11%	12%	13%
31 - 60 dagen	1%	2%	2%	5%
61 - 90dagen	0	0	1%	1%
>90 dagen	0	0	0	1%
2. Totaaloverzicht en evolutie dossiers ombudsdienst 2010 - 2017:				

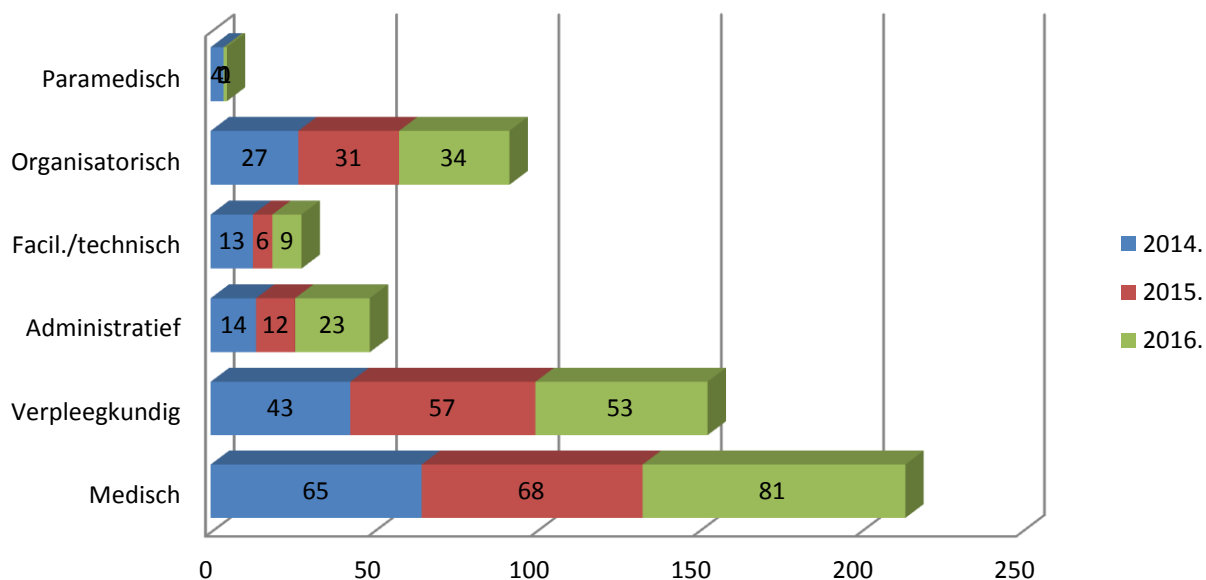
Dossiers ombudsdienst 2010 - 2017



	2010.	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.
■ Totaal aantal dossiers	202	169	207	224	262	319	304	357
■ PAM	10	11	4	2	3	2	1	2
■ verzekering	6	1	8	5	4	9	11	2
■ informatiedossiers	11	13	19	19	23	27	11	13
■ dossierafschriften	30	27	17	34	68	107	90	128
■ klachten	145	117	159	164	164	174	191	212

Ik heb voorlopig nog niet meer grafieken beschikbaar van 2017. Zie onder van 2016 om idee te geven over de verdeling per domein.

Aantal klachten per domein 2014 - 2016



Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)

2017:

- opvallend meer klachten rond comfort en service versus prijskaartje
- Blijvend knelpunt = verloren voorwerpen!
- Attitude → mentaliteitswijziging = werkpunt!
- Doorlooptijden, zie tabel.

Totaal overzicht evolutie klachten HFR:

Aanbevelingen

- ✓ Invoeren voor interne gedragscode voor iedereen
- ✓ Meer aandacht voor “klantgerichte houding van de medewerkers”, de beleving wordt alsmear even belangrijk dan het geleverde product of dienst.
- ✓ Gerichte coaching of op de vloer voor sommige medewerkers in sleutelposities
- ✓ Meer begeleiding/sturing voor spoedartsen vanuit de medische disciplines
- ✓ Meer opvolging door leidinggevenden van verbeteracties
- ✓ Duidelijke voorafgaande informatieverstrekking rond de toepassing van de 200% ereloonsupplementen

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

- Werkpunten worden wel opgenomen maar nadien is er weinig opvolging naar borging toe.
- Een decentralisatie van de aanpak – klachten en hun aanpak meer bij de teams leggen – is mogelijk een oplossing?
- Sommige klachten worden wel degelijk aangepakt:
 - ➔ aanpassing formuleringen op de factuur inzake betaaltermijn
 - ➔ Niet nagekomen afspraken worden standaard niet meer aangerekend
 - ➔ Zorgproces préoperatieve voorbereiding en postoperatieve pijnbestrijding werd ten gronde geherstructureerd ➔ minder klachten op vlak van pijnbeleid
 - ➔ Actualisatie van de conventiestatus van de radioloog betreffende de MRI

Met vriendelijke groeten,

Nicole Caremans

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Diest
Adres	Statiestraat 65, 3290 Diest
Gewest	Vlaams Brabant
Erkenningsnummer	710712
Type	AZ
Aantal bedden	211
Aantal campussen	2
Naam ombudsperso(o)n(en)	Edith Hallet Bij afwezigheid, Melissa Rogiers
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	September 2003
Bestaffing	0.4 FTE

Lokalisatie dienst	Campus Statiestraat, kantoor bij onthaal
Registratiesysteem	FileMaker Pro, registratiesysteem VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Beschikbaar sinds 2011, op internet, op de afdelingen, bij de onthaaldienst en de ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basistraining Bemiddelaar bij Mediv, VVOVAZ trainingen en regionale ombudsbesprekingen
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Coaching vorming voor leidinggeevenden bij AZ Diest Intervisietraining Verbindende communicatie Regionale ombuds vergaderingen
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Klachtenbemiddeling vanuit het mandaat KB8/7/2003 maar ruimer, alle ontvankelijke klachten worden behandeld, voor afschrift doe ik begeleiding tot bij secretariaat van hoofdgeneesheer. Verzekeringsdossiers worden niet door mij beheerd. Financiële issues worden in samenspraak met financiële afdeling verwerkt.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Na ontvangst van de klacht (persoonlijk, schriftelijk of telefonisch): -ontvangstmelding (indien relevant) -communicatie bevorderen en vertrouwen trachten te herstellen -behandeling: *Polen naar verwachting, *bemiddeling indien gewenst

	<p>*oplossing voorstellen</p> <p>*indien relevant alternatieven buiten ombudsdienst voorstellen (bv ledenverdediging mutualiteit, orde van geneesheren,...)</p> <p>-registreren van de klachten</p> <p>-formuleren van aanbevelingen/acties (voor afdeling en/of organisatie)</p> <p>-opstellen van jaarrapport en dit rapport voorstellen (raad van directie, raad van bestuur, verpleegkundig departement en voorstellen ombudswerking aan nieuwe medewerkers)</p>
--	--

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	<p>Meer en meer een open “klacht”cultuur.</p> <p>Klachten worden niet meer gezien als een “last”, meer als een kans.</p> <p>Open communicatie met afdelingen en vooral betrokkenheid verpleegkundig directeur bieden een grote opportuniteit tot “leren” en verbeteren.</p>
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	<p>Ik tracht niet te oordelen maar dialoog te creëren. Iedereen heeft recht op adequate feedback en open communicatie. Indien nodig ook de nodige aanbevelingen geven aan de afdeling en/of organisatie. Ik kan vrij en onafhankelijk werken (meestal).</p> <p>Het is voor mij belangrijk dat iedereen de weg vindt naar de ombudsdienst.</p> <p>De dienst goed duidelijk kenbaar maken vind ik een must. (vandaar ook de presentaties voor nieuwe medewerkers, bij de info sessies in het kader van JCI ook echt een stand bemand over patiëntenrechten en ombudsdienst.</p>
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	<p>Klachtmeldingen geformuleerd aan de directie/hoofdgeneesheer vind ik soms moeilijk om te behandelen. Ik krijg deze door en start de bemiddeling/verwerking maar af en toe is de directie ook reeds met de betrokken afdeling/arts in gesprek, soms ook niet. Dat maakt dat er geen eenduidige lijn in de aanpak is. Betere en kortere afspraken zouden misschien een oplossing bieden.</p>

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	122
Aantal infodossiers	6
Aantal pro actieve dossiers	2
Aantal opvragingen patiëntendossier	Nvt
Aantal 'andere'	1

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	85
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	8
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	20
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	14
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	Niet als dusdanig geregistreerd in 2017
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	2
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	Niet bij ombudsdienst
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	3
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	3
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	3

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	52
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
<u>15 administratief financiële aspecten</u> (<u>factuur</u> en info)	
<u>10 facilitaire/technische aspecten</u> (signalisatie, maaltijden, defecten, communicatiestijl, <u>schoonmaak</u>)	
<u>27 organisatorische aspecten</u> (bezoekregeling, informatie, <u>wachttijden, extern transport, verloren voorwerpen, afsprakenregeling</u>).	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
<u>Doorlooptijd afhandeling klacht</u> 61 <= 1 dag 38 2-10 dagen 6 11-20 dagen 5 21-30 dagen 8 31-60 dagen 0 61-90 dagen 2 >= 90 dagen	

Meest voorkomende klacht niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt: de regeling van het externe transport bij ontslag of transfer naar andere zorginstelling.

Verwachtingen van de klager

24x informatie

21x luisterend oor

48x signaal

37x financieel akkoord

15x oplossing

5x anderen

12x bemiddeling –pendeldiplomatie

Aanbevelingen

- ✓ 1. Duidelijke informatie/regeling bij extern transport, zeker wat kostprijs betreft.
- ✓ 2. Aandacht en privacy (ook aandacht voor verloren voorwerpen)
- ✓ 3. Kostprijsinformatie van ingrepen/supplementen
- ✓ 4. Wachttijden en organisatie op spoed

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Acties (mede naar aanleiding van aanbevelingen)

1. Project: verbeteren extern transport, op te starten in 2018 met financieel departement en verpleging.
2. Arts vragen zich steeds voor te stellen
3. Meer privacy voorzien, zeker op meerpersoonskamers, ook meer respect (gordijnen en deuren dicht bij verzorging, toiletbezoek,...)
4. Checken of patiënt voldoende en begrijpbare informatie kreeg
5. Kostprijsramingen van vaak voorkomende ingrepen op website in realisatie
6. Werkwijze op spoed werd geoptimaliseerd door triage
7. Ziekenhuisbreed communicatieproject: 2 oren en 1 mond

Evolutie van het aantal dossiers

2010 - 60

2011 - 102

2012 - 98

2013 - 105

2014 - 109

2015 - 107

2016 - 142

2017 - 128

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Turnhout
Adres	Steenweg op Merksplas 44, 2300 Turnhout
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	063
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	647
Aantal campussen	Campus Sint-Elisabeth, Rubensstraat 166, 2300 Turnhout Campus Sint-Jozef, Steenweg op Merksplas 44, 2300 Turnhout
Naam ombudspersoon	Mariette Konings
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1 december 2005
Bestaffing	Ombudsvrouw 1 VTE, secretariële ondersteuning 1 VTE
Lokalisatie dienst	Campus SE, gelijkvloers, inkomhal, route A 15 Campus SJ, gelijkvloers, route D 13
Registratiesysteem	VVOVAZ, infoland
Huishoudelijk reglement	Het volledige huishoudelijk reglement van de ombudsdienst kan worden ingekeken aan het onthaal op beide campussen of is op verzoek te verkrijgen op de ombudsdienst. Men kan het ook downloaden op de website van AZ Turnhout. Dateert van 1/9/2009.

Vormingen ikv bemiddeling	2010: basisopleiding bemiddeling MEDIV/VVOVAZ
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<p>11/05: Aansprakelijkheid in de zorg (Escala, Westerlo)</p> <p>08/06: Verdiepingstraining bemiddeling VVOVAZ: training interventies, Brussel</p> <p>07/09: Omgaan met verbale agressie en het coachen van medewerkers: Crimecontrol, AZT Turnhout</p> <p>06/10: Symposium Vlaams Patiëntenplatform: 15 jaar patiëntenrechten, Leuven</p> <p>10/10: Ethisch colloquim AZT : Ethische vraagstukken in de dagelijkse praktijk, Turnhout</p> <p>14/11: Seminarie Ahlec, het MOZA, Wilrijk</p>
Werkingssterrein van de ombudsdienst	<ul style="list-style-type: none"> - Klachtenbemiddeling voor alle klachten die zich voordoen binnen AZ Turnhout: dus ook klachten die niet met de rechten van patiënten te maken hebben. - Begeleiding verzoeken tot afschrift of inzage patiëntendossiers - Deelname aan verschillende werkgroepen (bv extern vervoer, beroepsgeheim) - Bijscholing geven over patiëntenrechten in AZT - Verzekeringen - Verwerking evaluatieformulieren - Coördinatie verloren/gevonden voorwerpen
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	<p><u>Ombudsvrouw t.o.v. patiënt of vertegenwoordiger:</u> Patiënt krijgt de kans zijn verhaal te doen, dan wordt uitgelegd hoe de ombudsdienst werkt, er wordt besproken welke verwachtingen de patiënt heeft en men bekijkt samen hoe er best tot een oplossing gekomen kan worden. Dit kan door informatie te geven, de betrokken arts of ziekenhuismedewerker te contacteren, hun in contact brengen: al dan niet in aanwezigheid van de ombudsvrouw, enz. De ombudsvrouw bemiddelt om tot een oplossing te komen. Als die niet gevonden wordt, informeert de ombudsvrouw de patiënt over verdere mogelijkheden.</p> <p><u>Ombudsvrouw t.o.v. zorgverlener:</u> klacht wordt discreet opgepakt met betrokken arts of ziekenhuismedewerker. Deze krijgt de vraag om zijn kant van het gebeuren toe te lichten. Er wordt samen een oplossing uitgewerkt voor de misnoegde patiënt.</p> <p>Zorgverleners 'leren' uit klachten: als er fouten zijn</p>

	<p>gemaakt, of over hoe ze overkomen op patiënten. Dit kan aanleiding zijn om hun handelen of hun gedrag bij te sturen.</p> <p><u>Ombudsvrouw t.o.v. ziekenhuis:</u> De ombudsvrouw formuleert aanbevelingen om te voorkomen dat bepaalde klachten zich herhalen. Er is ook tussentijdse terugkoppeling aan directie met betrekking tot mogelijke verbeterpunten.</p>
--	---

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
<p>Klachten kunnen best worden opgelost op het moment van ontstaan: patiënten worden aangemoedigd hun probleem rustig aan te kaarten met de betrokken arts of ziekenhuismedewerker. Aan de medewerkers wordt gevraagd ongenoegen meteen op te pakken en uit te klaren. AZ Turnhout heeft de laatste jaren verschillende opleidingen voor de medewerkers ingericht om zich bij te scholen in hoe om te gaan met klachten. De ombudsvrouw geeft hierover ook tips, per casus of in het algemeen (te raadplegen op infoland).</p> <p>In tweede lijn kunnen patiënten met hun klacht bij de ombudsdienst terecht (zie volgende rubriek). Klachten van patiënten die bij directie terecht komen worden meestal ook voor afhandeling aan de ombudsvrouw doorgegeven.</p> <p>De ombudsvrouw koppelt terug aan alle betrokkenen als bepaalde tekortkomingen zich herhalen. Dit met het oog op het uitwerken van mogelijke verbeterpunten.</p>
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
<p>De meeste klachten van patiënten van AZ Turnhout, die niet kunnen opgelost worden op de plaats waar ze ontstaan, worden doorverwezen naar de ombudsvrouw. Zij pleit voor rechtstreekse communicatie tussen melder en aangeklaagde. De ombudsvrouw geeft informatie en advies bij vragen, aanhoort de klacht en bespreekt het ongenoegen met alle betrokken partijen. Zij polst naar de verwachtingen en maakt afspraken over het verloop van de klachtbemiddeling. Zij bemiddelt om te komen tot een gemeenschappelijke oplossing of biedt alternatieven aan. Zij handelt onafhankelijk en discreet. Er is regelmatig overleg met de organisatie voor het doorgeven van mogelijke verbeterpunten. Deze worden ook opgenomen in het jaarverslag onder 'aanbevelingen'.</p>

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst
--

Aantal klachtendossiers	616
Aantal infodossiers	24 (honderden informatievragen, enkel opening dossier als er veel moet nagevraagd of opgezocht worden)
Aantal pro actieve dossiers	32
Aantal opvragingen patiëntendossier	234
Aantal 'andere'	40

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de ombudsdienst geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de "zorgkwaliteit" in het ziekenhuis.
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Dossiers gerelateerd aan de patiëntenrechtenwet

284

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)	227
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	67
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)	18
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	6
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	2
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	20

Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	13
TOTAAL	356

Aantal dossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	332
--	------------

Bijkomende informatie:	
Inhoud van de klachten:	
Medische aspecten	248
Verpleegkundige aspecten	117
Paramedische/sociale aspecten	15
Administratieve aspecten	128
Facilitaire/technische aspecten	73
Organisatorische aspecten	110
Andere	5
Totaal	696
De meest voorkomende klachten binnen bovenvermelde aspecten gaan over:	
<ul style="list-style-type: none"> - <u>Medisch</u>: behandeling, informatieverstrekking over de gezondheid, communicatiestijl en informatie over de kostprijs. - <u>Verpleegkundig</u>: verzorging, aandacht en opvang, communicatiestijl. - <u>Administratie</u>: factuurklachten: deze worden in eerste lijn behandeld op de patiëntenadministratie zelf. Als blijkt dat de initiële vragen over de factuur eigenlijk een uiting zijn van klachten over de behandeling en niet over de administratieve afhandeling op zich, wordt er naar de ombudsdienst verwezen. - <u>Facilitair/technisch</u>: maaltijden, parking, signalisatie en comfort. - <u>Organisatorisch</u>: wachttijden, extern transport, afsprakenregeling, opnameregeling 	

Resultaten: Hoe behandelende ombudsvrouw de klachten in 2017:	
K - Behandeling	Aantal meldingen

Informatie geven	140
Luisterend oor / Opvang bieden	7
Signaal ontvangen en doorgeven	16
Bemiddeling	351
Pendeldiplomatie : 322	
Samenbrengen van partijen: 25	
Praktische oplossing geven	34
Financieel akkoord onderhandelen	67
Correctie factuur: 38	
Schadeclaim: 14	
Andere	4
Totaal	619

Aanbevelingen

Repetitieve klachten kunnen aanleiding geven tot het formuleren van aanbevelingen. Deze worden doorheen het jaar gecommuniceerd naar alle betrokkenen zodat zij kunnen bijsturen om dezelfde klachten te voorkomen. In het jaarverslag worden alle aanbevelingen nog eens opgenomen.

In een eerste voorstelling van het jaarverslag aan de directie worden deze aanbevelingen inhoudelijk besproken en krijgt de ombudsvrouw feedback : of er al iets aan gedaan is (groen), of het lopende is (oranje) of dat er nog niets aan gedaan is (rood) en waarom niet.

Er wordt in overleg jaarlijks ook één aanbeveling opgenomen die extra in de kijker wordt gezet, met ondersteuning vanuit staf en directie. Voor 2016 was dit 'het respecteren van het beroepsgeheim', met als acties een werkgroep die de nood aan bijscholing in kaart bracht om bijscholing op 'maat' uit te werken.

Het jaarverslag en de aanbevelingen worden ook gerapporteerd op de kaderdag, medische diensthedenvergadering en aan de Raad van Bestuur.

Enkele aanbevelingen die in 2017 geformuleerd werden aan AZ Turnhout:

Algemene aanbeveling

- "Zeg wat je doet" om patiënten te informeren, ook over stappen die 'achter de schermen' gezet worden.

Medisch:

- Aandacht voor meegeven medicatie bij ontslag juist voor een weekend
- Duidelijkheid over juiste ontslaguur

Verpleegkundig:

- Patiënten niet tutoyeren zonder hun toestemming

Organisatorisch:

- Vlottere doorstroming nieuwe patiënten van spoed naar ziekenhuis:
 - o 'spoedbedden' inplannen
 - o opgenomen patiënten vroeger ontslaan

Aanbevelingen om verblijf/bezoek aangenamer te maken:

- Oortelefoontjes uitdelen op meerpersoonskamers
- Te veel bezoek op meerpersoonskamers beperken
- Routesysteem toelichten aan patiënten/bezoekers
- ...

Aanbevelingen ten aanzien van de overheid over de ombudsfunctie:

- Doordat alsmaar meer patiënten de weg vinden naar de ombudsdienst, stijgt de werkdruk en komen de preventieve opdracht en de vertaling van kwaliteit verbeterende signalen in het gedrang.
- Borgen van een mandaat om alle klachten van patiënten (breder dan patiëntenrechten) te kunnen behandelen vanuit een bemiddelende invalshoek.
- Uitwerken van een statuut voor de ombudspersonen cfr preventieadviseurs.

Mariette Konings
ombudsvrouw AZ Turnhout

Turnhout, januari 2018

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Sint-Lucas Brugge
Adres	Sint-Lucaslaan 29, 8310 Assebroek
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	140
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	415
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Evi Devos
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/08/2009
Bestaffing	1 ombudspersoon: 60 % (FE)

Lokalisatie dienst	Nabij onthaal
Registratiesysteem	Gebaseerd op registratie VVOVAZ binnen softwarepakket aangekocht door ziekenhuis: DATIX
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	-laatste versie 01/04/2014 -te raadplegen bij ombudsdienst en op website bij rubriek 'ombudsdienst' -voor medewerkers te raadplegen op intranet (sharepoint)
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basisbemiddeling via MEDIV (Mediation Instituut Vlaanderen): bemiddelingsopleiding opgezet in samenspraak met VVOVAZ (Vlaams Beroepsvereniging Ombudspersonen van alle Zorgvoorzieningen) voor de VVOVAZ leden. Jaarlijks aanbod voor de leden. Ik volgde dit in 2010
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Via VVOVAZ : -algemene vergadering 12/05/2017: oa workshop introductie verbindende communicatie -VVOVAZ West-Vlaanderen: 18/09/2017: casusbesprekingen en intervisie -colloquium Federale Commissie Rechten van de Patiënt op 24/11/2017: 15 jaar Wet patiëntenrechten
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Mijn opdracht als ombudsvrouw in het ziekenhuis is ruimer dan louter het mandaat beschreven in KB van 2003. Dit ruimer mandaat staat beschreven in het huishoudelijk reglement van de ombudsdienst: " De ombudsdienst van deze instelling is echter ook bevoegd voor de behandeling van klachten van de patiënt, zijn verwanten of bezoekers omtrent alle andere aspecten van een ziekenhuisbezoek of-opname zoals: <ul style="list-style-type: none"> - hotelfunctie/accommodatie (bv. comfort kamer, maaltijden,...) - financiële zaken (bv. erelonen, prestaties,...) - administratieve zaken (bv. persoonsgegevens, facturatie,...) - organisatorische zaken (bv. afspraken, wachttijden,...)"

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klachtintake: ontvangen, beluisteren, klachtendossier openen 2. Behandelen klacht 3. Bemiddelen 4. Terugkoppelen 5. Afsluiten en klasseren <p>Uitgebreide toelichting in 'Klachtenprocedure' als bijlage</p>
--	---

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
<p>-De ombudsdienst is in principe een 2de lijnsfunctie. Een klacht wordt best behandeld op de plaats waar die is ontstaan. Waar dit niet mogelijk of wenselijk is, kan men steeds terecht bij de ombudsdienst voor een klacht of opmerking. Ook worden financiële klachten in eerste instantie door de facturatedienst behartigd.</p> <p>-driemaandelijks overzicht door de ombudsvrouw op het directiecomité</p> <p>-de ombudsvrouw stelt elk jaar een uitgebreid jaarverslag op voor intern gebruik. Het intern jaarverslag wordt ten laatste op 30 april van het daarop volgende kalenderjaar overgemaakt aan de voorzitter van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis, alle leden van de directie, de voorzitter van de medische raad, de leden van het management-team en de dienst KPMZ. Dit jaarverslag wordt dan ook besproken op een Raad van Bestuur in de loop van de eerste helft van het volgend kalenderjaar.</p>	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
Zie klachtenprocedure als bijlage	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
De bemiddelende rol waar wij voor staan en de gedragenheid van de ombudsfunctie is na al die jaren nog steeds niet volledig duidelijk en ingebed bij de artsen. Dit is een continue werkproces.	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u> Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.	
Aantal klachtendossiers	364
Aantal infodossiers	59

Aantal pro actieve dossiers	/
Aantal opvragingen patiëntendossier	22
Aantal 'andere'	/
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de "zorgkwaliteit" in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...) 	

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	174
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	11
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	17
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	/
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	4
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	/
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	1
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	4

Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	/
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	/

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt		151	
Tabellen/grafieken; klachtenratio:			
	patiëntenrecht	geen patiëntenrecht	TOTAAL
Medische aspecten	129	5	134
Verpleegkundige aspecten	72	1	73
Paramedische en sociaal verpleegkundige aspecten	2	/	2
Administratief-financiële aspecten	5	74	79
Facilitaire aspecten	/	9	9
Technische aspecten	/	15	15
Organisatorische aspecten	4	42	46
Andere	1	5	6
TOTAAL	213	151	364

→ Klachtratio 2017 is op 10/02/2018 nog niet bekend gezien de cijfers rond het aantal patiëntencontacten nog niet volledig bekend zijn bij de dienst beleidsinformatie. Ter info geef ik u hierbij de klachtratio's van de afgelopen twee jaren mee:

Klachtratio (aantal klachten per 10.000 patiëntencontacten)	2015	2016
Algemene	12	11
Klassieke hospitalisatie	102	110
Daghospitalisatie	8	9
Poliklinisch	5	4
Spoed	18	16

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)

Nog geen volledig zicht op bij deadline voor indienen van dit jaarverslag op 10/02/2018

Aanbevelingen

- ✓ Medisch:
 - Wat zal gebeuren? Waarom doet men iets ook niet bij een behandeling en onderzoek wat een patiënt zou kunnen verwachten? Duidelijke info aan de patiënt over wat wel en niet zal gebeuren.
 - Gebruik van 'informed consent', waarbij naast informatie over de gezondheidstoestand zeker ook aandacht is voor de kostprijs van een behandeling/onderzoek/ingreep. Dit komt nog te weinig aan bod bij de arts-patiënt gesprekken hoewel deze info expliciet is opgenomen in de Wet Patiëntenrechten. Er blijft discussie over wie deze info aan patiënt moet verschaffen: arts of ziekenhuis?
 - Hoe omgaan met 'open disclosure'? Verder uitwerken van werkafspraken en procedure rond het open, eerlijk en direct communiceren met patiënt en zijn naasten bij een fout van ziekenhuis of zijn medewerkers
- ✓ Verpleegkundig:
 - Aandacht voor privacy (fysiek) van patiënt bij verzorging/verpleegkundige handelingen
 - Aandacht voor privacy rond informatie over patiënt

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

-de aanbevelingen worden tijdens het lopende werkjaar waar nodig per dossier besproken met betrokken verantwoordelijke of diensthoofd

-na opmaak van het jaarverslag in het volgende jaar worden deze besproken in het directiecomité en op een vergadering van Raad van Bestuur

BIJLAGE

Zie bijlagen bij mail:

- huishoudelijk reglement
- klachtenprocedure



HUISHOUDELIJK REGLEMENT VOOR DE OMBUDSDIENST “Rechten van de patiënt”

Wettelijke referenties

De ombudsdienst is opgericht krachtens de bepalingen van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en van het artikel 70 quater van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 en conform de bepalingen van artikel 10 van het koninklijk besluit van 19 maart 2007 (wijziging van het koninklijk besluit van 15 juni 2004) houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen.

I. Algemene bepalingen

Dit huishoudelijk reglement regelt de specifieke modaliteiten voor de organisatie, de werking en de procedure inzake de klachtenbehandeling bij de ombudsfunctie binnen het Az Sint-Lucas te Brugge in het kader van de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt (WPR).

Het huishoudelijk reglement werd op 23/02/2010 ter goedkeuring aan de beheerder van het ziekenhuis voorgelegd. De tweede versie werd op 25/10/2011 ter goedkeuring voorgelegd. Deze derde versie (01/04/2014) bevat kleine wijzigingen.

De eerste goedgekeurde versie van het reglement werd op 02/03/2010 ter informatie bezorgd aan de Federale commissie “Rechten van de patiënt”.

Dit huishoudelijk reglement ligt bij de ombudsdienst (ombudspersoon mevr. Evi Devos) ter inzage van de patiënten, de medewerkers van de instelling en iedere belangstellende. Het ligt ook ter inzage aan het onthaal van het ziekenhuis.

II. De ombudsdienst

De ombudsdienst wordt geleid door de ombudspersoon, met name mevrouw Evi Devos. Zij is de verantwoordelijke van de ombudsdienst en staat in voor de dagdagelijkse werking van de dienst en de behandeling van de klachten.

Mevrouw Catherine De Meyer is medewerkster van de ombudsdienst: bij afwezigheid of verlof van de ombudspersoon, behandelt de medewerkster de klachten die dan worden ontvangen.

Mevrouw Devos is elke werkdag te bereiken tussen 8u30 en 12u en tussen 13u30 en 17u, behalve op woensdag. Haar bureel bevindt zich in de centrale hall.

De ombudsdienst is telefonisch te bereiken op het nummer 050/36 57 89 en per e-mail via ombudsdienst@stlucas.be of Evi.Devos@stlucas.be.

Voor korte afwezigheden beschikt de ombudspersoon over een antwoordapparaat voor boodschappen. Bij lange afwezigheden wordt de ombudspersoon (halftijds) vervangen door mevr. Catherine De Meyer die te bereiken is via het telefoonnummer van de ombudsdienst zoals hierboven aangegeven en op te roepen is via het onthaal.

Een *schriftelijke klachtenbrief* kan verstuurd worden naar de ombudspersoon op het adres van het ziekenhuis met vermelding van de naam van de ombudspersoon: Sint-Lucaslaan 29, 8310 Assebroek (Brugge). Het document kan ook afgegeven worden aan het onthaal of aan het directiesecretariaat. Deze wordt dan aan de ombudspersoon overgemaakt.

Persoonlijk onderhoud met de ombudspersoon kan bij voorkeur na een telefonisch of per e-mail vastgelegde afspraak.

III. Oprachten en kenmerken van de ombudsfunctie

De ombudsdienst heeft als belangrijkste taak aan de patiënten van de instelling de uitoefening van hun klachtrecht te garanderen, wat betreft de rechten van de patiënt, zoals beschreven in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, te weten:

- het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening;
- het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar;
- het recht op informatie die nodig is om inzicht te krijgen in zijn gezondheidstoestand;
- het recht om geïnformeerd en vrij toe te stemmen met iedere tussenkomst;
- het recht op een zorgvuldig bijgehouden en bewaard patiëntendossier;
- het recht op bescherming van zijn persoonlijke levenssfeer.

Deze wet werd op 24 november 2004 gewijzigd waarbij volgend patiëntenrecht werd toegevoegd:

- het recht op een op pijnbestrijding gerichte zorg

De ombudsdienst van deze instelling is echter ook bevoegd voor de behandeling van klachten van de patiënt, zijn verwanten of bezoekers omtrent alle andere aspecten van een ziekenhuisbezoek of-opname zoals:

- hotelfunctie/accommodatie (bv. comfort kamer, maaltijden,...)
- financiële zaken (bv. erelonen, prestaties,...)
- administratieve zaken (bv. persoonsgegevens, facturatie,...)
- organisatorische zaken (bv. afspraken, wachttijden,...)

De patiënt die een klacht wil indienen, kan zich laten vergezellen door een vertrouwenspersoon naar keuze. Indien een vertrouwenspersoon van een patiënt (familielid, goede kennis,...) in afwezigheid van de patiënt een klacht wenst in te dienen rond de rechten van de patiënt, vraagt de ombudspersoon toestemming aan de patiënt vooraleer de klacht te behandelen.

Een wettelijke vertegenwoordiger van de patiënt kan dit klachtrecht zelfstandig uitoefenen.

De ombudsdienst is bevoegd voor het beluisteren en het bemiddelen in klachten van externe klanten. Dit betekent: intake (ontvangen) – bemiddelen – registreren – afsluiten.

De ombudspersoon mag niet betrokken zijn geweest met de feiten en de perso(o)n(en) waarop de klacht betrekking heeft. Indien dit het geval is, is de medewerkster van de ombudsdienst bevoegd deze klacht te behandelen.

De ombudsdienst oefent haar functie *onafhankelijk* uit ten aanzien van het bestuur van het ziekenhuis. Dit betekent dat de ombudsdienst geen verantwoording schuldig is m.b.t. het bemiddelingsproces maar wél informatieplicht heeft aan het bestuur en management.

De ombudsdienst neemt een strikte *neutraliteit* en *onpartijdigheid* in acht en is verplicht het beroepsgeheim te respecteren. Zij voert de bemiddelingsopdracht op een zorgvuldige wijze uit.

Als link met haar functie van ombudspersoon in het Sint-Lucas te Brugge ondersteunt mevrouw Devos ook occasioneel de dienst kwaliteit van het ziekenhuis. Dit bij projecten waarbij de inbreng of mening van de patiënt bevestigd wordt over de dienstverlening in het ziekenhuis.

Mevrouw Meyer oefent naast haar vervangingsfunctie bij de ombudsdienst, de functie uit van coördinator van de vrijwilligerswerking in het ziekenhuis.

Deze functies zijn niet onverenigbaar zoals aangegeven in artikel 3 van het Koninklijk Besluit van 19 maart 2007.

IV. Klachtenbemiddeling

a) *Ontvangstmelding*

De ontvangst van een schriftelijke klacht door de ombudsdienst wordt aan de klager schriftelijk bevestigd binnen de 3 werkdagen.

b) *Opening dossier en registratie*

Bij elke klacht moet de ombudspersoon minstens de volgende gegevens registreren:

- de identiteit van de indiener van de klacht, en zo nodig, van de vertrouwenspersoon die hem vergezelt;
- de datum van ontvangst van de klacht;
- de datum van ontvangstbevestiging;
- de aard en inhoud van de klacht;
- de datum van afhandeling en resultaat van de afhandeling van de klacht.

c) *Verloop van de bemiddeling*

De ombudsdienst is *in principe* een **tweedelijnsfunctie**. Een klacht wordt in eerste plaats opgevangen op de plaats waar die is ontstaan, de zogenaamde *eerste lijn*.

Wanneer dit voor deze medewerkers niet mogelijk is of wanneer dit niet verliep volgens de verwachtingen van de patiënt, kan de ombudspersoon gecontacteerd worden.

De patiënt of zijn familie kan natuurlijk ook direct contact opnemen met de ombudsdienst indien hij of zij dit wenst. Ook de verschillende diensten in het ziekenhuis kunnen onmiddellijk naar de ombudsdienst doorverwijzen.

Wanneer een patiënt, zijn familie of een bezoeker zich richt tot de ombudsdienst, stelt de ombudspersoon alles in het werk om tot een aanvaardbaar antwoord of oplossing voor beide partijen te komen.

De opdracht van de ombudspersoon is echter wel een inspanningsverbintenis, geen resultaatsverbintenis t.a.v. de partijen. Vandaar dat de ombudspersoon niet verantwoordelijk is voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbaar antwoord of oplossing.

In het geval dat er via bemiddeling geen oplossing kan bereikt worden, informeert de ombudspersoon de klager over andere mogelijkheden voor een afhandeling van zijn klacht (zowel intern als extern).

d) *Ontvangst van informatie*

De ombudspersoon heeft de mogelijkheid om ongehinderd in contact te treden met alle bij een klacht betrokken personen in het ziekenhuis.

Daarnaast neemt de ombudspersoon ook contact op met **externe instanties** (zoals ziekenfonds van de patiënt) indien nodig.

De ombudspersoon kan iedere informatie verzamelen die zij in het kader van de bemiddeling nuttig acht.

e) *Termijn afhandeling*

De ombudspersoon streeft ernaar om alle klachten binnen de 3 weken definitief af te handelen. Wanneer dit niet mogelijk blijkt, wordt de indiener van een klacht hiervan op de hoogte gebracht.

V. Jaarverslag van de ombudsdienst

De ombudspersoon stelt elk jaar een uitgebreid jaarverslag op voor intern gebruik. Dit verslag bevat een overzicht van de volgende gegevens:

- het aantal klachten dat tijdens het voorbije jaar zijn ingediend;
- het voorwerp van de klachten;
- het resultaat van de bemiddeling;
- mogelijke aanbevelingen van de ombudspersoon om te voorkomen dat tekortkomingen die tot een klacht leiden, zich opnieuw voordoen;
- mogelijke moeilijkheden die de ombudspersoon ondervindt tijdens de uitoefening van zijn opdracht.

Het verslag garandeert de anonimiteit van alle personen die bij de klacht betrokken zijn. Het verslag mag geen elementen bevatten waardoor één van de natuurlijke personen betrokken bij de afhandeling van de klacht kan worden geïdentificeerd.

Het intern jaarverslag wordt ten laatste op 30 april van het daarop volgende kalenderjaar overgemaakt aan de voorzitter van de Raad van Bestuur van het ziekenhuis, alle leden van de directie, de voorzitter van de medische raad, de leden van het managerteam en de dienst KPMZ.

Daarnaast vult de ombudspersoon het elektronisch jaarverslag in voor de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt". Dit jaarverslag bevat:


- een overzicht van de klachten met betrekking tot de rechten van de patiënt (aantal en voorwerp)
- het resultaat van het optreden van de ombudsdienst
- mogelijke moeilijkheden die de ombudspersoon ondervindt tijdens de uitoefening van zijn opdracht
- mogelijke aanbevelingen van de ombudspersoon ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven en /of ter verbetering van de wet betreffende de rechten van de patiënt

Het overmaken van dit jaarverslag aan de Federale Commissie "Rechten van de Patiënt" gebeurt ten laatste op 30 april van het daarop volgende kalenderjaar en wordt bevestigd aan het hoofd van de boekhouding van het ziekenhuis.

VI. Slotbepalingen

Dit huishoudelijk reglement werd door de ombudspersoon van het ziekenhuis AZ Sint-Lucas te Brugge opgesteld op datum van 31 december 2009. Deze versie werd gewijzigd op 20 oktober 2011.

<u>Opsteller:</u> Evi Devos	<u>Functie:</u> Ombudsvrouw	<u>Handtekening:</u>
<u>Goedgekeurd door Raad van Bestuur</u> Frank Lippens	<u>Functie:</u> Voorzitter Raad van Bestuur	<u>Handtekening:</u>

	PROCEDURE	Code: PR OMB 01
	<u>Hoofdstuk</u> : Klachtenbemiddeling	<u>Pagina</u> 1 van 6
A.Z. Sint-Lucas Brugge	<u>Titel</u> : Klachtenprocedure ombudsdienst	<u>Versiedatum</u> : 10 november 2011

1. Doel

Het beschrijven van de werkwijze voor bemiddelen in klachten van externe klanten om:

- Tegemoet te komen aan de wet op de patiëntenrechten.
- Invulling te geven aan de missie van het ziekenhuis (“patiëntgestuurde zorg en zin voor voortdurende verbetering”)
- Tegemoet te komen aan het recht van de klant om gehoord te worden (wet patiëntenrechten)
- Klanten beter te begrijpen
- Wederzijds begrip en respect te bevorderen
- Gerechtelijke procedures te voorkomen
- Zorg- en dienstverleningsprocessen te verbeteren
- Klantgerichtheid bij de medewerkers en artsen te verhogen

2. Toepassingsgebied

De bemiddeling van alle klachten van externe klanten in het A.Z. Sint Lucas. De procedure is NIET van toepassing op bemiddelen van klachten van interne klanten.


3. Referenties

- Wet op de rechten van de patiënt van 06/10/2002.
- “Klachtenregistratie vanuit een geïntegreerde visie op de ombudsfunctie als motor van klachtenbemiddeling in het ziekenhuis”, Jean Dreezen, VVOVAZ, 15/10/2005.

4. Definities

- Klacht: elke uiting van ontevredenheid door de externe klant die te maken heeft met:
 - de wet op de rechten van de patiënt.
 - relationele (gedrag/informatie) en/of organisatorische aspecten (bvb wachttijden)
 - de zorg- of dienstverlening, al dan niet gepaard gaande met beschuldiging van een fout met ernstige gevolgen voor de patiënt én met een mogelijk juridisch gevolg (+ schadeclaim)

én waarbij de klant op formele wijze de wens uit dat aan de klacht gevolg wordt gegeven
- Klager: de persoon die klaagt (patiënt, familie, bezoek, huisarts, ...)
- Beklaagde: persoon of dienst op wie de klacht betrekking heeft
- Klachtmelder: degene die de klacht meldt (patiënt, huisarts, familie, medewerker,...)
- Klachtontvanger: degene die de klacht ontvangt en aanhoort
- Klachtbemiddelaar: degene die in de klacht bemiddelt
- Klachtenbemiddeling: het informeren, adviseren of verwijzen van de klager, hem daarbij bijstaan en eventueel bemiddelen (zoeken naar een bevredigende oplossing) tussen klager en beklagde
- Ombudsdienst: de dienst die als **onafhankelijke en neutrale instantie bemiddelt** in klachten van externe klanten, die alle klachtgegevens uit het ziekenhuis centraliseert en verwerkt, die periodiek de ziekenhuisorganisatie rapporteert over de resultaten van klachtenbemiddeling in het ziekenhuis en aanbevelingen ter verbetering formuleert
- Ombudspersoon: verantwoordelijke van de ombudsdienst, staat in voor de dagdagelijkse werking van de dienst en de behandeling van de klachten

	PROCEDURE	<u>Code:</u> PR OMB 01
	<u>Hoofdstuk:</u> Klachtenbemiddeling	<u>Pagina</u> 2 van 6
A.Z. Sint-Lucas Brugge	<u>Titel:</u> Klachtenprocedure ombudsdienst	<u>Versiedatum:</u> 10 november 2011

- Medewerker ombudsdienst: bij afwezigheid of verlof van de ombudspersoon, behandelt de medewerker de klachten die dan worden ontvangen. Ook bij eventuele persoonlijk betrokkenheid van de ombudspersoon bij een klacht wordt dit door de medewerker opgenomen
- Ontvangen van een klacht: aanhoren, ontvangen of beluisteren van een formele klacht, waarna doorverwijzing naar de ombudsdienst

5. Verantwoordelijkheden - bevoegdheden

De ombudsdienst is bevoegd voor het beluisteren en het bemiddelen in klachten van externe klanten. Dit betekent: intake (ontvangen) – bemiddelen – registreren – afsluiten.

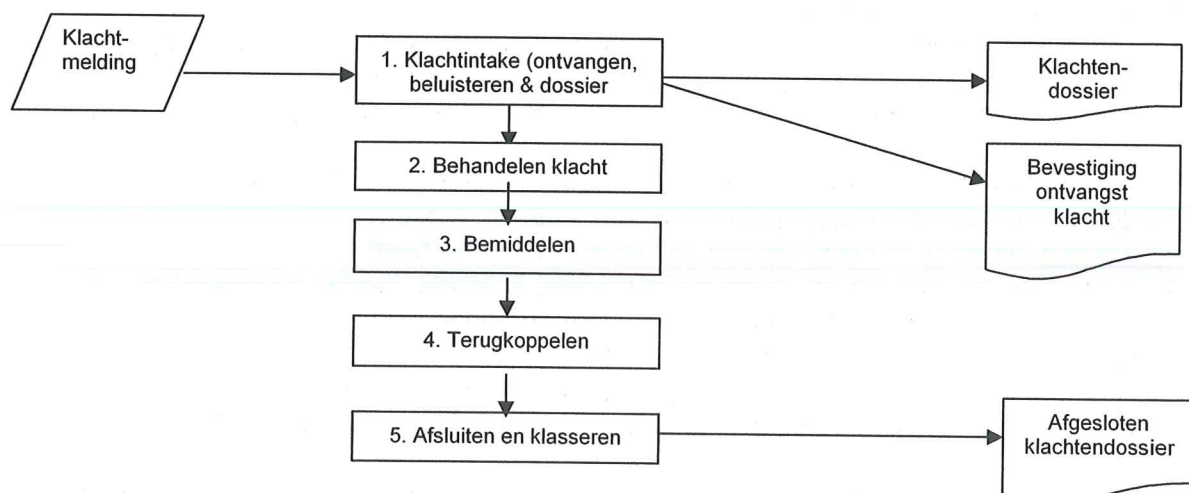
De opdracht van de ombudsdienst is een inspanningsverbintenis, geen resultaatsverbintenis t.a.v. de partijen. Vandaar dat de ombudsdienst niet verantwoordelijk is voor het al dan niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing.

De ombudsdienst bekleedt een onafhankelijke en neutrale positie ten aanzien van het bestuur van het ziekenhuis Dit betekent dat de ombudsdienst:


- geen verantwoording schuldig is m.b.t. het bemiddelingsproces maar wél informatieplicht heeft aan het bestuur en management
- geen partij kiest, noch voor de klager, noch voor de beklagde, maar enkel een bemiddelende opdracht heeft
- klager informeert inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht ingeval het bereiken van een bevredigende oplossing onmogelijk blijkt.

6. Werkwijze

Stroomschema (*1)



(*1) De onderscheiden fazen in het bemiddelingsproces kunnen in realiteit elkaar overlappen.

	PROCEDURE	<u>Code:</u> PR OMB 01
	<u>Hoofdstuk:</u> Klachtenbemiddeling	<u>Pagina</u> 3 van 6
A.Z. Sint-Lucas Brugge	<u>Titel:</u> Klachtenprocedure ombudsdienst	<u>Versiedatum:</u> 10 november 2011

6.1 Klachtintake: ontvangen, beluisteren en klachtendossier openen

6.1.1 Ontvangen van de klacht

Enkel de klachten van externe klanten (de patiënten, hun familie, hun huisarts, hun verwanten) zijn ontvankelijk. De klacht kan door verschillende personen worden gemeld: de patiënt, hun familie of verwanten, hun huisarts, hun zorgverlener.

Klantenklachten kunnen op verschillende wijzen geuit worden: schriftelijk (brief, ondertekend evaluatieformulier), elektronisch (E-mail), telefonisch, persoonlijk contact,... De ombudsdienst, de directie, de leidinggevenden of de zorgverleners (inclusief stagiairs en assistenten) kunnen klachten ontvangen. Deze klacht wordt dan doorgegeven aan de ombudsdienst ter behandeling voor zover de klacht geen betrekking heeft op ontvanger of niet door de ontvanger/betrokkene zelf kan opgelost worden.

Alle soorten klachten zijn ontvankelijk door de ombudsdienst: financiële, administratieve, persoonsgebonden,...

De ontvangst van een schriftelijke klacht door de ombudsdienst wordt aan de klager schriftelijk bevestigd binnen de 3 werkdagen (zie bijlage)

6.1.2 Beluisteren van de klacht

De ombudsdienst aanhoort de klacht bij voorkeur via een persoonlijk contact:

- Laat de klant zijn verhaal vertellen (ventileren)
- Stelt verduidelijkende vragen
- Vat de klacht samen: ordenen van de feiten
- Koppelt de klacht terug aan de klager: is de klacht goed begrepen?
- Toetst de verwachtingen van de klant t.a.v. de ombudsdienst of derden
- Maakt duidelijke en concrete afspraken wat betreft tijdstip van feedback en te hanteren werkwijze (Wie-Wat-Waar-Waarom Hoe-Wanneer)
- Wijst op de neutrale positie van de ombudsdienst en de inspanningsverbintenis
- Geeft de klager een brochure (FOD) van de patiëntenrechten indien gewenst.


6.1.3 Openen van een klachtendossier

De ombudsdienst opent bij ontvangst van elke klacht een klachtendossier en registreert alle klachtgegevens gedurende het bemiddelingsproces, zoals in het dossier aangegeven (zie bijlage 2)

6.2 Behandeling van de klacht

Na intake van de klacht gaat de ombudsdienst na:

- welke personen en diensten er betrokken zijn en/of betrokken moeten worden in het klachtendossier
- de feiten die door de klager worden aangeklaagd: W-W-W-W-W-H
- zonodig welke normen of wetgeving van toepassing zijn.

	PROCEDURE	Code: PR OMB 01
	<u>Hoofdstuk:</u> Klachtenbemiddeling	<u>Pagina</u> 4 van 6
A.Z. Sint-Lucas Brugge	<u>Titel:</u> Klachtenprocedure ombudsdienst	<u>Versiedatum:</u> 10 november 2011

De ombudsdienst contacteert binnen de week na ontvangst van de klacht, de beklagde (eventueel via hiërarchisch overste) voor een persoonlijk onderhoud. De ombudsdienst:

- beschrijft de klacht zoals die door de klager werd geformuleerd
- luistert naar het verhaal/reactie van de beklagde
- stelt verduidelijkende vragen.

6.3 Bemiddelen

In het bemiddelingsproces poogt de ombudsdienst een voor alle partijen aanvaardbare oplossing of resultaat te bereiken. Daarbij kan het advies gevraagd worden aan bepaalde personen en/of diensten. Bij de behandeling/bespreking van de klacht gelden alle wettelijke bepalingen (zoals de wet op de patiëntenrechten, de privacywetgeving, beroepsgeheim,), interne reglementen en procedures binnen het A.Z. Sint Lucas.

De ombudsdienst formuleert een voorstel van oplossing in overleg met de beklagde en klager. Indien geen aanvaardbare oplossing kan bereikt worden tussen klager en beklagde, informeert de ombudsdienst de klager inzake de verdere mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht.

In ernstige gevallen (b.v. bij recidiverende klachten over eenzelfde persoon of dienst, vermoeden van een zware beroepsfout, kans op een rechtszaak, dreiging met de media...) informeert of betreft de ombudsdienst onmiddellijk de hiërarchisch verantwoordelijke en/of de algemeen directeur of een directielid.

De ombudsdienst contacteert de juridische stafmedewerker van het ziekenhuis indien de klager een schadeclaim heeft voor een eventuele aangifte bij de verzekeringsinstanties.

In een aantal gevallen vereist een voorstel van oplossing de goedkeuring van de algemeen directeur:

- het voorstel van oplossing heeft financiële gevolgen voor het ziekenhuis
- het voorstel van oplossing impliceert procedure-aanpassingen

De ombudsdienst registreert de mondelinge of schriftelijke goedkeuring in het klachtendossier.


6.4 Terugkoppelen

De ombudsdienst informeert binnen een redelijke termijn mondeling of schriftelijk de klager en beklagde over het resultaat van de klachtenbemiddeling.

De ombudsdienst streeft ernaar om alle klachten binnen de drie weken te beantwoorden. Wanneer dit niet mogelijk blijkt, wordt de klager hiervan op de hoogte gesteld.

6.5 Afsluiten en klasseren

De ombudsdienst registreert alle gegevens in het klachtendossier én in het softwareprogramma DATIX. Dit programma is beveiligd en enkel toegankelijk voor de ombudsdienst en het directiesecretariaat (mevr. Vanavermaete) die de ombudspersoon helpt bij de verwerking van de registratiegegevens. Het klachtendossier wordt afgesloten met vermelding van het bereikte resultaat en aanbevelingen (toekomstbeleid).

	PROCEDURE	Code: PR OMB 01
	Hoofdstuk: Klachtenbemiddeling	Pagina 5 van 6
A.Z. Sint-Lucas Brugge	Titel: Klachtenprocedure ombudsdienst	Versiedatum: 10 november 2011

De persoonsgegevens uit het klachtendossier worden bewaard gedurende de tijd nodig voor de behandeling van de klacht. De andere gegevens worden ten minste bewaard tot één jaar na het afsluiten van het dossier (opmaken jaarverslag).

7. Overleg

Maandelijks is er een overleg tussen de ombudspersoon, de algemeen directeur, de medisch directeur en de financieel-administratief directeur om de werking van de dienst, mogelijke structurele en organisatorische tekorten in de organisatie en individuele klachten te bespreken.

Bij hoogdringendheid kan onmiddellijk een overleg plaatsvinden.

De ombudspersoon kan ook overleg hebben met andere verantwoordelijken in het ziekenhuis naar aanleiding van een klacht of klachten.

8. Jaarverslag

Jaarlijks wordt door de ombudspersoon, op basis van de registratie, een verslag opgesteld met een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat van de behandeling ervan tijdens het voorbije kalenderjaar.


Hierbij worden de klachten anoniem gemaakt zodat de privacy van de klager wordt beschermd.


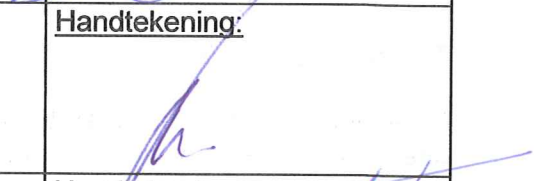
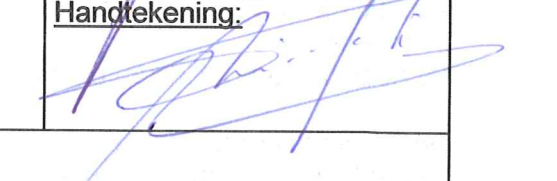
Tevens wordt ook een overzicht gegeven van de structurele problemen binnen de organisatie die gedurende het voorbije jaar werden besproken en het gevolg dat hieraan werd gegeven.

Tot slot worden vanuit de geregistreerde klachten ook aanbevelingen geformuleerd om deze klachten in de toekomst te verminderen of te voorkomen.

9. Bijlagen

- Bijlage: ontvangstmelding, versie november 2011

	PROCEDURE	Code: PR OMB 01
	<u>Hoofdstuk:</u> Klachtenbemiddeling	Pagina 6 van 6
A.Z. Sint-Lucas Brugge	<u>Titel:</u> Klachtenprocedure ombudsdienst	<u>Versiedatum:</u> 10 november 2011

<u>Opsteller:</u> Evi Devos	<u>Functie:</u> Ombudsvrouw	<u>Handtekening:</u> 
<u>Administratief verantwoordelijke:</u> Johan Roose	<u>Functie:</u> Kwaliteitscoördinator	<u>Handtekening:</u> 
<u>Proceseigenaar:</u> Niko Dierickx	<u>Functie:</u> Algemeen directeur	<u>Handtekening:</u> 
<u>Betrokkenen</u> • Directiecomité A.Z. Sint-Lucas Brugge		
<u>Gebruikers</u> • Medewerkers, kaderleden en artsen van het A.Z. Sint-Lucas Brugge		

Bijlage

ontvangstmelding

Geachte

Hierbij bevestig ik de ontvangst van de klacht die u op aan de ombudsdienst overmaakte.

Een klachtendossier werd voor u geopend waarbij ik de klacht mijn volste aandacht zal geven.

U wordt verder op de hoogte gehouden.

Steeds tot uw dienst.

Met vriendelijke groeten

Evi Devos
Ombudsvrouw

Email: ombudsdienst@stlucas.be
Tel: 050 36 57 89



OMBUDSDIENST

JAARVERSLAG 2017

Inhoud

VOORWOORD.....	3
ALGEMENE INFORMATIE.....	4
INSTELLINGEN.....	4
OMBUDSDIENST.....	4
OVERZICHT KLACHTEN EN VRAGEN	5
1. KLACHTEN.....	5
1.1 AANTAL KLACHTEN.....	5
1.2. OVERZICHT VAN DE KLACHTEN.....	6
2. VRAAG TOT AFSCHRIFT VAN PATIËNTENDOSSIER	8
VERWACHTINGEN VAN DE KLAGER OF VRAAGSTELLER.....	9
AANBEVELINGEN	10
1. AANBEVELINGEN MET BETREKKING TOT DE WET ‘RECHT VAN DE PATIËNT’	10
2. AANBEVELINGEN ZONDER BETREKKING TOT DE WET 4RECHT VAN DE PATIËNT.....	11
ALGEMEEN BESLUIT.....	13

VOORWOORD

Voor de ombudsdienst was 2017 een overgangsjaar. We namen afscheid van de vorige ombudsman, mr. Marc Bol, en tot mijn aanstelling werd de dienst even overgenomen door mevr. Anne-Marie Claes en mevr. Corrie Van Pelt.

In dit verslag kan u de jaarlijkse weerslag vinden van de klachtenbehandeling/- bemiddeling door de ombudsdienst in 2017.

Klachtenbemiddeling is in eerste instantie een recht voor iedere patiënt in het kader van de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt (2002; artikel 11 paragraaf 1). Maar ook voor de organisatie zijn dit kansen om waar mogelijk aandachtspunten en verbeterpunten uit te halen.

De belangrijkste taak van de ombudsdienst bestaat uit het aan de patiënt garanderen dat hij z'n klachtrecht kan uitoefenen wat betreft de rechten van de patiënt

Daarnaast is het binnen AZ ZENO ook de taak van de ombudsdienst om kennis te nemen van alle klachten en vragen over de hotelaccomodatie (keuken, onderhoud, ...), de administratief - financiële aspecten (kamerkeuzeformulier, factuur, ...) en organisatorische aspecten (parking, wachttijden, ...).

Zoals voorgeschreven in de wet van de Rechten van de Patiënt kan u een afschrift bekomen van uw volledig patiëntendossier, ook met deze vraag kan u bij de ombudsdienst terecht.

Sofie Ketels
ombudsvrouw

ALGEMENE INFORMATIE

INSTELLINGEN

AZ ZENO campus Knokke-Heist

Graaf Jansdijk 162, 8300 Knokke-Heist

Nieuw adres vanaf 22/03/2018:

Kalvekeetdijk 260, 8300 Knokke-Heist

AZ ZENO campus Blankenberge

Dr. F. Verhaeghestraat 1, 8370 Blankenberge

AZ ZENO campus Maldegem

Stationsstraat 27, 9990 Maldegem

OMBUDSDIENST

De ombudsdienst is dagelijks bereikbaar van 9u – 12u en van 13u30 – 16u30, behalve op woensdagmiddag en vrijdagmiddag.

TEL: 050 63 35 60

Vanaf 22/03/2018 kan u de ombudsdienst bereiken op het nummer 050 53 42 00

E-mail: sofie.ketels@azzeno.be
ombudsdienst@azzeno.be

OVERZICHT KLACHTEN EN VRAGEN

1. KLACHTEN

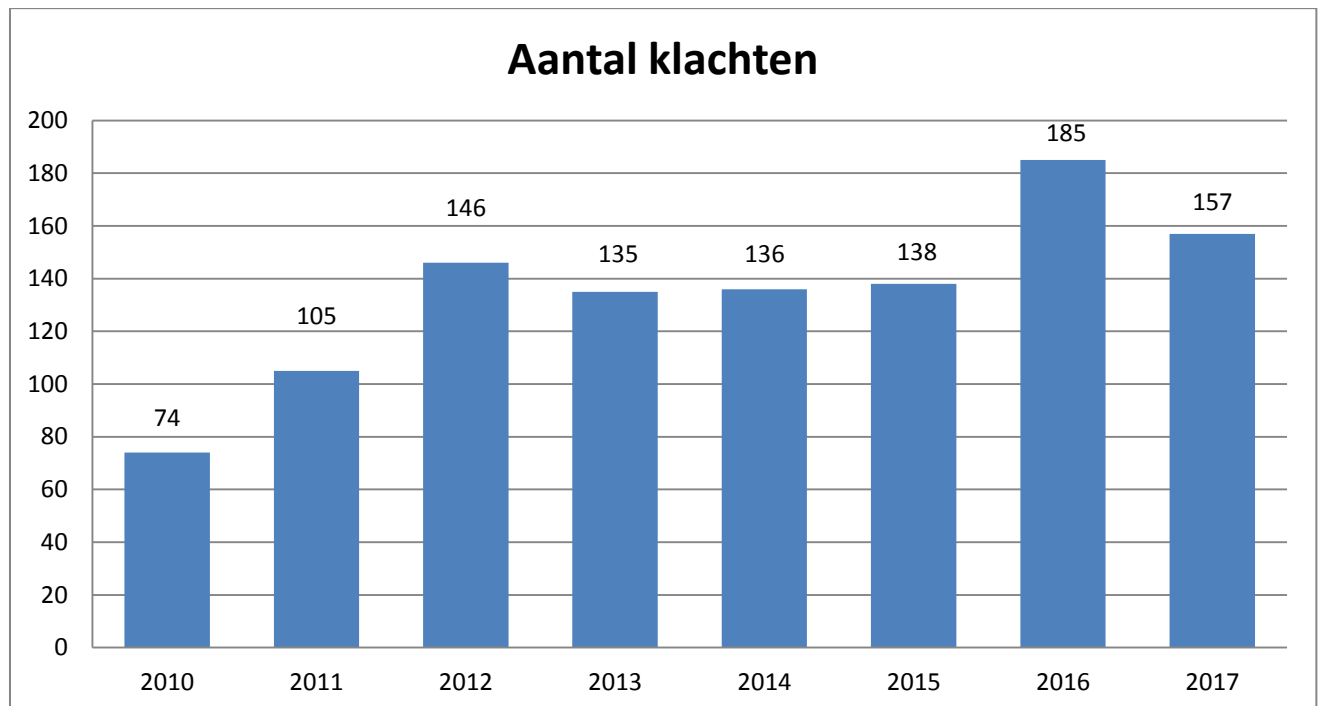
1.1 AANTAL KLACHTEN

In 2017 registreerden we 157 klachten waarvan:

67 klachten (= 43%) in verband met de wet Rechten van de Patiënt

90 klachten (= 57%) die niet rechtstreeks vallen onder de wet Rechten van de Patiënt

We kunnen stellen dat het aandeel van de klachten die verband houden met de wet Rechten van de Patiënt ongeveer hetzelfde is gebleven met het voorafgaande jaar. In 2016 hadden 44% van de klachten verband met de patiëntenrechten en 56% geen betrekking tot de patiëntenrechten.



In 2017 zien we een daling in het aantal geregistreerde klachten.

1.2. OVERZICHT VAN DE KLACHTEN

1.2.1 Klachten met betrekking tot de wet 'rechten van de patiënt'

		Knokke-Heist	Blankeberge	Maldegem	Brugge	Andere (BE)	Nederland	Andere niet BE	Mutualiteit	Totaal
informatie gezondheidstoestand		1	1	0	0	1	0	0	0	3
Kwaliteitsvolle dienstverlening	VE	15	5	1	2	4	1	1	0	29
	arts	5	4	1	6	8	2	0	0	26
	andere	1	3	0	0	0	0	0	0	4
Privacy		1	1	0	0	0	0	0	0	2
Toestemming na informatie		0	0	0	0	0	0	0	3	3
Vrije keuze beroepsbeoefenaar		0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pijnbehandeling		0	0	0	0	0	0	0	0	0
		23	14	2	8	13	3	1	3	67

In de bovenstaande tabel vindt u een overzicht van het aantal klachten per regio en per deelaspect van de wet van de Rechten van de Patiënt.

Een vergelijking maken met de voorafgaande jaren is moeilijk. De vorige ombudsman hield er een andere manier van registreren van de klachten op na. Er werd geen opsplitsing gemaakt tussen de verschillende patiëntenrechten.

Uit het vorige jaarverslag kan ik wel afleiden dat er voor 2016 in totaal 82 klachten werden geregistreerd onder de noemer 'zorg en informatie'. 21 klachten hadden betrekking tot een verpleegeenheid, 61 klachten hadden betrekking tot de artsen.

In 2017 was er meer evenwicht tussen het aantal klachten die betrekking hadden tot een verpleegeenheid of de artsen.

- 29 klachten betreffende de verpleegeenheid
- 26 klachten betreffende de artsen
- 4 klachten betreffende 'anderen' (receptie, secretariaat, onderhoudspersoneel, ...)

Vooraf het aantal klachten met betrekking tot een arts zijn zeer sterk gedaald.

1.2.2 Klachten die geen betrekking hebben op de wet 'rechten van de patiënt'

	Knokke-Heist	Blankeberge	Maldegem	Brugge	Andere (BE)	Nederland	Andere niet BE	Mutualiteit	Totaal
Financieel - ereloon-supplementen	2	1	0	1	0	1	0	0	5
Financieel - factuur	11	3	0	4	9	1	1	12	41
Financieel - kamerkeuzeformulier	2	3	3	0	3	2	1	3	17
Financieel producten	1	1	1	0	0	0	0	7	10
Hotelaccomodatie	0	0	1	0	1	0	0	0	2
patiëntenvervoer	0	0	0	1	1	0	0	0	2
andere	8	2	0	1	2	0	0	0	13
	24	10	5	7	16	4	2	22	90

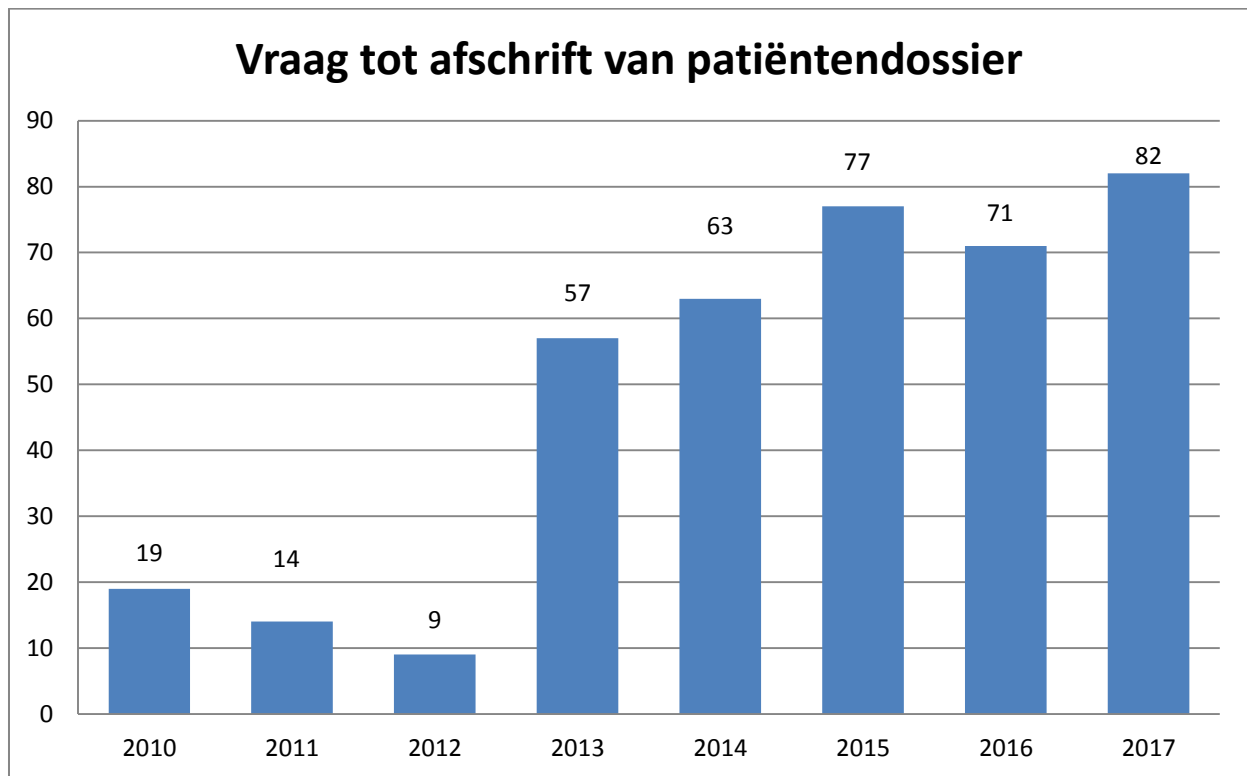
Als we de klachten die geen betrekking hebben tot de wet van de Rechten van de Patiënt van dichterbij gaan bekijken, dan valt onmiddellijk op dat het grootste aandeel van die klachten (81%) betrekking heeft op het administratieve en financiële aspect van een opname.

In 95% van deze klachten is de klacht gebaseerd op de onderliggende vraag om de factuur te herzien of te annuleren.

Patiënten hebben ook klachten over de technische aspecten (parking, shuttlebus, ...) en organisatorische aspecten (wachtijden, ontslagregeling, ...)

Deze klachten leren hoe de organisatie door patiënt/bezoeker/familie wordt ervaren en de organisatie belangrijke leer- en actiepunten aanreiken.

2. VRAAG TOT AFSCHRIFT VAN PATIËNTENDOSSIER



Uit deze grafiek kunnen we afleiden dat er in 2017 opnieuw een lichte stijging is voor het opvragen van een afschrift van het patiëntendossier.

De patiënt heeft dit afschrift vaak nodig in kader van een bijkomende verzekering. Daarnaast wil de patiënt ook vaak een 'second opinion'.

VERWACHTINGEN VAN DE KLAGER OF VRAAGSTELLER

Bij de meeste patiënten/bezoekers of familie is het 'geven van een signaal' de belangrijkste verwachting. Dit blijft zo over de jaren heen.

Mensen hebben soms meerdere verwachtingen met betrekking tot de opvolging van hun klacht of vraag.

Het aantal mensen die een vorm van financieel akkoord wensen (correctie factuur of schadeclaim) blijft ook stijgen.

Uiteraard kan de ombudsdienst niet steeds aan deze verwachtingen voldoen. Dit wordt dan ook duidelijk besproken met de patiënt die hiermee genoeg kan nemen of die wordt doorverwezen naar een andere interne of externe dienst (bv. dienst ledenverdediging van de mutualiteit) indien de patiënt hierin wil verder gaan.

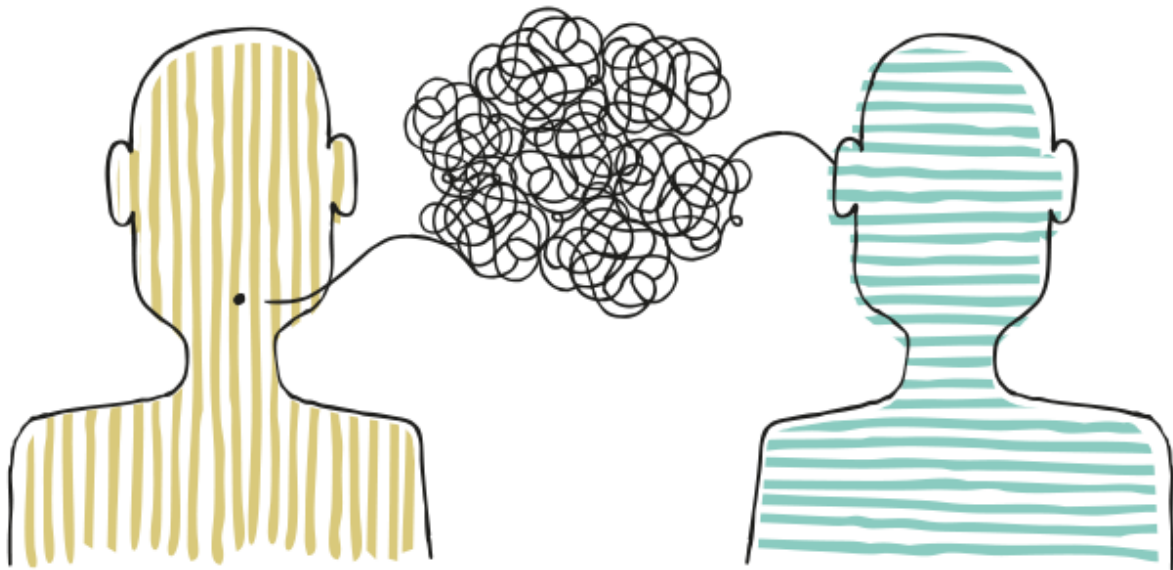


AANBEVELINGEN

1. AANBEVELINGEN MET BETREKKING TOT DE WET 'RECHT VAN DE PATIËNT'

We merken op dat in het overgrote deel van de klachten 'COMMUNICATIE' het sleutelwoord is.

Op de communicatie arts-verpleegafdeling; arts – patiënt; verpleegafdeling – patiënt kan soms aardig wat ruis zitten. De ongewone omgeving van de patiënt, de gebruikte woordenschat en een beperkte tijdspanne zijn factoren waardoor waardevolle informatie voor een patiënt verloren gaat of niet wordt opgenomen. Zorgkwaliteit en patiëntenvoorlichting zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Goede patiëntenvoorlichting is meer dan een vriendelijke en gepaste behandeling. Het gaat ook over heldere communicatiestructuren, het doseren van informatie, afspraken over de inhoud, de aard en het moment van informeren, aangepaste informatiemiddelen, enzovoort.



In 2017 was dit al een aandachtspunt, maar ook in 2018 zullen zowel artsen als verpleegkundigen moeten investeren in de communicatie naar de patiënt.

Een klacht van een patiënt is dan ook vaak een vraag naar extra informatie of verduidelijking.

2. AANBEVELINGEN ZONDER BETREKKING TOT DE WET RECHT VAN DE PATIËNT

Een opname in het ziekenhuis kan vaak grote financiële gevolgen hebben voor de patiënt. Uit de klachten die de ombudsdienst ontvangt kunnen we opmaken dat de keuze voor een 1-persoonskamer niet altijd een weloverwogen beslissing is geweest. De patiënt is zich er vaak niet van bewust dat er naast het kamersupplement ook honorariumsupplementen worden aangerekend voor een verblijf op een 1-persoonskamer.

De ombudsdienst wordt ook vaak geconfronteerd met vragen over de ziekenhuisfactuur. Daarom werd er in samenspraak met de dienst patiëntenboekhouding beslist om de begeleidende brief bij de ziekenhuisfactuur aan te pakken samen met de factuur zelf.

De website van AZ ZENO zal ook een extra rubriek voorzien die volledig voorbehouden wordt voor extra informatie over de ziekenhuisfactuur en de keuze van een 1- of 2-persoonskamer.

Je zal er antwoord vinden op de meest voorkomende vragen zoals

Hoe wordt een factuur opgebouwd?

Welke vaste forfaits worden er aangerekend?'

Waarom wordt er een bedrag geattesteerd op naam van een dokter die ik niet ken?

Naast een aanpassing van de website wordt ook een brochure voorzien die dezelfde informatie weergeeft.

Ondervindt de patiënt toch moeilijkheden om de ziekenhuisfactuur te betalen, dan proberen we steeds voor een gepaste oplossing te zorgen die voor beide partijen haalbaar is.

Een klacht die ook steeds terugkomt zijn de opmerkingen over de soms lange wachttijden op de spoeddiensten (vooral in de vakantieperiodes en weekends) en bij de consultaties. Met de verhuis naar de nieuwbouw die nu snel dichterbij komt, willen we de patiënt graag informeren over de mogelijke wachttijden.

Bij een gewone consultatie zal de patiënt bij inschrijving geïnformeerd worden over de mogelijke wachttijden. Op centrale plaatsen in het ziekenhuis zullen er dynamische schermen voorzien worden waarop de patiënt de vooruitgang van de wachttijd kan volgen.

Dit systeem willen we ook graag introduceren op de spoedafdeling, maar het software-programma laat dit op dit moment nog niet toe. Daarom gaan we de patiënt extra informeren over de werking van het triage systeem via dynamische schermen in de wachtzaal.

Op deze manier willen we aan de patiënt duidelijk maken hoe het komt dat iemand die zich later heeft aangemeld, toch eerder geholpen wordt.

Via die schermen willen we de patiënt ook al informeren over de afspraken die gelden binnen de spoedafdeling (geen foto's maken of filmen, steeds in de box blijven, ...)



In 2018 wordt ook de samenwerking met de vriendelijkheidsambassadeur van het ziekenhuis verder opgebouwd. Op deze manier kunnen we elkaar verder ondersteunen om de werking van het ziekenhuis te optimaliseren zodat de patiënttevredenheid verder kan stijgen en dat we het aantal klachten kunnen laten dalen.

ALGEMEEN BESLUIT

Het aantal klachten is dit jaar gedaald ten opzichte van het vorige jaar. De forse stijging van de klachten in 2016 heeft zich niet doorgezet.

Inhoudelijk stellen we vast dat er minder klachten zijn die betrekking hebben tot de arts in vergelijking met 2016.

Opvallend is het grote aandeel van klachten die betrekking hebben tot het administratief – financiële aspect van een opname.

Waar klachten zijn, zijn ook verwachtingen.

Waar verwachtingen zijn, zijn ook kansen.

Hoewel het aantal klachten dat geuit wordt bij de ombudsdienst zeer relatief is ten aanzien van het aantal patiëntencontacten, kan het belang van deze klachten niet onderschat worden voor de organisatie.

Ten eerste heeft onderzoek al meermaals aangetoond dat het aantal klachten dat geuit wordt ten aanzien van de ombudsdienst slechts een fractie is van het werkelijk aantal klachten die leven bij de patiënten. En daarnaast bevat iedere klacht steeds opnieuw waardevolle informatie over hoe de organisatie het doet, hoe er gecommuniceerd wordt met de patiënt of in welke mate de zorg voldoende is afgestemd op de patiënt. Daar respectvol en gedreven mee omgaan op alle niveaus en door alle betrokkenen, maakt van een ziekenhuis een warme organisatie.

Sofie Ketels
Februari 2018

**Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017**

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	01.01.2017 - 31.12.2017
--------------------	-------------------------

Instellingsgebonden informatie					
Naam van de zorginstelling	Az West				
Adres	Ieperse Steenweg, 100 te 8630 Veurne				
Gewest	West-Vlaanderen				
Erkenningsnummer	310				
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen ziekenhuis				
Aantal bedden	Klassiek	bedden			
	30/sep	erkend	verantw.*	opgesteld	bezet
	A	30	30	32	32
	C	53	128	49	39
	D	46		60	52
	E	17	15	20	4
	G	48	49	52	47
	I	12	11	12	10
	M	18	10	21	5
	n	0	0	5	1
Subtotaal	224	243	251	191	
DagZH	8			43	
31/aug					
Totaal	224	251	251	234	

	*: financiering 01.07.2017 – basis : MZG 2017
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Vanhoutte Dirk
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01.11.2003
Bestaffing	0,5
Lokalisatie dienst	Ieperse Steenweg, 100 te 8630 Veurne - Blok A - Route 160: dit is in de onmiddellijke omgeving van de centrale hall az West
Registratiesysteem	Infoland - iTask - module Klachtenregistratie
Huishoudelijk reglement (<i>actualisatiedatum; waar te raadplegen</i>)	Het huishoudelijk reglement Ombudsdienst az West werd recent herschreven en goedgekeurd door de raad van Bestuur az West op 22.11.2017 . Raadpleegbaar: - voor de medewerker az West in het procedureboek az West; - voor de patiënt en de familie op de website van az West http://www.azwest.be/sites/default/files/downloads/huishoudelijk_reglement_ombuds_azwest_01.2018.pdf en opvraagbaar in het Onthaal az West en in de Ombudsdienst az West
Vormingen i.k.v. bemiddeling	De vergaderingen, georganiseerd door VVOVAZ, en de trimesteriele deelname aan de vergaderingen van VVOVAZ West-Vlaanderen

Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Nihil
<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst (klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</p>	<p>De ombudspersoon is bevoegd om kennis te nemen van alle klachten die betrekking hebben op de dienstverlening in het ziekenhuis. Het gaat dus niet enkel om klachten in het kader van de patiëntenrechten. De ombudspersoon fungeert als centraal aanspreekpunt voor uitingen van ongenoegen en/of klachten over het zorgproces of de omkadering van het zorgproces in het ziekenhuis.</p> <p>Ook kunnen ziekenhuismedewerkers op (pro)actieve wijze problemen melden in het concrete zorgproces van patiënten. Klachten die een schadeclaim inhouden worden behandeld door de medewerker, tot wiens bevoegdheid het verzekering gerelateerde domein behoort.</p> <p>De ombudspersoon treedt niet op als bemiddelaar bij klachten van of tussen personeelsleden en/of zorgverleners onderling (incl. vrijwilligers), tenzij een klacht afkomstig is van een personeelslid/zorgverlener in zijn/haar hoedanigheid van een patiënt met een klacht.</p> <p>De ombudspersoon mag niet betrokken geweest zijn bij de feiten en de perso(o)n(en) waarop de klacht betrekking heeft. Indien deze situatie zich voordoet wordt de klacht afgehandeld door een ander bemiddelaar.</p> <p>Verzoek tot inzage en/of afschrift van een patiëntendossier Patiënten en/of hun vertegenwoordigers hebben conform het KB van 22.08.2002 recht op inzage en/of afschrift van het dossier (art. 9,§2 en §3).</p> <p>In regel gebeurt het verzoek tot inzage en/of afschrift van het dossier via de behandelend geneesheer-specialist voor het medisch luik en via de hoofdverpleegkundige voor het verpleegkundig luik. Wanneer de patiënt of vertegenwoordiger dit niet wenst kan de vraag gebeuren via de ombudspersoon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> invullen van een verzoekformulier met de benodigde gegevens (patiënt – ouder –voogd – verwant van de overleden patiënt); <input type="checkbox"/> de vraag tot terbeschikkingstelling van het dossier wordt gesteld aan de betrokken geneesheer. Bij problemen wordt de hoofdgeneesheer betrokken; <input type="checkbox"/> regels van de inzage en bezorgen van eventuele gevraagde afschriften: inzage gratis, max. 14 dagen na aanvraag – afschrift : €0.10/kopie – €5/gekopieerd beeld medische beeldvorming – €10/digitale drager – per opvraging een maximum van €25. <p>Taken van de ombudspersoon</p> <p>1. Preventie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen; <input type="checkbox"/> het formuleren van aanbevelingen om herhaling van tekortkomingen, die aanleiding kunnen geven tot een klacht of die de kwaliteit van het zorgproces kunnen verbeteren, te

	<p>voorkomen.</p> <p>2. Het in ontvangst nemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vragen, klachten, suggesties van patiënten maken deel uit van het klachtenbeleid van het ziekenhuis en worden geregistreerd in een geïnformatiseerd registratieprogramma. Dit registratieprogramma is beveiligd en biedt de nodige garantie inzake het bewaren van het beroepsgeheim; <input type="checkbox"/> Bij het ontvangen van een klacht wordt aan de patiënt onverwijld een schriftelijke ontvangstmelding overgemaakt met vermelding van een referentienummer. <p>3. Het verstrekken van informatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> over de organisatie; <input type="checkbox"/> over de werking en procedureregels van de ombudsfunctie; ² <input type="checkbox"/> over de wet op de patiëntenrechten. <p>4. Het opzetten van een bemiddeling teneinde de verstoorde relatie tussen de patiënt en zijn zorgverstrekkers of ziekenhuis te herstellen.</p> <p>5. Het informeren en advies geven over verdere proceduremogelijkheden wanneer interne bemiddeling geen oplossing is of geboden heeft.</p> <p>6. Het systematisch verzamelen van gegevens teneinde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Aanbevelingen te formuleren ter voorkoming van herhaling van de tekortkomingen, die aanleiding gaven tot het formuleren van een klacht. De ombudspersoon is alert op het structureel voorkomen van klachten. Door middel van terugkoppeling brengt hij advies uit aan de ziekenhuisorganisatie en aan de betrokkenen met betrekking tot verbeteringspunten; <input type="checkbox"/> Tegen 1 mei van elk jaar wordt een jaarverslag over de werking van de ombudsdienst verstuurd aan de beheerder, aan de hoofdarts, aan de directie, aan de Medische Raad en aan de dienst Q&S van het ziekenhuis.
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Zie klachtenprocedure, vermeld hieronder, onder het punt 'Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?'</p>

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

Az West gaat uit van een constructieve visie op het verschijnsel 'klacht'. Klachtenmanagement op een juiste manier gebruikt is een uniek instrument om de kwaliteit en de klantgerichtheid binnen het ziekenhuis te vergroten en te verbeteren. Bij de ombudsdienst kan de patiënt terecht met vragen, klachten of suggesties. Een klachtenprocedure kan alleen maar werken als ze gedragen wordt door alle medewerkers van het ziekenhuis.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

Plaats in de organisatie

- 4.1 Hij/zij bekleedt een onafhankelijk positie, d.w.z. dat de ombudspersoon geen verantwoording verschuldigd is over het bemiddelingsproces maar wel een informatieplicht heeft ten aanzien van de directie van het ziekenhuis.
- 4.2 Hij kan ongehinderd alle plaatsen in het ziekenhuis betreden, contact opnemen met alle bij een klacht betrokken personen en alle relevante gegevens opvragen en inzien.
- 4.3 In het kader van zijn werkzaamheden kan hij beroep doen op en samenwerken met externe organisaties : (huis)artsen, patiëntengroeperingen, mutualiteiten, (aansprakelijkheid)verzekeringen, juridische diensten, eventuele externe klachtencommissies of tuchtcolleges.
- 4.4 In uitoefening van zijn opdracht is de ombudspersoon gebonden aan het beroepsgeheim en neemt een strikte neutraliteit en onpartijdigheid in acht.
- 4.5 De tussenkomst van de ombudspersoon is een inspanningsverbintenis en geen resultaatverbintenis ten aanzien van partijen. De ombudspersoon kan niet verantwoordelijk gesteld worden voor het al of niet bereiken van een voor alle partijen aanvaardbare oplossing.

Klachtenprocedure

1. Een klacht is een uiting van ongenoegen of ontevredenheid omtrent het zorgproces van de patiënten in het ziekenhuis. Klachten kunnen geformuleerd worden door patiënten of hun vertegenwoordiger.
2. Elke klacht wordt in de mate van het mogelijke opgelost op de plaats waar zij ontstaat. Zo geen consensus bereikt wordt of als een gesprek met de rechtstreeks betrokkenen niet mogelijk is, kan de patiënt terecht bij de ombudspersoon of kan men de klager verwijzen naar de ombudspersoon. Ook kunnen ziekenhuismedewerkers op (pro)actieve wijze problemen melden in het concrete zorgproces van patiënten. Klachten kunnen zowel *mondeling als schriftelijk* worden geformuleerd:
 - schriftelijke klachten : via mail/brief/klachtenformulier op website van het ziekenhuis;
 - mondelinge klachten : telefonisch of via bezoek ter plaatse;
 - coördinaten van de ombudspersoon zijn vermeld in de folder 'Ombudsdienst az West' en in de folder 'Patiëntenrechten en -plichten'.
3. Wanneer de klacht ontvankelijk wordt bevonden, start de ombudspersoon een bemiddelingsdossier:
 - Ten einde de dialoog te herstellen, kan de ombudspersoon voorstellen aan de partijen:
 - o om met elkaar opnieuw contact te nemen of in zijn aanwezigheid samen te komen;
 - o tijdens de hele procedure de rol van tussenpersoon op zich te nemen.
 - De ombudspersoon oefent zijn bemiddelingsfunctie nauwgezet en binnen een redelijke termijn uit;
 - Zonder voor de patiënt of voor de zorgverlener partij te kiezen, neemt de ombudspersoon tijdens de volledige procedure een strikte neutraliteit en onpartijdigheid in acht;
 - De ombudspersoon mag overigens niet betrokken zijn geweest bij de feiten en de personen waarop de klacht betrekking heeft;
 - De ombudsman informeert de klager en de beklagde over het standpunt en/of het

resultaat van de klachtenbemiddeling;

Indien geen oplossing wordt bereikt, oriënteert de ombudspersoon de patiënt naar een andere mogelijkheid van conflictafhandeling (bv. de ziekenfondsen, de Provinciale geneeskundige commissie, de Orde van artsen,...);

Alle door de ombudspersoon ondernomen stappen zijn gratis;

Zorgverleners dienen open te staan voor opmerkingen en suggesties van patiënten. Men moet proberen op een begripvolle en constructieve manier met deze opmerkingen om te gaan;

Anonieme klachten kunnen enkel geregistreerd worden in functie van algemene opvolging, maar komen niet in aanmerking voor individuele opvolging

In ernstige gevallen informeert de ombudspersoon onmiddellijk de directie. Ernstige gevallen kunnen klachten zijn waarbij de aansprakelijkheid van het ziekenhuis betrokken is en/of waarbij mogelijke betrokkenheid van de pers wordt geuit.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

Op vlak van onafhankelijkheid, neutraliteit, eerbiediging van het beroepsgeheim, bemiddelen met het oog op het bereiken van een oplossing, infrastructuur, middelen en uitvoering van de administratieve opdrachten ondervond ik geen enkele moeilijkheid.

Infoverstrekking en een goede communicatie zijn essentieel in de zorg. Men kan niet helpen zonder in de praktijk rekening te houden met de perceptie van de zorg door de patiënt en de zorgverstrekker.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	207
Aantal infodossiers	47
Aantal pro actieve dossiers	39
Aantal opvraging patiëntendossier	33
Aantal 'andere'	5

Uit rapport 'Inhoud klacht: aantallen volgens type'

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de "zorgkwaliteit" in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	114
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	9
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	1
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	2
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	33
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	3
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	3

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
<p>Het KB d.d. 08.07.2003 houdende de werking van de Ombudsfunctie verplicht de ombudspersoon een jaarverslag over de Ombudsfunctie op te maken en over de maken – uiterlijk 30.04 - aan de beheerder, de hoofdgeneesheer, de Directie, de Medische Raad en de Federale Commissie "Rechten van de patiënt", zoals bedoeld in art. 16 van de Patiëntenrechtenwet. De gegevens m.b.t. de werking van de Ombudsdienst dienden in het verleden aan het FOD verstrekt te worden onder de vorm van een door het FOD opgemaakt en door de ombudspersoon in te vullen webformulier.</p> <p>Dit jaarrapport zal ter beschikking gehouden worden van de Vlaamse Overheid of - op uw vraag - graag aan u overgemaakt worden.</p>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
<p>Het KB d.d. 08.07.2003 houdende de werking van de Ombudsfunctie verplicht de ombudspersoon een jaarverslag over de Ombudsfunctie op te maken en over de maken – uiterlijk 30.04 - aan de beheerder, de hoofdgeneesheer, de Directie, de Medische Raad en de Federale Commissie "Rechten van de patiënt", zoals bedoeld in art. 16 van de Patiëntenrechtenwet. De gegevens m.b.t. de werking van de Ombudsdienst dienden in het verleden aan het FOD verstrekt te worden onder de vorm van een door het FOD opgemaakt en door de ombudspersoon in te vullen webformulier.</p> <p>Dit jaarrapport zal ter beschikking gehouden worden van de Vlaamse Overheid of - op uw vraag - graag aan u overgemaakt worden.</p>	

Aanbevelingen

Het KB d.d. 08.07.2003 houdende de werking van de Ombudsfunctie verplicht de ombudspersoon een jaarverslag over de Ombudsfunctie op te maken en over de maken – uiterlijk 30.04 - aan de beheerder, de hoofdgeneesheer, de Directie, de Medische Raad en de Federale Commissie "Rechten van de patiënt", zoals bedoeld in art. 16 van de Patiëntenrechtenwet. De gegevens m.b.t. de werking van de Ombudsdienst dienden in het verleden aan het FOD verstrekt te worden onder de vorm van een door het FOD opgemaakt en door de ombudspersoon in te vullen webformulier.

Dit jaarrapport zal ter beschikking gehouden worden van de Vlaamse Overheid of op uw vraag graag aan u overgemaakt worden.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Het KB d.d. 08.07.2003 houdende de werking van de Ombudsfunctie verplicht de ombudspersoon een jaarverslag over de Ombudsfunctie op te maken en over de maken – uiterlijk 30.04 - aan de beheerder, de hoofdgeneesheer, de Directie, de Medische Raad en de Federale Commissie "Rechten van de patiënt", zoals bedoeld in art. 16 van de Patiëntenrechtenwet. De gegevens m.b.t. de werking van de Ombudsdienst dienden in het verleden aan het FOD verstrekt te worden onder de vorm van een door het FOD opgemaakt en door de ombudspersoon in te vullen webformulier.

Dit jaarrapport zal ter beschikking gehouden worden van de Vlaamse Overheid of op uw vraag graag aan u overgemaakt worden.

.Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

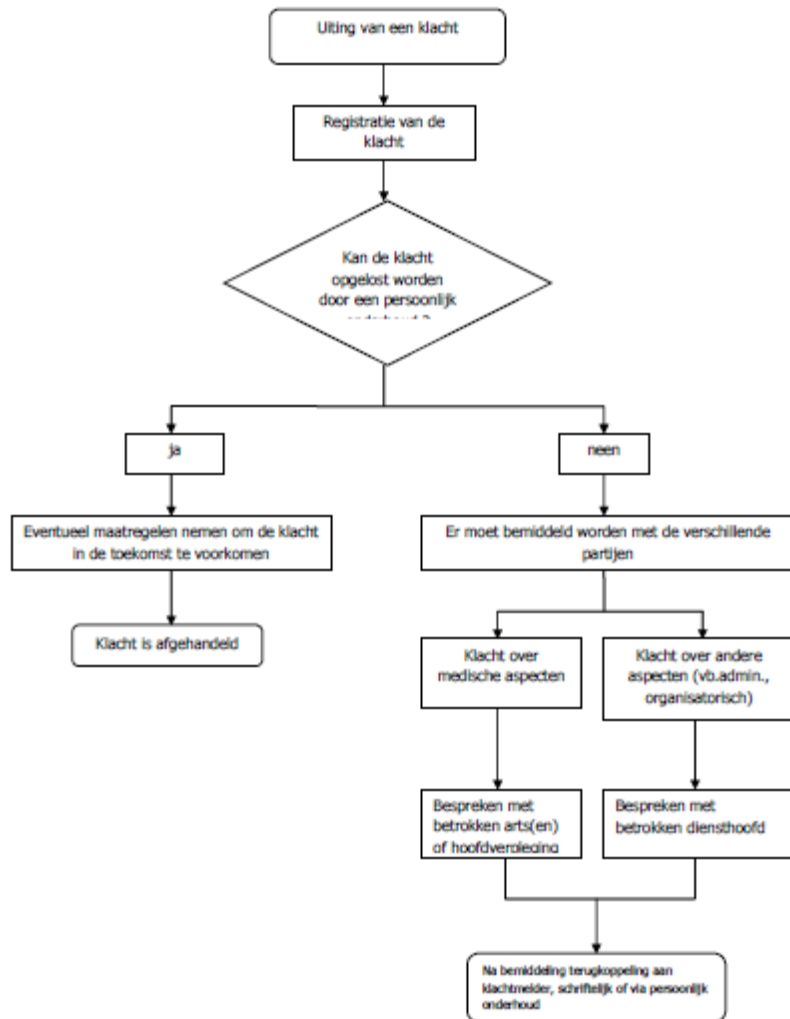
(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Sint-Rembertziekenhuis
Adres	Sint-Rembertlaan 21, 8820 Torhout
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	378
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen ziekenhuis
Aantal bedden	196
Aantal campussen	1 campus
Naam ombudsperso(n)en	Van Belleghem Ann
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Van Belleghem Ann start 1 november 2004 einde 31 december 2017
Bestaffing	0,25 voltijdse equivalent ombudsdienst

Lokalisatie dienst	Nabij onthaal
Registratiesysteem	Infohos
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Ter beschikking aan het onthaal. Sint-Rembertziekenhuis Torhout is op 1 januari 2018 geïntegreerd in AZ Delta.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	
<p>Werkingsterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	Alle klachten die betrekking hebben op de dienstverlening binnen Sint Rembertziekenhuis. Begeleiden afschriften dossiers, opvolgen schadeclaims.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?



Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
De organisatie ziet klachten als welgekomen feedback die men ontvangt van hun cliënt, om de kwaliteit en klantgerichtheid binnen het ziekenhuis te vergroten en te verbeteren.	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
Werking uitgeschreven in huishoudelijk reglement.	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	100
Aantal infodossiers	5
Aantal pro actieve dossiers	6
Aantal opvragingen patiëntendossier	26
Aantal 'andere'	0

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	37
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	10
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	2
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	4
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	3

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	51
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	

Aanbevelingen

✓ Informatie en communicatie

✓

✓

✓

✓

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Sint Lucas & Volkskliniek
Adres	Groenebriel 1 – 9000 Gent
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	290 Algemeen Ziekenhuis St Lucas
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	745 hospitalisatie 106 dagziekenhuis
Aantal campussen	2 campussen + 2 medische centra
Naam ombudsperso(o)n(en)	Cambier Ann
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	28.02.2011
Bestaffing	0,80 VTE Ombudsvrouw + 0,30 VTE medewerker
Lokalisatie dienst	Achter het algemeen onthaal en de inschrijfbalies van campus St Lucas
Registratiesysteem	Access – basispakket VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Actualisatiedatum 01.06.'17 – Herzieningsdatum 01.06.'20 Te raadplegen aan het algemeen onthaal + via de website
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Terugkomdag – verdiepingstraining basisopleiding bemiddeling
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ “Zitten is het nieuwe roken” – Veiligheidsdagen AZ Sint Lucas ✓ Colloquium “15 jaar Rechten van de Patiënt”
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Klachtenbemiddeling (K.B. 08.07.2003). ✓ Het geven van vorming aan de zorgafdelingen mbt de rechten en verantwoordelijkheden van de patiënt. Dit met het oog op zoveel mogelijk vanuit de afdelingen zelf eerstelijns klachten en bemerkingen op te volgen en pas in tweede instantie de ombudsdienst in te schakelen. ✓ Het geven van toelichtingen over de wettelijke bepalingen en werking van de ombudsdienst; de rechten en verantwoordelijkheden van de patiënt en procedures aan nieuwe artsen in dienst. ✓ Geven van toelichtingen over de werking van de ombudsdienst op de infodag voor nieuwe

	<p>medewerkers.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Begeleiden van vragen omtrent afschriften en inzage van het patiëntendossier. <p>Gedurende het jaar 2017 werd een procedure opgemaakt mbt het opvragen van een kopie van het patiëntendossier. Dit met als doel om de patiënten dit rechtstreeks te laten opvragen bij hun arts of diens secretariaat.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tussenpersoon voor vragen ikv van verzekeringsdossiers die werden opgestart via de ombudsdienst.
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>De ombudsdienst is een tweedelijfn functie. In eerste instantie wordt de klager zoveel mogelijk gestimuleerd om zijn klacht met de betrokken partijen zelf of de dienstverantwoordelijke op te nemen. Indien men niet tevreden is over deze tussenkomst of men niet het beoogde resultaat bekomen heeft, kan men zich tot de ombudsdienst richten.</p> <p>De klager kan er ook voor kiezen om zich direct tot de ombudsdienst te richten met de vraag zijn bemerkingen op te volgen.</p> <p>Vanuit de ombudsdienst wordt contact opgenomen met de betrokken partijen (of hun dienstverantwoordelijke). De bekomen feedback wordt teruggekoppeld naar de klager. Bij het gebrek aan het bereiken van een oplossing of een toereikend antwoord wordt de klager ingelicht over alternatieve mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht.</p> <p>De klachtenprocedure staat uitgeschreven in het huishoudelijk reglement.</p>

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Beroepsbeoefenaars nemen frequenter contact op met de ombudsdienst voor proactieve meldingen of voor vragen naar advies. ✓ Indien de ombudsdienst de melding van een klager voorlegt aan de beroepsbeoefenaar of dienstverantwoordelijke, krijgt de ombudsdienst de nodige feedback schriftelijk of via een persoonlijk gesprek teruggekoppeld. Indien nodig, neemt de dienstverantwoordelijke ook contact op met het diensthoofd van de zorggroep om de bemerking breder te bespreken. Wanneer het aangewezen is dat er een verbeteractie wordt doorgevoerd, wordt ook dit teruggekoppeld naar de ombudsdienst. ✓ Indien een standpunt van de directie nodig is, wordt de klacht anoniem voorgelegd aan de desbetreffende directie. ✓ Verscheidene keren per jaar vindt een ombudscommissie plaats. Dit is een overleg tussen de directie en de ombudsdienst. Tijdens dit overleg wordt een overzicht

gegeven van de lijn in het aantal klachten van de voorbije periode.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Er wordt gevraagd of er reeds contact werd opgenomen met de verantwoordelijken van de afdeling of met de betrokkenen zelf. Indien niet wordt nagegaan of men dit wenst te doen. Er wordt met de klager afgestemd op welke manier ze hun melding kunnen voorleggen aan de betrokken persoon of diens verantwoordelijke. Er wordt afgestemd dat ze zeker terug contact met de ombudsdienst kunnen opnemen indien het antwoord of het resultaat niet toereikend is. ✓ Wanneer vanuit de ombudsdienst de klacht wordt opgenomen, wordt altijd contact opgenomen met de betrokken partijen of diens verantwoordelijken. Dit om de nodige feedback alsook hun weergave van het gebeurde te bekomen. ✓ Indien aangewezen worden aanbevelingen geformuleerd.
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)
<ul style="list-style-type: none"> - Het beleid "rechten en verantwoordelijkheden van de patiënt" werd in 2017 uitgewerkt. - Vanaf 2018 zal het resultaat van de afhandeling van de klachten mee opgenomen worden in het registratiesysteem.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten. ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	531
Aantal infodossiers	119
Aantal pro actieve dossiers	136
Aantal opvragen patiëntendossier	110
Aantal 'andere'	NVT
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Opmerkingen:</u> <i>De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de "zorgkwaliteit" in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklust van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)</i> ✓ <i>Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.</i> 	
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	235
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	32
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	34

Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	7
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	12
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	12
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	1
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	25

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	297																																										
Tabellen/grafieken; klachtenratio:																																											
<p>Voorwerp bemerkingen</p> <table border="1"> <caption>Voorwerp bemerkingen</caption> <thead> <tr> <th>Voorwerp</th> <th>Aantal</th> <th>Procent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Patiëntenrechten</td> <td>360</td> <td>55%</td> </tr> <tr> <td>Varia</td> <td>297</td> <td>45%</td> </tr> </tbody> </table>	Voorwerp	Aantal	Procent	Patiëntenrechten	360	55%	Varia	297	45%	<p>Patiëntenrechten (n = 360 bemerkingen)</p> <table border="1"> <caption>Patiëntenrechten (n = 360 bemerkingen)</caption> <thead> <tr> <th>Recht</th> <th>Aantal</th> <th>Procent</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kwaliteit</td> <td>235</td> <td>65%</td> </tr> <tr> <td>Informatie</td> <td>32</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>Klachtenrecht</td> <td>25</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>Vrijkeuze</td> <td>12</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>Pijn</td> <td>12</td> <td>3%</td> </tr> <tr> <td>Dossier</td> <td>7</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>Afschrift</td> <td>1</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Privacy</td> <td>1</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Toestemming</td> <td>1</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>Inzagerecht</td> <td>1</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Recht	Aantal	Procent	Kwaliteit	235	65%	Informatie	32	9%	Klachtenrecht	25	7%	Vrijkeuze	12	3%	Pijn	12	3%	Dossier	7	2%	Afschrift	1	0%	Privacy	1	0%	Toestemming	1	0%	Inzagerecht	1	0%
Voorwerp	Aantal	Procent																																									
Patiëntenrechten	360	55%																																									
Varia	297	45%																																									
Recht	Aantal	Procent																																									
Kwaliteit	235	65%																																									
Informatie	32	9%																																									
Klachtenrecht	25	7%																																									
Vrijkeuze	12	3%																																									
Pijn	12	3%																																									
Dossier	7	2%																																									
Afschrift	1	0%																																									
Privacy	1	0%																																									
Toestemming	1	0%																																									
Inzagerecht	1	0%																																									
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)																																											
De meest geuite verwachting naar de ombudsdienst toe is het geven van een signaal gevolgd door het bekomen van informatie, uitleg.																																											

Aanbevelingen

- ✓ Blijvend aandacht hebben voor de manier waarop men communiceert.
- ✓ Informatie:
De patiënt en diens familie duidelijk informeren over zowel de gezondheidstoestand (o.a. mogelijke complicaties, reacties op een behandeling, instructies nazorg) als over financiële gevolgen (o.a. al dan niet terugbetaling van de mutualiteit) als over de organisatie (o. a. duurtijd ingreep; dagindeling; wachttijden voor resultaten;...).
- ✓ Aandacht voor signalen en verhaal van de patiënt en diens familie. Niet enkel afgaan op wat parameters weergeven.
- ✓ Patiënten en eventueel familie betrekken bij het beleid dat wordt opgesteld.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

- ✓ De aanbevelingen worden voorgelegd aan het Directiecomité; Raad van Bestuur en Medische Raad; Medische Afdelings –en Diensthoofden en de dienstverantwoordelijken van de Zorggroep.
- ✓ Er wordt bekeken of er al dan niet geformuleerde aanbevelingen dienen uitgewerkt te worden en welke prioriteit men daaraan geeft. Dit wordt, afhankelijk van de aanbeveling, opgenomen door de (dienst)verantwoordelijken.
- ✓ Algemene aanbevelingen zijn soms abstract waardoor men zich niet altijd aangesproken voelt. Dergelijke aanbevelingen worden mee in de vormingen en toelichtingen genomen en met voorbeelden uitgelegd of gekaderd aan de beroepsbeoefenaars.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Nikolaas
Adres	Moerlandstraat 1 9100 Sint-Niklaas
Gewest	Vlaams gewest
Erkenningsnummer	710-595-27-00.
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	Erkenning voor 810 bedden
Aantal campussen	5 campussen
Naam ombudsperso(o)n(en)	Eveline Werbrouck Kimber Van Cotthem
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Eveline Werbrouck 01/03/ 2014 Kimber Van Cotthem 01/08/2009
Bestaffing	1.3 FTE

Lokalisatie dienst	<ul style="list-style-type: none"> - De ombudsdienst bevindt zich vlakbij het onthaal van de hoofdcampus. - Men heeft hier bewust voor gekozen om de dienst een zichtbaar en laagdrempelig karakter te geven.
Registratiesysteem	<ul style="list-style-type: none"> - De ombudsdienst registreert haar klachten sinds september 2016 in een specifiek registratiesysteem voor klachten : NIKOdoc.
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Men kan het huishoudelijk reglement van de ombudsdienst opvragen aan het onthaal van het ziekenhuis en bij de ombudsdienst zelf. - Het huishoudelijk reglement wordt in het najaar van 2018 geactualiseerd.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> - Eveline Werbrouck volgde in 2017 de basisopleiding bemiddeling verzorgd door Mediv (Mediation Institute Vlaanderen)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> - Er werden geen bijkomende vormingen gevolgd in 2017.
<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<p>De werking van de ombudsdienst bevindt zich op volgende terreinen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - In hoofdzaak klachtenbemiddeling in het kader van de wet op patiëntenrechten en andere functies van het ziekenhuis (bv hotelfunctie, verloren voorwerpen ...) - Puur financiële klachten worden afgehandeld door het financieel aanspreekpunt (FASP) van het ziekenhuis. Er is een nauwe samenwerking tussen het FASP en de ombudsdienst. Indien uit het eerste onderzoek van het FASP blijkt dat verdere zaken die verband houden met de financiële klacht, moeten worden onderzocht, neemt de ombudsdienst dit verder over. - Aanvragen voor inzage of afschrift van het patiëntendossier - Informatieve vragen beantwoorden en proactieve meldingen registreren

	<ul style="list-style-type: none"> - Beleidsmatige functie: signaleren –adviseren- informeren - Teamondersteunende functie: signaleren-adviseren-informeren
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Binnenkomende klachten worden in eerste instantie geregistreerd in het klachtenregistratiesysteem. Vervolgens wordt de betrokken medewerker op de hoogte gebracht van de klacht en wordt deze met hem/haar besproken. De ombudspersoon onderzoekt bijkomende feiten die verband houden met de klacht. De patiënt wordt ten slotte op de hoogte gebracht van het resultaat van het onderzoek van de ombudsdienst. Indien dit geen voldoening biedt aan de patiënt, wordt deze door de ombudspersoon doorverwezen naar de voor hem aangewezen instantie.</p>

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
<ul style="list-style-type: none"> - Het ziekenhuis heeft een open instelling aangaande klachten: zie o.a. het laagdrempelig karakter van de ombudsdienst. - Over het algemeen ervaart de ombudsdienst een goede samenwerking met verpleegkundigen, artsen, middenkaders, directie. - Vanuit het ziekenhuis wordt het beleidsmatig en teamondersteunend werken gestimuleerd. De klemtoon wordt niet alleen gelegd op de cijfers an sich, ook wat met de klacht wordt gedaan is van belang. Er wordt hierbij de nadruk gelegd op de verbetercultuur, zowel op afdelings-als beleidsniveau. Men streeft ernaar om doorheen de klachten inzicht te krijgen in de werking op de afdeling en in de verwachtingen van de patiënt en men kijkt hoe men dit nog beter kan afstemmen. Hierbij poogt men tevens om het afdelingsniveau te overstijgen en algemene tendensen en bewegingen te detecteren, zodat deze kunnen meegenomen worden in het ziekenhuis brede beleid. - Het bemiddelend werken en het aangaan van open gesprekken (open disclosure) wint aan belang. 	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<ul style="list-style-type: none"> - Meerzijdig partijdig: zowel begrip vertonen voor klager als voor betrokken medewerker. - Oplossingsgerichte attitude - Kritisch naar zichzelf - Ombudsdienst wil beweging maken binnen het ziekenhuis op vlak van het constructief omgaan met klachten en het voeren van constructieve en heldere communicatie met de patiënt (open disclosure). Men heeft hierbij oog voor zowel de concrete resultaten als voor de beweging over de jaren heen. 	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
/	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
Opmerkingen:	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	518 geregistreerde meldingen

Aantal infodossiers	36 infodossiers
Aantal pro actieve dossiers	37 proactieve dossiers
Aantal opvragingen patiëntendossier	261 aanvragen 'inzage en afschrift'
Aantal 'andere'	Klachtendossiers financieel aanspreekpunt 1109

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	186
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	36
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	2
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	Geen gegevens
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	7
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	1
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	7
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	10
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	266																														
Tabellen/grafieken; klachtenratio:																															
<table border="1"><caption>aantal klachten</caption><thead><tr><th>Jaar</th><th>Aantal klachten</th></tr></thead><tbody><tr><td>2004</td><td>161</td></tr><tr><td>2005</td><td>202</td></tr><tr><td>2006</td><td>165</td></tr><tr><td>2007</td><td>346</td></tr><tr><td>2008</td><td>405</td></tr><tr><td>2009</td><td>409</td></tr><tr><td>2010</td><td>405</td></tr><tr><td>2011</td><td>377</td></tr><tr><td>2012</td><td>407</td></tr><tr><td>2013</td><td>451</td></tr><tr><td>2014</td><td>507</td></tr><tr><td>2015</td><td>479</td></tr><tr><td>2016</td><td>523</td></tr><tr><td>2017</td><td>518</td></tr></tbody></table>	Jaar	Aantal klachten	2004	161	2005	202	2006	165	2007	346	2008	405	2009	409	2010	405	2011	377	2012	407	2013	451	2014	507	2015	479	2016	523	2017	518	Evolutie in het
Jaar	Aantal klachten																														
2004	161																														
2005	202																														
2006	165																														
2007	346																														
2008	405																														
2009	409																														
2010	405																														
2011	377																														
2012	407																														
2013	451																														
2014	507																														
2015	479																														
2016	523																														
2017	518																														
aantal klachten van het AZNikolaas																															
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)																															

Totale doorlooptijd bij 406 gesloten dossiers (cijfers opgemaakt op 24/01/2018):

- 1 dag: 62
- < 1 week: 70
- < 14 dagen: 61
- < 1 maand: 85
- < 2 maand: 77
- < 3 maand: 23
- Ander: 28

Perceptie van de melder bij 406 gesloten dossiers

- Onbekend: 285
- Ontevreden: 24
- Tevreden: 61
- Tevreden met inspanning – niet met resultaat: 20

Aantal bemiddelingsgesprekken 2017: 4

Aanbevelingen

- ✓ Bewustmakingsproces naar alle teams betreffende het zorg dragen voor materiaal van de patiënt.
- ✓ Procedure verloren voorwerpen ontwikkelen en implementeren binnen het ziekenhuis
- ✓ Verder stimuleren open communicatie met patiënt en het constructief omgaan met klachten.
- ✓ Het gebruik van heldere taal binnen het ziekenhuis; cf. Heerlijk Helder campagne

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

- Momenteel is er geen structurele terugkoppeling van de resultaten van de klachtenbemiddeling binnen de verschillende diensten van het ziekenhuis. Dit gebeurt eerder ad hoc.
- Het is een belangrijk topic binnen het beleidsplan om de ombudsdienst een

beleidsondersteunende rol te laten invullen op de verschillende fora in de ziekenhuisorganisatie. Hierbij kan de ombudsdienst, signaleren, informeren en adviseren.

- Hiertoe ijvert de ombudsdienst er naar om haar registratiesysteem op punt te stellen en verder te verfijnen om over gerichte gegevens te beschikken.
- Er is een nauwe samenwerking tussen het financieel aanspreekpunt en de ombudsdienst.



JAARVERSLAG OMBUDSDIENST 2017

Lepelstraat 2- 9160 Lokeren

Tel: 0471 / 69 68 98 – christophe.demeestere@azlokeren.be

INHOUDSTABEL

✚ Inleiding

✚ Toelichtingen betreffende het algemeen klachtenbeeld

✚ Bemerkingen, suggesties en aanbevelingen naar het beleid

“Your most unhappy customers are the greatest source of learning.” Bill Gates

INLEIDING

Wetgevend kader

Het Jaarverslag van de Ombudsdienst van het AZ Lokeren kadert binnen de interne en externe informatieverstrekking. Onderhavig verslag omvat dan ook het jaarrapport en een interne toelichting betreffende het algemeen klachtenbeeld en de aanbevelingen naar het beleid toe.

Bij de opstelling van het Jaarrapport werden volgende informatiebronnen gehanteerd:

- Het interne registratiesysteem van het AZ Lokeren, dat gebruikt wordt voor het registreren en het opvolgen van klachten. In het kader hiervan dient melding gemaakt te worden van het feit dat het systeem met één dossier werkt per klachtmelder. Deze werkwijze is essentieel voor het opvolgen van de individuele klacht. Er dient echter rekening gehouden te worden met het gegeven dat één enkele klachtmelder meerdere klachten kan uiten.
- De individuele klachtenbehandelingsdossiers.

Werking van de Ombudsdienst

- Binnen het klachtenmanagement wordt de aanpak van klachten door de eerste lijn voorop gesteld. Het is immers belangrijk dat de reflex om aandacht te hebben voor vragen, bezorgdheden, klachten en reacties van patiënten integraal deel uitmaakt van de globale ziekenhuiscultuur. De verantwoordelijkheid om klachten te behandelen wordt zoveel mogelijk bij de zorgverlener zelf gelegd, zodat een directe en informele klachtenbehandeling kan gebeuren op de plaats waar de klacht zich voordoet. Indien hier echter geen bevredigend resultaat bekomen wordt, kan er doorverwezen worden naar de ombudsdienst, als tweede lijn.
- Op het vlak van toegankelijkheid streeft de ombudsdienst naar een laagdrempelig karakter. Patiënten hebben trouwens niet altijd de behoefte om formele procedures te starten of alles op papier te zetten.
- De ombudsdienst is beschikbaar elke woensdag tussen 13 u 30 en 16 u 30 in AZ Lokeren en is de volledige werkweek te bereiken telefonisch 0471/696898 en per mail ombudsdienst@azlokeren.be.
- De transparantie van de ombudsdienst vindt zijn weerslag in het huishoudelijk reglement waarin de bevoegdheden van de ombudsdienst geëxpliciteerd worden. De opbouwende dialoog met de eerste lijn wordt hier hoog in het vaandel gedragen.

Mensen en middelen

De ombudsfunctie in AZ Lokeren wordt waargenomen door 0,1 FTE ombudsman.

Om de registratie van de klachten op een uniforme wijze te kunnen garanderen werd gebruik gemaakt van het I-task registratiepakket.

Profilering van de dienst / Publieke relaties

Externe contacten : Het systematisch bijwonen van de provinciale VVOVAZ - vergaderingen en deelname aan de provinciale Intervisie.

Interne contacten : Vorming patiëntenrechten voor medewerkers (lesgever), lid van het Ethisch Comité van AZ Lokeren, vorming medische ethiek "Ethiek in de Kliniek" voor medewerkers (lesgever), deelname federale studiedag 15 jaar patiëntenrechten en voorstelling jaarverslag Vlaamse Ombudsman.

Klachten als meerwaarde voor de organisatie

Onder klacht wordt verstaan ' Elke uiting van ontevredenheid door een patiënt/familie/bezoeker ... over de dienstverlening, omdat deze niet voldoet aan de gestelde verwachtingen'.

- **Een klacht als leerinstrument**

Een klacht is geen aanklacht, doch wel een melding van het feit dat een verwachting niet werd ingelost. Het is een efficiënte vorm van informatie om er achter te komen wat patiënten verwachten. Belangrijk is dat men openstaat voor klachten, deze professioneel gaat behandelen en als een kans wil benutten om het eigen functioneren in vraag te stellen en dit zo nodig te corrigeren.

- **Een klacht als communicatie - instrument**

Een correct behandelde klacht zorgt voor een klantenbinding en biedt mogelijkheden om het vertrouwen te herstellen. Door klachtenbehandeling kunnen misverstanden uit de weg geruimd worden, kan de juiste informatie worden gegeven en kan de patiënt/klager deelgenoot worden van uw visie.

- **Een middel om te responsabiliseren**

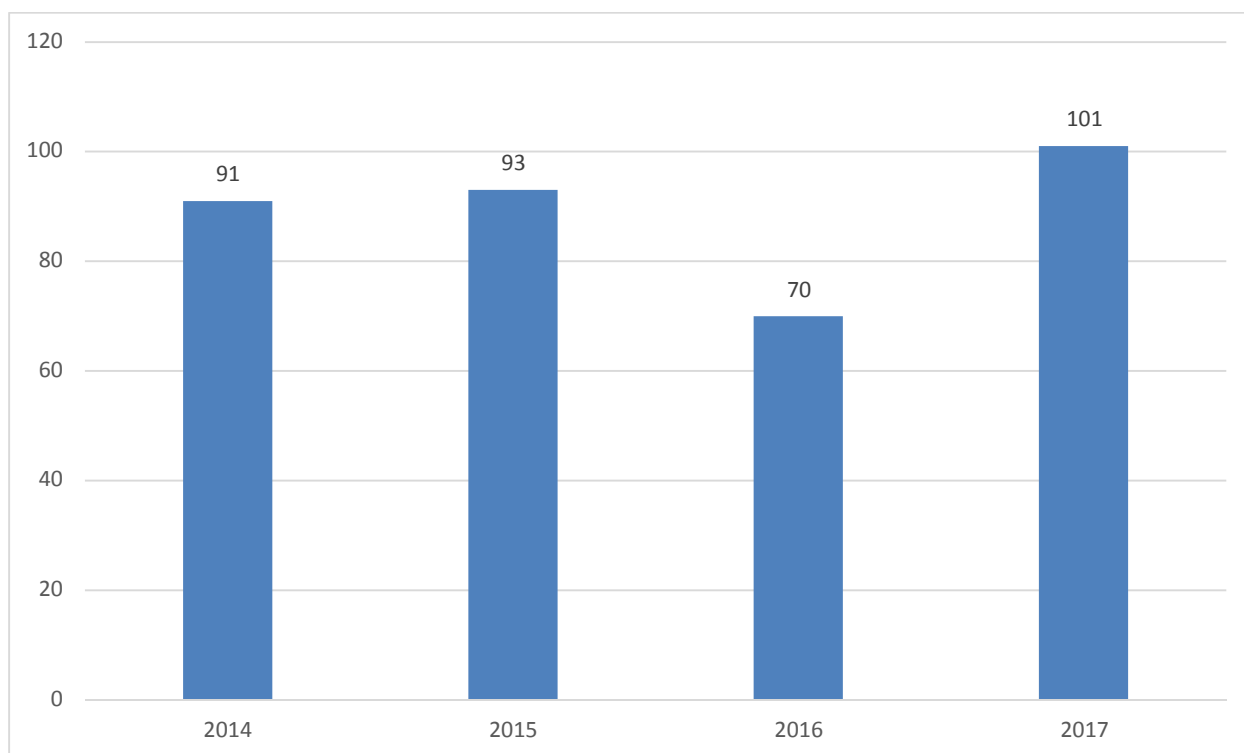
De dienstverlening bijsturen op basis van klachten zorgt voor een gedragsverandering waarbij verantwoordelijkheid wordt opgenomen in het kader van de preventie.

TOELICHTING BETREFFENDE HET ALGEMEEN KLACHTENBEELD

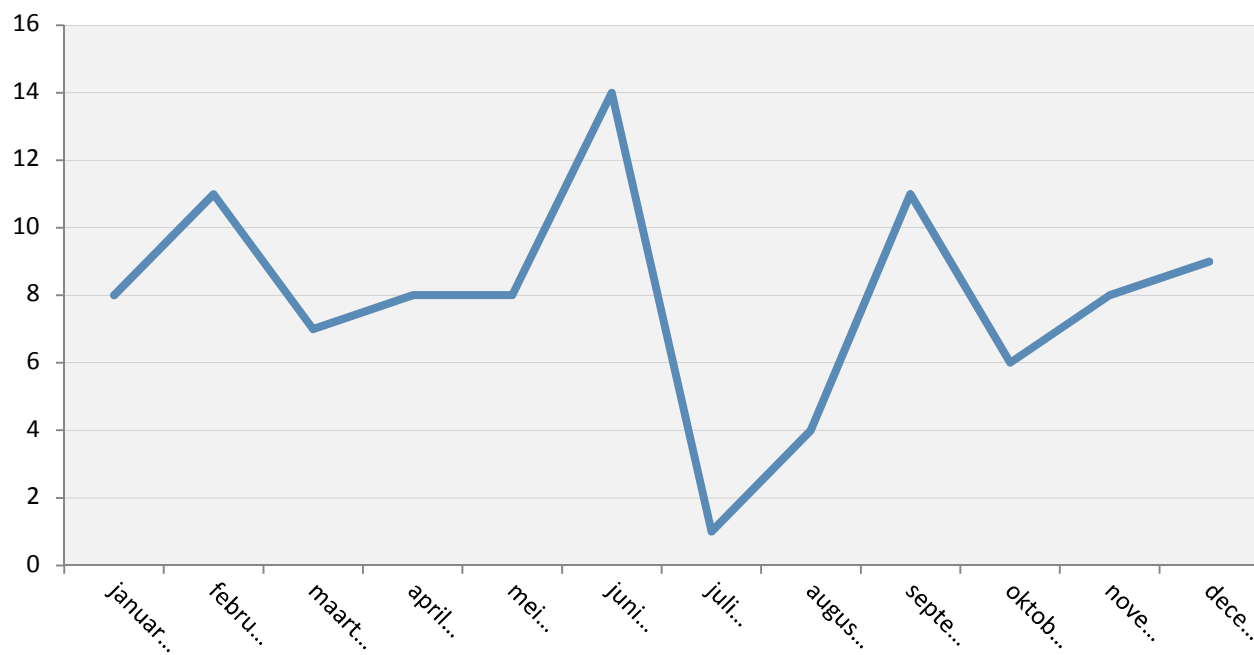
1.1. Inleiding

De Ombudsdienst van het AZ Lokeren heeft in het totaal 101 meldingen geregistreerd waarbij een dossier overeenstemt met 1 fysiek persoon en niet noodzakelijkerwijze met een enkele klacht. Een dossier kan bijgevolg meerdere klachten omvatten. 101 meldingen werden als ontvankelijk beschouwd en bijgevolg effectief weerhouden.

In vergelijking tot het jaar 2015 (93 meldingen) en 2016 (70 meldingen) dient te worden vastgesteld dat het aantal meldingen sterk stijgt in 2017.



Grafiek 1.a.: absoluut aantal aanmeldingen ombudsdienst AZ Lokeren van 2014-2017



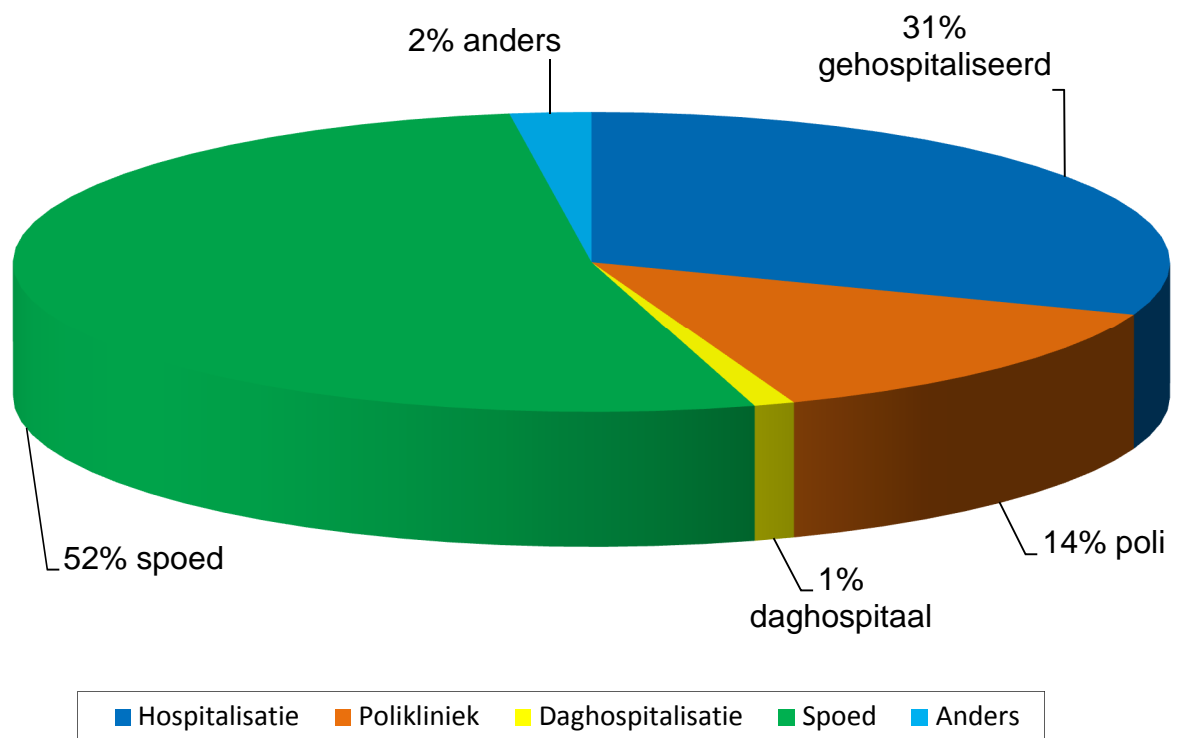
Grafiek 1.b.: absoluut aantal aanmeldingen per maand in 2017

1.2. Analyse van het klachtenbeeld

In de hierna volgende bespreking wordt een globale analyse doorgevoerd van de ontvankelijke meldingen.

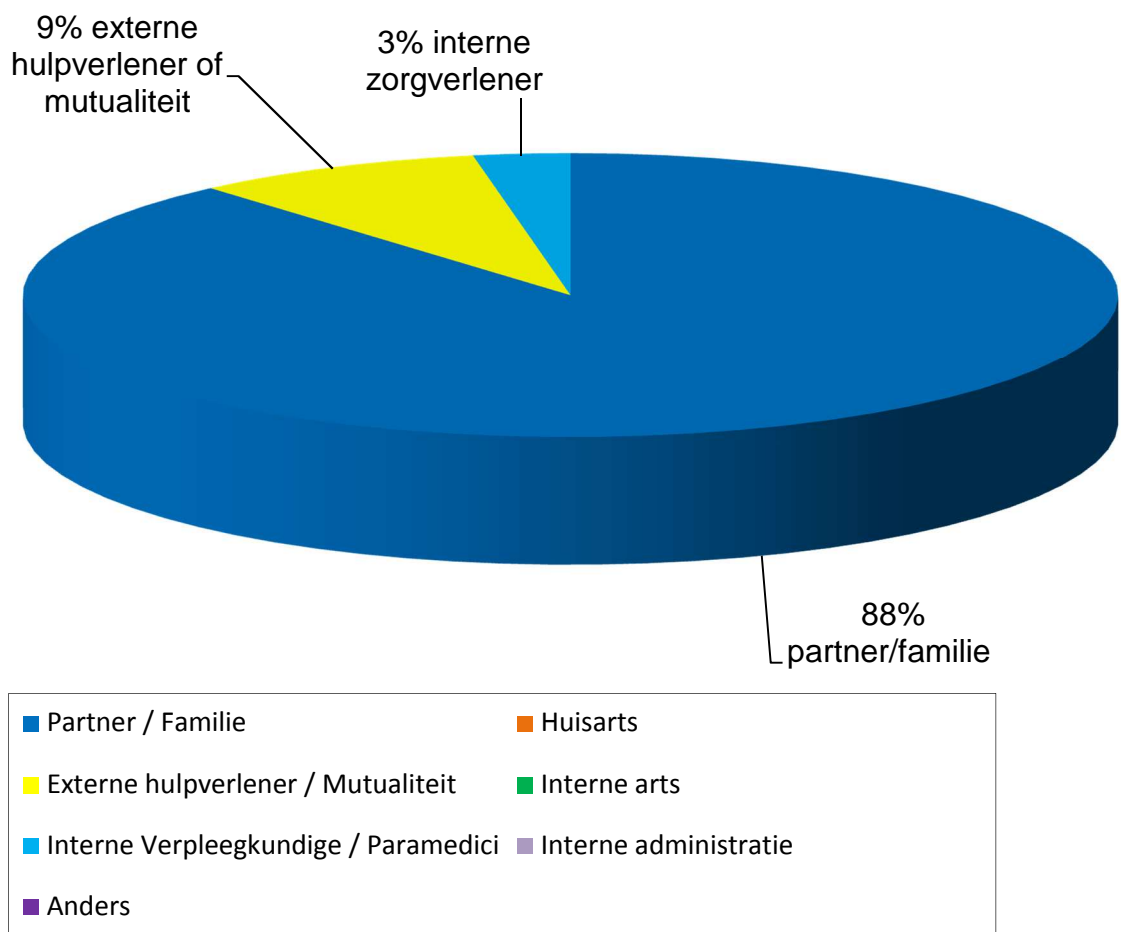
Een eerste analyse van het klachtenbeeld geeft duidelijk aan dat de meeste klachten, op het moment van het ontstaan van de melding, zich situeren bij spoedopname (52%), gehospitaliseerde patiënten (31%) en polikliniek (14%).

De onderlinge verhoudingen en verdelingen van de lokalisatie van de patiënt werden opgenomen in de Grafiek 1.c.



Grafiek 1.c.: procentuele verdeling van de lokalisatie van de patiënt op moment van ontstaan van de melding

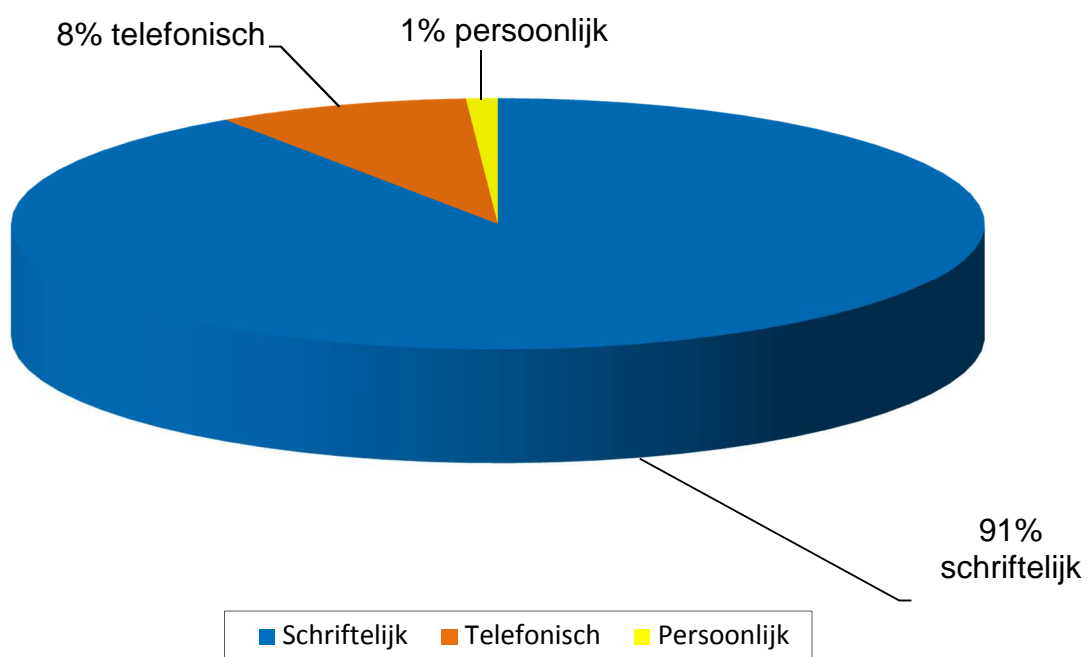
Meestal gebeurt de aanmelding door patiënt zelf, indien dit niet het geval is dan is het in 88% van de gevallen de partner of een familielid, in 9% een externe hulpverlener of mutualiteit en in 3% interne zorgverlener. De onderlinge verhoudingen en de verdeling van de relaties aanbrenger - patiënt over het totale klachtenbeeld werden vervat in de Grafiek 2.



Grafiek 2. Procentuele verdeling van de relaties aanbrenger – patiënt

De wijze waarop de klachten de Ombudsdienst bereiken is vooral via e-mail (91%) gevolgd door telefonische contactname (8%) en persoonlijke meldingen (1%).

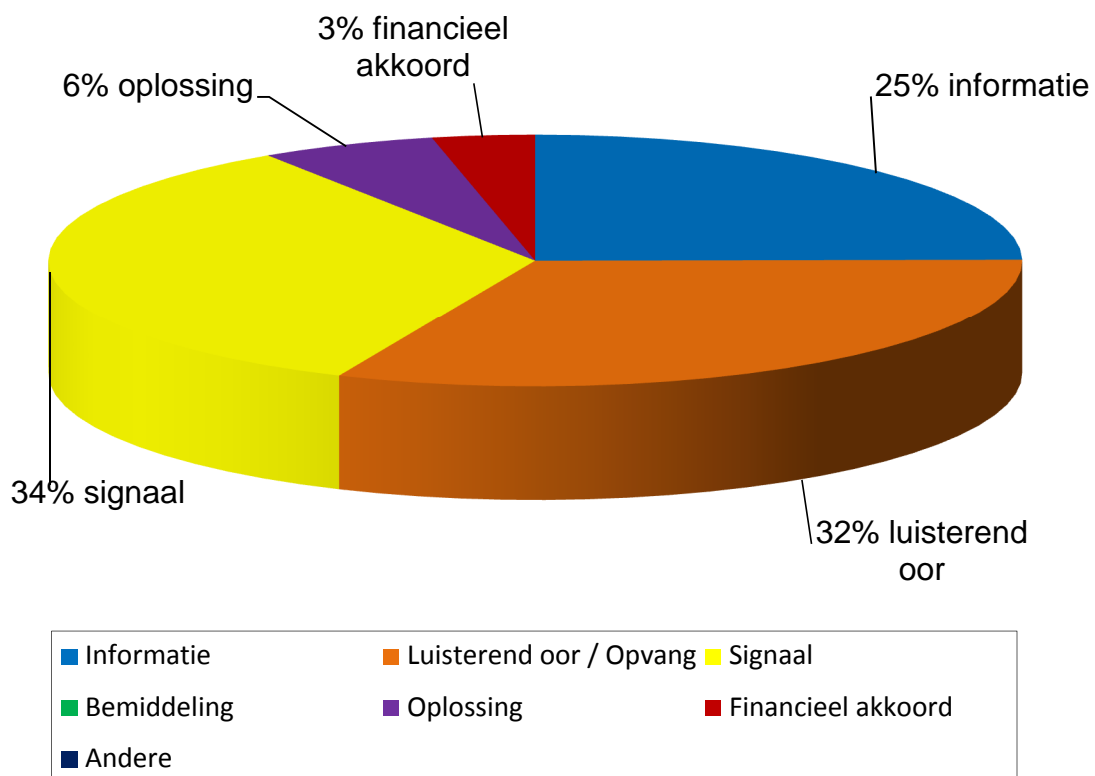
De onderlinge verhoudingen en de verdelingen van de vorm van ontvangst van de meldingen werden vervat in de Grafiek 3.



Grafiek 3: Verdeling van de vorm van de klacht (totaal van 101 klachtmeldingen)

In het kader van de analyse van de klachtmeldingen is het beeld dat gevormd wordt betreffende de verwachtingen van de melder van cruciaal belang voor de Ombudsdienst. Op grond hiervan kunnen een aantal trends worden vastgesteld en kunnen gerichte initiatieven genomen worden om enerzijds het vertrouwen van de melder in het ziekenhuis terug te herstellen en anderzijds conflictsituaties te vermijden.

Veruit de belangrijkste verwachting van de patiënt is de mogelijkheid om te signaleren via de Ombudsdienst (34% van de meldingen). In 3% van de gevallen heeft de patiënt een verzoek tot financieel akkoord ingediend. 25% van de klachten betreft info en uitleg en 32% wil enkel een luisterend oor. De procentuele verdeling van de verwachtingen van de melder werd opgenomen in Grafiek 4.

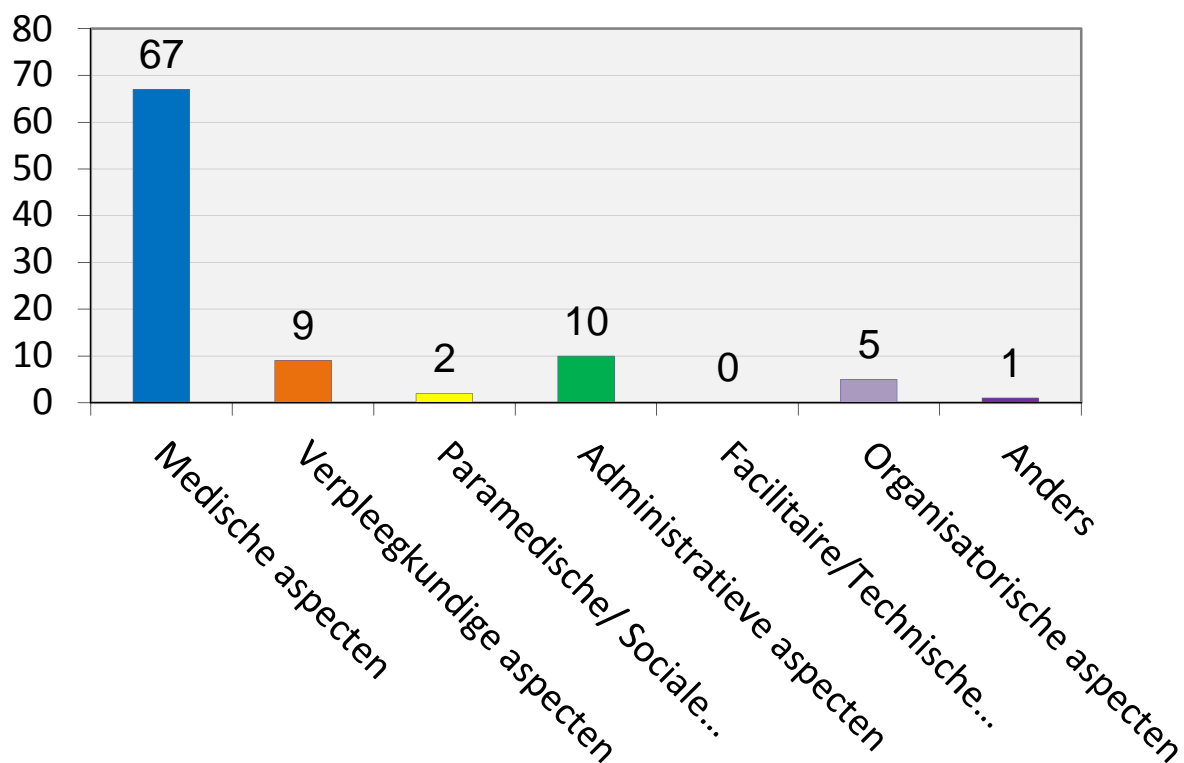


Grafiek 4.: procentuele verdeling verwachting van de melder

Wanneer we de inhoud van de klachten bekijken, dienen we rekening te houden met het feit dat de perceptie van de patiënt op het vlak van kwaliteit afhankelijk is van enerzijds de kwaliteit die hij verwacht en anderzijds de kwaliteit die hij ervaren heeft. Om de analyse van klachten te vergemakkelijken, werd voor de registratie het zorgproces ingedeeld in acht aspecten: medisch, verpleegkundig, paramedisch en sociaal verpleegkundig, administratief/financieel, hoteldienst, technisch, organisatorisch en andere.

Binnen deze aspecten wordt elk zorgproces nog eens onderverdeeld in gestandaardiseerde activiteiten (deelaspecten genoemd) die bij de meeste zorgaspecten gemeenschappelijk voorkomen. Belangrijk is dat de registratie telkens is gebeurd vanuit het oogpunt van de ervaring van de klagende patiënt en bijgevolg geen informatie verstrekt over de gegrondheid of ernst van de klachten. De twee belangrijkste categorieën betreffen de medische en de verpleegkundige aangelegenheden (goed voor 67 meldingen en respectievelijk 9 meldingen). Een derde categorie betreft de financieel-administratieve (10 meldingen). Voor het tweede jaar op rij zijn de medische klachten sterk toegenomen, vooral betreffende de spoedopname, 52% van alle aanmeldingen betreffen de spoedopname.

De absolute verhoudingen van de inhoud van de klacht worden weergegeven in grafiek 5.



Grafiek 5.: Absolute verdeling van de inhoud van de klacht

Deelaspecten medische klachten

Het belangrijkste deelaspect binnen de medische klachten betreft de diagnose en behandeling. Binnen het deelaspect "behandeling" is de patiënt niet of onvoldoende tevreden over de medische behandeling, of de behandeling voldoet niet of onvoldoende aan de verwachtingen van de patiënt. Soms ook klachten over verkeerde diagnose. Het tweede belangrijkste deelaspect betreft aandacht, opvang en privacy. De patiënt is hier niet of onvoldoende tevreden over de persoonlijke aandacht of empathie van de arts. De patiënt is niet of onvoldoende tevreden over de verbale en/of non verbale communicatie van de arts. Dit situeert zich meestal op de spoedafdeling. Het derde belangrijkste deelaspect betreft informatieverstrekking.

Deelaspecten van verpleegkundige klachten

De belangrijkste categorieën betreffen aandacht/opvang/privacy, technische verpleegkundige zorgverlening en communicatiestijl. Opvallend is dat er niet zozeer klachten zijn over de technische dienstverlening, doch wel betreffende aandacht/opvang/privacy en bejegening. Belangrijk om te vermelden is dat het fixatiebeleid soms tot problemen leidt.

Deelaspecten van paramedische en sociaal verpleegkundige aard

Aandacht voor kostprijs van ambulancevervoer is belangrijk.

Deelaspecten administratief financiële klachten

Betwistingen i.v.m. facturatie. Vaak door het niet tevreden zijn over diagnose, behandeling en bejegening willen patiënten hun factuur niet betalen en leidt dit tot annulatie van factuur.

Deelaspecten klachten facilitaire diensten

Geen klachten genoteerd inzake facilitaire diensten.

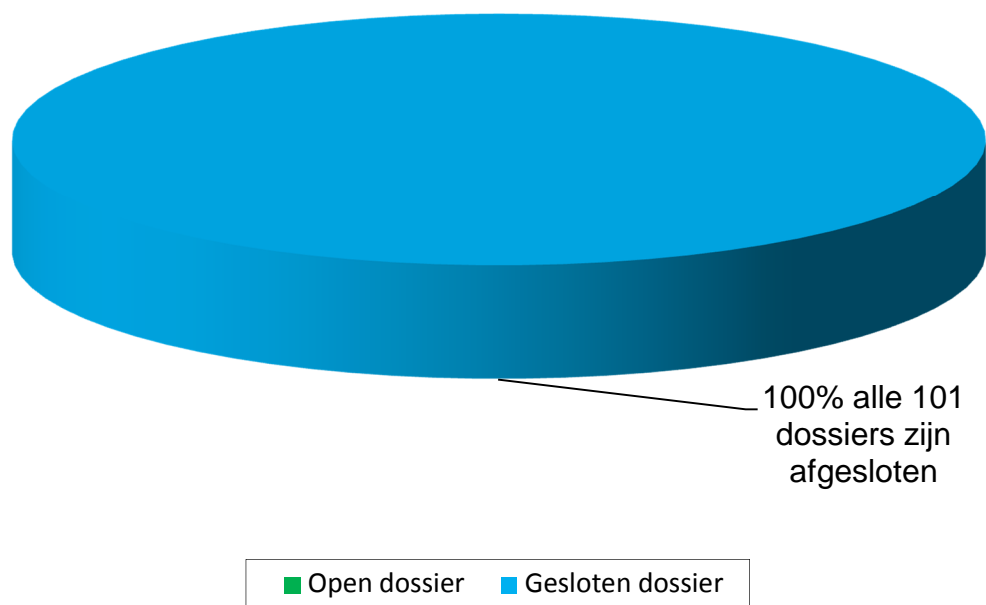
Deelaspecten Technische Klachten

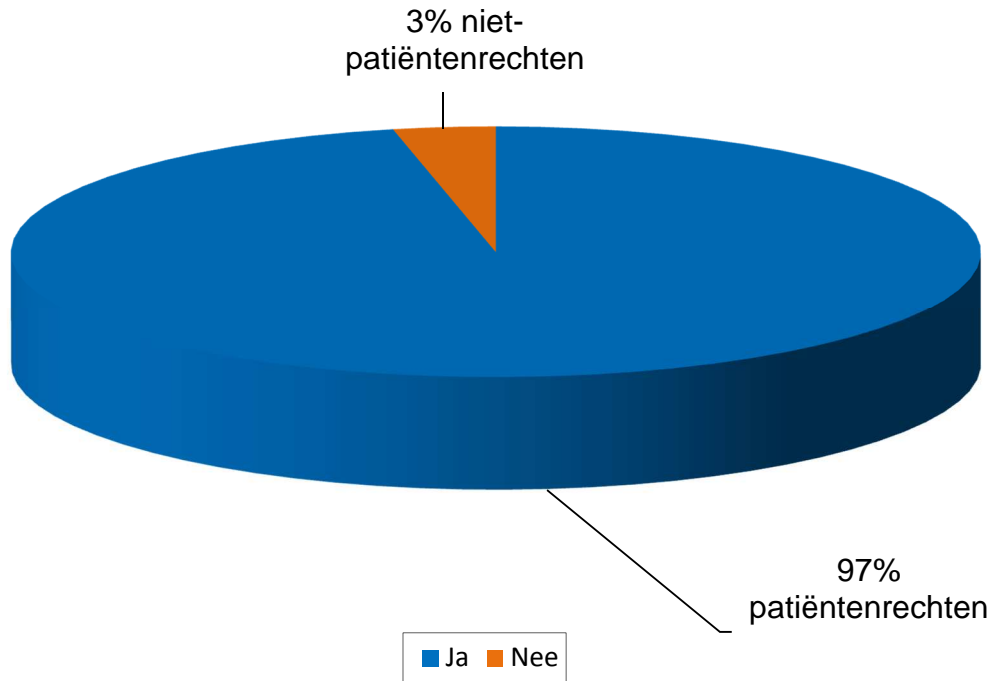
Geen klachten genoteerd inzake technische aspecten.

Deelaspecten organisatorische klachten

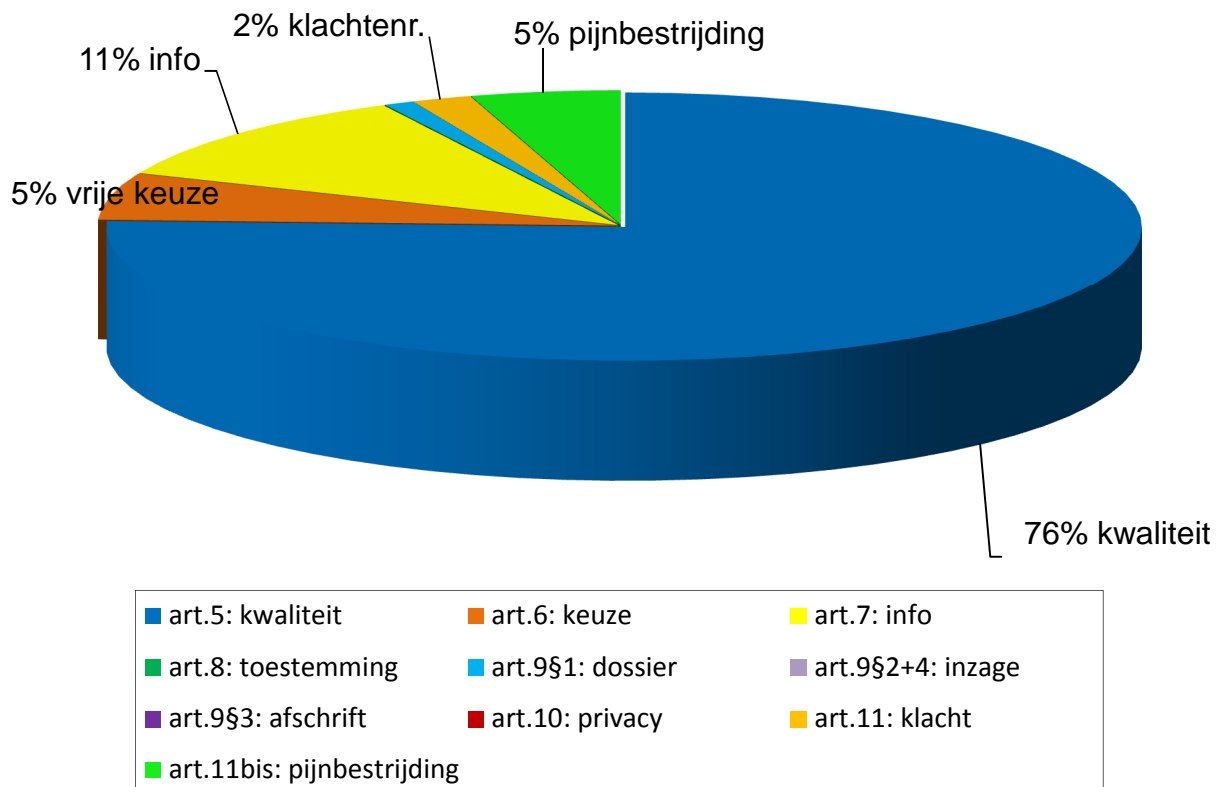
Klachten met betrekking tot extern transport, opnameregeling en afsprakenregeling.

Grafiek 6.: Procentuele verdeling van de open versus gesloten dossiers



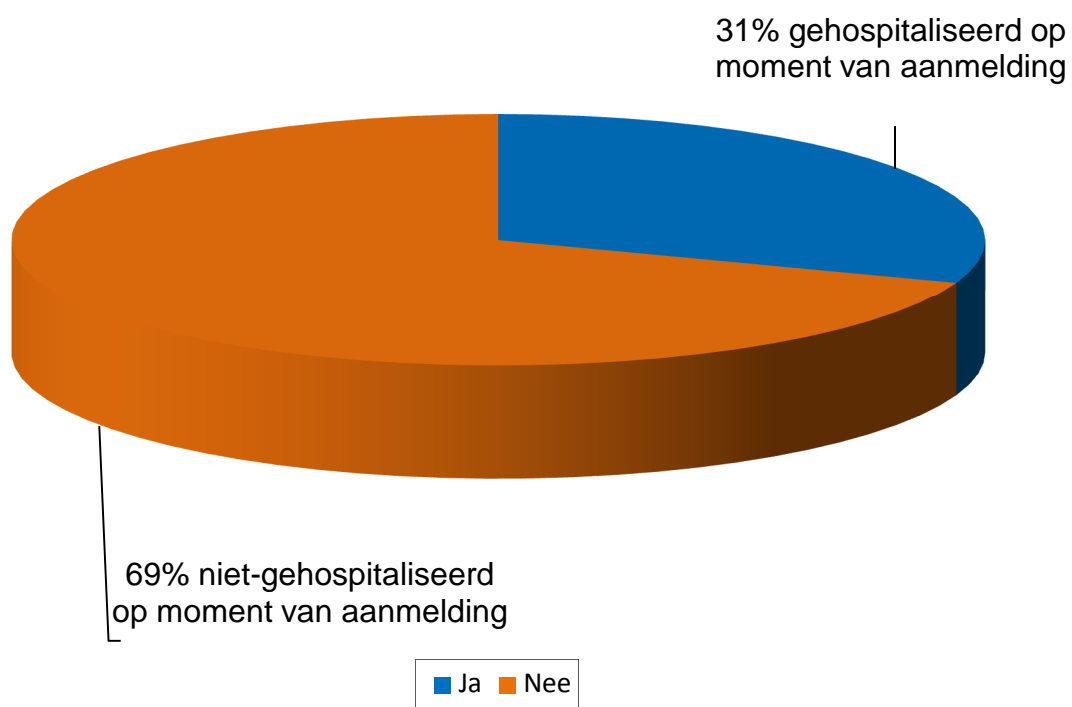


Grafiek 7: Procentuele verdeling van de patiëntenrechten dossiers versus niet-patiëntenrechten dossiers



Grafiek 8: Procentuele verdeling voorwerp patiëntenrechten

Grafiek 9: Procentuele verdeling gehospitaliseerd op moment van aanmelding



BEMERKINGEN, SUGGESTIES EN AANBEVELINGEN NAAR HET BELEID

Leren uit klachten

-Kwaliteitsvolle en patiëntgerichte zorg staat in het AZ Lokeren voorop. Toch kan het gebeuren dat patiënten niet tevreden zijn. In 2017 registreerde de Ombudsdienst 101 meldingen, een sterke stijging in vergelijking met 2016 (70 aanmeldingen). Vanuit het klachtenmanagement wordt aan de aanmelders gevraagd om de klacht eerst te bespreken met de zorgverleners. Indien een oplossing moeilijk blijkt kan de Ombudsdienst bemiddelen. Zorgvuldige aandacht voor vragen, klachten en bezorgdheden maakt deel uit van de ziekenhuiscultuur. De Ombudsdienst sensibiliseert medewerkers én patiënten door regelmatig infosessies patiëntenrechten te organiseren.

Elke patiënt heeft het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening en vrije keuze van de zorgverlener. De patiënt heeft recht op informatie en toestemming in verband met de behandeling. De patiënt heeft recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier. Onder bepaalde voorwaarden kan dit dossier geraadpleegd worden en kan er een afschrift bekomen worden. De patiënt heeft ook recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en op klachtenbemiddeling door de Ombudsdienst.

De Ombudsdienst bemiddelt niet alleen bij klachten maar maakt ook werk van klachtenpreventie. Door het formuleren van aanbevelingen wordt getracht herhaling van de klacht te voorkomen. Aanbevelingen dienen de kwaliteit van zorg te verbeteren om een hogere patiëntentevredenheid te realiseren. Een klacht is een leermoment. Klachten kunnen worden benut om het eigen functioneren en de organisatie tegen het licht te houden en zo nodig bij te sturen om tot steeds betere zorg te komen.

- Patiënten stellen zich vragen over de procedure (richtlijnen) die op de dienst Spoedgevallen wordt gevolgd m. b. t. het in consult vragen van specialisten door de urgentieartsen. Wordt de specialist steeds in consult geroepen wanneer dit geïndiceerd is? Dit dient nagezien te worden bv. aan de hand van een interne audit. Er komen veel aanmeldingen rond wachttijden, verkeerde diagnostiek, bejegening en zelfs xenofobie. Verschillende aanmelders hebben achteraf nog een ander ziekenhuis gecontacteerd waar er uiteindelijk wel een juiste diagnose en behandeling werd ingesteld en melden me later dat ze nooit nog willen terugkeren. Bij de vraag naar een financieel akkoord wordt dit niet steeds aanvaard door de betrokken arts, uiteindelijk werden een aantal facturen geannuleerd. 52% van alle aanmeldingen in AZ Lokeren 2017 waren afkomstig van de spoedafdeling, vooral betreffende de medische behandeling.

-Bij elke opname moet er duidelijk gecommuniceerd worden over de kamerkeuze en de ereloonsupplementen en dit in combinatie met de hospitalisatieverzekering van de patiënt.

-Facturen komen soms niet toe op het juiste adres.

- Voor het niet-dringend ziekenvervoer werken verschillende mutualiteiten in Oost-Vlaanderen samen met Mutas. Het ziekenfonds zorgt voor een tussenkomst in dit vervoer zodat de leden/patiënten niet de volle prijs moeten betalen (bv. bij opname in en ontslag uit een erkend ziekenhuis, ook bij bevalling en bij daghospitalisatie ...). In deze context dient bij ontslag meer rekening te worden gehouden met deze vervoersmogelijkheid (is patiënt lid van een aangesloten ziekenfonds? - gaat het om een niet -dringend, niet - begeleid vervoer?).

-Patiënten zijn in belangrijke mate niet of onvoldoende tevreden over de verbale en non-verbale communicatie van de zorgverstreker. Bejegening is een moeilijk bespreekbaar onderwerp omdat zorgverstrekkers/medewerkers in eer en geweten hun werk doen. Toch vergt dit aspect meer aandacht. Soms voelen patiënten zich onvoldoende serieus genomen en ervaren zij de verbale en non-verbale communicatie van de zorgverstreker als niet of onvoldoende klantgericht. Dit belemmert het opbouwen van een vertrouwensrelatie en staat een open respectvol contact met de patiënt in de weg. Een duidelijke visie, een professionele attitude en zelfkennis bij zorgverstrekkers zijn absolute voorwaarden voor een professionele bejegening. Werken aan een betere bejegening, als kwaliteitsinstrument, kan geconcretiseerd worden door (daar waar nodig) de zorgverstrekkers nog meer te trainen in effectieve gespreksvoering/communicatie.

-Respecteren van de autonome keuzes van de patiënt en familie inzake Vroegtijdige Zorg Planning (VZP) en euthanasie. Patiënten sensibiliseren om hun behandelende arts tijdig te informeren over een reeds bestaande wilsbeschikking (bv. via de onthaalbrochure, de website van het AZ Lokeren)

-Extra aandacht bij het fixeren van patiënten is noodzakelijk.

-Optimalisatie van de voorafgaande informatieverstrekking aan patiënten betreffende de diagnose, de behandeling, de nazorg, de eventuele risico's en de kostprijs van de behandeling, met bijzondere aandacht voor het persoonlijk aandeel bij de niet - RIZIV vergoedbare verstrekkingen. IC en bestek van behandeling, belang van goed informeren, voor behandeling tekenen, in tweevoud, vermelden in EPD, naleving van wat afgesproken is en duidelijke afspraken qua prijs. Ook duidelijkheid inzake ereloonsupplementen in éénpersoonskamer en samenhang met hospitalisatieverzekering van patiënt. Duidelijkheid qua aanrekening TV, koelkast, telefoon en water.

-Het recht op toegang tot het patiëntendossier houdt o.a. in dat de patiënt recht heeft op afschrift van zijn gezondheidsgegevens. De juridische basis van dit recht is terug te vinden in artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en in de Wet Patiëntenrechten. Artikel 9, §3 van deze wet bepaalt dat de patiënt recht heeft op een afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffende patiëntendossier. Dit recht slaat echter op alle stukken die deel uitmaken van het hem betreffende patiëntendossier. Er mag dus geen onderscheid gemaakt worden tussen de zgn. objectieve en subjectieve gegevens van het patiëntendossier. De beroepsbeoefenaar kan dus niet naar eigen goeddunken een selectie maken tussen gegevens die een patiënt wel en niet zou mogen inzien. Het recht op afschrift is dus algemeen en volledig.

De Wet Patiëntenrechten voorziet enkel onderstaande uitzonderingen. Uitgesloten van het recht op afschrift zijn :

1° De persoonlijke notities, tenzij het afschrift wordt opgestuurd naar een beroepsbeoefenaar.

Het begrip 'persoonlijke notitie' wordt zeer eng gedefinieerd als 'aantekeningen die door de beroepsbeoefenaar afzonderlijk werden opgeborgen, die door anderen, zelfs voor medebetrokkenen van het verzorgingsequipe, nooit toegankelijk zijn en die nodig zijn voor het persoonlijk gebruik van de zorgverlener. Het betreft persoonlijke kanttekeningen, eigen ideeën, denkplaatjes, werkhypotheses of geheugensteuntjes. Zodra de beroepsbeoefenaar deze aantekeningen spontaan overmaakt aan een collega, verliezen zij hun karakter van persoonlijke notities en kunnen zij dus niet worden uitgesloten van het inzagerecht'.

2° De gegevens van derden wegens bescherming van de persoonlijke levenssfeer van die derden.

3° De informatie die aan de patiënt wordt onthouden op grond van de therapeutische exceptie.

Concreet gezien wordt aanbevolen dat beter wordt toegezien op de naleving van het recht op volledig afschrift van patiëntendossier in het bijzonder wat de medische gegevens betreft (operatieverslagen, hospitalisatieverslagen, medische observatiebladen met inbegrip van de notities van de arts (≠ de persoonlijke notities), de onderzoeksresultaten e.d.).

De Algemene Verordening Gegevensbescherming 2016/679 of GDPR bepaalt dat tegen 25 mei 2018 een afschrift kosteloos wordt afgeleverd. Voor second opinion (Best Doctors e.a.) wordt er wel betaald voor de expeditie. Normaal gezien wordt gevraagd dat de patiënt het dossier persoonlijk komt afhalen indien niet kunnen expeditiekosten worden aangerekend. Voor 'normale' inzage/afschrift kan de patiënt zich richten naar de behandelende arts of via COZO.

Voor het afschrift dossier blijft de tussenkomst van de Ombudsdienst in overleg met de Hoofdarts behouden bij; second opinion, FMO (Fonds Medische Ongevallen), gerechtelijke inbeslagname, verzekeringsdossier/BA, medische expertise, advocaten met toestemming van de patiënt, artsen met toestemming van de patiënt en andere complexe dossiers waarbij bemiddeling Ombudsdienst is gewenst.

Bij overleden patiënt is er onrechtstreeks inzagerecht via beroepsbeoefenaar tenzij patiënt verzet aantekende. Quid met kinderen onder ouderlijk gezag? Jonge kinderen kunnen geen verzet aantekenen en via COZO is er bij leven voortdurend inzage mogelijk en kan alles afgeprint worden. Soms wordt er vanuit de Ombudsdienst met akkoord van de Hoofdarts een afschrift van het dossier bezorgd aan de ouders van een overleden kindje.

-Patiëntcontact met (hoofd)verpleegkundige faciliteren en optimaliseren kan preventief (communicatie)problemen oplossen. Voldoende informeren van patiënt en familie door (hoofd)verpleegkundigen.

-Wachttijden dienen op sommige poliklinieken nog beter binnen de perken gehouden te worden. Bij het uitlopen van deze wachttijden is het belangrijk dat patiënten hierover geïnformeerd worden.

-Aandacht voor persoonlijke bezittingen van patiënten.

-Bejegening is een moeilijk bespreekbaar onderwerp omdat medewerkers in eer en geweten hun werk doen. Toch vergt dit aspect meer aandacht. Soms voelen patiënten zich onvoldoende respectvol bejegend en ervaren zij de verbale en non verbale communicatie van de zorgverstrekker als niet- of onvoldoende klantgericht. Dit belemmert het opbouwen van een vertrouwensrelatie en staat een open respectvol contact met de patiënt in de weg. Belang van klantvriendelijkheid en flexibiliteit in organisatie door het niet wegsturen van patiënten die te laat komen.

Een duidelijke visie, een professionele attitude en zelfkennis bij zorgverstrekkers zijn absolute voorwaarden voor een professionele bejegening.

Werken aan een betere bejegening, als kwaliteitsinstrument, kan geconcretiseerd worden door (daar waar nodig) de medewerkers nog meer te trainen in effectieve gespreksvoering/communicatie.

-Aandacht voor de nodige maatregelen ter bescherming van de persoonsgegevens en de privacy van de patiënt. Bijvoorbeeld door de nodige aandacht te besteden aan de verwerving van de noodzakelijke voorafgaandelijke goedkeuring van de patiënt bij het doorgeven van adresgegevens aan derden of het doorgeven van patiëntendossiers aan artsen.

Christophe Demeestere Ombudsman 06/02/2018.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

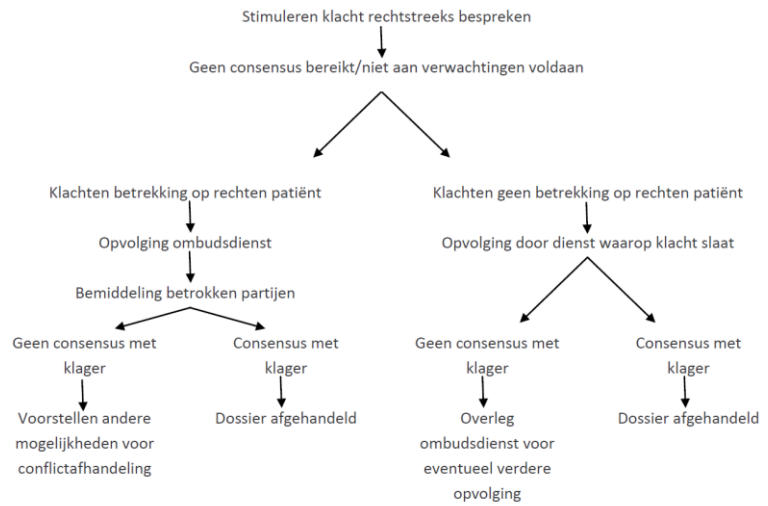
(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Delta
Adres	Rode-Kruisstraat 20, 8800 Roeselare
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	117
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen ziekenhuis
Aantal bedden	1206
Aantal campussen	4 campussen
Naam ombudsperso(n)en	Decroix Aquita Vermeulen Lore Vermeersch Els
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Decroix Aquita → 18 december 2017 Vermeulen Lore → 11 januari 2016 tot 11 mei 2017 Vermeersch Els → 1 januari 2008
Bestaffing	1,5 voltijdse equivalenten ombudsdienst tot 11 mei 2017; 1 voltijdse equivalent ombudsdienst van 12 mei 2017 tot 17 december 2017; vanaf 18 december 2017 2 voltijdse equivalenten ombudsdienst

	0,5 voltijds equivalent administratieve ondersteuning
Lokalisatie dienst	Campus Wilgenstraat nabij onthaal Campus Brugsesteenweg nabij onthaal Campus Menen op 2 ^{de} verdiep
Registratiesysteem	Infoland VVOVAZ + Healthcare Complaints Analysis Tool (HCAT)
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Actualisatiedatum 17 juni 2015 Te raadplegen aan het onthaal van het ziekenhuis en via website van AZ Delta: https://www.azdelta.be/nl/patient/uw-rechten-als-patient/de-wet-op-de-patientenrechten/recht-op-klachtenbemiddelingde
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Vermeersch Els: Basisopleiding bemiddeling, Mediv 2015-2016
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Algemene vergadering VVOVAZ
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Alle klachten die betrekking hebben op de dienstverlening binnen AZ Delta. Begeleiden afschriften dossiers, opvolgen schadeclaims. Preventieve opdracht: kennis rond rechten van de patiënt vergroten bij medewerkers en patiënten, per kwartaal aanbevelingen doen aan AZ Delta. Deelname aan geïntegreerd overleg met juridische dienst, ethische dienst, dienst kwaliteit, zorgdepartement en medische departement om uitwerking van verbeterpunten en actieplannen te ondersteunen.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?



Zie flowchart klachtenprocedure in huishoudelijk reglement

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
De organisatie ziet klachten als welgekomen feedback die men ontvangt van hun cliënt, om de kwaliteit en klantgerichtheid binnen het ziekenhuis te vergroten en te verbeteren. Via kwartaalrapportages wordt het ziekenhuis op de hoogte gesteld van hoe patiënten hun contact met het ziekenhuis hebben ervaren.	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
Werking uitgeschreven in huishoudelijk reglement.	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	752
Aantal infodossiers	51
Aantal pro actieve dossiers	146
Aantal opvragingen patiëntendossier	227
Aantal 'andere'	156

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	413
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	8
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	35
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	46
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	9
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	14
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	4
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	8

Rechten van de patiënt:

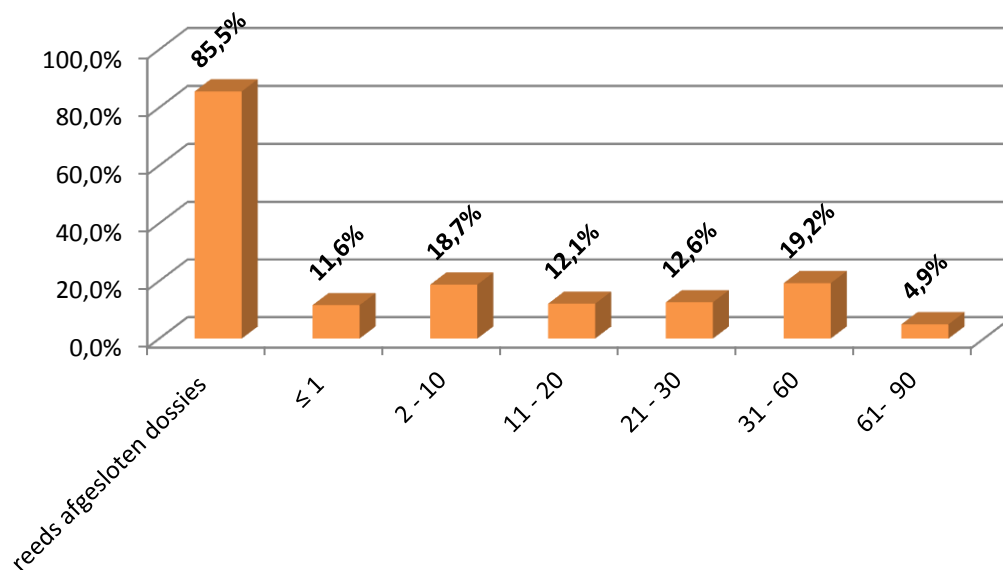
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

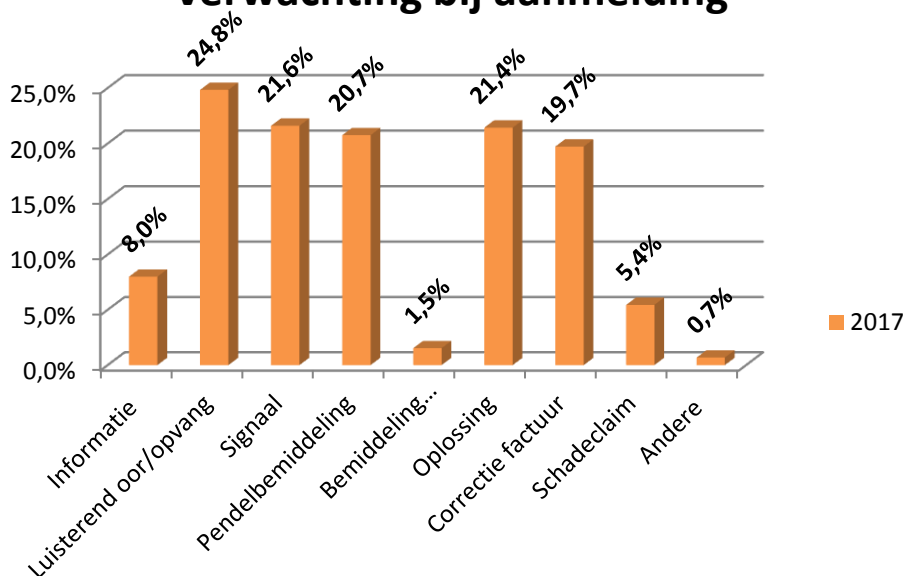
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	219															
Tabellen/grafieken; klachtenratio:																
<h3 style="text-align: center;">Klachtenratio</h3> <table border="1"><thead><tr><th>Periode</th><th>Klachtenratio AZ Delta</th><th>Benchmarking 2016</th></tr></thead><tbody><tr><td>2017.1</td><td>0,11%</td><td>0,13%</td></tr><tr><td>2017.2</td><td>0,11%</td><td>0,13%</td></tr><tr><td>2017.3</td><td>0,09%</td><td>0,13%</td></tr><tr><td>2017.4</td><td>0,11%</td><td>0,13%</td></tr></tbody></table>		Periode	Klachtenratio AZ Delta	Benchmarking 2016	2017.1	0,11%	0,13%	2017.2	0,11%	0,13%	2017.3	0,09%	0,13%	2017.4	0,11%	0,13%
Periode	Klachtenratio AZ Delta	Benchmarking 2016														
2017.1	0,11%	0,13%														
2017.2	0,11%	0,13%														
2017.3	0,09%	0,13%														
2017.4	0,11%	0,13%														
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)																

Doorlooptijd van reeds geregistreerde klachten dossiers van 2017 in dagen



Verwachting bij aanmelding



Aanbevelingen

- ✓ Respectvol omgaan met patiënten
- ✓ Actief luisteren naar de patiënt.
- ✓ Goede communicatie rond zorgplan zodat de patiënt op een geïnformeerde wijze toestemming kan geven.
- ✓ Goed en correct communiceren om misverstanden en ergernissen te voorkomen.
- ✓

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Binnen AZ Delta hebben we er in 2017 voor gekozen om inhoudelijk te rapporteren vanuit de ombudsdienst naar het ziekenhuis. Deze kwartaalrapportage wordt gebracht op de medische directie, het comité Q&S en het ethisch comité.

Vanuit het geïntegreerd zorgoverleg worden er verbeterpunten en actieplannen opgemaakt deels vanuit informatie verkregen uit het kwartaalverslag van de ombudsdienst om de werking van het ziekenhuis en de zorg voor de patiënt te optimaliseren.

Met de Europese dag voor de rechten van de patiënt wordt er een middagsymposium georganiseerd vanuit de ombudsdienst. Thema in 2017 was "privacy en beroepsgeheim." Verder worden er in de loop van de week van 18 april verschillende acties ondernomen om zowel de patiënt als de medewerker te informeren over de rechten van de patiënt.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Az Damiaan Oostende
Adres	Gouwelozestraat 100 8400 Oostende
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	525
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen ziekenhuis
Aantal bedden	523 bedden hospitalisatie 81 posities dagziekenhuis
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Katie Goormachtigh (bij afwezigheid KG: Martine Brusselle)
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/02/2011
Bestaffing	50 % FTE

Lokalisatie dienst	Route 9, nabij onthaal
Registratiesysteem	VVOVAZ (Access)
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	https://www.azdamaian.be/nl/patienten/rechten-en-plichten/de-ombudsdienst versie 2017
Vormingen i.k.v. bemiddeling	FOD Volksgezondheid Colloquium: de communicatie beroepsbeoefenaar-patiënt: welke goede praktijken?
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Escala Spoor 1 Samenwerking via digitale gegevensdeling in de eerste lijn
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	klachtenbemiddeling vanuit het mandaat KB 8/7/2003
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst (OD)?	Ontvangst schriftelijke of mondelinge klacht OD. Bij mondelinge klacht, telefonisch of persoonlijk, eerste opvang door OD. Bij een schriftelijke klacht wordt een ontvangstmelding verstuurd. Navraag standpunt zorgverlener(s) – communicatie en of bemiddeling tussen partijen- eventueel bespreking AC - waar nodig doorverwijzing naar alternatieven - finalisatie en registratie dossier.

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
Open houding, er is steeds ruimte voor dialoog en, waar nodig of gewenst, voor verbeteracties.	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
Open houding, er is steeds ruimte voor dialoog (informatie, bemiddeling, verwijzing)	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
Geen opmerkingen	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	221
Aantal infodossiers	12 (infodossiers met derde partij)
Aantal pro actieve dossiers	Geen registratie
Aantal opvragingen patiëntendossier	Verloop via CMA
Aantal 'andere'	Niet van toepassing binnen registratie

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	91
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	6
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	7
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	6
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	2
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	3
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	6
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	104
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
Interne registratie / intern jaarverslag	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
Interne registratie / intern jaarverslag	

Aanbevelingen

Interne registratie / intern jaarverslag

- Aanbevelingen algemeen en medisch departement
- Aanbevelingen departement patiëntenzorg
- Aanbevelingen departement facilitair beheer
- Aanbevelingen departement administratie en financiën

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Interne registratie / intern jaarverslag

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Alma
Adres	Vzw AZ Alma Ringlaan 15 B-9990 Eeklo Polikliniek AZ Alma Sijsele Gentse steenweg 132 8340 Sijsele-Damme
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	E32
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	513 bedden
Aantal campussen	2
Naam ombudsperso(n)en	Annemie Piron Lore Vermeulen, Nicole Claeys a.i., Katrijn Van Den Driessche

Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Annemie Piron: 06/04/2007 Lore Vermeulen(1/1/2017 tot 12/5/2017, Nicole Claeys a.i. (17-7/2017 tot 26-09-2017), Katrijn Van Den Driessche (10-11-2017 tot 31/12/2017)
Bestaffing	2 ombudspersonen die elke 19 u/week werken= 1 FE
Lokalisatie dienst	Ringlaan 15 9990 Eeklo
Registratiesysteem	Patiënt Safety Company – programma van Adheco
Huishoudelijk reglement; <i>(waar te raadplegen)</i>	Ja, bij de ombudsdienst, op de website, aan onthaal
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Basisopleiding bemiddeling Bemiddeling in sociale zaken Beide opleidingen gevolgd bij MEDIV
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	/
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst)</i>	Naast de klachten over de patiëntenrechten behandelt de ombudsdienst ook klachten op administratief- financieel en organisatorisch vlak. Ook klachten over technische en facilitaire aspecten worden door de ombudsdienst opgenomen.

<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Indien een klacht wordt geuit bij een medewerker/ een afdeling wordt geprobeerd om ter plaatse een oplossing te zoeken. Indien niet tot een oplossing kan gekomen worden wordt doorverwezen naar de ombudsdienst.</p> <p>Klachten rechtstreeks gericht aan de ombudsdienst worden door de ombudsdienst behandeld. Klachten rechtstreeks gericht aan de dienst facturatie , directie, directiesecretariaat worden eveneens doorgestuurd en behandeld door de ombudsdienst.</p>
---	--

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de organisatie om met klachten?	
<p>Klachten zijn voor de organisatie een signaal over hoe de patiënt en/of familie de opname/ behandeling ervaren heeft.</p> <p>Klachten worden ernstig genomen en er wordt nagegaan waar het mogelijks mislopen is, en welke verbeteracties eraan kunnen ondernomen worden zodat de klacht in de toekomst kan vermeden worden.</p>	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<p>De klacht wordt geregistreerd en er wordt een ontvangstmelding gestuurd.</p> <p>De ombudsdienst gaat bij melding van een klacht steeds na of er mogelijks al een melding is gebeurd bij medewerker/zorgverlener. De ombudspersoon zal via bemiddeling (pendelbemiddeling of partijen rond tafel)pogen om een oplossing tussen de partijen te komen die voor beiden aanvaardbaar is. Er wordt geen standpunt ingenomen door de ombudspersoon.</p>	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
<p>Indien niet tot een oplossing kan gekomen worden wordt doorverwezen naar externe instanties.</p>	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	373
Aantal infodossiers	11
Aantal pro actieve dossiers	17
Aantal opvragingen patiëntendossier	9
Aantal 'andere'	/

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

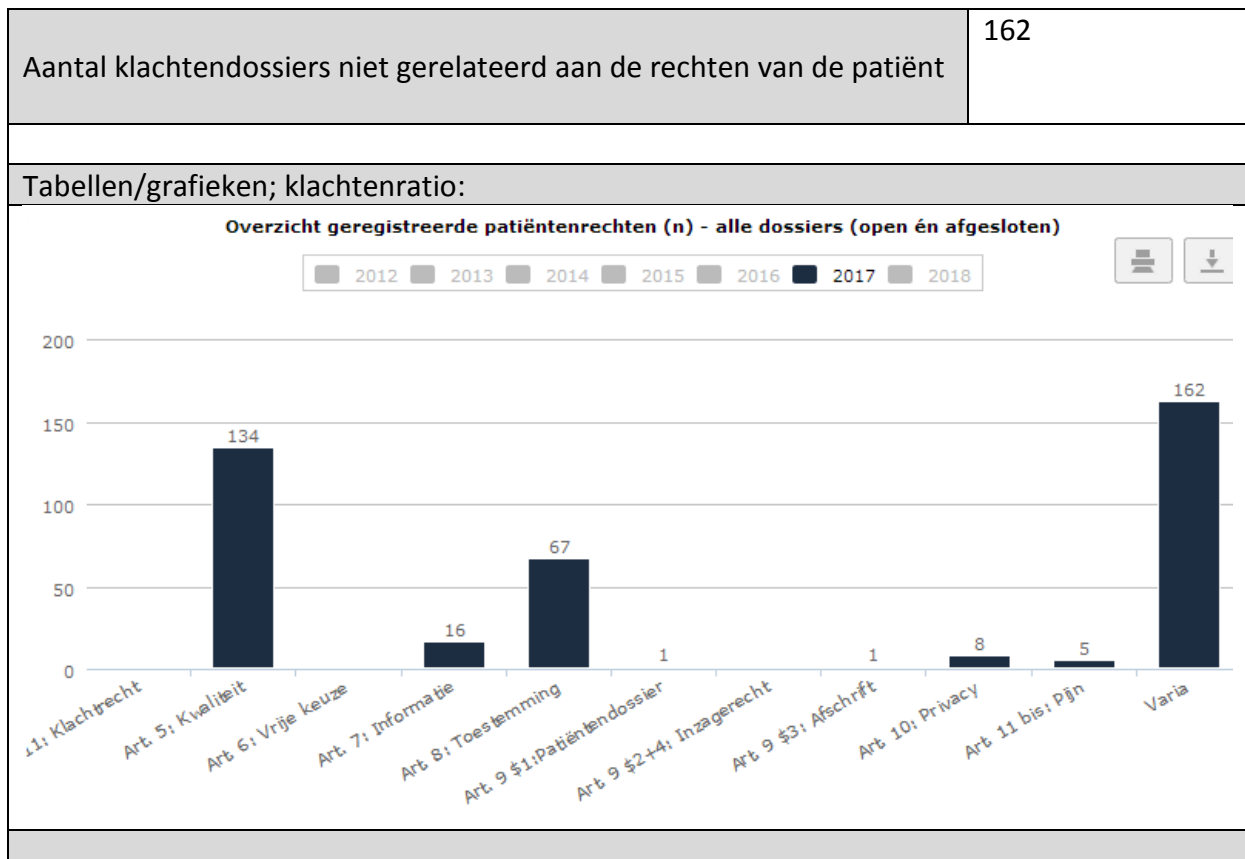
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	134
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	16
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	67
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	8
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	5

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*



Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV
Adres	Ruddershove 10, 8000 Brugge
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	049
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	1182
Aantal campussen	Campus Sint-Jan - Brugge Campus Sint-Franciscus Xaverius - Brugge Campus Henri Serruys - Oostende
Naam ombudsperso(o)n(en) Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Mieke Willemys – 01-05-2012 Ruth Schepmans – 05-07-2010 Mieke Vandewalle – 01-12-2012
Bestaffing	2,5 fteq ombudspersonen (2 fteq van half juli 2017 tot eind oktober 2017) 0,5 fteq secretariaatsfunctie

Lokalisatie dienst	<p>De burelen van de ombudsdienst bevinden zich</p> <ul style="list-style-type: none"> - campussen Brugge: in de campus Sint-Jan aan de ingang van het ziekenhuis links in de hoek, route 020 - Oostende: in campus Henri Serruys aan de ingang eerste bureel links (tegenover de liften)
Registratiesysteem	VVOVAZ
Huishoudelijk reglement	<p>Het huishoudelijk reglement van de ombudsdienst werd geactualiseerd in 2013, op 18-09-2013 goedgekeurd door de Raad van Bestuur en op 28-10-2013 overgemaakt aan de Federale Commissie 'Rechten van de patiënt.</p> <p>Het huishoudelijk reglement ligt ter inzage van de patiënten, medewerkers en iedere belangstellende</p> <ul style="list-style-type: none"> - aan het onthaal van elke campus - in de burelen van de ombudsdienst <p>Dit huishoudelijk reglement is tevens raadpleegbaar op de website van het ziekenhuis www.azsintjan.be en intern via intranet.</p>
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> - De drie ombudspersonen volgden de basisopleiding bemiddeling bij MEDIV - Diverse terugkom- en verdiepingsdagen VVOVAZ-MEDIV: patiëntenrechten, bemiddeling, ombudsfunctie, geweldloze communicatie, ... - Postgraduaat gezondheidsrecht en Ethiek UAntwerpen - Diverse studieavonden (vb. FMO, beroepsgeheim, ...)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> - Verbindende communicatie (themanamiddag VVOVAZ) - De communicatie beroepsbeoefenaar-patiënt: welke goede praktijken? (colloquium 15j patiëntenrechten) - Verdiepingstraining voor bemiddelaars van zorgvoorzieningen: interventies (VVOVAZ)
Werkingssterrein van de ombudsdienst	<ul style="list-style-type: none"> - De ombudsdienst is het centrale aanspreekpunt voor alle klachten betreffende de Wet Rechten van de Patiënt. Voor klachten die aan andere medewerkers of diensten zijn gericht kan beroep gedaan worden op de bemiddeling door de ombudspersoon. - Daarnaast behandelt de ombudsdienst ook klachten van allerlei niet patiëntenrechten gerelateerde klachten. - De ombudspersonen geven aan (nieuwe) medewerkers

	<p>opleidings- en informatie-sessies over de patiëntenrechten en de ombudsfunctie in het ziekenhuis. Bij nieuwe hoofdverpleegkundigen en zorgmanagers is een individuele toelichting vervat in hun opleidingstraject.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Om te beantwoorden aan de verwachting van leidinggevendenden om feedback te krijgen over de klachten i.k.v. kwaliteitsverbetering, proberen de ombudspersonen zoveel mogelijk per leidinggevende een geanonimiseerd overzicht van de klachten over hun dienst te bezorgen en te bespreken.
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>De klachten worden behandeld conform het huishoudelijk reglement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ontvangstmelding, opening dossier en registratie - Bespreking verwachting van de melder en mogelijke manier van opvolging/behandeling. - Klacht wordt besproken met de betrokken zorgverlener(s), medewerker(s) of dienst(en). - Een bemiddelingsgesprek of intern overleg tussen betrokkenen kan voorgesteld worden. - Enkel indien aangewezen om tot een passende opvolging te komen en met akkoord van de patiënt wordt de betrokken verantwoordelijke of directielid gecontacteerd. - Facturatieproblemen worden voorgelegd in een wekelijks overleg met vertegenwoordigers uit de facturatedienst, opnamedienst en apotheek. - De ombudspersoon formuleert de melder over het resultaat van de bemiddeling - Indien geen aanvaardbare oplossing bereikt wordt geeft de ombudspersoon informatie over alternatieve mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht.

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

Elke ombudspersoon werkt op onafhankelijke wijze en poogt via bemiddeling de onenigheid op te lossen met de medewerking van de patiënt en de beroepsbeoefenaar. Er wordt naar gestreefd dat de betrokken zorgverstrekkers en medewerkers eerst zelf tot een antwoord of oplossing proberen te komen. Patiënten of familieleden die rechtstreeks de ombudspersoon contacteren, worden hiertoe zoveel als mogelijk aangemoedigd.

Klachten die niet tussen de directe betrokkenen kunnen opgelost worden, kunnen aan de ombudspersoon worden voorgelegd.

Klachten gericht aan derden (vb. directie) kunnen door de ombudspersoon autonoom worden behandeld met akkoord van de patiënt en binnen het kader van zijn bemiddelingsbevoegdheid.

Anonieme klachten worden geregistreerd maar komen niet in aanmerking voor individuele bemiddeling.

Bijkomende informatie/opmerkingen:

Enkele ervaren moeilijkheden

- Leidinggevenden en externe instanties (vb. mutualiteit, Agentschap Zorg en Gezondheid, ...) oefenen regelmatig druk uit om informatie te bekomen uit een bemiddelingsproces. Aangezien de ombudspersoon gebonden is aan het beroepsgeheim en omwille van de vertrouwelijkheid van het bemiddelingsproces is dit niet mogelijk.
- Beroepsbeoefenaars kennen onvoldoende het recht op afschrift waardoor patiënten niet steeds een volledige kopie ontvangen. Vaak worden enkel verslagen of brieven gegeven en wordt andere informatie verkeerdelijk als persoonlijke nota's beschouwd.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding/dossier kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	940 nieuwe klachtendossiers werden opgestart 28 dossiers opgestart in 2016 werden verder behandeld
Aantal infodossiers	108 totaal 56 infodossiers over patiëntenrechten waarvan 43 vragen i.v.m. inzage of afschrift dossier
Aantal pro actieve dossiers	42 preventieve meldingen waarvan 6 dossiers evolueerden naar een klachtendossier
Andere activiteiten/initiatieven	Infosessies ombudsfunctie – patiëntenrechten: <ul style="list-style-type: none">- 6 keer korte algemene toelichting voor nieuwe medewerkers- 3 individuele toelichtingen nieuwe

	<p>hoofdverpleegkundige/zorgmanager</p> <ul style="list-style-type: none">- 3 keer uitgebreide sessie aan een zorgteam <p>Bespreking/toelichting aanbevelingen en jaarverslag 2016:</p> <ul style="list-style-type: none">- Algemene Vergadering- Directie verpleging en zorgmanagers- Medische Raad- 7 keer clustervergadering hoofdverpleegkundigen <p>Feedback uit klachtenregistratie 2016 – 2015:</p> <ul style="list-style-type: none">- 17 keer werd het overzicht van de klachten van een dienst/verpleegeenheid besproken met de betrokken hoofdverpleegkundige en zorgmanager
--	--

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	274
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	4
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	32
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	25
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	8
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	13
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	13
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	4

Rechten van de patiënt:

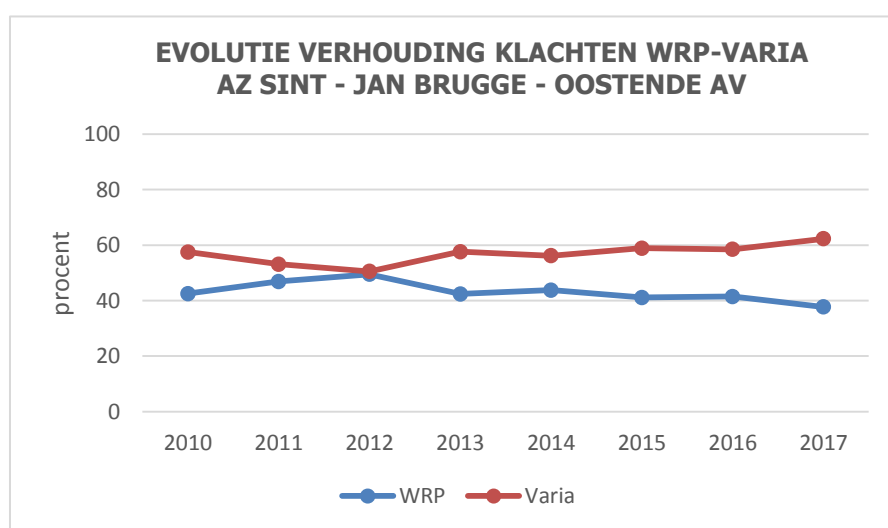
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

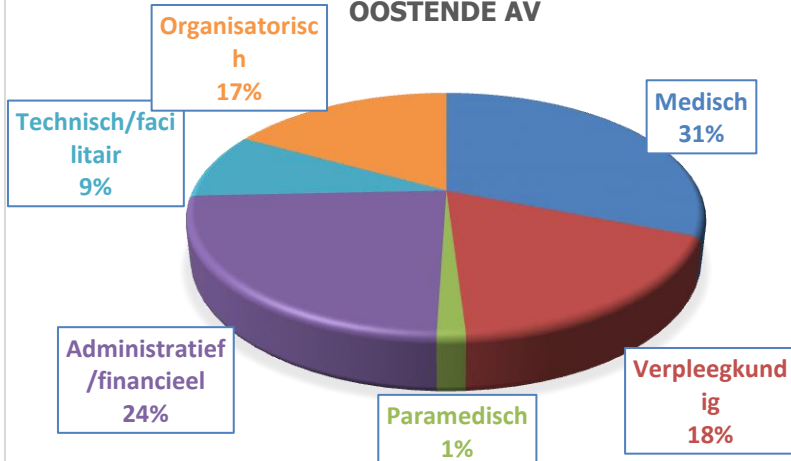
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	584
--	-----

Tabellen/grafieken; klachtenratio:



Evolutie verhouding klachten patiëntenrechten t.o.v. klachten varia van 2010 tot 2017.

SAMENVATTING ASPECTEN AZ SINT-JAN BRUGGE - OOSTENDE AV



Verdeling aangebrachte klachten voor diverse aspecten van het zorgproces in 2017

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)

- Er is een flinke stijging van het aantal klachten(dossiers) t.o.v. 2016. Vooral het aandeel niet patiëntenrechten gerelateerde klachten is gestegen.
- Beeld bereikbaarheid en laagdrempeligheid van de ombudsdienst
 - o 93% van de meldingen gebeurt door de patiënt of een partner/familieelid
 - o 36% in een rechtstreeks persoonlijk contact in de ombudsdienst, 34% telefonisch
 - o Meer dan 96% van alle behandelde klachten werd rechtstreeks aan de ombudsdienst gericht.
- Verwachtingen van de melders:
 - o 30% financiële regeling (factuur correctie, schadevergoeding,..)
 - o 26% wil een signaal geven
 - o 17% verwacht een oplossing (van de ombudspersoon)
 - o De expliciete vraag naar bemiddeling is zeer beperkt

Aanbevelingen

- ✓ Brede sensibilisering en toelichting (wettelijk kader) bemiddelingsfunctie van de ombudsdiensten in zorginstellingen met aandacht voor wat mag verwacht worden en het beroepsgeheim/de vertrouwelijkheid.
- ✓ Ziekenvervoer
 - Vereenvoudiging organisatie, aanvraagmodaliteiten en facturatie met o.a. het aanreiken van een uniforme tool of softwarepakket voor de aanvragen.
 - Opmaken wettelijk kader voor liggend vervoer met verpleegkundige begeleiding
 - Uitklaren regelgeving aanrekenen verloren ritten aan patiënten
- ✓ Afschrift patiëntendossier:
 - beroepsbeoefenaars instrueren om steeds een volledige of correcte kopie te bezorgen in antwoord op de vraag van de patiënt
 - patiënten stimuleren hun vraag concreet te formuleren
- ✓ De opnameplanning voor geplande ingrepen dient bijgestuurd te worden. Het opname uur dient individueel meer afgestemd te worden op het geplande uur van de ingreep.
- ✓ Geïnformeerde toestemming: het blijft een aandachtspunt de patiënten vóór een behandeling of tussenkomst ook correct te informeren over de kostprijs

Jaarverslag van ombudsdienst UZ Leuven
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie		
Naam van de zorginstelling	UZ Leuven	UPC KU Leuven campus Gasthuisberg
Adres	Herestraat 49 3000 Leuven	
Gewest	Vlaams gewest	
Erkenningsnummer	322	943
Type (AZ, UZ, PZ,...)	UZ	UPC
Aantal bedden	1764	115
Aantal campussen	4	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Sabine Denis Carla Mondelaers Nathalie Renneboogh	
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	November 2011	
Bestaffing	2,20 VE ombudspersonen 1,25 VE administratieve ondersteuning	

Lokalisatie dienst	Centraal gelegen in campus Gasthuisberg
Registratiesysteem	Filemaker
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Het huishoudelijk reglement werd goedgekeurd op de klachtencommissie dd. 30/01/2014, het directiecomité dd. 24/03/2014 en het bestuurscomité dd. 27/10/2014. - Raadpleegbaar op website UZ Leuven (extern - https://www.uzleuven.be/ombudsdienst/klachtenprocedure) en intranet UZ Leuven (intern)
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> - Basisopleiding bemiddeling (Mediv) - Methodiek van de bemiddeling (KHLeuven) - Intervisie provinciale werkgroep (VVOVAZ) - Patiëntenrechten en bemiddeling bij mensen met psychiatrische problematiek (VVOVAZ) - Terugkomdag verdiepingstraining (VVOVAZ) <ul style="list-style-type: none"> - Indirect bemiddelen (KHLeuven) - Peacemaking circles (KHLeuven) - Hou je vast bemiddelaar (VVOVAZ) - De ombudsdienst in evolutie (VVOVAZ)
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> - Broodje ethiek (opleidingsaanbod UZ Leuven) - Overeind blijven bij verlies: hoe kunnen we nabestaanden en zorgverleners ondersteunen bij deze verlieservaringen? (opleidingsaanbod UZ Leuven) - Symposium 15 jaar patiëntenrechten: tijd voor een (r)evolutie?! (Vlaams patiëntenplatform) - Hoe kunnen we nog klantvriendelijker werken? (opleidingsaanbod UZ Leuven) - Colloquium over de communicatie “beroepsbeoefenaar-patiënt” ter gelegenheid van de 15^{de} verjaardag van de wet (Commissie rechten van de patiënt) - Symposium medische wereld (Bestuur medische wereld)
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Klachtenbemiddeling vanuit mandaat KB - Uitvoeren van procedure afschrift en inzage (dienst afschrift patiëntgegevens is onderdeel van de ombudsdienst) <ul style="list-style-type: none"> - Deelname aan interne werkgroepen - Preventieve opdracht om klachtenvoorkomend te werken : lesgeven aan artsen en andere UZ Leuven-medewerkers

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?

- Bij aanmelding wordt in principe eerst getoetst of over het probleem reeds met de betrokkene(n) en/of verantwoordelijke werd gesproken. Zoniet, en indien nuttig, wordt de aanmelder daartoe alsnog aangespoord.
- De ombudspersoon tracht duidelijkheid te verkrijgen over de inhoud van de klacht en toetst naar de verwachtingen van de melder.
- Bij mondelinge klachten wordt – wanneer de acuitheid van het probleem het toelaat - gevraagd naar een schriftelijke formulering: dit in functie van een zo accuraat mogelijke verwoording van zijn ervaringen.
- Per klacht wordt een dossier aangelegd waarin de persoonsgegevens van de patiënt, de identiteit van de aanmelder, de datum, de probleemstelling en de ondernomen stappen en de uiteindelijke resultaten worden geregistreerd. De persoonsgegevens in het klachtendossier worden slechts bewaard gedurende de tijd nodig voor de afhandeling en het opstellen van het jaarverslag.
- Bij elke schriftelijke klachtmelding wordt zo spoedig mogelijk een schriftelijke ontvangstmelding aan de melder overgemaakt. Hierin wordt gesteld dat de klacht wordt voorgelegd aan de betrokken verantwoordelijken.
- Afhankelijk van de dringendheid, de ernst en de complexiteit van de klacht gebeurt de behandeling schriftelijk of mondeling. Telefonisch of persoonlijk contact is waardevol voor genuanceerd overleg en voor bemiddelende tussenkomsten.
- In geval de melder louter een probleem wil signaleren met het oog op een verbetering in de toekomst ('voor al wie na ons komt'), wordt de klacht 'ter kennisgeving' overgemaakt aan de betrokken verantwoordelijken. Het is hun bevoegdheid en verantwoordelijkheid om deze signalen – waar mogelijk - aan te wenden in functie van de optimalisering van de zorg en ter voorkoming van nog meer soortgelijke ervaringen.
- Anonieme klachten worden louter ter kennisgeving gesignaleerd aan de verantwoordelijken. In de mate van het mogelijke kunnen deze constructief worden aangewend om de zorg- en dienstverlening te optimaliseren.
- Indien de melder verwacht dat de ombudspersoon bemiddelt om tot een oplossing, een rechtzetting of een accuraat antwoord te komen, wordt de klacht voor verder onderzoek en nadere toelichting overgemaakt aan de bevoegde verantwoordelijke. Het is aan de verantwoordelijke(n) om in overleg met de betrokken zorgverlener(s) de situatie te onderzoeken, toelichting te geven en elementen aan te reiken voor een oplossing en/of antwoord. Op basis daarvan wordt – in principe – door de ombudsdienst een uiteindelijk antwoord gegeven aan de melder.
- Indien aangewezen of op vraag van één van de partijen kan een bemiddelingsgesprek georganiseerd worden om op die manier te komen tot een consensus of afdoende oplossing/herstel/genoegdoening waar alle partijen zich in kunnen vinden.
- Wanneer er via bemiddeling door de ombudsdienst geen bevredigende oplossing of consensus bereikt wordt, licht de

	<p>ombudspersoon de patiënt of diens vertegenwoordiger in over de (externe) mogelijkheden voor verdere afhandeling van de klacht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indien het probleem louter een factuurbetwisting betreft, wordt dit besproken met de dienst medische administratie, waar de klacht verder onderzocht, behandeld en beantwoord wordt. De ombudsdienst ontvangt een kopie van dit antwoord. • Indien er een vraag rond aansprakelijkheid of een schadeclaim wordt geformuleerd, wordt dit eveneens besproken met de juridische dienst die dit zo nodig verder opneemt. • De ombudspersonen streven ernaar om klachten binnen een redelijke termijn af te handelen. <p>Wanneer er na 3 weken geen toelichting gegeven werd door de rechtstreeks aangeschrevene, wordt een eerste herinnering gestuurd aan de betrokkene en diens verantwoordelijke. Wordt er na de daaropvolgende 2 weken nog geen antwoord ontvangen, wordt opnieuw een rappel gestuurd met de hoofdgeneesheer in cc, wanneer het om medische aangelegenheden gaat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De ombudsdienst streeft bij dit alles naar een optimale objectiviteit en een onbevooroordeelde benadering volgens de methodiek van meerzijdige partijdigheid, waarbij getracht wordt om de vertrouwensbreuk tussen de zorgverstrekker en de patiënt of diens vertegenwoordiger maximaal te herstellen.
--	--

Behandeling van klachten en onvrede	
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?	
<ul style="list-style-type: none"> - Alle klachten zijn ontvankelijk - Klachten worden als casussen gebruikt in vormingen die door de ombudspersonen worden gegeven - Het merendeel van de klachten werd in 2017 schriftelijk gemeld (67%), en werd tevens door de ombudsdienst schriftelijk afgesloten (59%) - De ombudsdienst organiseerde in 2017 29 bemiddelingsgesprekken - De ombudsdienst is op werkdagen doorlopend te bereiken van 8u30 tot 16u30. Buiten deze uren kan een bericht ingesproken worden op het antwoordapparaat. De ombudsdienst is eveneens te bereiken via e-mail en het contactformulier op de website van UZ Leuven. 	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)	
In het jaar 2017 werd 3% van de klachten heropend; omwille van bijkomende vragen, ontoereikend antwoord of verdere doorverwijzing.	

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst (2017)	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	1695 (erkeningsnummer 322) 86 (erkeningsnummer 943)
Aantal infodossiers	Vragen/meldingen: 374 Info/opleiding: 228 Info medisch dossier: 273 Totaal: 875
Aantal pro actieve dossiers	77
Aantal opvragingen patiëntendossier	Aantal aanvragen afschrift: 1189 Aantal aanvragen inzage na overlijden: 25 Aantal inbeslagnames: 21 Totaal: 1235
Aantal 'andere'	Positieve meldingen: 134 Vragen naar audit trails: 20

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78) (2017)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Erkenningsnummer	322	943
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	381	22
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	4	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	50	6
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	75	2
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	59	6
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	6	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	3	0
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	20	0

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachten : Spreiding van de items per rubriek in absolute cijfers en vergelijking 2017-2016

	2016	2017	Vershil 2017- 2016	Vershil 2017- 2016 (%)
Totaal absolute cijfers	1520	1780	+260	+17%
<u>Medische aspecten</u>	614	688	+74	+12%
. medische behandeling	256	312	+56	+22%
. aandacht en opvang	79	101	+22	+28%
. communicatiestijl	75	78	+3	+4%
. infoverstreking	163	168	+5	+3%
. verslag huisarts	90	106	+16	+18%
<u>Verpleegkundige aspecten</u>	157	178	+21	+13%
. verpleegk. behandeling	64	52	-12	-19%
. aandacht en opvang	58	84	+26	+45%
. communicatiestijl	44	53	+9	+20%
. infoverstreking	37	31	-6	-16%
<u>Organisatorische aspecten</u>	437	497	+60	+14%
. opnameregeling	77	95	+18	+23%
. wachttijden	126	144	+18	+14%
. afsprakenregeling	125	142	+17	+14%
. verloren voorwerp/dossier diefstal/heschadigd voorw	88	76	-12	-14%
. roken	4	2	-2	-50%
<u>Paramed. en soc. verpl. aspecten</u>	40	48	+8	+20%
<u>Administratieve en financiële aspecten</u>	253	259	+6	+2%
<u>Technische aspecten</u>	163	338	+175	+107%
. telefonie	83	113	+30	+36%
. parking	28	115	+87	+311%
. comfort/defecten	32	69	+37	+115%
<u>Facilitaire aspecten</u>	39	41	+2	+5%
<u>Beroepsgeheim en privacy</u>	43	53	+10	+23%

Klachtratio 2017

200 klachten per 100 000 patiëntcontacten (opnames, dagopnames, ambulante contacten)

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)

Doorlooptijden voor klachtenbehandeling, cumulatief

	2017
< of = 1 dag	41%
2 – 10 dagen	61%
11 – 20 dagen	68%
21 – 30 dagen	75%
31 – 60 dagen	87%
61 – 90 dagen	95%
> 90 dagen	97%

Aanbevelingen

- ✓ Bevorderen van communicatie, zowel naar patiënt als omgeving toe, binnen de organisatie tussen zorgverleners, maar ook naar externe instanties.
- ✓ Aandacht hebben om patiënten vooraf correct te informeren over de kostprijs van een ingreep of een onderzoek of hen verwijzen naar de dienst medische administratie voor het opvragen van een kostenraming, naar de mutualiteit, hospitalisatieverzekering, ... Op die manier krijgen patiënten de gelegenheid om zich verder te informeren en hier al dan niet mee in te stemmen.
- ✓ Empathisch en onbevooroordeeld luisteren en hiervoor voldoende tijd nemen kan maken dat de patiënt zich meer begrepen en au sérieux genomen voelt.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Sint-Elisabeth ziekenhuis Zottegem
Adres	Godveerdgemstraat 69, 9620 Zottegem
Gewest	Vlaams gewest
Erkenningsnummer	217
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	333
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Caroline Vandekerckhove
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1 september 2016
Bestaffing	0.5 VTE

Lokalisatie dienst	Apart bureau in het hoofgebouw op de eerste verdieping
Registratiesysteem	iProva (Infoland)
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Actualisatiedatum 24 november 2016, raadpleegbaar op intranet en de website van het ziekenhuis
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> - Basis -Opleiding “bemiddelaar” van VVOVAZ in 2017 door Anouk Moors en in samenwerking met MEDIV - Tweedaagse van VVOVAZ 16-17 november 2016 “<i>hou je vast bemiddelaar</i>”
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Geen
<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen. - Het bemiddelen bij klachten met het oog op het bereiken van een oplossing - Het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht en/of informeren over eventuele alternatieve mogelijkheden - Het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie - Het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten - Het registreren van klachten en het opmaken van een jaarverslag.

<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>Klachten kunnen op verschillende manieren de ombudspersoon bereiken :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Op de website is een invulformulier ter beschikking t.a.v. de ombudsdienst of rechtstreeks via mail - Schriftelijke klachten (brieven) gericht aan de ombudspersoon - Telefonische klachten aan de ombudsdienst - Mondelinge klachten van patiënten opgenomen op een afdeling of klachten welke aan de receptie worden geuit, worden naar de ombudsdienst doorgestuurd voor eventueel persoonlijk contact. - De patiënt kan ook zijn ontevredenheid uiten d.m.v. de tevredenheidsmeting. Bij de enquêteformulieren die voldoende gespecificeerd zijn (naar patiëntnaam en beroepsbeoefenaar) kan het initiatief genomen dit verder als klacht te behandelen indien de patiënt hierom vraagt. <p>Het verdere traject staat beschreven op pagina 4.</p>
---	--

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

De klachten worden geregistreerd in het meldsysteem door de ombudsdienst en per kwartaal besproken op de stuurgroep 'klachten'. Hieraan nemen deel: de algemeen directeur, de verpleegkundig directeur, de hoofdarts, de juridische dienst, de kwaliteitscoördinator en de ombudspersoon. Deze stuurgroep maakt een analyse van ontvangen klachten en formuleert verbetervoorstellen of preventieve maatregelen ter herhaling van klachten en tekortkomingen.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

- Bij het uiten van een klacht wordt de klager geïnformeerd over patiëntenrechten, de procedure en/of mogelijkheden van afhandeling van de klacht.
- De betrokken beroepsbeoefenaar of verantwoordelijke directeur krijgt namens ombudsdienst (via mail of telefonisch) de mededeling dat een klacht werd ingediend.
 - Indien de klager zijn klacht uit tegenover een arts wordt de arts daarvan op de hoogte gesteld, alsook de hoofdarts.
 - Indien de klager zijn klacht uit tegenover de een verpleegkundige, paramedicus,... wordt de hoofdverpleegkundige van de betrokken afdeling, de zorgmanager en de verpleegkundig directeur daarvan op de hoogte gesteld.
 - Bij klachten aangaande de dienstverlening van medewerkers of voorzieningen en diensten m.b.t. het administratief, facilitair of een ander departement wordt de directe leidinggevende en departementsdirecteur op de hoogte gesteld.
 - Schadegevallen waarbij tussenkomst van bv. de verzekering wordt gevraagd, worden behandeld zoals omschreven in de procedure 'schadedossiers'
- De ombudspersoon verzamelt informatie en onderzoekt de feiten die door de klager worden aangeklaagd.
- De ombudspersoon poogt een voor alle partijen haalbare oplossing te bereiken en houdt beide partijen op de hoogte (schriftelijk of mondeling) over het resultaat van de bemiddeling.

De ombudspersoon kan ter afhandeling van de klacht beide partijen stimuleren tot rechtstreekse communicatie met mekaar. De ombudspersoon kan beide partijen samenbrengen voor een gesprek en, op vraag van één van de partijen, als bemiddelaar tijdens het gesprek optreden.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

/

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	185
Aantal infodossiers	48
Aantal pro actieve dossiers	2
Aantal opvragingen patiëntendossier	46
Aantal 'andere'	4

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

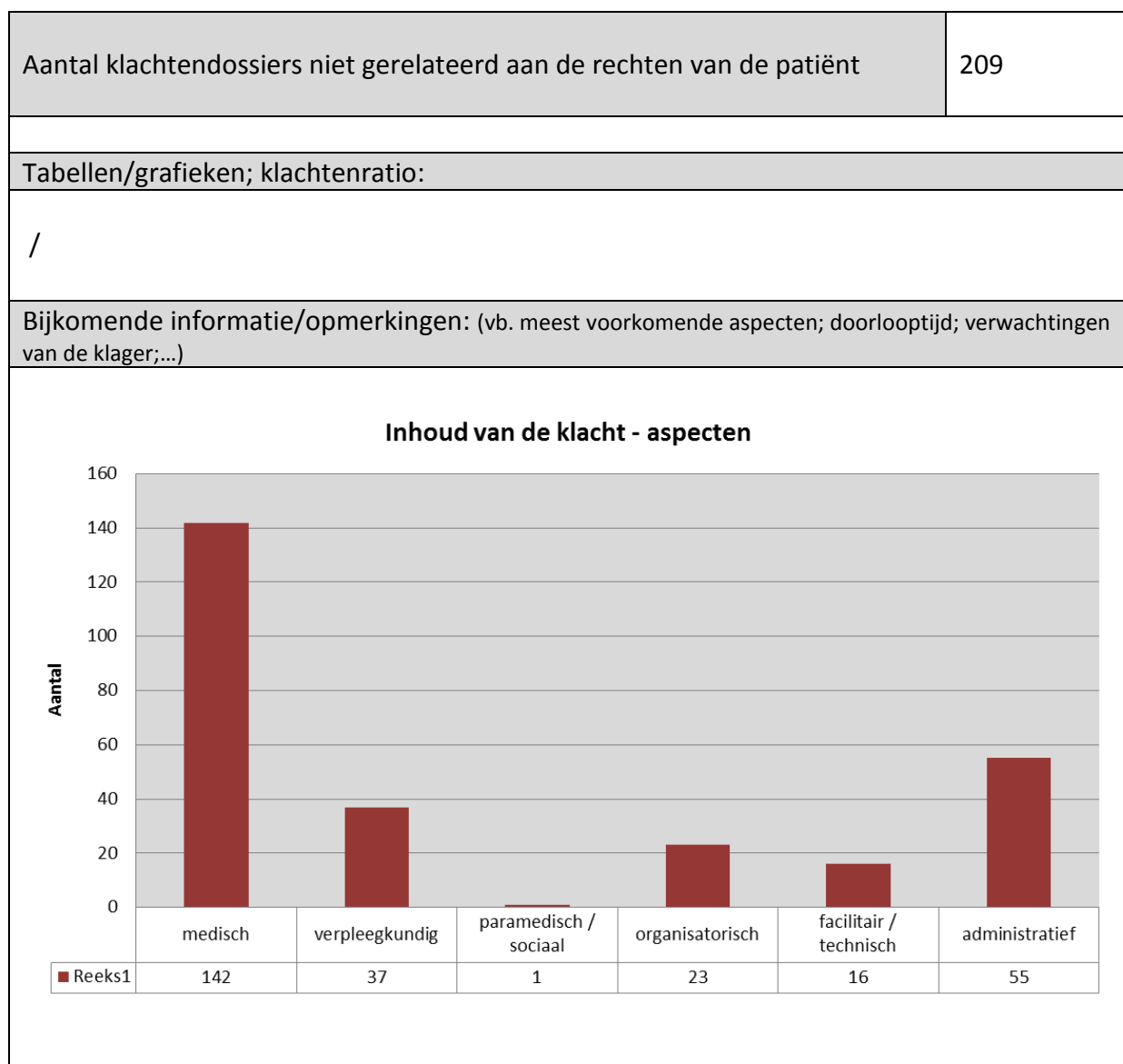
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	55
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	2
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	12
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	2
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	/
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	2
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	13
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	4
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	3
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	5

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*



Aanbevelingen

Enkele voorbeelden van aanbeveling:

- ✓ Parking voor minder validen aangepast (groter om deur volledig te openen)oprijstroken voor rolstoelgebruikers, verhoging van tegels om beter op te rijden
- ✓ Aangepaste kamerjassen voor zware patiënten in chirurgisch dagziekenhuis
- ✓ Lijst geconventioneerde artsen / niet-geconventioneerde artsen uithangen aan kiosken
- ✓ Dieetkoekjes in cafetaria
- ✓ Meer uitleg geven over erelonen via opname en spoed
- ✓ Bij jonge kindjes die geopereerd worden, ook de kinderarts laten gaan op kamerconsult en niet alleen de chirurg
- ✓ Thuismedicatie nakijken bij ontslag, de medicatielijst meegeven en uitleg geven over andere benaming van medicatie (generische geneesmiddelen)
- ✓ Er is weinig privacy bij inschrijven via het dagziekenhuis -> scherm plaatsen en achtergrondmuziek opzetten. Telefoneren in een aparte kamer.
- ✓ Aantal zitplaatsen in wachtzaal uitbreiden.
- ✓ Aangepaste zakken te gebruiken bij opname voor persoonlijk gerief (vb juwelen, prothesen,...) (= een vernieuwde procedure)
- ✓ Bij vraag naar dringende consultatie werd een "code" afgesproken met de arts en opnamedienst

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Aanbevelingen worden besproken in de stuurgroep 'klachten' waarna beslist wordt welke aanbevelingen gerealiseerd zullen worden.

Jaarverslag Ombudsdienst Sint Jozefskliniek Izegem
t.a.v. de Vlaamse ombudsman



Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	St. Jozefskliniek Izegem
Adres	Ommegangstraat nr. 7, 8870 Izegem
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	124
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal erkende bedden	271
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Herman Ann
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1/11/2003

Bestaffing	1 ombudsvrouw
Lokalisatie dienst	Binnen het ziekenhuis
Registratiesysteem	Registratieprogramma opgemaakt door VVOVAZ. VVOVAZ is de Vlaamse Beroepsvereniging Ombudspersonen van alle Zorgvoorzieningen. Jaarlijks neemt het ziekenhuis deel aan de benchmark die door VVOVAZ georganiseerd wordt.
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	November 2017 Het huishoudelijk reglement kunnen de artsen en de medewerkers inkijken via het intranet.(Idoc) Het ligt ter inzage op de inschrijvingsdienst en de ombudsdienst voor patiënten, naasten en bezoekers. Men kan het ook nalezen op onze website www.sjki.be
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Geen
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	De ombudsvrouw is lid van VOVVAZ en volgt de algemene vergaderingen. Op deze bijeenkomsten wordt eveneens vorming aangeboden. Daarnaast is zij lid van de provinciale werkgroep van VOVVAZ. Deze werkgroep biedt vorming en intervisie aan en wisselt informatie uit.
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Werkterrein: Klachtenbemiddeling, begeleiding inzage en afschrift patiëntdossier, opvolgen van verzekeringsdossiers na melding, beluisteren van proactieve meldingen van medewerkers en artsen, preventieve opdracht door deelname aan diverse werkgroepen nml. beleidsgroep, kwaliteitscel, patiëntveiligheidscel, overleg dienstverantwoordelijken, overleg Zin in Zorg. Informatie/vorming geven aan medewerkers over de werking van de ombudsdienst en toelichting over de wet op de patiëntenrechten.

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?

Wanneer een medewerker/een arts geconfronteerd wordt met een klacht, is het belangrijk om de 'klagers' meteen de nodige aandacht te geven om zo een escalatie van de klacht te vermijden. Daartoe moeten alle klachten in de eerste plaats aangepakt worden op de plaats waar ze ontstaan. Dit betekent dat alle betrokkenen openlijk met elkaar over de klacht moeten kunnen spreken, in samenspraak met de 'klager'. Dit om aan alle partijen de mogelijkheid te bieden om via onderling overleg tot een oplossing te komen. Wanneer de aard van de klacht 'medisch' is, dan dient steeds de behandelend geneesheer verwittigd te worden.

Indien een oplossing niet bereikt kan worden, dient men de klager door te verwijzen naar de ombudsdienst. De verwijzer doet hierbij geen uitspraak over de verdere behandeling en afhandeling van de klacht.

Beluisteren van de klacht

De ombudsdienst beluistert de klacht bij voorkeur via een persoonlijk contact.

Behandeling van de klacht

Na de intake van de klacht gaat de ombudsdienst na :

- Welke personen en diensten er betrokken zijn en/of betrokken moeten worden in het klachtendossier
- De feiten die door de klager worden aangeklaagd
- Zo nodig welke normen of wetgeving van toepassing zijn

De ombudsdienst contacteert binnen de 5 werkdagen na de ontvangst en de registratie van de klacht, de beklagde/de betrokkene. De ombudsdienst : beschrijft de klacht zoals die door de beklager werd geformuleerd (evt via de schriftelijke formulering), luistert naar het verhaal/reactie van de beklagde en stelt verduidelijkende vragen.

Bij de behandeling/beslissing van de klacht gelden wettelijke bepalingen (zoals de wet op de patiëntenrechten, de privacywetgeving, beroepsgeheim, ...) interne reglementen en procedures binnen SJKI.

Bemiddelen

In het bemiddelingsproces poogt de ombudsdienst een voor alle partijen aanvaardbare oplossing of resultaat te bereiken. Daarbij kan het advies gevraagd worden aan bepaalde diensten en/of personen.

De ombudsdienst formuleert een voorstel van oplossing in overleg met de beklagde en klager. Indien geen aanvaardbare oplossing kan bereikt worden tussen de klager en beklagde, informeert de ombudsdienst de klager inzake de verdere mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht.

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

Het ziekenhuis heeft een open houding tav klachten. De organisatie faciliteert de ombudsdienst om klachten te beluisteren en ervaringen die vermeld staan op de tevredenheidsenquêtes te behandelen. Bij knelpunten binnen het ziekenhuis wordt de ombudsdienst af en toe in advies gevraagd. De organisatie maakt de wet op de patiëntenrechten bekend via affiches die doorheen het ziekenhuis verspreid zijn. Deze rechten en de mogelijkheid om een klacht neer te leggen is ook opgenomen in de onthaalbrochure en de vernieuwde website. Er wordt vorming voorzien voor de medewerkers en de artsen.

Op het directiecomité wordt het jaarverslag toegelicht en ook daar kunnen op regelmatige tijdstippen verbeteracties voorgesteld worden.

Het ziekenhuis is lid van VOVVAZ en heeft de toestemming aan de ombudsdienst om deel te nemen aan de algemene vergadering en de provinciale werkgroepen.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

De ombudsdienst concentreert zich hoofdzakelijk op individuele klachten/ervaringen van patiënten in het ziekenhuis. De ombudsdienst beluistert de ervaring/de klacht en focust zich op het menselijk contact en probeert te bemiddelen. Uit deze ervaringen/klachten kan de organisatie/de medewerker/de arts leren. De ombudsdienst formuleert verbetervoorstellen.

Het jaarverslag van de ombudsdienst wordt voorgesteld aan de raad van bestuur, de medische raad en toegelicht op de dienstverantwoordelijken vergadering. Het jaarverslag vermeldt een aantal cijfergegevens, tendensen en verbeteracties. Op die manier zijn ook de beleidsmensen van het ziekenhuis op de hoogte van hoe we met klachten omgaan en welke verbeteracties we voorstellen. De ombudsfunctie staat zeer dicht bij de patiëntenklachten en kan vanuit deze positie goed meewerken aan het zoeken naar de knelpunten in de ziekenhuisorganisatie.

Door lid te zijn van diverse werkgroepen krijgt de ombudsdienst de kans de wet op de patiëntrechten te waarborgen binnen de organisatie.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers

114 klachten die betrekking hebben op de rechten van de patiënt

Aantal infodossiers	21
Aantal pro actieve dossiers	36
Aantal opvragingen patiëntendossier	49

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

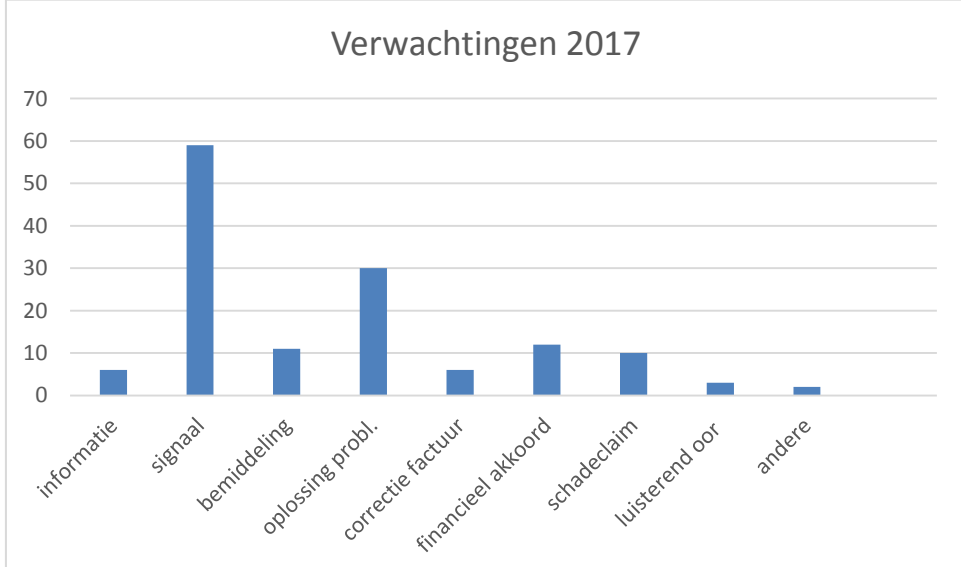
Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	83
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	5
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	7
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	0
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	1
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	17
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	1

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	25 klachten die niet rechtstreeks te maken hebben met de rechten van de patiënt																				
Tabellen/grafieken; klachtenratio:																					
<p style="text-align: center;">Verwachtingen 2017</p>  <table border="1"><thead><tr><th>Categorie</th><th>Aantal klachten</th></tr></thead><tbody><tr><td>informatie</td><td>6</td></tr><tr><td>signaal</td><td>58</td></tr><tr><td>bemiddeling</td><td>11</td></tr><tr><td>oplossing probl.</td><td>30</td></tr><tr><td>correctie factuur</td><td>6</td></tr><tr><td>financieel akkoord</td><td>12</td></tr><tr><td>schadeclaim</td><td>10</td></tr><tr><td>luisterend oor</td><td>3</td></tr><tr><td>andere</td><td>2</td></tr></tbody></table>		Categorie	Aantal klachten	informatie	6	signaal	58	bemiddeling	11	oplossing probl.	30	correctie factuur	6	financieel akkoord	12	schadeclaim	10	luisterend oor	3	andere	2
Categorie	Aantal klachten																				
informatie	6																				
signaal	58																				
bemiddeling	11																				
oplossing probl.	30																				
correctie factuur	6																				
financieel akkoord	12																				
schadeclaim	10																				
luisterend oor	3																				
andere	2																				
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)																					

Binnen ons ziekenhuis merken we op dat patiënten (klager) heel dikwijls een signaal aan de organisatie willen geven. Signalen over kwaliteitsvolle dienstverlening. We merken op dat patiënten en bezoekers bekommerd zijn om het ziekenhuis in Izegem en willen via een melding/klacht/ervaring aan de ombudsdienst een signaal geven.

Aanbevelingen

- ✓ We vonden het dit jaar vooral belangrijk onze patiënten/bezoekers te informeren over de rechten van de patiënt. Dit gebeurde aan de hand van affiches, op de vernieuwde website en de onthaalbrochure.
- ✓ De medewerkers kregen diverse vormingen omtrent het correct hanteren van de geïnformeerde toestemming en ook de rechten van de patiënt
- ✓ De ombudsdienst gaf aan beklagden concrete communicatietips over hoe omgaan met patiënten die klachten uiten.
- ✓ De ombudsdienst werd als adviserend lid betrokken bij de patiëntveiligheidscel.

Bijkomende informatie/opmerkingen: *(vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?)*:

De aanbevelingen worden waar mogelijk gerealiseerd. Zo werd vorig jaar in de diverse vormingen aandacht gegeven aan de rechten van de patiënt.

We merken ook op dat medewerkers en artsen proactieve meldingen doen bij de ombudsdienst.



Jaarverslag ombudsdienst 2017



Inhoud

Instellingsgebonden informatie

Inleiding

- Wetgevend kader
- Werking van de ombudsdienst
- Behandelen van klachten en onvrede
- Het klachtentraject

2017 in beeld

- Inleiding
- Klachtenanalyse
- Aanbevelingen
- Klachten over de rechten van de patiënt in cijfers



Instellingsgebonden informatie

AZ Klina

Augustijnslei 100
2930 Brasschaat

Ombudspersoon: Marijke Gheeraert
(aantal bedden: 451)

AZ Klina, Campus De Mick

Papestraat 30
2930 Brasschaat

Ombudspersoon: Pascale Meulders
(aantal bedden: 122)

Palliatieve eenheid Coda

Bredabaan 743
2990 Wuustwezel

Ombudspersoon: Marijke Gheeraert
(aantal bedden: 8)



Inleiding

Wetgevend Kader

Krachtens de Wet betreffende de Rechten van de Patiënt (augustus 2002) maakte de ombudsdienst elk jaar een jaarverslag op voor de Federale Commissie 'Rechten van de Patiënt'. Dit verslag werd conform de bindende richtlijnen elektronisch overgemaakt aan de Federale overheid en omvatte enkel de klachten die rechtstreeks verband hielden met bovenvermelde wet.

In november 2017 verzocht het Agentschap Zorg en Gezondheid de jaarverslagen van nu af aan over te maken aan de Vlaamse Ombudsman en dit voor 10 februari van het nieuwe kalenderjaar.

Werking van de ombudsdienst

De ombudsdienst geldt als centraal aanspreekpunt voor klachten met betrekking tot de Wet op de Patiëntenrechten (WPR), maar behandelt ook klachten buiten de reikwijdte van de WPR. Het gaat hierbij om klachten van organisatorische, facilitaire of administratieve aard. Daarnaast begeleidt de ombudspersoon ook de aanvraag naar een afschrift van/of inzage in het patiëntendossier.

Er zijn vaste overlegmomenten met de hoofdgeneesheer, algemeen directeur en administratie en het ziekenhuis zorgt ervoor dat de ombudspersoon de taken conform de wettelijke bepalingen kan uitvoeren. Die bemiddelingsopdracht oefent de ombudspersoon binnen de mate van het mogelijke zorgvuldig en binnen een redelijke termijn uit. Tot november 2017 werd de ombudsdienst waargenomen door Marijke Gheeraert (campus Klina, Coda) en Pascale Meulders (campus De Mick). Per 1 januari 2018 is er één ombudspersoon voor heel AZ Klina. De ombudsdienst is nu bereikbaar van maandag tot en met donderdag van 11 tot 16u.

De registratie van klachten gebeurt met behulp van het registratiepakket Iprova van Infoland.

Behandelen van klachten en onvrede

Een klacht is iedere uiting van ongenoegen of ontevredenheid over het zorgproces of de zorgomkadering van een patiënt. Patiënten kunnen, al dan niet bijgestaan door een vertrouwenspersoon, mondeling of schriftelijk een klacht indienen. Ook ziekenhuismedewerkers kunnen op proactieve wijze problemen melden.

Zodra de ombudspersoon de klacht heeft ontvangen, bezorgt hij de patiënt een schriftelijke of mondelinge ontvangstmelding.



Bij elke klacht registreert de ombudspersoon minimaal de volgende gegevens (conform KB):

- de identiteit van de patiënt en, zo nodig, van de vertrouwenspersoon die hem vergezelt;
- de datum van ontvangst van de klacht;
- de aard en de inhoud van de klacht;
- de datum van afhandeling en het resultaat van de klacht.

Anonieme klachten worden enkel geregistreerd in functie van algemene opvolging, maar komen niet in aanmerking voor individuele bemiddeling.

Het klachtentraject

Klachten worden het best opgelost op de plaats waar ze ontstaan. De ombudspersoon stelt daarom alles in het werk om de communicatie tussen beide partijen te herstellen en moedigt patiënten aan opnieuw contact op te nemen met de betrokken zorgverlener en zo een oplossing te vinden. Als de betrokken partijen het niet zelf kunnen oplossen, behandelt de ombudspersoon de klacht.

Indien de melder feiten signaleert met het oog op een verbetering naar de toekomst toe, maakt de ombudspersoon de klacht ter informatie en bijsturing over aan de betrokken zorgverlener en/of bevoegde verantwoordelijke.

De ombudspersoon kan ook proberen de partijen al dan niet in zijn aanwezigheid samen te brengen. Indien dit niet mogelijk is, neemt de ombudspersoon tijdens het hele proces de rol van tussenpersoon op zich en houdt hij elke partij op de hoogte van de reacties en verwachtingen van de andere partij (pendeldiplomatie).

De ombudspersoon informeert de melder en de betrokken zorgverlener over het resultaat van de klachtenbemiddeling op de wijze die hij het meest geschikt acht voor het concrete dossier.

Indien er via bemiddeling geen oplossing wordt bereikt, informeert de ombudspersoon de melder over mogelijke alternatieven.



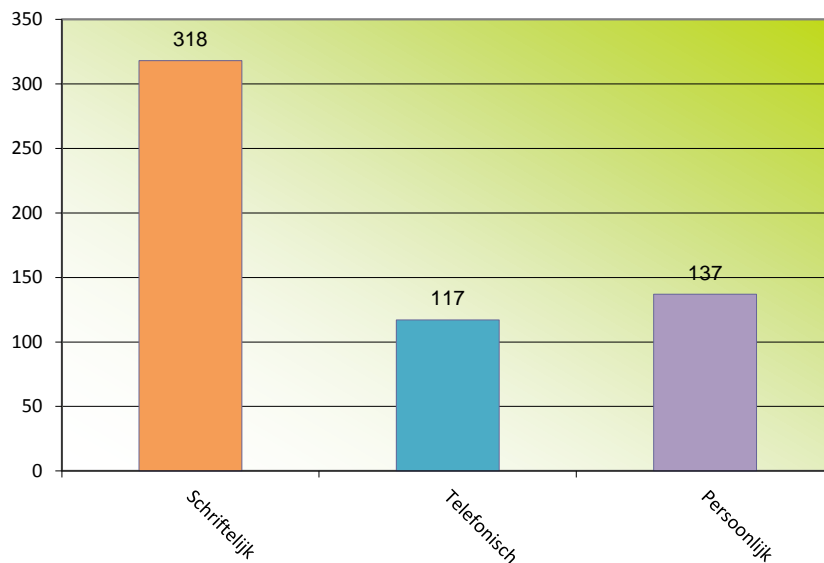
2017 in beeld

Inleiding

In 2017 verwerkte de ombudsdienst van AZ Klina 578 meldingen. Een melding stemt overeen met één fysieke persoon en kan ook meerdere klachten omvatten.

In 367 gevallen ging het effectief om een klacht (192 schendingen van de rechten van de patiënt en 175 klachten van voornamelijk organisatorische, administratieve of facilitaire aard). Daarnaast behandelde de ombudsdienst ook 87 vragen naar informatie, 39 proactieve meldingen en 85 vragen naar afschrift van of inzage in het patiëntendossier.

De meeste meldingen gebeuren schriftelijk. Het aantal telefonische oproepen is aanmerkelijk gedaald ten opzichte van de vorige jaren en dit heeft vooral te maken met een toename van het e-mailverkeer en het gebruik van het contactformulier van de ombudsdienst op de website.



Grafiek 1: vorm van de melding

Klachtenanalyse

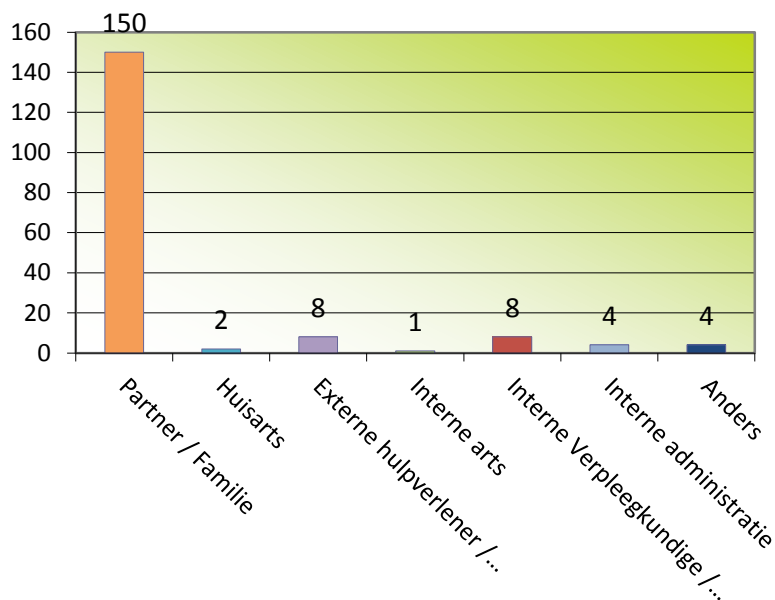
Totaal aantal klachten:	367
Gerelateerd met WPR:	192
Niet gerelateerd met WPR:	175

Wel of niet in het ziekenhuis?

In slechts tien gevallen was de patiënt nog in het ziekenhuis opgenomen bij de melding van de klacht. Vaak dienen mensen pas een klacht in als het herstel niet naar wens verloopt, de factuur in de bus valt, ze hun onvrede hebben besproken met familie en kennissen of in een enkel geval als ze zeker weten dat ze niet onmiddellijk weer in het ziekenhuis moeten zijn.

Wie meldt?

In iets meer dan de helft van de gevallen (190) legt de patiënt zelf de klacht neer. Familie of mensen uit de naaste omgeving van de patiënt vormen een tweede grote categorie (150). In slechts een klein percentage van de geval gaat het om derden. Onder de categorie 'anders' zijn meldingen van vrijwilligers, advocaten, politie en dergelijke ondergebracht.

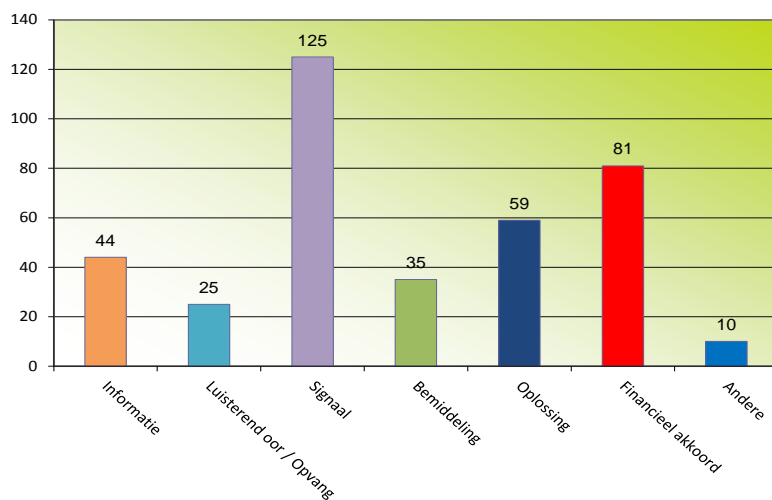


Grafiek 2: relatie melder – patiënt

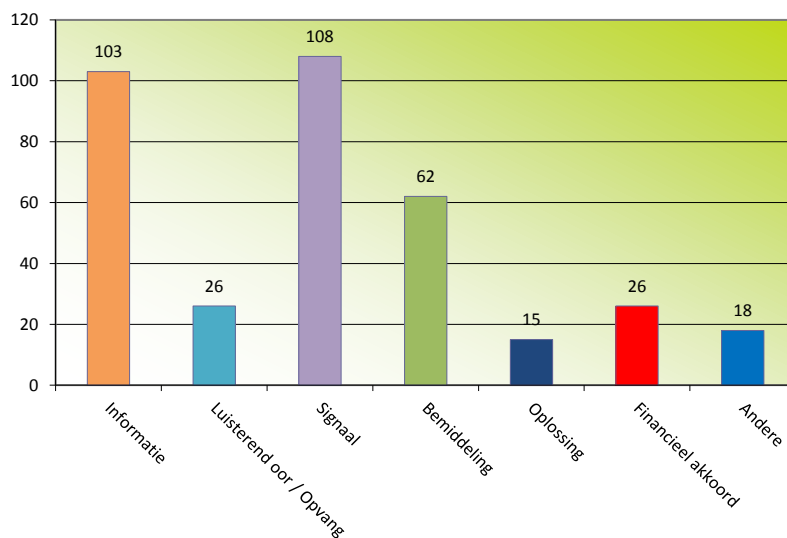


Wat verwacht de patiënt en welk resultaat staat hier tegenover?


De vraag wat een patiënt precies verwacht is cruciaal voor het hele klachtentraject. Informatie? Wil hij zijn verhaal kwijt of wil hij een signaal geven? Wenst hij gebruik te maken van de mogelijkheid tot bemiddeling of zoekt hij een financieel akkoord in de vorm van een correctie van de factuur of een schadevergoeding? Is hij op zoek naar een concrete oplossing voor zijn probleem?



Grafiek 3: verwachting van melder



grafiek 4: resultaat bemiddeling



In de meeste dossiers is er sprake van bemiddeling, maar de ombudsdienst registreert het belangrijkste resultaat om zo een beeld te krijgen van wat er effectief is verwezenlijkt.

Veruit de belangrijkste verwachting is het geven van een signaal. Veel patiënten vinden het belangrijk dat zorgverleners hun opmerkingen serieus nemen en waar mogelijk initiatieven nemen om herhaling in de toekomst te voorkomen. Dit signaal maakt de ombudsdienst over aan de betrokken zorgverlener. Het is niet ongebruikelijk dat deze laatste hier toch op wil reageren en dit alsnog tot een gesprek met de betrokkenen leidt.

Betwistingen van een factuur zijn vaak gebaseerd op ongenoegen of gebrek aan informatie en leiden in bepaalde gevallen effectief tot een correctie van de factuur, een tegemoetkoming of schadevergoeding. In veel gevallen kunnen uitgebreidere informatie of bemiddelingsgesprekken met de betrokken zorgverleners het ongenoegen dat aan de basis ligt van de vraag wegnemen.

De vraag naar een financieel akkoord stijgt gestaag. Vaak gaat het om een schadevergoeding voor verloren voorwerpen of beschadigde goederen of het schrappen van bepaalde honoraria omwille van een in de ogen van de patiënt foute diagnose of incorrecte behandeling.

De verzoeken om informatie variëren van administratieve tot zeer specifieke medische vragen. De ombudsdienst probeert hier de juiste of volledige informatie te verstrekken of de communicatie met de zorgverlener te herstellen.

Onder 'oplossingen' worden concrete tussenkomsten geregistreerd om bijvoorbeeld verloren documenten te vervangen, overlast door luidruchtige bezoekers te beteugelen, patiënten met een beperking goed op te vangen.

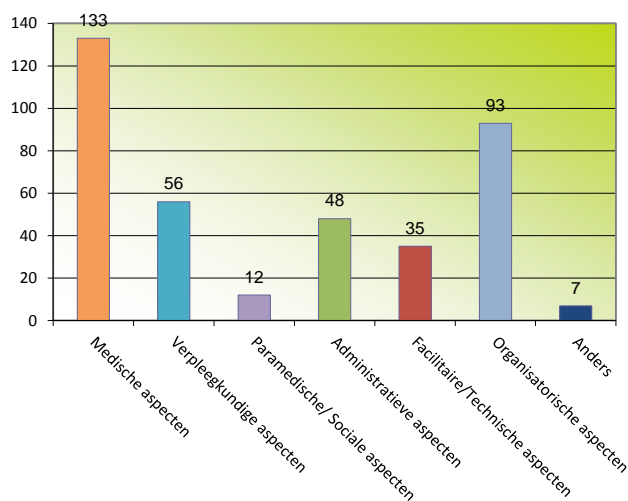
In de categorie 'andere' zijn die verwachtingen en resultaten ondergebracht die niet precies onder een andere hoofding te registreren zijn: excuses, het verzoek voor disciplinaire maatregelen of met betrekking tot 'resultaten' ook die gevallen waar de patiënt eenzijdig het contact heeft verbroken.

Waar klagen patiënten over?

Het is belangrijk voor ogen te houden dat de registratie gebeurt vanuit de perceptie van de klagende patiënt en niets zegt over de gegrondheid en/of ernst van de klacht.

Inhoudelijk wordt het zorgproces opgesplitst in zes blokken waarbij het medisch departement traditioneel het grootste blok vormt.

Binnen de categorie medisch is er ook dit jaar een toename van de klachten met betrekking tot de afdeling spoedgevallen (2017: bijna 21% van het totaal aantal klachten; 2016: 15%, 2015: 13%). Vaak is dit te wijten aan een verkeerde perceptie van de afdeling spoedgevallen, van het begrip 'acute zorg' en de eerstelijnszorg die minder bereikbaar is of gewoonweg wordt overgeslagen. Dit vertaalt zich ook naar klachten van organisatorische (wachttijden) of administratieve aard (factuur).

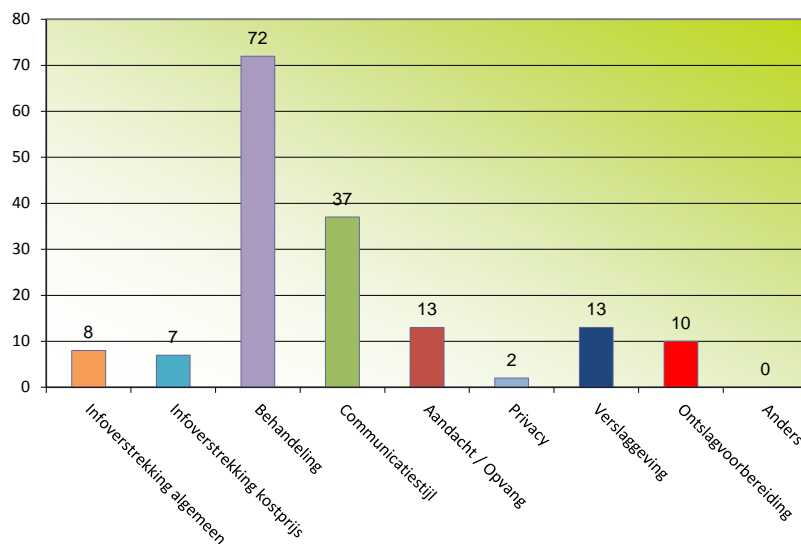


grafiek 5: inhoud van de klacht

Medisch:

De twee belangrijkste aspecten betreffen de behandeling en communicatiestijl. De patiënt is niet of onvoldoende tevreden over de medische behandeling of de behandeling voldoet niet of onvoldoende aan zijn verwachtingen. Daarnaast is er ook ongenoegen over de persoonlijke aandacht of het empathische vermogen van de arts.

Qua verslaggeving en ontslagvoorbereiding klagen patiënten vooral over het doorsturen van verslagen naar huisartsen of externe specialisten en het lange wachten op het effectieve ontslag.



grafiek 6: klacht – medische aspecten



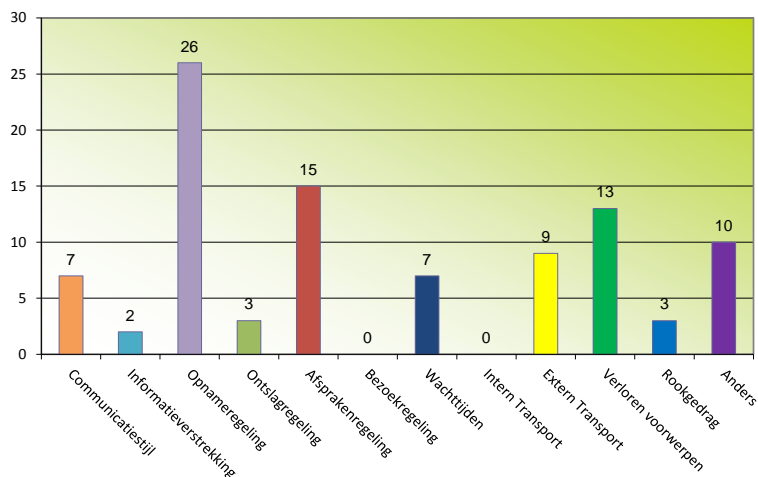
Organisatorisch:

De belangrijkste categorie betreft de opnameregeling. Sinds 1 januari 2017 is er een nieuw opnamebeleid van kracht en dat heeft tot wat onduidelijkheid geleid. De beschikbaarheid van een eenpersoonskamer blijft voor veel patiënten een reden tot klagen.

Patiënten uiten hun ongenoegen over het laattijdig verplaatsen van afspraken, lange wachttijden voor poliklinische bezoeken en de moeilijke telefonische bereikbaarheid van sommige secretariaten.

Het verlies van persoonlijke bezittingen valt ook onder deze categorie.

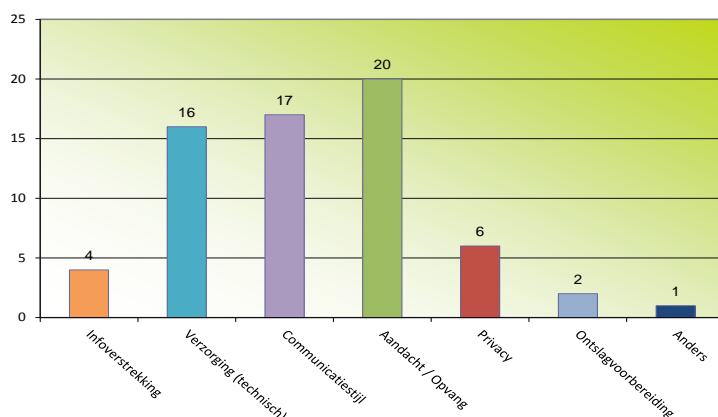
Het externe vervoer zorgt ook voor veel onduidelijkheid bij patiënten. Het is moeilijk hen voorafgaand goed te informeren over de specifieke kosten. Vaak gelden er specifieke afspraken tussen ziekenfondsen en ziekenhuizen die geregeld voor vergissingen en bijgevolg ook hoge kosten voor patiënten zorgen.



grafiek 7: klacht – organisatorische aspecten

Verpleegkundig:

Patiënt uiten vooral hun ontevredenheid over het gebrek aan aandacht en de communicatiestijl van verpleegkundigen. De (technische) verzorging laat in hun ogen soms ook te wensen over.



Administratief

De meeste klachten houden verband met de facturatie. Het gaat hier vooral om de aanrekening van hoge erelonen, problemen met de tussenkomst van de zorgverzekeraar (met name in het kader van overeenkomsten met Nederlandse zorgverzekeraars), het aanrekenen van supplementen bij keuze voor een eenpersoonskamer en dergelijke.

Paramedisch/sociaal

Patiënten uiten hun ongenoegen over de aandacht en opvang, de communicatiestijl en de ontslagregeling.

Facilitair/technisch

De meeste klachten hebben betrekking op de maaltijden, dieetvoorschriften die niet worden gevolgd, de schoonmaak. Ook waren er een klein aantal klachten over telefonie/wifi en de communicatiestijl van medewerkers.

Aanbevelingen

Sensibiliseringscampagne rond acute zorg.

Patiënten zien een spoedafdeling te vaak als een alternatief voor een huisarts van wacht.

Transparantie/toezicht extern transport

Er bestaat veel onduidelijkheid over de prijzen die vervoersmaatschappijen aanrekenen en de terugbetaling door de mutualiteiten.

Specifieke aanbevelingen voor AZ Klina worden in een intern jaarverslag opgenomen.



Klachten over de rechten van de patiënt in cijfers

In totaal behandelde de ombudsdienst 192 klachten die rechtstreeks verband hielden met de rechten van de patiënt.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	175
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	3
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	/
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	5
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	/
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	/
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	/
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	/
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	8
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	1
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	/

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	OLV Ziekenhuis
Adres	Moorselbaan 164 9300 Aalst
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	126
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	844 bedden
Aantal campussen	3 campussen (Aalst, Asse, Ninove)
Naam ombudsperso(o)n(en)	Leen Van Hauwermeiren
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	1/1/2016
Bestaffing	½ jobtime

Lokalisatie dienst	Momenteel is de ombudsdienst perifeer gelegen binnen het ziekenhuis. In 2018 wordt de dienst centraal binnen het ziekenhuis gevestigd.
Registratiesysteem	Er wordt gebruik gemaakt van de Incidententool Iprova
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement is terug te vinden op het Web van het Ziekenhuis (wordt in 2018 verder geactualiseerd)
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Opleiding bemiddeling/ Mediv 2015
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Geen extra vorming omwille van ½ time bestaffing
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Momenteel zijn er aan de OD ruimere taken toebedeeld. De bedoeling is om in de toekomst de samenwerking met Patiëntenrelaties/ Patiëntenservicepunt zo uit te bouwen dat de taken van de OD zich kunnen beperken tot de Patiëntenrechten.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Zie flow Ombudsdienst (in bijlage)

Behandeling van klachten en onvrede
Hoe gaat de organisatie om met klachten?
Alle klachten geformuleerd aan het OLV ziekenhuis worden ernstig genomen. Er wordt een snelle eerste reactie gegeven om nadien antwoorden ten gronde terug te koppelen aan de patiënten. Recidieven worden voorkomen dmv verbetertrajecten, geïntegreerd binnen het Departement Processen en Kwaliteit.
Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
Zie document "Klachtenbehandeling Ombudsdienst" (in bijlage)
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	
<u>Opmerkingen:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven. 	
Aantal klachtendossiers	304
Aantal infodossiers	29
Aantal pro actieve dossiers	4
Aantal opvragingen patiëntendossier	39
Aantal 'andere'	12

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	230
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	17
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	52
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	5
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	11
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	8
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	5
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	1
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	

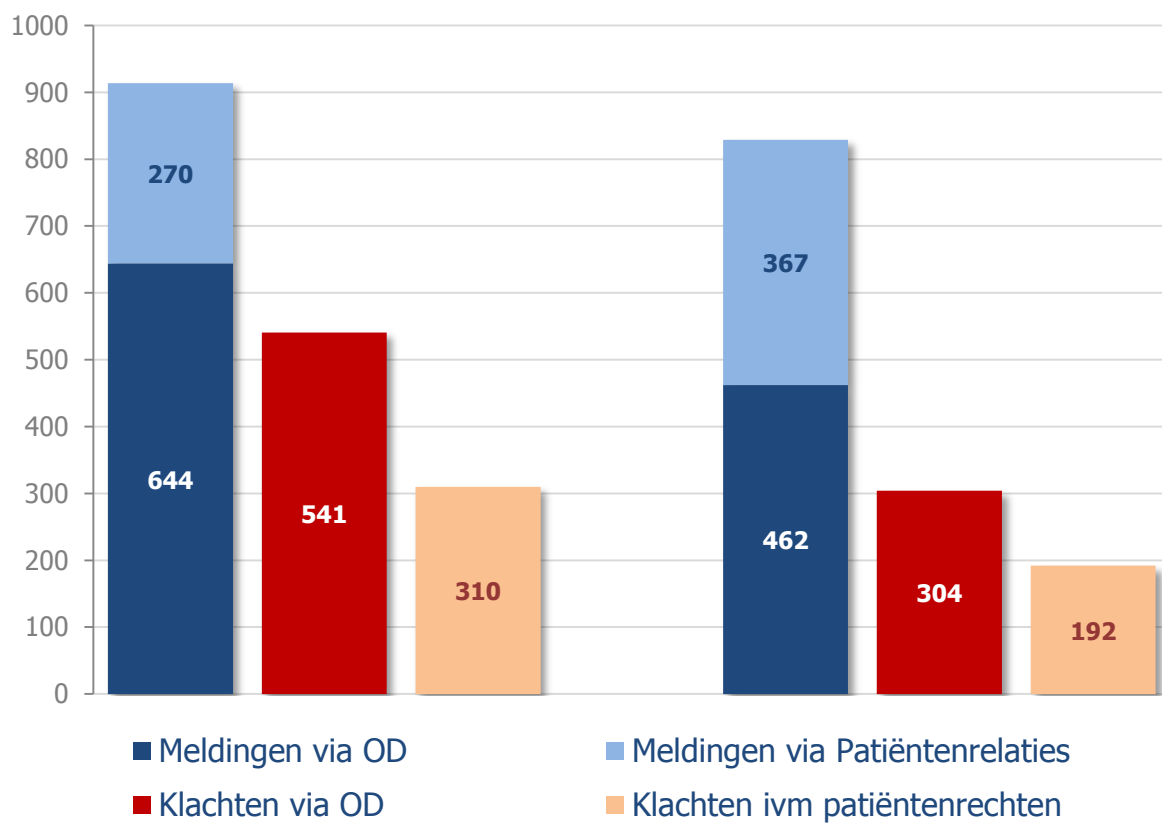
Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

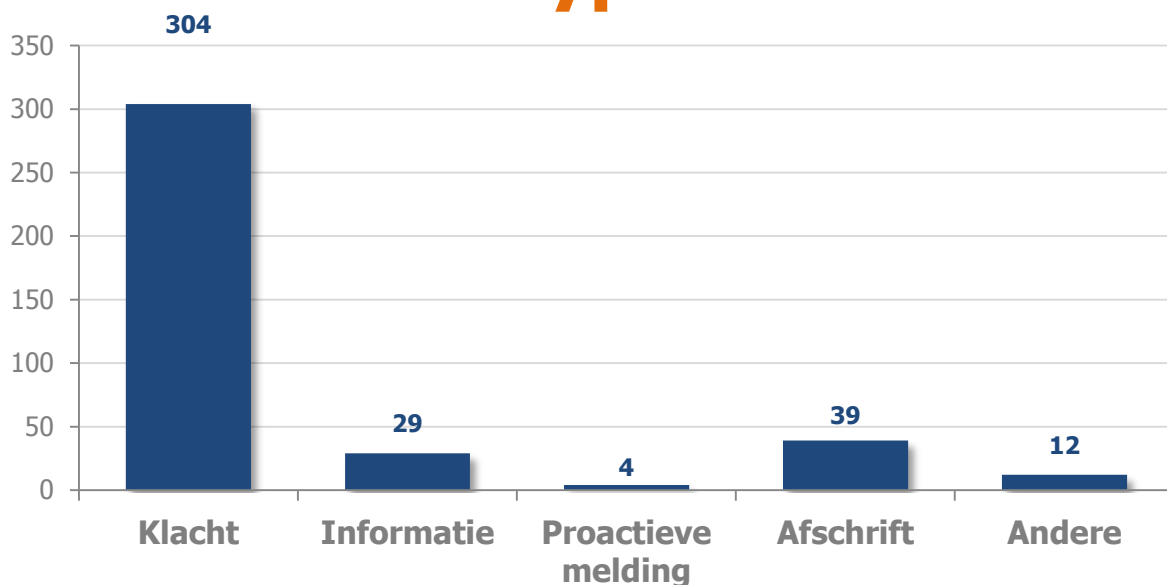
***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

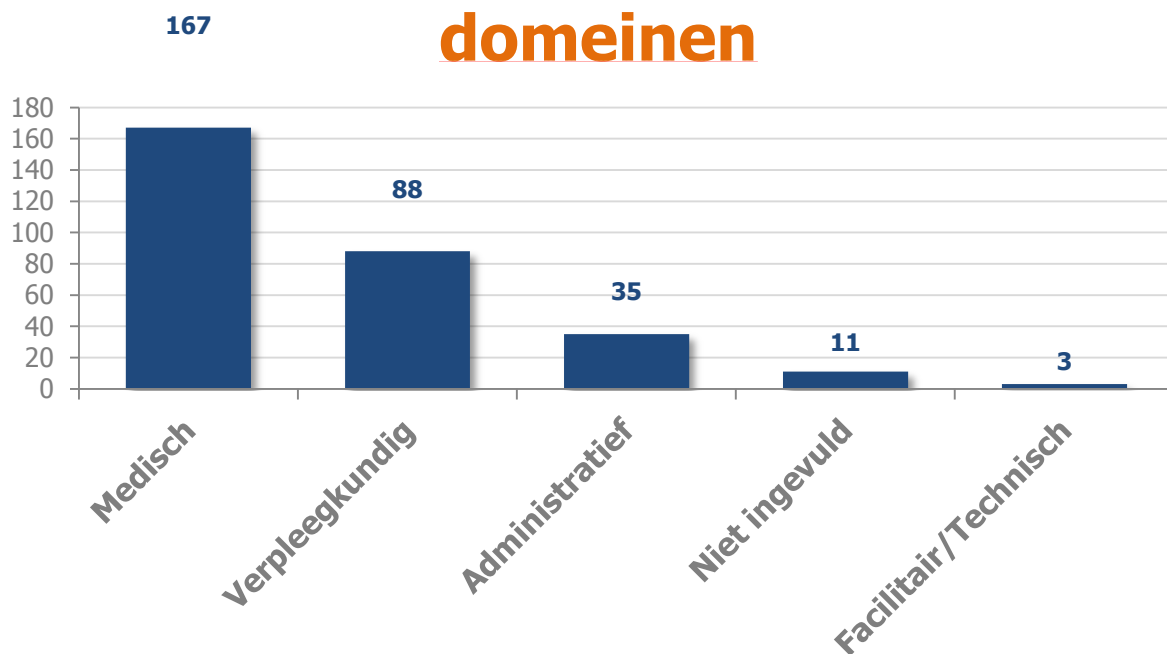
Evolutie klachten tov totaal meldingen 2016- 2017



Meldingen OD volgens type

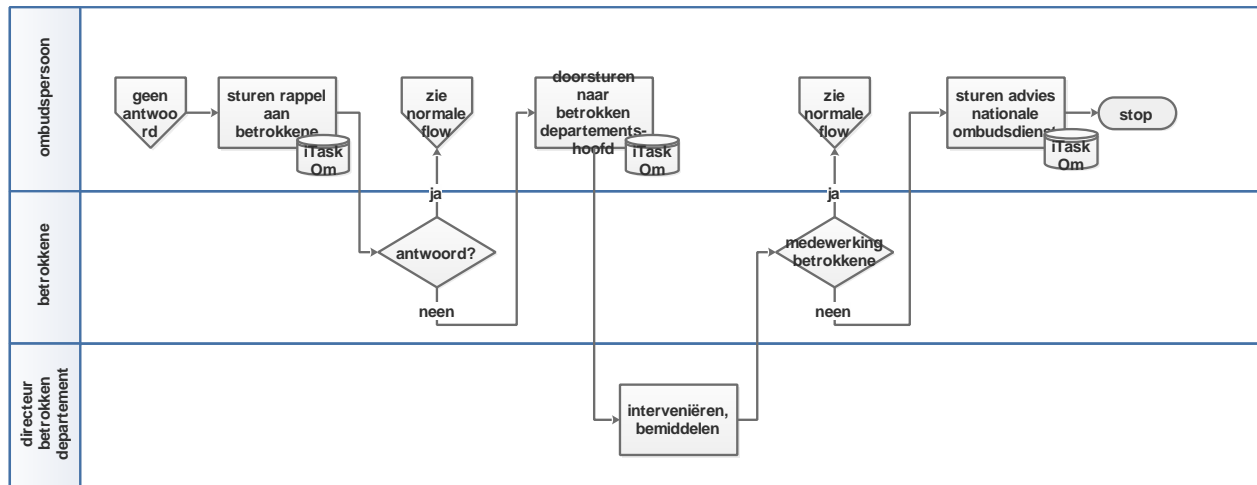
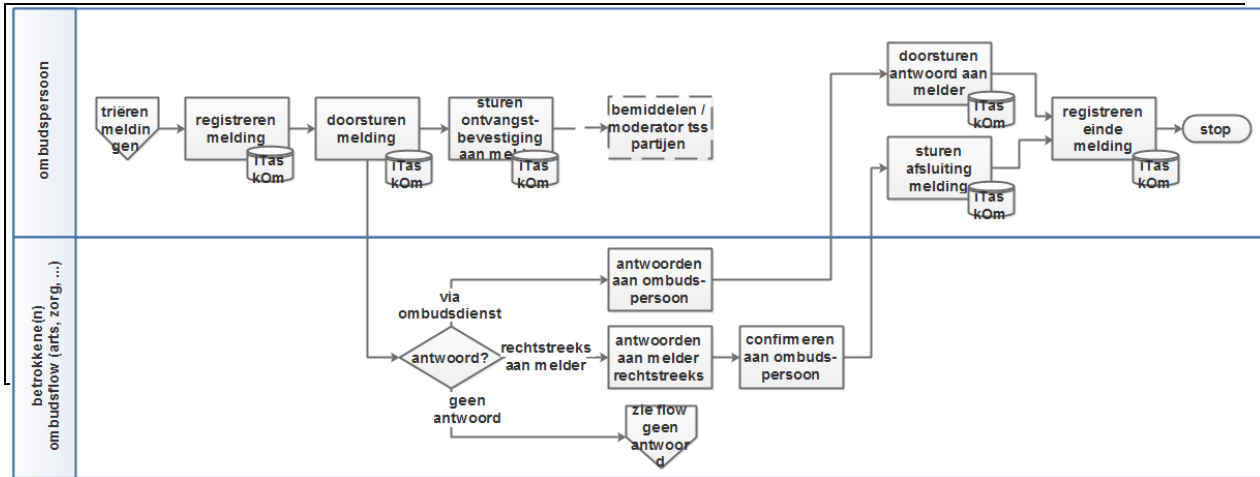


Klachten OD – verschillende domeinen



Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)

Flow klachten Ombudsdienst



Aanbevelingen

- ✓ Flow optimaliseren ivm verloren voorwerpen van patiënten
- ✓ Flow optimaliseren ivm samenwerking Juridische Dienst/Ombudsdienst/Facturatie
- ✓ Flow optimaliseren ivm aanvragen/kanaliseren van medische dossiers van patiënten
- ✓ Samenwerking optimaliseren tussen OD/Patiëntenrelaties/Patiëntenservicepunt
- ✓ Artsen informeren ivm flow Ombudsdienst om samenwerking te optimaliseren

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Document : Klachtenafhandeling Ombudsdienst

Toepassingsgebied:

OLV Ziekenhuis, campus Aalst, Asse en Ninove

1. Inleiding

Klachten van externe klanten (patiënten en hun naasten) binnen het O.L. Vrouwziekenhuis komen zowel mondeling als schriftelijk op verschillende diensten en niveaus in de organisatie binnen. Elke klacht wordt volgens deze procedure opgevangen en afgehandeld.

Klachten worden vaak geuit op de plaats waar ze ontstaan, rechtstreeks bij de zorgverlener of bij de hiërarchisch verantwoordelijke. Op deze klachten wordt best meteen ingegaan, door de zorgverlener zelf of eventueel samen met de hiërarchische verantwoordelijke. Op die manier worden heel wat klachten onmiddellijk behandeld.

2. Doel

De ombudspersoon handelt de klacht af a.d.h.v. een klachtenprocedure (zie bijgevoegde flowchart). Zowel schriftelijke als mondelinge klachten i.k.v. de patiëntenrechten en niet-patiëntenrechten gerelateerde klachten zijn onderworpen aan deze procedure.

Patiënten of diens vertegenwoordigers die de ombudspersoon rechtstreeks contacteren, worden steeds aangespoord om hun klacht zoveel mogelijk eerst met de betrokken zorgverstrekkers te bespreken. Klachten die niet tussen de directe betrokkenen kunnen worden opgelost, worden aan de ombudspersoon schriftelijk of mondeling voorgelegd.

3. Inhoud

Stappen bij ontvangst van een klacht:

Klachten m.b.t. patiëntenrechten (medische, verpleegkundige en paramedische klachten)

De klager krijgt een ontvangstbevestiging van de ingediende klacht (enkel in geval van een schriftelijke klacht of op vraag van de klager)
De klacht wordt beoordeeld op zijn ontvankelijkheid
Indien nodig wordt de klager gecontacteerd als er nog vragen of onduidelijkheden zijn bij de geformuleerde klacht
De ombudspersoon peilt naar de verwachtingen en maakt verdere afspraken.
Indien nodig wordt er een gesprek gepland om de klacht mondeling te verduidelijken
Wanneer de klacht en de verwachtingen duidelijk zijn, verzamelt de ombudspersoon de gegevens.
De ombudspersoon spreekt de betrokken medewerker/aangeklaagde aan en bezorgt hen informatie over de klacht.
De ombudspersoon vraagt naar de bereidheid van de medewerker/aangeklaagde om tot een oplossing van het probleem te komen
Indien de betrokken partijen bereid zijn om een bemiddeling te starten, dan wordt geïnformeerd over de organisatie, de werking en de procedure van de ombudsdienst (vertrouwelijkheid, ...) en worden de functionele voorwaarden voor de uitoefening van de ombudsdienst toegelicht (onafhankelijkheid, beroepsgeheim, neutraliteit en onpartijdigheid)

Stappen bij de concrete klachtenafhandeling:

De bemiddeling kan telefonisch gebeuren of d.m.v. een persoonlijk gesprek
Dit gesprek heeft plaats in het ziekenhuis met alle betrokken partijen
De ombudspersoon stelt steeds voor of de betrokken partijen niet eerst rechtstreeks de klacht willen bespreken bv. Arts – patiënt
De ombudspersoon geeft advies en stimuleert beide partijen om hun onvrede bespreekbaar te maken, hun verwachtingen en voorstellen te uiten en op die manier te komen tot een consensus
Indien nodig organiseert en modereert de ombudspersoon een bemiddelingsgesprek
Als er geen consensus bereikt wordt, verwijst de ombudspersoon naar mogelijke alternatieven, conform de wettelijke bevoegdheid.
Na deze afhandeling wordt de klacht schriftelijk geregistreerd, in functie van de minimale wettelijke bepalingen

Specificaties

Bij ernstige incidenten of hoogdringende klachten die het ziekenhuis kunnen schaden dient de ombudspersoon de directie hierover in te lichten bv. reputatiedreiging; acute dreiging tot permelding; seksuele intimidatie; veelvuldige klachtmeldingen omtrent de beroepsuitoefening;...

- Confidentialiteit cel:
Bij een acute crisis kan de bevoegde directie, al dan niet samen met de ombudspersoon, de confidentialiteit cel samenroepen.
Deze cel bestaat uit de algemeen directeur, de medisch directeur, de beleidscoördinator, de bedrijfsjurist en de ombudspersoon.
De confidentialiteit cel beoordeelt, adviseert en controleert de crisis.
- Indien de klager aan de ombudspersoon vraagt om de klacht ter kennisgeving over te maken aan de directie, vraagt deze eerst het akkoord aan de betreffende arts en dit met het oog het beroepsgeheim van de ombudspersoon niet te schaden.
- Bij akkoord van de betreffende aangeklaagde maakt de ombudspersoon de klacht over aan de departementale directie en/of algemeen directeur.
Bij negatief advies van de aangeklaagde zal de ombudspersoon de klager adviseren de klacht ten persoonlijke titel over te maken aan de directie.

- Rapporteringscommissie
 - Leden: ombudspersoon, algemeen directeur, medisch directeur, afgevaardigde van de Medische Raad, verpleegkundig en paramedisch directeur;
 - samenkomst: 2 x per jaar, op afroep van de ombudspersoon;
 - overzicht van geanomiseerde klachten;
 - na de rapporteringscommissie wordt de Raad van Bestuur semesterieel toegelicht.

Klachten m.b.t. organisatorische, facilitaire en administratieve aspecten

Deze klachten worden in tegenstelling tot de klachten m.b.t. de patiëntenrechten rechtstreeks overgemaakt aan de algemeen directeur, departementale directies en het betreffende diensthoofd. Een antwoord wordt via de ombudspersoon overgemaakt aan de klager/melder.

Klachten onder vorm een dagvaarding, correspondentie van een advocaat of onder vorm van correspondentie van het Fonds voor Medische Ongevallen worden afgehandeld door de bedrijfsjurist.

Klachten waarbij juridisch-formeel de aansprakelijkheid van het ziekenhuis en artsen in het gedrang komt, worden gecentraliseerd op het directiesecretariaat. Daar wordt de aangifte "burgerlijke aansprakelijkheid" opgesteld en overgemaakt aan de verzekeringsmaatschappij na voorafgaandelijke toestemming van de arts en/of ziekenhuis. Alle verdere briefwisseling met de verzekeringsmaatschappij verloopt via de bedrijfsjurist/directiesecretariaat van het ziekenhuis. De verschillende kanalen voor klachtenopvang werken nauw samen omdat de klacht vaak meerdere dimensies heeft. Men weigert bv. een betaling omwille van een onheuse behandeling of resulteert de klacht in een eis tot schadevergoeding. De ombudsdienst heeft regelmatig overleg met het administratief en juridisch departement ivm geblokkeerde facturen.

Verzoek tot inzage- en/of afschrift patiëntendossier

Patiënten en/of hun vertegenwoordigers hebben conform het KB van 22 augustus 2002 recht op inzage en/of afschrift van het dossier (art. 9 §2 en §3).

Het verzoek tot inzage en/of afschrift van het dossier kan via de behandelende arts, ombudspersoon gebeuren:

- Een verzoekformulier met de benodigde gegevens wordt ingevuld door de patiënt of zijn vertegenwoordiger, de ouders of voogd van minderjarigen of de verwanten van overleden patiënten.
- Het verzoek kan eveneens via een e-mail aan de ombudspersoon worden gericht, tesamen met een kopie van de identiteitskaart van de patiënt.
- De betrokken arts wordt hiervan in kennis gesteld.
- Het betreffende dossier wordt binnen de 15 dagen na ontvangst ter beschikking gesteld van of bezorgd aan de patiënt/verzoeker.

4. Referenties

4.1 Gerelateerde documenten

[Huishoudelijk reglement Ombudsdienst](#)

4.2 Wetgeving

[Wet 22 augustus 2002](#) betreffende **de rechten van de patiënt**, B.S. 26 september 2002

Einde document



Jaarverslag
t.a.v. Vlaamse ombudsman

lokale ombudsdienst
az groeninge kortrijk

kalenderjaar 2017

INHOUD

Inleiding	1
Instellingsgebonden informatie	8
Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst	10
a. Aantal aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge	11
b. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge kalenderjaar 2017: overzicht categorieën	11
c. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge: evolutie over de categorieën 2015–2016– 2017	12
d. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge : overzicht per maand – kalenderjaar 2017	13
e. Vorm van het eerste contact met de ombudsdienst az groeninge: evolutie 2015-2016-2017	13
Klachtendossiers 2017 ombudsdienst az groeninge	14
Bijkomende informatie / opmerkingen	18
Aanbevelingen ombudsdienst az groeninge	19
Tot slot	20

Jaarverslag van de lokale ombudsdienst 'az groeninge kortrijk'
t.a.v. de Vlaamse ombudsman

KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
---------------------------	------------------------------

In l e i d i n g

Dit jaarverslag biedt in hoofdzaak het klachtenbeeld in relatie tot de 'rechten van de patiënt' waarvan de ombudsdienst van az groeninge in het kalenderjaar 2017 kennis nam.

Het jaarverslag biedt geen beeld omtrent de uitingen van ongenoegen/onvrede die de zorgverstrekkers en de diverse formele aanspreekpunten (* zie pag. 6: procedure bij klachten: de ombudsdienst als tweede lijn) binnen az groeninge detecteren, opvangen en behandelen.

De rechtstreekse opvang van ongenoegen is daarenboven een basiswaarde die az groeninge verwacht van zijn artsen, medewerkers en diensten.

Daarenboven vindt az groeninge het belangrijk om de mening van de patiënt te kennen. De patiënt kan zijn mening kwijt via verschillende kanalen.

Twee keer per jaar wordt de mening van patiënten bevroegd via enquête – de Vlaams Patiëntenpeiling binnen het Vlaams indicatorenproject VIP2 georganiseerd door de Vlaamse overheid.

Daarnaast worden patiënten via e-mailadres enkele dagen na hun hospitalisatie of consultatie een korte online tevredenheidsbevraging aangeboden.

Bij opname in het ziekenhuis krijgt de patiënt de kans om ervaringen of suggesties neer te schrijven op het welkomstkaartje dat zich bevindt op de kamer of in de gang. Bij kennis van de contactgegevens wordt de patiënt gecontacteerd om dieper in te gaan op de ervaringen of opmerkingen.

Het patiëntenforum is een raad samengesteld uit vertegenwoordigers van patiënten. De raad denkt na over ervaringen van patiënten en hun naasten, over voorstellen of ideeën. Het forum komt twee keer per jaar samen. Daarnaast reageren we onmiddellijk op actuele topics via een online forum.

Verbetersuggesties of bezorgdheden over patiëntveiligheid en kwaliteit kunnen rechtstreeks doorgegeven worden aan de dienst kwaliteit via mail. Indien hierbij concrete verwachtingen kan daarnaast de ombudsdienst gecontacteerd worden

Het klachtenbeeld 'rechten van de patiënt' vormt slechts een beperkt onderdeel ten opzichte van het totaal aantal klachtmeldingen die de ombudsdienst az groeninge het afgelopen kalenderjaar heeft ontvangen.

In 2017 kwamen 850 aanmeldingen binnen die wij als klacht hebben geregistreerd, hiervan waren er 340 aanmeldingen/dossiers die in relatie stonden tot de materie rechten van de patiënt (40%). Deze 340 aanmeldingen resulteerden in 419 patiëntenrechten die als geschonden werden ervaren (zie pag. 15).

Binnen het huishoudelijk reglement van de ombudsdienst van az groeninge beschouwen wij als klacht: *“iedere niet-anonieme uiting van ongenoegen of ontevredenheid over het zorgproces of de zorgomkadering van patiënten in het ziekenhuis. De beleving van de melder geldt als uitgangspunt, onafgezien of er een objectief tekort is in het zorgproces of in de zorgomkadering.”*

De overige 510 klachten (60%) hebben betrekking op organisatorische aspecten (wachtlijnen, parkeerbeleid, verlies persoonlijk materiaal, ...), administratief-financiële aspecten (facturatiebedrag, facturatieproces, infoverstrekking administratief-financieel,...), infrastructurele-technische aspecten (defecten, comfort, lawaaihinder,...) en facilitaire aspecten (maaltijden, catering, schoonmaak) van az groeninge die patiënten en/of familie meldden.

Wij merken binnen dit werkingsterrein net de grootste toename van het aantal aanmeldingen, quasi een verdubbeling ten opzichte van de vorige jaren. Van 262 in 2015, 275 in 2016 naar 510 in 2017.

De brede opstelling van de ombudsdienst maakt het naar de aanmelder toe eenvoudig en laagdrempelig om zijn ongenoegen (onvrede) te uiten. De aanmelder dient zich geen vragen te stellen inzake bevoegdheid van de ombudsdienst bij het behandelen van het ongenoegen/de klacht, het is voor de aanmelder duidelijk waar hij terecht kan. Omwille van deze brede opstelling kan de ombudsdienst ook elementen detecteren die behoren tot het primaire werkingsgebied met name het behartigen van patiëntenklachten die in relatie staan tot de wet patiëntenrechten.

Vb. Een ongenoegen omwille van een factuur vanuit het ziekenhuis kan strikt financieel bekeken worden, maar soms kan het ongenoegen het gevolg zijn van een zorgverstrekking die niet gelopen is volgens de verwachtingen van de patiënt en/of de zorgverstrekking als niet-kwalitatief ervaren heeft. Hierdoor kan de aanmelder onmiddellijk bij de ombudsdienst terecht. Dit maakt tevens dat de ombudsdienst deze aanvankelijk financiële klacht kan vertalen naar het geschonden patiëntenrecht inzake kwalitatieve zorgverstrekking. In dergelijke context zal de verdere aanpak zich situeren binnen de relatie zorgverstrekker- patiënt. Vanuit de ombudsdienst worden dan ook bemiddelingsgerichte initiatieven genomen. Dergelijke opvolging draagt soms bij tot een vorm van herstel van de vertrouwensrelatie zorgverstrekker – patiënt.

De ombudsdienst az groeninge kreeg in 2017 een erg grote toename van het aantal aanmeldingen. In 2016 waren dit er nog 895, in 2017: 1239 (+ 344) .

Op 7 december 2016 nam de ombudsdienst zijn intrek in campus kennedylaan. Dit was net vóór de grote verhuisoperatie en de sluiting van campus burgemeester vercruysselaan en campus loofstraat.

De inplanting van de ombudsdienst op campus kennedylaan heeft de toegankelijkheid van de dienst duidelijk doen toenemen. Dit resulteert tevens in een nog laagdrempeligere opstelling van de dienst. Quasi dagelijks bieden patiënten of familie zich spontaan (onaangekondigd) en persoonlijk aan bij de burelen van de dienst (in 2017: 145 – in 2016: 69 - een verdubbeling van het aantal persoonlijke aanmeldingen).

Het is ook de keuze van az groeninge om de ombudsdienst een laagdrempelige opstelling toe te bedelen, dit vertaalt zich in de personeelsomkadering van de ombudsdienst (zie p. 8). Deze bestaffing stelt de ombudsdienst in staat om alle weekdays ter beschikking te staan van 9u-12u en van 13u-16u. Daarenboven kan er een afspraak worden gemaakt.

De grotere instroom van aanmeldingen (+ 344 = + 38 %) heeft tot gevolg dat de ombudsdienst het voorbije jaar prioriteit heeft gelegd naar de rechtstreekse opvolging van de aanmeldingen. Het registratiegebeuren diende basic te worden gehouden om verder garant te kunnen staan inzake dienstverlening en opvolging naar de aanmelder en de organisatie toe. Dit heeft ervoor gezorgd dat wij op vandaag een registratieachterstand hebben opgelopen, die in het kader van de opmaak van het jaarverslag, belangrijke gevolgen met zich mee brengt. Hierdoor kunnen wij op heden diverse aspecten zoals doorlooptijd, resultaat van afhandeling en een diepgaande klachtenanalyse omtrent de aspecten niet opnemen in de jaarverslaggeving die u op heden wordt aangeboden.

Daarnaast is er nog het striktere tijdsvenster van aanlevering van het jaarverslag dat door de Vlaamse overheid werd vooropgesteld, dit brengt sowieso reeds diverse beperkingen met zich mee.

Vanaf dit jaar – kalenderjaar/registratiegegevens 2017 – dient het jaarverslag tegen 10 februari van het volgend kalenderjaar aangeboden te worden aan de Vlaamse ombudsman. Tot vóór 01/01/2016 werd de jaarverslaggeving van de lokale ombudsfuncties “rechten van de patiënt”- steunend op het Koninklijk Besluit van 08/07/2003 - uiterlijk in de loop van de vierde maand van het daarop volgend kalenderjaar (uiterlijk op 30/04) overgemaakt aan de Federale Commissie ‘rechten van de patiënt’. Daarnaast legde dit Koninklijk Besluit vast dat het jaarverslag tevens werd overgemaakt aan de beheerder, de hoofdgeneesheer, de directie en de medische raad van het ziekenhuis.

Omwille van dit nieuwe tijdsvenster kunnen tevens de resultaten van de benchmarking die door VVOVAZ (Vlaamse beroepsvereniging Ombudsfunctie van Alle Zorgvoorzieningen) wordt georganiseerd, niet opgenomen worden. De activiteitgegevens van het voorbije kalenderjaar van de zorginstellingen zijn zo vroeg in het jaar nog niet ter beschikking, onder andere de klachtenratio kan dus niet berekend worden.

Dit alles maakt dat naast de opmaak van dit jaarverslag ten aanzien van de Vlaamse overheid, er tevens een ruimer en diepgaander intern jaarverslag zal worden opgemaakt.

Uit het aantal meldingen – 1239 in 2017 - kunt u opmaken dat de invulling van de ombudsdienst van az groeninge breder is dan louter opvang, opvolging en bemiddeling bij klachten.

Hierbij neemt u kennis van het volledige werkterrein van de ombudsdienst van az groeninge:

Uit het wettelijk kader, het ‘huishoudelijk reglement van de ombudsfunctie van vzw az groeninge’ en de ‘procedure bij klachten az groeninge’ evolueerde het werkingsgebied van de ombudsdienst az groeninge naar vier grote domeinen:

1. Opvolging van diverse meldingen (klachten, vragen naar informatie, signalen,...) m.b.t. de gezondheidszorg az groeninge en de ruime omkadering van deze zorg – invalshoek: ‘bemiddeling’ – bemiddelingsgerichte initiatieven.
2. Administratief-financieel begeleidende, ondersteunende en coördinerende rol bij de opvolging van vragen tot inzage of afschrift van een gedeelte of van het geheel van het patiëntendossier (onder supervisie van de medisch directeur az groeninge), dit volgens de bepalingen van de (geactualiseerde) procedure afschrift/inzage az groeninge van 15 december 2010. De ombudsfunctie biedt ook ondersteuning bij de opvolging van vragen naar inlichtingen en/of documenten door het Fonds voor Medische Ongevallen.
3. Aanspreek- en opvolgingspunt verlies / schade persoonlijk materiaal van de patiënt.
4. Aangifte in overleg met de juridische dienst van het ziekenhuis en opvolging van verzekeringsdossiers patiëntgebonden schade (polis burgerlijke aansprakelijkheid ziekenhuis en groepspolis burgerlijke aansprakelijkheid geneesheren).

Wij staan hieronder nog even stil bij volgende hierboven benoemde aspecten:

- Wettelijk kader waarbinnen een ombudsdienst van een zorgvoorziening zich situeert
- Huishoudelijk reglement van de ombudsfunctie van vzw az groeninge
- Procedure bij klachten: de ombudsdienst als tweede lijn

I. Wettelijk kader waarbinnen een ombudsdienst van een zorgvoorziening zich situeert:

Ter verzekering van de rechten bepaald in de wet, wordt aan de patiënt een recht op “klachtenbemiddeling” toegekend. Om de naleving van dit recht in de praktijk te garanderen, dient elk ziekenhuis sinds 1 november 2003 te beschikken over een ombudsfunctie.

De werkingsprincipes van de ombudsfunctie in een ziekenhuis hebben een wettelijke basis in het Koninklijk Besluit van 8 juli 2003 (Belgisch Staatsblad 26 augustus 2003) aangevuld met het Koninklijk Besluit tot wijziging van het Koninklijk Besluit van 8 juli 2003 houdende vaststelling van de voorwaarden waaraan de ombudsfunctie in de ziekenhuizen moet voldoen (Koninklijk Besluit van 19 maart 2007 – Belgisch Staatsblad 12 april 2007), waarin ondermeer de voorwaarden worden beschreven waaraan de ombudsfunctie moet voldoen.

Binnen az groeninge werd de ombudsfunctie formeel geïnstalleerd op 10/09/2003. Reeds ervoor was er een campusoverschrijdende “centrale klachtenbehandeling”

Het Koninklijk Besluit van 8 juli 2003 kent aan de ombudspersoon volgende opdrachten toe:

1. het voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen;
2. het bemiddelen bij klachten met het oog op het bereiken van een oplossing;
3. het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een oplossing;
4. het verstrekken van informatie over de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie;
5. het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een klacht;
6. het beheren van documenten en gegevens voortvloeiende uit klachten en de werking van zijn dienst;
7. het opmaken van een jaarverslag met een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat van de tussenkomst.

Via Koninklijk Besluit van 19 maart 2007 werden een aantal specificaties met betrekking tot de werking toegevoegd:

- onverenigbaarheden tussen de ombudsfunctie en andere functies
- opsomming van administratieve middelen
- specificatie van het verloop van de bemiddeling

De minister van sociale zaken en volksgezondheid vestigde per omzendbrief van 6 juli 2010 nogmaals expliciet de aandacht op deze basisprincipes inzake onafhankelijkheid en neutraliteit van de ombudsfunctie ‘rechten van de patiënt’.

II. Huishoudelijk reglement van de ombudsfunctie az groeninge:

Conform artikel 10 van het Koninklijk Besluit van 8 juli 2003 zijn de specifieke modaliteiten van de organisatie, werking en klachtenprocedure van de ombudsfunctie vastgelegd in een *huishoudelijk reglement*.

De eerste versie van het huishoudelijk reglement van de ombudsfunctie az groeninge dateert van 28/01/2004. De raad van bestuur van az groeninge keurde daarna 2 actualisering en goed,

respectievelijk op 15/12/2010 (interne noodzaak + visitatie + bijsturing onwettelijkheden) en op 10/07/2014 (indiensttreding nieuwe ombudspersoon).

In het huishoudelijk reglement blijkt de duidelijke keuze van az groeninge om het domein van de klachtenbemiddeling door de ombudsfunctie *breder* te omschrijven dan de wettelijke werkingsfeer.

Het wettelijk vastgelegd werkdomein beperkt zich tot de *rechten van de patiënt* ten aanzien van (*welomschreven*) *beroepsbeoefenaars*.

az groeninge kent onder de rubriek 'voorwerp van het reglement' in het huishoudelijk reglement aan de ombudsfunctie expliciet de bevoegdheid toe *om klachten te behandelen die betrekking hebben op de gezondheidszorg beoefend door beroepsbeoefenaars in az groeninge alsmede klachten betreffende de omkadering van deze zorg*.

Het huishoudelijk reglement expliciteert verder ondermeer de identiteit van de ombudspersonen en –medewerkers, en legt onder de rubriek 'bereikbaarheid' concreet de locatie, openingsuren en coördinaten vast.

Het huishoudelijk reglement benadrukt dat in de *werking van de ombudsdienst az groeninge* het *accent ligt op 'bemiddeling'* eerder dan op 'behandeling.'

De ombudspersoon treedt hierbij in contact met alle bij de klacht betrokken personen en/of diensten, met transparantie als onderliggende filosofie. Eens een ombudsdossier geopend, blijft de ombudspersoon eigenaar van het dossier en coördineert deze het verder verloop.

Werking:

De ombudsdienst az groeninge stelt zich zoals wettelijk bepaald bemiddelend op vanuit een neutrale, onpartijdige houding met respect voor het beroepsgeheim.

Dit houdt onder andere in dat indien de aanmelder een klacht formuleert naar de directie en de klacht door de directie ter verdere opvolging wordt overgemaakt aan de ombudsdienst, er bij de aanmelder steeds wordt afgetoetst of de ombudsdienst een mandaat krijgt ter verdere opvolging.

Aanmeldingen die louter een sanctie verwachten, kunnen na het helder stellen van de verwachtingen, desgewenst doorverwezen worden naar de directe lijnverantwoordelijken of directie

De ombudsdienst poogt bij elke aanmelding steeds persoonlijk contact op te nemen met de aanmelder. Ook in geval de aanmelding initieel via mail gebeurt (belangrijk aandeel zie p. 13). Hierbij worden de verdere verwachtingen afgetoetst. Indien de aanmelder niet de patiënt is, wordt gepeild in welke mate de klacht/het ongenoegen ook gedeeld wordt door de patiënt. De ombudsdienst beschouwt de vertrouwensrelatie patiënt – zorgverstrekker als een belangrijk gegeven en wil door interventies vanuit de ombudsdienst deze niet schaden of in het gedrang brengen. Een mandaat van de patiënt vormt hierin, waar mogelijk, een steeds af te toetsen aspect. Af en toe ervaren we dat de patiënt er soms een andere mening op nahoudt dan zijn directe omgeving.

De verwachtingen van de patiënt / aanmelder worden helder geplaatst. Deze kunnen gaan van signaal, luisterend oor/ opvang, oplossing aanreiken, financieel akkoord (schadeclaim, wijziging factuur (correctie – aanpassing), annulering factuur, herziening van de invorderingskosten), tussenkomst voor verlies van persoonlijk materiaal of schade berokkend aan het persoonlijk materiaal door een medewerker van az groeninge.

Er wordt afgetoetst of er ruimte is tot rechtstreeks gesprek/communicatie, vaak wordt er pendelbemiddeling tussen de partijen opgestart. Meer en meer pogen we de partijen samen te brengen. Dit laatste geeft veelal aan "beide" partijen het positiefste resultaat.

- Een belangrijk uitgangspunt in de werking is de rechtstreeks interne betrokkene (zorgverstreker–medewerker) te contacteren. Absoluut bij bejegeningklachten (die vallen voor beroepsbeoefenaars onder het KB 78 onder het patiëntenrecht “recht op kwalitatieve zorgverstrekking”). Hier speelt tevens het wettelijk vastgelegd beroepsgeheim van de ombudspersoon een belangrijke rol!

Waar ervaren wordt dat er nood is aan vertaling naar de organisatie toe – o.a. in kader van kwaliteitsverbetering en bijsturing- wordt bekeken wie of welk orgaan betrokken wordt.

Naar de individuele zorgverstreker is er minstens een sensibiliserend effect naar de toekomst toe.

Vrij vaak wordt er initiatief genomen naar de lijnverantwoordelijken (directielid, zorgmanager, manager, afdelingshoofd, hoofdverpleegkundige, eventueel medisch diensthoofd,...), diensten (o.a. de dienst kwaliteit), interne werkgroepen, bevoegd orgaan vb. comité voor ziekenhuishygiëne, comité voor informatieveiligheid, enz....

Het vormt voor de ombudsdienst van az groeninge een constante bekommernis om waar mogelijk signalen en input te geven voor verbetering en bijsturing.

III. Procedure bij klachten: de ombudsdienst als tweede lijn

De principes van de ombudsdienst situeren zich binnen het kader van de “**procedure bij klachten**” in az groeninge.

Binnen az groeninge wordt van iedere zorgverstreker en medewerker een actieve rol verwacht bij elke vorm van ontevredenheid of klacht. Er wordt van uit gegaan dat deze **nulde lijn** binnen haar mogelijkheden een inspanning doet om ongenoegen of vragen naar informatie op te vangen en hierover actief te communiceren.

Op niveau van de **eerste lijn** kunnen de dienst, de geneesheer-titularis, de directe lijnverantwoordelijke (vb. hoofdverpleegkundige, medisch diensthoofd, afdelingshoofd) een belangrijke rol spelen in de opvang van ongenoegen of klachten.

Het onthaal, het financieel infopunt en de helpdesk debiteuren blijken meermaals als formeel eerstelijns en laagdrempelig aanspreekpunt te fungeren.

Deze formele eerstelijns–aanspreekpunten, georganiseerd in functie van dienstverlening, informatieverstrekking en klachtenmanagement, hebben van de organisatie een expliciet mandaat gekregen om bepaald ongenoegen/klachten op te vangen en verder op te volgen.

Het *onthaal* kreeg onder andere een mandaat in het opvolgen van meldingen met betrekking tot de parking (problemen met betaalautomaten, slagboom, parking personen met een beperking,...).

De *helpdesk van de debiteurenafdeling* (telefonisch en via mail bereikbaar) – het *financieel infopunt* (persoonlijk bereikbaar) fungeren als een eerste ingangspoort voor administratieve informatie en ontevredenheid/klachten. Taakafspraken werden gemaakt met deze diensten zodat klachten met bredere invalshoeken (klachten over de zorgverstrekking) doorverwezen worden naar de ombudsdienst.

De *apothek* behandelt de klachten of vragen om inlichtingen die haar rechtstreeks worden overgemaakt.

Tussen deze diensten (het onthaal/ dienst debiteuren: helpdesk debiteuren + financieel infopunt/ de apothek / ombudsdienst) bestaan afspraken in functie van onderlinge afstemming.

Ongenoegen dat via sociale media wordt geuit (facebook, twitter, whatsapp, ...) wordt in eerste instantie door de dienst pers en communicatie opgevangen. Wanneer de aanmelder mandaat geeft tot verdere opvolging door de ombudsdienst, neemt de ombudsdienst verder initiatief.

Daarnaast zijn er binnen sommige departementen (o.a. het algemeen facilitair departement) ook eigen kanalen/procedures om ongenoegen/klachten op te vangen (vb. maaltijdklachten).

De ombudsdienst ten slotte fungeert in principe als **tweede lijn** – met uitzondering van de meldingen/klachten die hen rechtstreeks worden overgemaakt - bemiddelt en neemt bemiddelingsgerichte initiatieven conform de haar door de wet en door de organisatie toegekende modaliteiten in geval de nulde en eerste lijn volgens de mening van de patiënt of de aanmelder geen afdoend antwoord of oplossing konden bieden.

Afstemming tussen de verschillende eerstelijnsaanspreekpunten blijkt daarenboven noodzakelijk omdat de aanmelder vaak diverse ingangspoorten kiest.

Instellingsgebonden informatie

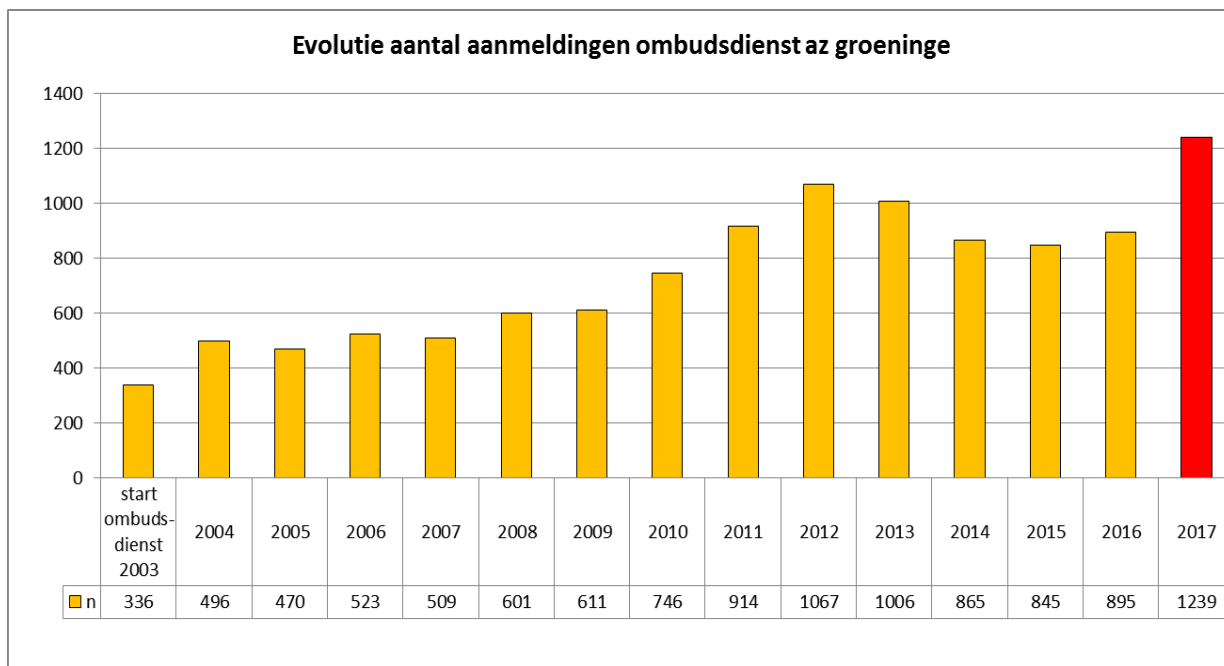
Naam van de zorginstelling	AZ GROENINGE KORTRIJK
Adres	President Kennedylaan 4 8500 Kortrijk
Gewest	Vlaams Gewest
Erkenningsnummer	396
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen Ziekenhuis
Aantal erkende bedden (op 31-12-2017)	1.054
Aantal campussen	2 (sinds april 2017 – ervóór 4 campussen) campus kennedylaan campus reepkaai
Naam ombudsperso(o)n(en)	Behaeghe Johan (100 %) Demarré Elien (80 %)
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	Dhr. Behaeghe Johan: 10/09/2003 Mevr. Demarré Elien: 14/04/2014
Bestaffing	Ombudsdienst: 2,8 FTE <ul style="list-style-type: none"> - Ombudspersonen: 1,8 FTE (1 FTE + 0,8 FTE) - Medewerkers ombudsdienst: 1 FTE (1/2 FTE + 1/2 FTE) Effectieve bestaffing ombudsdienst 2017 rekening houdend met de wettelijke toekenning van een aantal dagen 'arbeidsduurvrijstelling' : 2,57 FTE.
Lokalisatie dienst	Sedert 7/12/2016 gelocaliseerd op campus kennedylaan, President Kennedylaan 4 – 8500 Kortrijk <i>Campusoverschrijdende werking</i>

Registratiesysteem	<p>Binnen de ombudsdienst az groeninge wordt sedert 2013 een registratiepakket gehanteerd binnen de applicatie Infoland. Dit pakket leunt aan bij het door de Vlaamse beroepsVereniging Van Ombudsfunctie Van Alle Zorgvoorzieningen (VVOVAZ) ontwikkelde registratiepakket, en werd aangevuld met verschillende registratie-items die betrekking hebben op aspecten eigen aan de werking van az groeninge en die van belang zijn voor het instellingsgebonden klachtenmanagement</p>
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<p><u>Dhr. Johan Behaeghe:</u> Attest basisopleiding 'Bemiddeling' MEDIV (2009) Attest specialisatie 'Bemiddelaar in burgerlijke zaken en handelszaken' MEDIV (2010)</p> <p><u>Mevr. Elien Demarré:</u> Attest basisopleiding 'Bemiddeling' MEDIV –VVOVAZ (2012) Attest specialisatiemodule familiale bemiddeling (VIVES) (2016)</p>
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> - Introductie in Verbindende Communicatie - 12 mei 2017 – mevr. Marijke Comyn – VVOVAZ - De wet medische ongevallen: benaderd vanuit diverse invalshoeken – 28 maart en 29 september 2017 – Confocus - Colloquium georganiseerd ter gelegenheid van het 15-jarig bestaan van de wet betreffende de rechten van de patiënt "De communicatie beroepsbeoefenaar-patiënt welke goede praktijken?" – 24 november 2017 – FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

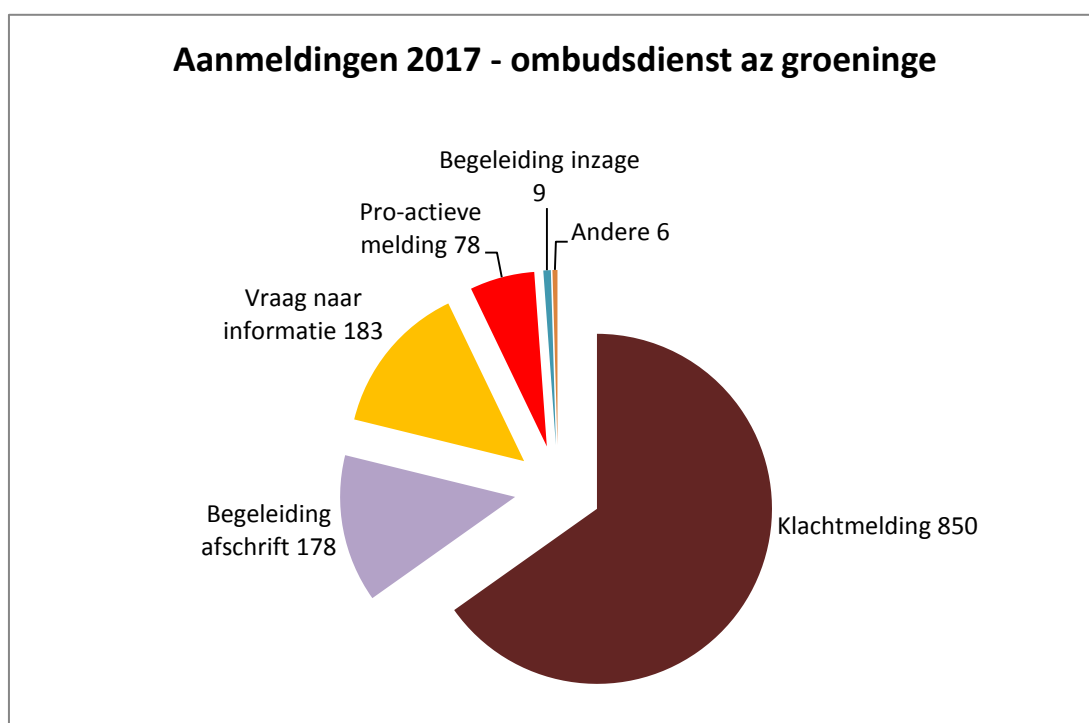
Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

<p><u>Opmerkingen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 1 melding (= dossier) kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt/aanmelder. Omtrent de gegrondheid / ongegrondheid van een klacht wordt geen uitspraak gedaan. De (on)gegrondheid van de klacht is hier dus niet in weergegeven. ✓ De meldingen worden opgedeeld in categorieën (klacht / info / begeleiding afschrift / begeleiding inzage / pro-actieve melding / andere). Overlapping over de verschillende categorieën is mogelijk (vb. een pro-actieve melding wordt in een latere fase een effectieve klacht). 	
Aantal klachtendossiers	850
Aantal infodossiers	183
Aantal pro actieve dossiers ('Pro-actieve meldingen' betreffen meldingen meestal door interne medewerkers of artsen, die op een pro-actieve manier problemen melden in het concrete zorgproces van patiënten)	78
Aantal opvragingen patiëntendossier (= begeleiding afschrift & begeleiding inzage)	178 afschrift + 9 inzage = 187 opvragingen patiëntendossier
Aantal 'andere'	6

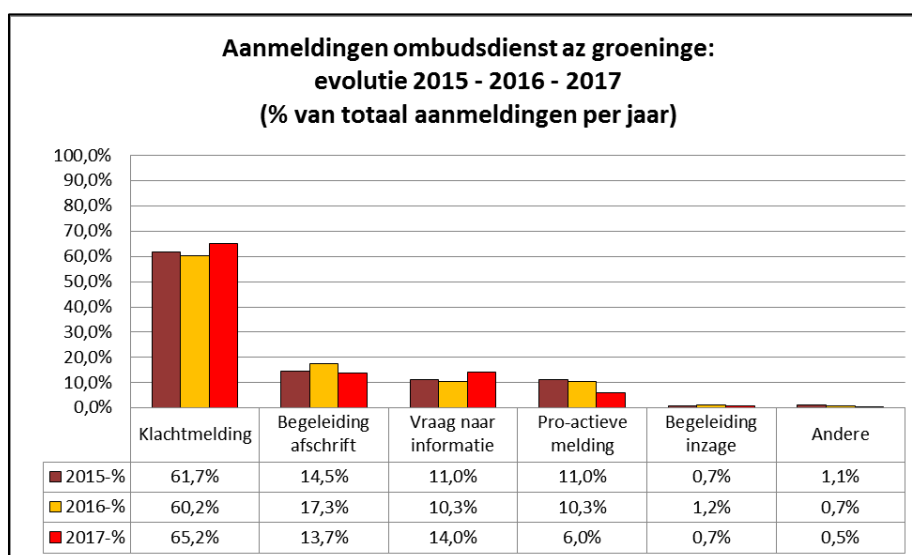
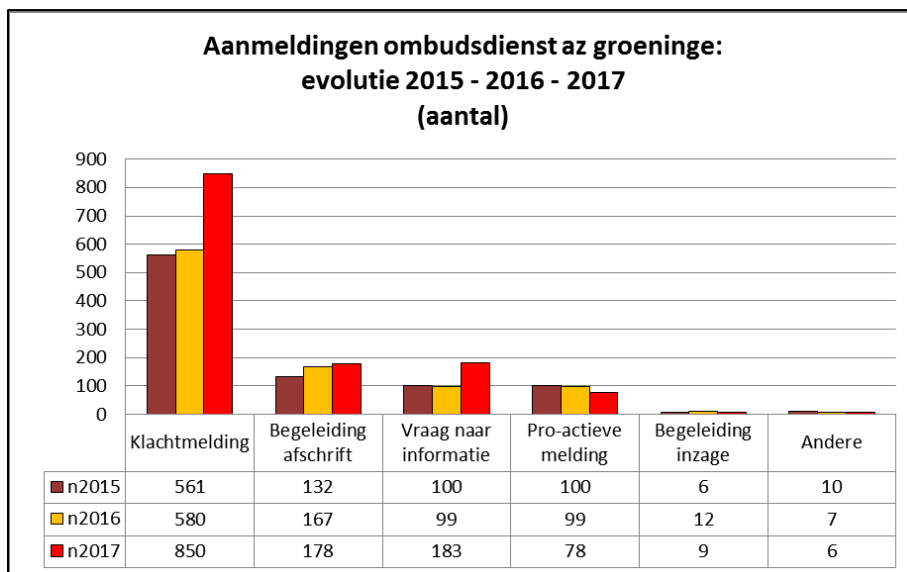
a. Aantal aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge



b. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge kalenderjaar 2017: overzicht categorieën



c. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge: evolutie over de categorieën 2015 – 2016 - 2017



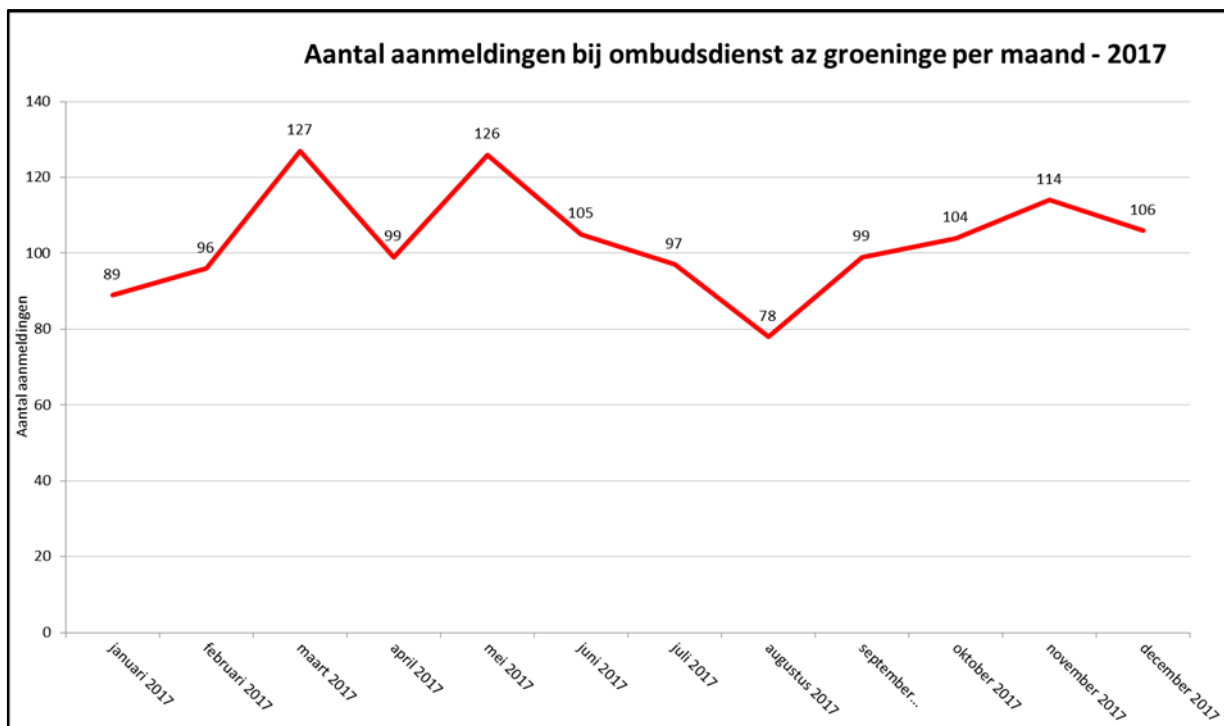
De stijging van het aantal aanmeldingen werd reeds gesitueerd in de inleiding (p. 2).

We merken in 2017 opnieuw een stijging van het aantal “begeleidingen inzake afschrift van het patiëntendossier”, dit ondanks het ter beschikking stellen van het online patiëntendossier via Mynexuzhealth op 18 april 2017 (Europese dag van de rechten van de patiënt). De patiënt heeft toegang tot de patiëntendossiergegevens vanaf 17 oktober 2016, wat zich ervóór situeert dient ofwel rechtstreeks opgevraagd te worden aan de betrokken artsen, medische diensten of kan aangevraagd worden via de ombudsdienst die door az groeninge hierin een formele rol kreeg toebedeeld - in nauwe samenwerking met de medisch directeur. Op vandaag zijn er tevens nog een aantal beperkingen binnen het online platform zoals het ter beschikking stellen van laboresultaten en de protocollen vanuit de dienst medische beeldvorming.

Wij stellen een belangrijke toename vast inzake de “vragen naar informatie”, quasi een verdubbeling. In relatie tot de laagdrempelige opstelling van de dienst...? We dienen dit de volgende jaren te monitoren of er hiaten te bespeuren zijn in de informatieverstrekking binnen az groeninge.

De voorbije jaren stellen we telkens een daling vast van het aantal proactieve meldingen. De invoering van het interne veiligheidsincident meldingssysteem (VIM) en het steeds toenemend gebruik ervan speelt hier ongetwijfeld een belangrijke rol in.

d. Aanmeldingen bij de ombudsdienst az groeninge : overzicht per maand – kalenderjaar 2017

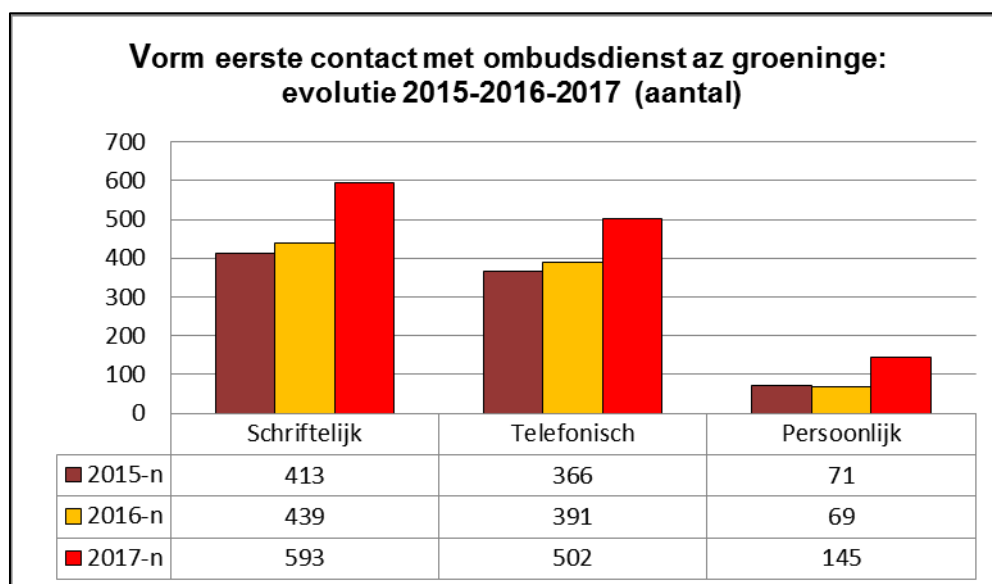


Gemiddeld aantal meldingen per maand in 2017: **103,3**

De twee pieken die u kunt vaststellen in de maand maart en mei staan in relatie tot de inhuizing en de kinderziekten die met een dergelijke grote operatie gepaard gaan.

Waar wij tot de voorbije jaren gemiddeld 3 à 4 nieuwe meldingen per werkdag binnenkregen, hebben wij nu ongeveer 5 nieuwe meldingen per werkdag. Een piek van meer dan 10 meldingen per werkdag doet zich nu quasi wekelijks eens voor.

e. Vorm van het eerste contact met de ombudsdienst az groeninge: evolutie 2015-2016-2017



Van de 593 schriftelijke eerste contacten, kwamen er in 2017 528 per e-mail binnen (t.o.v. 350 per e-mail in 2016 en 310 per e-mail in 2015). Op de tweede plaats staan de brieven per gewone postzending, respectievelijk 54 in aantal in 2017 t.o.v. 79 in 2016 en 69 in 2015.

Klachtendossiers 2017 ombudsdienst az groeninge

Totaal aantal klachtendossiers 2017 ombudsdienst az groeninge: 850
Aantal klachtendossiers <u>niet</u> gerelateerd aan de RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78) – ruimer werkingsterrein van de ombudsdienst az groeninge: 510
Aantal klachtendossiers m.b.t. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78): 340*

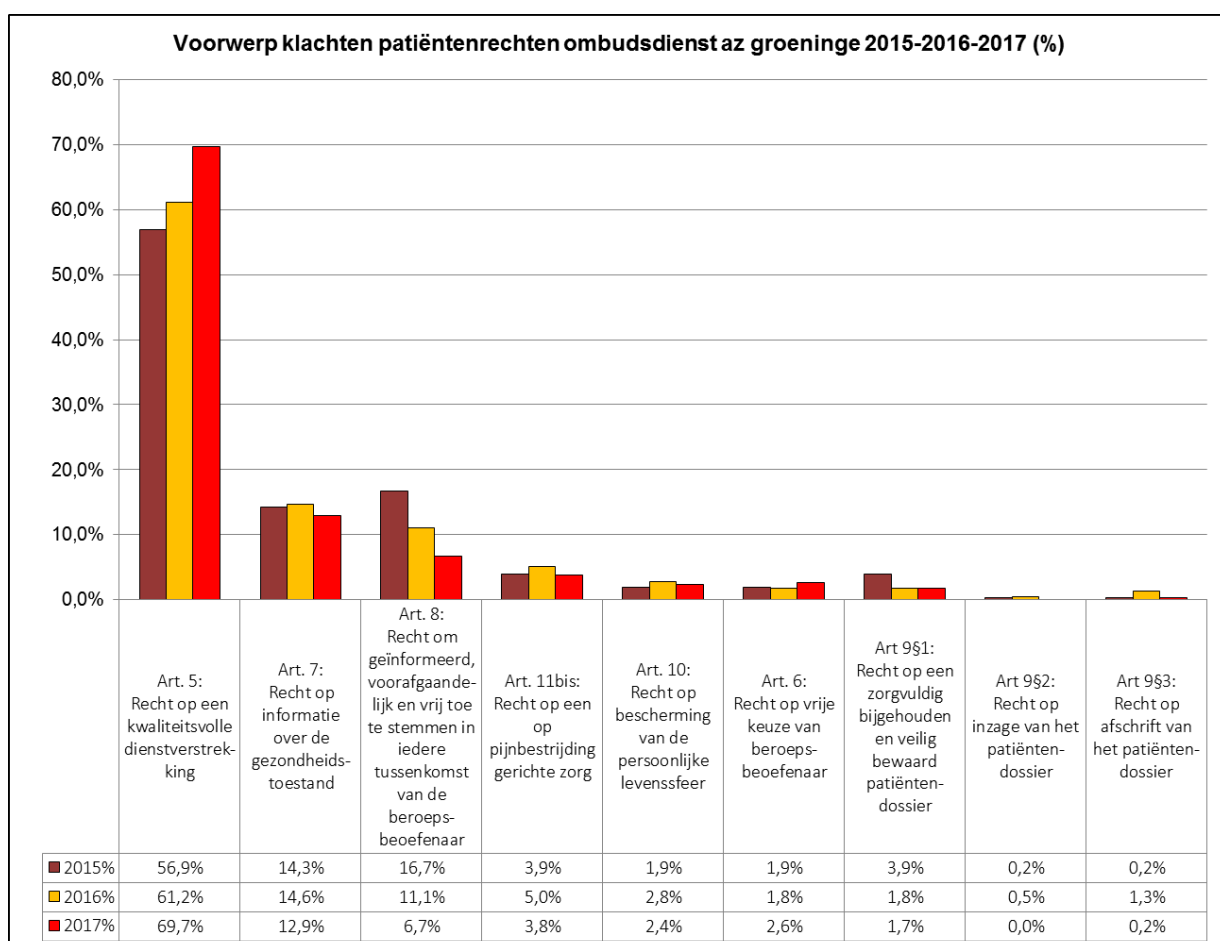
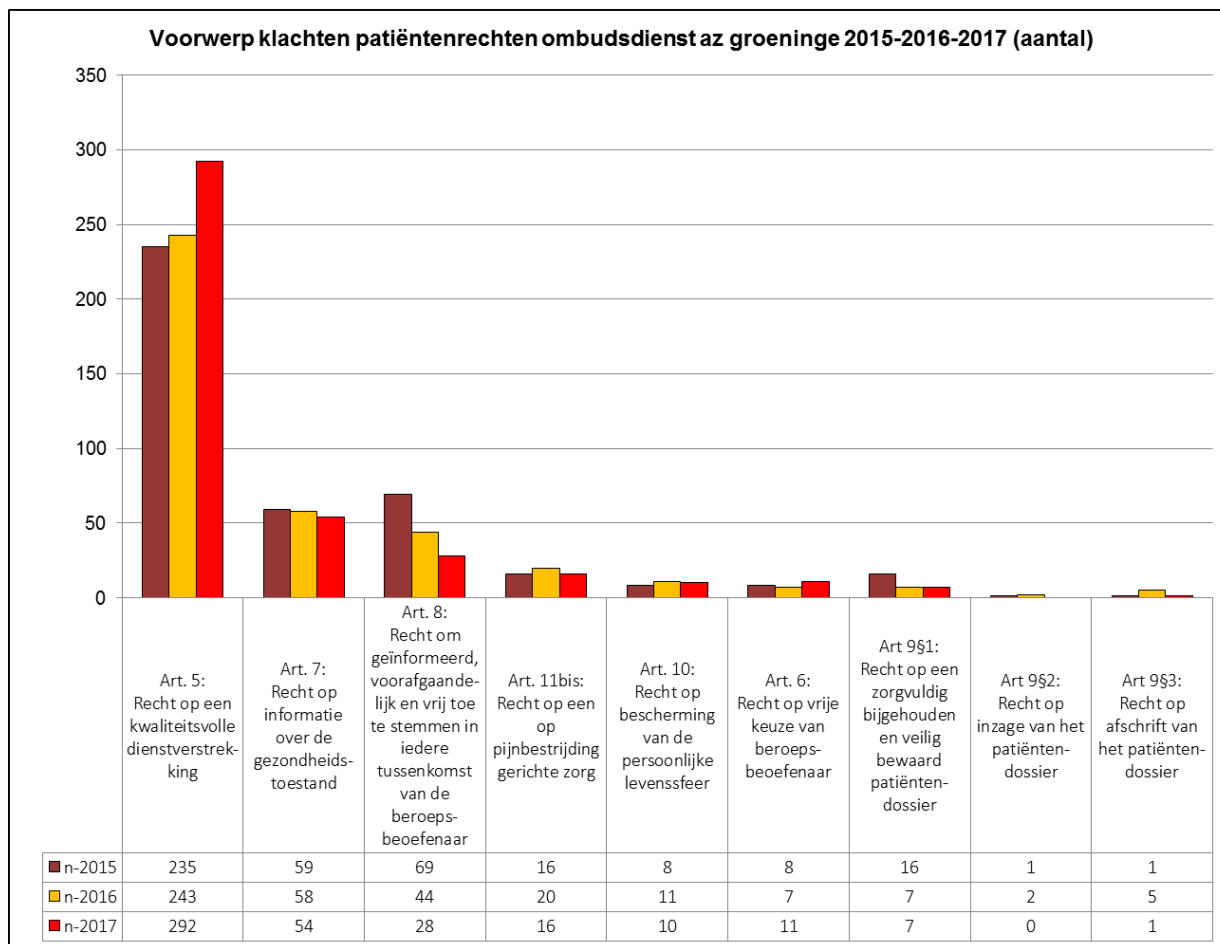
	2015	2016	2017
Totaal aantal aanmeldingen	845	895	1239
Klachtendossiers ruim werkingsgebied ombudsdienst (<u>wet + andere</u>) (dus: excl. zuivere vragen naar informatie, excl. zuivere pro-actieve meldingen, excl. zuivere begeleidingen inzage/afschrift, excl. andere contacten)	561 (100 %)	580 (100 %)	850 (100 %)
Klachtendossiers wet patiëntenrechten m.b.t. beroepsbeoefenaars KB nr. 78 (Federale Commissie Rechten van de Patiënt)	299 (= 53 %) (waarin 413 rechten door de aanmelder als geschonden ervaren)	305 (= 53 %) (waarin 397 rechten door de aanmelder als geschonden ervaren)	*340 (= 40 %) (waarin 419 rechten door de aanmelder als geschonden ervaren)
Klachtendossiers niet gerelateerd aan wet patiëntenrechten	262 (= 47 %)	275 (= 47 %)	510 (= 60 %)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. *Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht ...)*
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn*.
- ✓ Het gaat hier om dossiers waarin echt sprake is van een klacht of ongenoegen over de toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt.
- ✓ Duiding beroepsbeoefenaars volgens KB nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen: somt op onder welke voorwaarden iemand in België een gezondheidszorgberoep mag uitoefenen en welke titels er voor die beroepen zijn. Het gaat over de beroepen arts, tandarts, apotheker, verpleegkundige, kinesitherapeut, vroedvrouw, psycholoog, zorgkundige en paramedische beroepen lijst vastgelegd op de verrichtingen van volgende technieken zoals: ‘apothekers-assistentie – audiologie – bandage, orthese en prothese – diëtetiek – ergotherapie – laboratorium en biotechnologie, en menselijke erfelijkheidstechniek – logopedie – orthoptie – podologie – medische beeldvorming – vervoer van patiënten, met uitsluiting van het vervoer van personen bedoeld in artikel 1 van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening’.

***Aantal klachten m.b.t. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78) : 419 (in 340 dossiers)**

<p>Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)</p> <p>➔ <i>klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).</i></p>	292
<p>Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)</p>	11
<p>Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)</p>	54
<p>Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)</p> <p><i>Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar - dit omvat:</i></p> <p>➔ <i>Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.</i></p> <p>➔ <i>Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.</i></p> <p>➔ <i>Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.</i></p> <p>Binnen de ombudsdienst az groeninge worden ook de klachten i.v.m. het recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (art. 8/1) en de klachten i.v.m. recht op informatie over de vergunnings- of registratiestatus van de beroepsbeoefenaar (art. 8/2) geregistreerd.</p>	28
<p>Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)</p>	7
<p>Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)</p>	0
<p>Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)</p>	1
<p>Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)</p>	10
<p>Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)</p>	0
<p>Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)</p>	16



Een klachtendossier binnen de materie patiëntenrechten situeert zich meestal sterk binnen de individuele relatie zorgverstreker (beroepsbeoefenaar)-patiënt.

Wij stellen in absolute cijfers een toename vast van de klachten die in relatie staan tot het “recht op kwalitatieve zorgverstrekking (art 5)”. Op vandaag kunnen wij nog geen detailinfo meegeven of dit eerder toe te schrijven is aan bejegening / communicatieaspecten van de beroepsbeoefenaar of zich eerder situeert binnen de technisch handelingen van de beroepsbeoefenaar. De meer laagdrempelige opstelling van de ombudsdienst, hierdoor ook meer registraties, kan eventueel een element vormen. Verdient nog verdere analyse.

Wij stellen opnieuw een daling vast binnen het “recht om geïnformeerd en voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar (art 8)”. De voorbije jaren werden diverse aanbevelingen geformuleerd om hieraan meer aandacht te gaan besteden. Deze werden ook vertaald door het ziekenhuis om het informed consent bij bepaalde niet-vergoedbare zorgverstrekkingen en producten te borgen via een door de patiënt ondertekende toestemmingsverklaring/ informed consent.

De andere patiëntenrechten blijven eerder op een zelfde niveau als de voorbije jaren.

Bijkomende informatie / opmerkingen

In de inleiding gaven wij reeds duiding dat **diepgaandere informatie** op heden nog niet kan aangereikt worden.

Omwille hiervan kunnen wij niet verder inzoomen op onder andere:

het profiel van de aanmelder, de hoedanigheid van de aanmelder, de verwachting van de aanmelder, de analyse van de diverse aspecten (medisch, verpleegkundig, paramedisch, administratief-financieel, infrastructureel, facilitaire aspecten, enz. ...). Binnen boven vernoemde aspecten kan nog diepere analyse gebeuren omtrent het gebeuren: had het ongenoegen/klacht te maken met de communicatiestijl van de zorgverstrekker, de behandeling, tekort aan aandacht en opvang ervaren, de informatieverstrekking algemeen, de informatieverstrekking omtrent de kostprijs, de diagnose, de verslaggeving, de privacy, de ontslagvoorbereiding,...

Deze aspecten bieden een belangrijke input tot initiatieven inzake bijsturing en verbetering. Heel dikwijls vormt dit de drijfveer voor de aanmelder, hierbij geeft hij expliciet het signaal aan de organisatie zodat het zich in de toekomst niet meer kan herhalen. Dit is de grootste verwachting van de aanmelders die wij in onze werking jaarlijks detecteren.

Omtrent het **resultaat van onze tussenkomsten** kunnen we u nog geen definitief beeld meegeven.

Toch een voorbeeld dat uiting geeft van het aangrijpen van klachten tot bijsturing. Verschillende departementen namen dit op:

- vanuit patiëntenzorg: hoe omgaan met de nood van de familie bij erg hulpbehoevende patiënten
- vanuit financieel oogpunt: aanbieden van correcte en uniforme facturatie en aflijnen waar er nog rooming-in kosten worden gehanteerd.

Naar aanleiding van de facturatie van een langdurig verblijf van een erg hulpbehoevende patiënt kwam tot uiting dat de maaltijdkosten en de extra kosten inzake het bijslapen van de familie (rooming-in) zich vrij divers hadden vertaald.

De familie vond dit echt vreemd en kwam dit aankaarten.

Familie verwees hierbij tevens naar de houding van een Nederlands ziekenhuis dat hierop o.a. een familievriendelijk beleid had uitgetekend.

De interne vertaling van deze aanmelding vormde de aanleiding voor de directie om de procedure opname van een zorgbehoevend familielid en rooming-in kritisch te bekijken en bij te sturen. Dit resulteerde in een belangrijke bijsturing van deze procedure: op de verpleegeenheden werd afspraken gemaakt waarbinnen de familie kan overnachten bij het hulpbehoevend familielid tijdens het ziekenhuisverblijf, uniforme afspraken werden gemaakt inzake de te hanteren tarieven – de rooming-in kost werd afgeschaft, er wordt daarnaast nog een mogelijkheid aangeboden tot het inschakelen van een vrijwilliger wanneer het voor de familie even te zwaar wordt.

Aanbevelingen ombudsdienst az groeninge

Omwille van de onvolledige verwerking van de interne registratie, is het op heden ook moeilijk om heel concrete aanbevelingen te formuleren. Hierna toch enkele aanbevelingen met een algemeen karakter. Deze sluiten nauw aan bij de **waarden** die az groeninge vooropstelt:

- Patiënt centraal
- Kleinschaligheid in groter geheel
- Respect en vertrouwen: participatief model
- Transparantie, open communicatie
- Laagdrempelig, luisterbereidheid, nederigheid
- Diversiteit, openheid

Aanbevelingen:

- ➔ communiceren / informeren in de brede zin: over gezondheidstoestand, kostprijs, complicaties, met aandacht voor de rol van de familie van de patiënt
- ➔ interne communicatie afstemmen op de noden van de patiënt (o.a. bij multidisciplinaire aanpak)
- ➔ streven naar communicatie waarbij de patiënt / familie een nog grotere betrokkenheid van de zorgverstreker ervaart
- ➔ bijzondere aandacht inzake communicatie bij het overlijden van de patiënt

Vanuit de ombudsdienst ervaren wij dat communicatieaspecten vaak de trigger vormen tot het uiten van ongenoegen/ klacht

T o t s l o t

Dit jaarverslag schept reeds een beeld van de activiteiten van de ombudsdienst van az groeninge.

Op basis van de eerste registratieresultaten poogt het reeds wat duiding en richting te geven.

Het jaarverslag houdt een spiegel voor vanuit de beleving en perceptie van patiënten / familie / klanten.

Het leert ons dat verwachtingen van de patiënt en zijn omgeving niet steeds gelijklopen met de intenties van de organisatie / de professionals.

Verdere afstemming van deze werelden beschouwen wij als een blijvende uitdaging.

Nog meer de verbinding maken, vormt een belangrijke opdracht voor éénieder die participeert aan en deel uitmaakt van de gezondheidszorg, die voor heel belangrijke keuzes en uitdagingen staat.

Als dienst proberen wij hierin ook ons steentje bij te dragen door diverse contacten, het pendelen, het steeds meer samenbrengen van partijen en input te geven voor bijsturing en verbetering.

Johan Behaeghe
ombudspersoon

Elien Demarré
ombudspersoon

Annick Desramaults
medewerker

Ingeborg Vandeputte
medewerker

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ MONICA
Adres	Florent Pauwelslei 1 2100 Deurne
Gewest	Antwerpen
Erkenningsnummer	682
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	422
Aantal campussen	2
Naam ombudsperso(o)n(en)	Marleen Verhaert
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	November 2003
Bestaffing	0.80%

Lokalisatie dienst	Campus Deurne: gelijkvloers centrale hal Campus Antwerpen: overzijde van het ziekenhuis
Registratiesysteem	VVOVAZ registratie
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	De gegevens betreffende het huishoudelijk reglement evenals de procedures zijn terug te vinden op intranet.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	VVOVAZ bijeenkomsten Studiedagen met o.a. als onderwerp Wet Patiëntenrechten,...
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	VVOVAZ bijeenkomsten Studiedagen met o.a. als onderwerp Wet Patiëntenrechten,...
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	Alle klachten, niet enkel deze betreffende de Wet Patiëntenrechten, financiële klachten... Faciliteren van kopie en inzage dossier evenals gerechtelijke opvragingen.
Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Klachten met betrekking tot de Wet Patiëntenrechten worden door de melder of klager ofwel rechtstreeks aan de ombudsdienst gemeld ofwel onrechtstreeks wanneer er geen bevredigend resultaat tussen de direct betrokkenen is bekomen en er alsnog bemiddeling gewenst is. De ombudsdienst bespreekt de grieven met de betrokkenen en/of leidinggevendenden, bemiddelt met de verschillende partijen om alzo een antwoord aan de melder van de

	klachten te kunnen geven. De ombudsdienst is een staffunctie verbonden aan de algemeen directeur, daarnaast is er ook een samenwerking met de hoofdarts, voor de medische klachten. Verder is er ook samenwerking met de directeur kwaliteit.
--	---

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

Klachten worden waar mogelijk op het moment wanneer ze zich voordoen geuit en liefst met de direct betrokkenen. Dit is niet steeds wenselijk door medewerkers en/of klagers. Dan wordt de ombudsdienst ingeschakeld. Geregeld worden zaken "ter info" gemeld wanneer men vermoedt dat deze aanleiding kunnen geven tot (latere) klachten.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

- Klachten die ontstaan tijdens het zorgproces worden het best opgelost op de plaats waar ze ontstaan en in overleg met de direct betrokkenen. Indien dit niet mogelijk is kunnen de klachten aan de Ombudsdienst voorgelegd worden met het oog op bemiddeling.
- Klachten worden schriftelijk of mondeling geuit.
- Medische klachten worden steeds schriftelijk meegedeeld.
- De melder van de klacht WPR wordt binnen de 7 dagen een ontvangstmelding bezorgd: schriftelijk of mondeling, al dan niet samen met een antwoord.
- Bij afwezigheid van de ombudsdienst wordt door het directiesecretariaat CD een ontvangstmelding gegeven voor wat de schriftelijke (brieven) klachten betreffen. Klachten geuit via mail: afwezigheidsmelder met informatie wanneer de OD terug bereikbaar is. Voor dringende klachten wordt er verwezen naar het directiesecretariaat CD.
- Indien een klacht dringend en de OD afwezig is wordt het departementeel directielid (of de zorgcoördinator) door het directiesecretariaat CD geïnformeerd en gevraagd de klacht op te volgen. Verslag wordt overgemaakt aan de OD voor registratie.
- Elke klacht, gemeld aan de OD wordt geregistreerd, een dossier aangelegd en een verslag opgesteld.
Minimaal worden volgende gegevens genoteerd:
 - Identiteit van de patiënt en / of van de vertrouwenspersoon
 - Identiteit van de melder van de klacht
 - Datum van ontvangst van de klacht
 - Aard en inhoud van de klacht
 - Actie en resultaat van bemiddeling
 - Datum van afhandeling
- De persoonsgegevens worden slechts bewaard gedurende de tijd nodig voor de afhandeling van de klacht en voor het opstellen van het jaarverslag.
- De OD onderzoekt de feiten die in de klacht worden aangehaald en meldt deze hetzij rechtstreeks, hetzij via de direct verantwoordelijke, zorgcoördinator of departementeel directielid aan de betrokkenen.
- De betrokkenen maken binnen de 14 dagen een verslag over aan de OD van hun bevindingen van het geheel van de klacht.
- De OD verzorgt tijdens de klachtenprocedure de terugkoppeling en informatie naar de

melder van de klacht.

- De afhandeling kan plaats vinden in een persoonlijk gesprek al dan niet in aanwezigheid van de betrokkenen of via een brief, mail...
- Indien de klacht gericht is aan de algemeen directeur wordt een schriftelijke respons aan de melder van de klacht opgesteld door de OD en zo nodig mede ondertekend door de algemeen directeur.
- Indien nodig kan na overleg met de financieel directeur aangifte gedaan worden aan de verzekering.
- De OD kan in samenspraak met de betrokken dienst afspraken maken voor een interne financiële regeling (o.a. afbetalingsplan). De opvolging gebeurt door de rappeldienst.

5.1. Indeling van de klacht volgens prioriteit:

Hoge prioriteit:

Bij mogelijk risico voor de gezondheid of veiligheid van de patiënt of het personeel.

Behandeling binnen de 2 werkdagen met schriftelijke weerslag door betrokkenen.

Medium prioritaire klachten:

Geen onmiddellijk gevaar voor de gezondheid of veiligheid van patiënt of personeel.

Behandeling volgens procedure OD.

Lage prioritaire klachten:

geen gevaar voor de gezondheid of veiligheid van patiënt of personeel.

Behandeling: ontvangstmelding, informatie aan betrokkenen al dan niet met de vraag naar reactie.

Een antwoord aan de melder van de klacht is hier niet steeds vereist.

Bijkomende informatie/opmerkingen:

Behoud van onafhankelijkheid/bemiddeling: bemiddeling tussen de verschillende partijen is in een conflict niet steeds even duidelijk en gemakkelijk. Meestal verwacht de melder van een klacht dat de OD zijn/haar standpunt verdedigt. Ook kunnen de partijen de bemiddeling weigeren door halsstarrig hun standpunt te behouden zonder enig begrip of inlevingsvermogen voor de visie van de ander. Anderzijds weigeren artsen nog geregeld de tussenkomst van de OD en verkiezen ze het dossier rechtstreeks aan de verzekering over te maken en zijn ze niet bereid tot een dialoog.

Kopie van dossier wordt niet door alle artsen correct toegepast. Soms is dit beperkt tot de afgifte van een verslag.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers

774

Aantal infodossiers	168
Aantal pro actieve dossiers	Geen registratie
Aantal opvragingen patiëntendossier	204
Aantal 'andere'	/
Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)	
<u>Opmerkingen:</u> <ul style="list-style-type: none"> ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de "zorgkwaliteit" in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...) ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn. 	

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	224
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	/
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	55
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	1
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	/
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	/
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	10

Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	5
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	/
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	/

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	478
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	

Doorlooptijden:

Max. 1 dag: 525 (48%)

Min. 32 dagen en max. 10 dagen: 298 (27%)

Min. 11 dagen en max. 20 dagen: 111 (10%)

Min. 21 dagen en max. 30 dagen: 47 (4%)

Min. 31 dagen en max. 60 dagen: 67 (6%)

Klachten meer dan 60 dagen: 38 (4%)

Nog open dossiers op 6/2/2018: 3 (<0.2%)

Verwachtingen van de klager:

Au serieux genomen worden, informatie, communicatie met de artsen en zorgverleners in 't algemeen, financiële tegemoetkoming (schadevergoeding).

Aanbevelingen

- ✓ 1. Duidelijke informatie vóór en tijdens opname aan patiënt en familie.
- ✓ 2. Informatie en communicatie naar de eerste lijnsgezondheidszorg (huisarts, thuisverpleging WZC, familie)
- ✓ 3. Kostenramingen veralgemenen (taboe hierrond wegwerken).
- ✓ 4. Attitude zorgverleners (medewerkers en artsen): steeds een klant/patiëntgerichte houding aannemen. Patiënt behandelen zoals je zelf wenst behandeld te worden. Jezelf voorstellen!
- ✓ 5. Aandacht voor persoonlijke bezittingen bij transfer, ontslag, overlijden...

✓ 6. Snellere facturatie (belangrijk bij overlijden).

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

De meeste aanbevelingen komen jaarlijks terug niettegenstaande er acties gevoerd worden (vb. zich voorstellen, kostenramingen...).

**Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse Ombudsman
KALENDERJAAR 2017**

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Maria Middelaes vzw
Adres	Buitenring Sint-Denijs 30, 9000 Gent
Gewest	Vlaams gewest
Erkenningsnummer	017
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen Ziekenhuis
Aantal bedden	542
Aantal campussen	2
Naam ombudsperso(o)n(en)	Dominique De Mol
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01.09.2012
Bestaffing	1,0 FTE

Lokalisatie dienst	Campus Maria Middelaes, Gebouw West, 2 ^{de} verdieping
Registratiesysteem	VVOVAZ
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Procedure ZH-0210 - actualisatiedatum 08.02.2018 Beschikbaar in beide campussen, via het infopunt, de ombudsdienst, de website van het ziekenhuis en op eenvoudig verzoek.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Basisopleiding (Mediv) Bemiddeling (Mediv) : 2013 ▪ Vorming (VOVVAZ) De bemiddelaar blijft overeind (VVOVAZ) : 2014
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorming (Mediv) De verbindende kracht van agressie in bemiddeling ▪ Vorming (Mediv) Schep de juiste basis voor tevreden cliënten ▪ Colloquium (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu - Cel Patiëntenrechten) “De communicatie beroepsbeoefenaar - patiënt : welke goede praktijken?”
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Klachtenbemiddeling in een ruimer kader dan de Wet Patiëntenrechten ▪ Aanspreekpunt voor vragen om info en verzoeken om tussenkomst in praktische aangelegenheden vanwege patiënten en bezoekers - doorverwijzing ▪ Begeleiding afschrift en inzage patiëntendossier ▪ Informatie, vorming en advies rond patiëntenrechten en klachtenbehandeling ▪ Formulieren van aanbevelingen, sensibiliseren en promoten van pro-actieve benadering van klachten

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?	Klachten die via de ombudsdienst worden aangereikt, worden in overleg met de aanbrengrer met de in de melding genoemde personen en/of hun directe leidinggevende opgenomen. In de mate van het mogelijke worden deze op het niveau van de eerste lijn behandeld, en een gesprek tussen melder en betrokkene(n) gestimuleerd/gefaciliteerd.
--	--

Behandeling van klachten en onvrede
--

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

De organisatie benadert klachten als leeropportunityten. Zij wenst vanuit het credo “gezondheidszorg met een ziel”, het waardenkader dat zij voorstaat en de strategische doelstellingen die zij nastreeft, voeling te houden met de noden en wensen van haar patiënten en hun omgeving. Zij wil hen een klankbord bieden voor het delen van zowel positieve als negatieve ervaringen, dit met het oog op

- het betrekken van patiënten en naasten bij het borgen of verbeteren van de geboden kwaliteit
- het bevorderen van patiëntentevredenheid
- het bestendigen of herstellen van het vertrouwen in het ziekenhuis en zijn vertegenwoordigers in situaties waar problemen of ongenoegen (kunnen) ontstaan

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?
--

De ombudsdienst

- fungeert als aanspreekpunt voor patiënten, artsen en medewerkers in situaties waar een onderlinge zorgrelatie verstoord is of dreigt te worden
- neemt zowel naar de patiënt als naar de organisatie toe een coachende, ondersteunende en meerszijdig partijdige rol op bij het bespreekbaar maken en behandelen van klachten
- motiveert patiënten en zorgverleners of medewerkers in zorgondersteunende functies om constructief en zo mogelijk proactief met elkaar in gesprek te gaan
- treedt, waar nodig of gewenst, bemiddelend op
- behandelt klachten vanuit een opbouwende ingesteldheid, gericht op het bevorderen van inzicht, wederzijds begrip en samenwerking
- formuleert aanbevelingen, informeert, adviseert, verwijst door

Uitgangspunt is steeds de erkenning van de *beleving* van de patiënt en/of zijn vertegenwoordiger (melder). Klachten worden bij voorkeur op eerstelijnsniveau besproken en opgelost. De ombudsdienst kan om advies of tussenkomst worden verzocht. Enkel klachten die (al dan niet proactief) bij de ombudsdienst worden aangebracht, worden geregistreerd. Afhankelijk van de ernst van een klacht of de verwachtingen van de melder wordt een klacht naar een hoger niveau van de organisatie geëscaleerd.

Bijkomende informatie/opmerkingen
--

Op kwartaalbasis wordt aan de directie een overzicht van de ontvangen klachten voorgelegd, samen met inzichten en aanbevelingen die daaruit voortvloeien. Zowel individuele als geconsolideerde klachten bieden, al dan niet met informatie verworven uit andere feedback-kanalen (tevredenheidspeilingen, incidenten,...) inspiratie voor sensibiliserings- en verbeterinitiatieven op team-, dienst- en/of organisatieniveau. De beslissingen hierrond komen tot stand via verschillende vaste overlegorganen, stuur- en werkgroepen.

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	316
Aantal infodossiers	6
Aantal pro actieve dossiers	7
Aantal opvragingen patiëntendossier	10
Aantal 'andere'	15

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	85
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	37
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	4
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	1
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	1
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	9
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	3
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

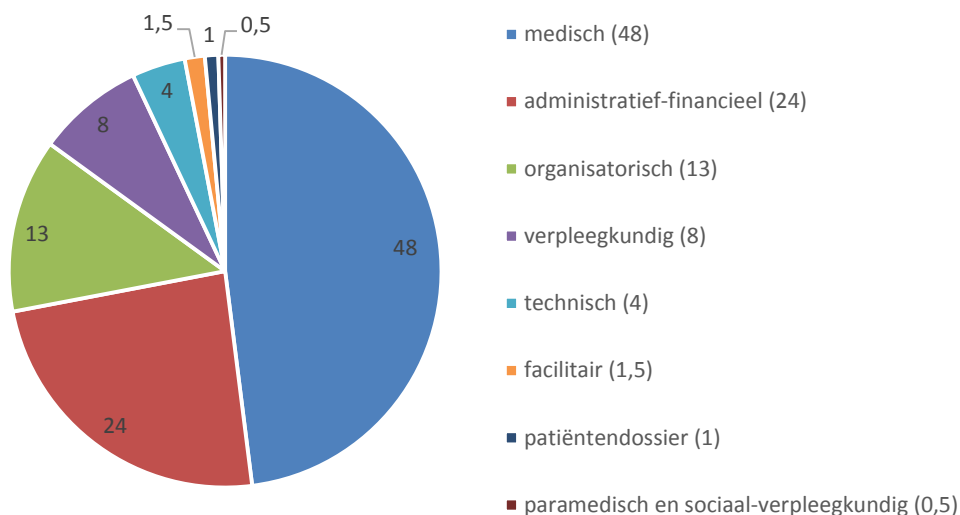
Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	125
--	-----

Tabellen/grafieken

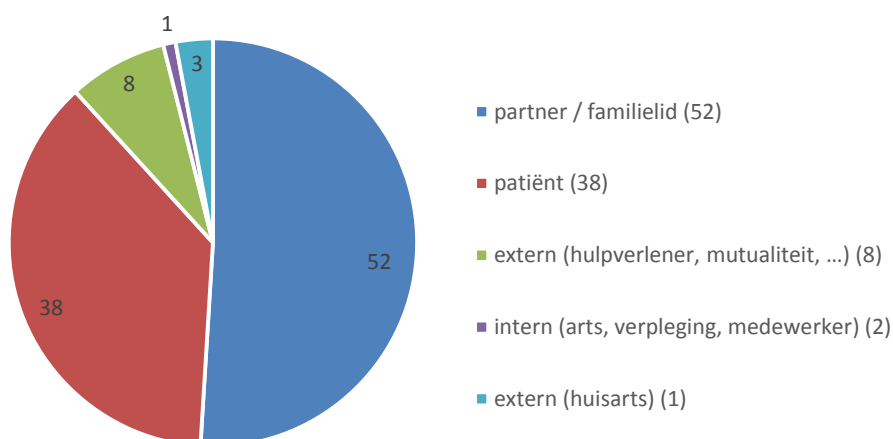
Klachtenratio (verhouding tussen het aantal klachten en de som van het aantal klassieke en dagopnames) in % : 0,52

Eén klacht bevat niet zelden meerdere aspecten waarrond men zijn ongenoegen deelt. Ook de verwachtingen in het kader van een contactname kunnen divers zijn. Onderstaande grafieken bieden biedt zich op de onderlinge verhouding van de verschillende vermelde aspecten, de aanbrengrers en hun verwachtingen.

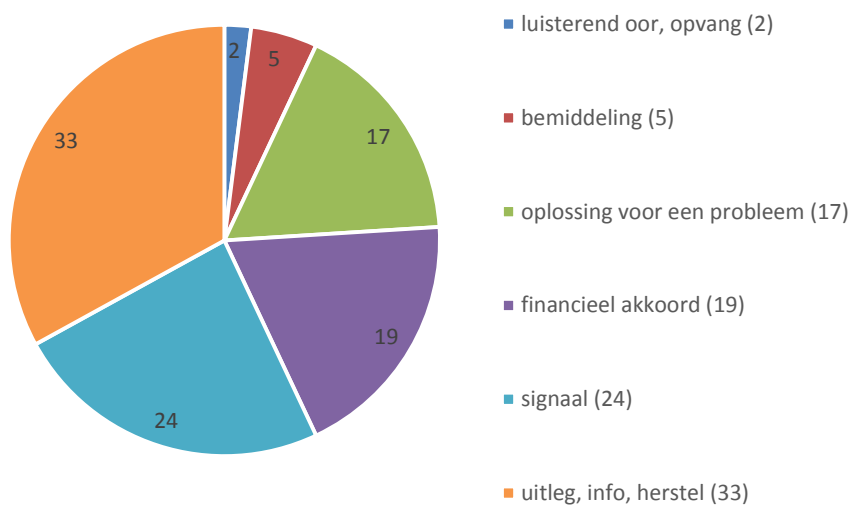
Vermeldingen per aspect 2017 (%) - totaal 419 op 316 dossiers



Aanbrenger - relatie tot de patiënt (%) - 2017



Verwachtingen van de aanbrenger (%) - 2017



Aanbevelingen

- ✓ Vanuit het gegeven dat de **kwaliteit van communicatie** sterk bepalend is voor de beleving van de kwaliteit van zorg en in meldingen herhaaldelijk aan bod komt, verdient dit thema verder onverdeelde aandacht en initiatief: van **zorgtechnische (1)** informatie op maat en tempo van de patiënt, over communicatie betreffende, voorafgaand aan en gedurende het **zorgtraject (2)**, naast **administratief-financiële (3)** en **organisatorische (4)** aangelegenheden in de rand daarvan. Hierin past tevens de alertheid voor het **relationele (5)**, het (pro)actief bevragen en inspelen op noden, wensen en (on)genoegens van de patiënt en zijn omgeving. Verdere sensibilisering of vorming rond patiëntenrechten en een constructieve omgang met reële of sluimerende conflicten, gevoeligheden of onduidelijkheden kunnen aldus bijdragen in een vroege detectie en beperking of preventie van klachten en incidenten.
 - (1) *zorgtechnisch* : bv. diagnose, behandeling, risico's, medicatie, (na)zorg
 - (2) *zorgtraject* : bv. (on)gepland verloop van hospitalisatie of dagopname
 - (3) *administratief-financieel* : bv. kosten verbonden aan een opname, formaliteiten, tussenkomsten*
 - (*) Bijzonder aandachtspunt bij het informeren van patiënten over de financiële aspecten verbonden aan een opname, blijft het consequent en nadrukkelijk onderstrepen van het belang van inzicht in / verificatie van de hospitalisatieverzekeringsspolis en voorziene tussenkomsten die de betrokkene in het kader van een specifieke opname geniet.
 - (4) *organisatorisch* : bv. afspraken-, opname- en ontslagregeling, tussentijdse info bij uitlopende wachttijden, regeling intern/extern vervoer
 - (5) *relationeel* : bv. oog en oor voor het welbevinden van de patiënt, nastreven van een goede zorg- en vertrouwensrelatie, discretie

- ✓ Verder bevorderen en faciliteren van **klachtenbehandeling op eerstelijnsniveau**, vanuit het gegeven dat een klacht voor zover mogelijk bij voorkeur aan de bron wordt aangepakt en opgelost. Promoten van 'eigenaarschap' bij alle betrokken partijen. Aanreiken van technieken en methodieken voor een adequate en constructieve benadering van klachten, incidenten en conflicten, met ondersteuning vanuit de brede organisatie.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	Algemeen Ziekenhuis Sint-Jozef
Adres	Oude Liersebaan 4 2390 Malle
Gewest	Antwerpen
Erkenningsnummer	7-10536-86-000-E536
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	230 acute bedden + 20 SP bedden
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Yoko Dille
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	15 november 2017
Bestaffing	568.74 FTE
Lokalisatie dienst	<ul style="list-style-type: none"> • Rapporteert aan de Algemeen Directeur. • Binnen het ziekenhuis.
Registratiesysteem	iProva (Infoland)
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Op de website van het ziekenhuis. Geactualiseerd op 07/02/2018.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	<ul style="list-style-type: none"> • Intervisie ombudsdiensten • Congres : “De communicatie patiënt-beroepsbeoefenaar: welke goede praktijken?” • Ledenvergaderingen en congres Vvovaz
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	<ul style="list-style-type: none"> • Geweldloze communicatie • Toegepaste Psychologie • Integratieve Psychotherapie • Trauma- en verliescounselor

<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst</p> <p><i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intake van de klacht • Klachtenregistratie • Informatieverstrekking • Klachtenbemiddeling met pendeldiplomatie of gesprekken • Doorverwijzing • Verzekeringsdossiers • Preventieve en curatieve voorstellen formuleren en begeleiden, w.o. verbeterprojecten, training en coaching.
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. De melding <ul style="list-style-type: none"> • Persoonlijk • Telefonisch • Per mail • Per brief 2. Intake (incl. vraag van de patiënt) 3. Registratie van de melding 4. Analyse van de klacht <ul style="list-style-type: none"> • De feiten • Standpunt van het diensthoofd en/of de medewerker verkrijgen. • Inzicht in de bedrijfsprocessen. • Juridisch advies inwinnen. 5. Afhankelijk van de vraag van de patiënt : <ul style="list-style-type: none"> • informatieverstrekking aan de patiënt • en/of financieel voorstel • en/of bemiddeling • en/of opmaak van verzekeringsdossier • en/of doorverwijzing naar bv. ledenverdediging 6. Afsluiten klachtendossier 7. Veel voorkomende klachten worden vertaald in aanbevelingen tot structurele wijzigingen.

Behandeling van klachten en onvrede
<p>Hoe gaat de organisatie om met klachten?</p> <p>De medewerkers van het ziekenhuis luisteren naar de klacht van de patiënt. Ze trachten zelf tot een constructieve oplossing met de patiënt te komen. Indien dit niet het gewenste resultaat heeft, dan verwijzen ze door naar de ombudsvrouw. De organisatie steunt de onafhankelijkheid en meerzijdig partijdigheid van de ombudsvrouw. De organisatie ondersteunt preventieve en curatieve maatregelen.</p>
<p>Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?</p> <p>In eerste instantie wordt de patiënt aangeraden om problemen zelf met de desbetreffende dienst of medewerker te bespreken. Wanneer de patiënt dit niet wil of wanneer de betrokken partijen niet tot een constructief overleg komen, dan komt de klacht bij de ombudsvrouw. Elke melding wordt geregistreerd. Meldingen mbt bejegening worden enkel besproken bij zware of recursieve klachten. Medische of administratieve klachten worden altijd besproken met de betrokken partijen. Op basis van veel voorkomende klachten worden aanbevelingen tot structurele wijzigingen gedaan.</p>
<p>Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)</p> <p>De impact van de ombudsdienst op artsen is minder wanneer de artsen als zelfstandige verbonden zijn aan het ziekenhuis.</p>

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	337
Aantal infodossiers	66
Aantal pro actieve dossiers	18
Aantal opvragingen patiëntendossier	1
Aantal 'andere'	17

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de "zorgkwaliteit" in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Betreft klachten mbt rechten van de patiënt ?

ja	41%
nee	34%

Klachten mbt rechten van de patiënt per artikel

art.5: kwaliteit	84%
art.6: keuze	1%
art.7: info	5%
art.8: toestemming	4%
art.9 : afschrift / dossier	5%
art.10: privacy	1%
art.11bis: pijnbestrijding	1%

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	150
--	-----

Klachten per aspecten (in rangorde volgens meest voorkomende)

Medische aspecten	41%
Administratieve - financiële aspecten	30%
Organisatorische aspecten	14%
Verpleegkundige aspecten	14%

Klachten medische aspecten (in rangorde volgens meest voorkomende)

Spoedgevallen	11%
Orthopedie	5%
Neurologie - psychiatrie	3%
Keel-, neus- en oorheelkunde	2%
Geriatric	2%
Kindergeneeskunde	2%
Medische beeldvorming	2%
Gynaecologie/verloskunde	2%
Cardiologie	2%
Kaakchirurgie - stomatologie	2%
Gastro-enterologie - algemeen inwendige - pneumologie	2%

Inhoud klachten medische aspecten (in rangorde volgens meest voorkomende)

Behandeling	21%
Communicatiestijl	7%
Infoverstrekking	5%

Aanbevelingen

- ✓ Preventieve maatregelen (zoals opleiding, coaching, stroomlijnen van processen, duidelijke informatie ter beschikking stellen van patiënten en medewerkers) zouden meer zwaarte in het takenpakket van de ombudsdienst moeten hebben.
- ✓ Administratieve ondersteuning van de ombudsdienst, zodat de ombudsvrouw zich werkelijk met de kerntaken van de ombudsvrouw kan bezighouden.
- ✓ Mandaat voor de ombudsdienst om klachten, die niet te maken hebben met de rechten van de patiënten te mogen behandelen

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

De aanbevelingen worden goed beluisterd. Indien ze praktisch realiseerbaar zijn op korte termijn en de impact voor de organisatie niet te groot is, dan worden de nodige aanpassingen gedaan.

Jaarverslag 2017
Beleidsplan Ombudsdienst 2018

Jan Yperman Ziekenhuis VZW

Briekestraat 12

8900 Ieper

Erkenningsnummer: 057

Instellingsgebonden informatie:

Ombudspersonen:

Dennis Jacques (sinds 1/11/2003)

057/356642

Annelies Dumoulin (sinds 16/07/2009)

057/356670

ombudsdienst@yperman.net

Inhoud

1. Voorstelling van de dienst.....	3
1.1. organogram	3
1.2. Activiteiten	3
2. Personeel	4
2.1. Overzicht verantwoordelijkheden.....	4
2.2. Ziekteverzuimpercentage	4
3. Activiteitgegevens 2017.....	5
3.1. Algemeen	5
3.2. Cijfergegevens rond klachten (en omgezette pro-actieve meldingen)	6
4. Communicatie en opleidingen	11
4.1. Presentaties over jaarverslag en rechten van de patiënt.....	11
4.2. Deelname aan overlegvergaderingen.....	11
4.3. Gevolgde opleidingen	11
5. Doelstellingen:.....	12
5.1. Realisatie doelstellingen 2017	12
5.2. Nieuwe doelstellingen 2018.....	15
5.2.1. Doelstelling 1:	15
5.2.2. Doelstelling met diensten waarmee samengewerkt wordt	15
5.2.3. Doelstelling dienst specifiek 1:.....	15
5.2.4. Doelstelling dienst specifiek 2.....	16



1. Voorstelling van de dienst

1.1. organogram

De ombudsfunctie heeft volgende opdrachten :

- voorkomen van vragen en klachten door de communicatie tussen de patiënt en de beroepsbeoefenaar te bevorderen
- het bemiddelen bij de klachten met het oog op het bereiken van een oplossing
- het inlichten van de patiënt inzake de mogelijkheden voor de afhandeling van zijn klacht bij gebrek aan het bereiken van een oplossing
- het verstrekken van informatie over de patiëntenrechten, de organisatie, de werking en de procedureregels van de ombudsfunctie
- het formuleren van aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot een klacht

1.2. Activiteiten

De permanentie op de ombudsdienst is verzekerd van maandag tot en met vrijdag van 9u tot 16u. Op woensdag is dit van 9u tot 12u.

De ombudsdienst bestaat uit 2 ombudspersonen: Dennis Jacques en Annelies Dumoulin. Vanaf 8-01-2018 wordt daarenboven beroep gedaan op een administratief medewerker, Marjan Leroy. Dit 8u per week, verdeeld over 4 werkdagen.

Buiten de kantooruren wordt de telefoon doorgeschakeld naar het antwoordapparaat, waar men gewezen wordt op de beschikbaarheid van de dienst. Voor de telefoonpermanentie kan ook een beroep gedaan worden op onze administratief medewerker, het secretariaat van de verpleegkundige middenkaders of een collega vanuit de sociale dienst die ervaring heeft binnen de ombudsdienst (in kader van vervanging).

De ombudspersonen overleggen zeker wekelijks over de lopende dossiers, ondersteunen elkaar bijna dagelijks in advies bij het behandelen van de klachtendossiers.

Ruimer gezien kunnen dossiers onder volgende vier categorieën besproken worden binnen de klachtencommissie.

- Klachten/proactieve meldingen waarbij de verwachting van de klager een correctie of een schadeclaim van factuur is.
- Dossiers rond verlies / beschadiging waarbij de klager een schade-eis heeft.
- Dossiers die gaan over de algemene werking van het ziekenhuis.
- Dossiers waarbij het ziekenhuis mogelijks aansprakelijk bij is

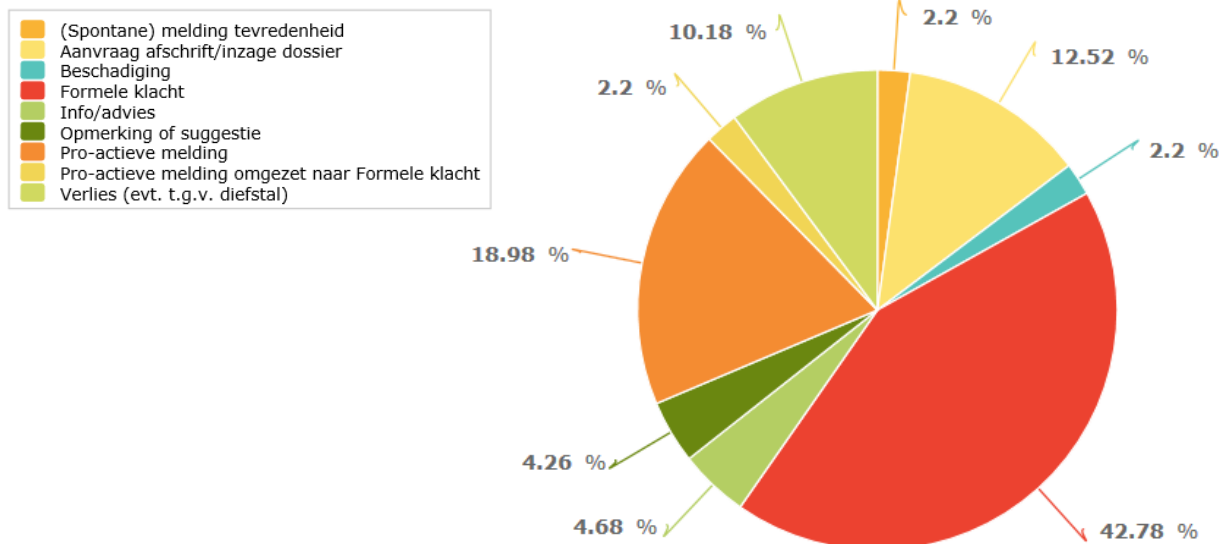
De klachtencommissie komt minstens éénmaal per maand samen en bestaat uit de hoofdgeneesheer (Dr Allaert), de ombudsdienst (Dennis Jacques en Annelies Dumoulin), de kwaliteitscoördinator (Eddy Delporte), het kaderlid financiën en administratie (Ellen Maes) die verantwoordelijk is voor de aansprakelijkheidsverzekering en een medewerker van de dienst debiteuren departement financiën en administratie (Cindy Degandt). Andere medewerkers kunnen uitgenodigd worden op de commissie indien bepaalde dossiers een bijkomende expertise vragen (vb. apotheek).

De ombudsdienst heeft verschillende types dossiers, enerzijds zijn er de formele klachten waarbij de patiënt ons rechtsreeks contacteert. Er zijn ook de proactieve meldingen (meldingen door medewerkers, die in sommige gevallen ook effectief resulteren in een formele kracht. Wanneer een klacht eerder gemeld werd als pro-actieve melding, krijgt deze een eigen type. In de laatste jaren worden we ook steeds meer gecontacteerd voor aanvragen van afschriften uit patiëntendossiers, die samen met de dossiers van verlies/diefstal en schade een derde pijler van het totaal aantal dossiers vormt.

Tenslotte zijn er nog in mindere mate de infodossiers (waar ons advies gevraagd wordt), de meldingen van spontane tevredenheid en de opmerkingen of suggesties.

Hieronder kunt u de verdeling van de dossiers zien voor de jaren 2012-2017:

Verdeling dossiers (2012-2017)



2. Personeel

2.1. Overzicht verantwoordelijkheden

De ombudsdienst bestaat uit 2 ombudspersonen: Dennis Jacques (0.3 FTE) en Annelies Dumoulin (0.5 FTE).

In 2017 werd Annelies gedurende haar zwangerschap vervangen door Steffi Malfait (1-1-2017 tot 21-04-2017).

Als we ermee rekening houden dat een FTE gemiddeld 1620 werkuren per jaar aanwezig is op dienst (zonder ziekte, verlof en bijscholing). Dan zijn er voor de ombudsdienst 1296 werkuren in 2017. Dit wil zeggen dat er per dossier 1 uur en 49 minuten is voor de ontvangst, de ontvangstmelding, de behandeling en het antwoord. In 2016 was dit nog 1 uur en 58 minuten.

Vanaf 8-01-2018 kunnen we gelukkig beroep doen op een administratief medewerker, Marjan Leroy (0.2 FTE). Dit 8u per week, verdeeld over 4 werkdagen.

2.2. Ziekteverzuimpercentage

2.3.1 Ziekteverzuim (%) afdeling van de laatste 3 jaar

Onderstaande KPI toont het percentage van de werktijd dat werknemers van de dienst afwezig waren wegens ziekte, en dit in vergelijking met de andere diensten en teams binnen de dienst patiëntenbegeleiding.

Het percentage is te verklaren door een chirurgisch ingreep die Annelies moest ondergaan in oktober 2017.

3. Activiteitgegevens 2017

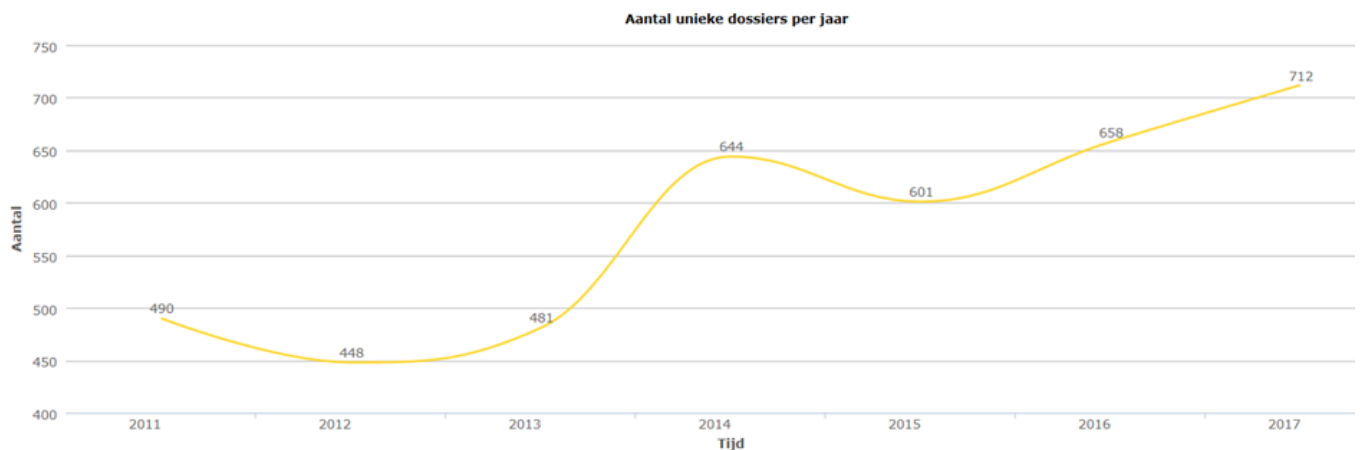
Borstkliniek	0,34%	0,56%	0,00%
Eredienst	2,06%	2,27%	0,28%
GST	1,16%	4,02%	8,48%
Ombudsdienst	1,57%	0,00%	3,68%
PST	0,60%	34,21%	23,00%
Psychologen	0,88%	3,54%	2,08%
Sociale dienst	1,35%	3,28%	8,09%
Aggregate(Top Selected Dimension)	1,15%	4,86%	6,26%

tet laatste jaar, per maand:

Measure	2017/01	2017/02	2017/03	2017/04	2017/05	2017/06	2017/07	2017/08	2017/09	2017/10	2017/11	2017/12
Borstkliniek	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Eredienst	0,00%	0,00%	0,00%	3,95%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
GST	2,64%	0,00%	4,05%	1,94%	3,09%	0,00%	0,00%	0,00%	11,90%	22,65%	28,06%	22,91%
Ombudsdienst	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	25,12%	12,00%	0,00%
PST	33,91%	43,50%	37,40%	45,24%	43,67%	2,50%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	5,82%	0,00%
Psychologen	2,08%	10,05%	5,73%	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%	1,83%	0,00%	3,77%	0,00%	0,00%
Sociale dienst	19,30%	2,58%	5,24%	2,88%	0,00%	10,78%	0,00%	8,07%	18,56%	10,94%	11,49%	0,82%
Aggregate	10,36%	7,13%	6,93%	4,69%	3,54%	3,53%	0,02%	3,28%	8,53%	10,45%	9,66%	4,05%

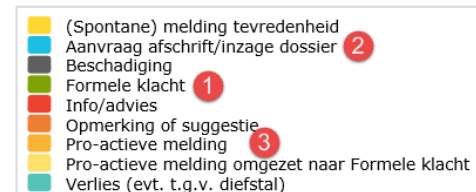
3.1. Algemeen

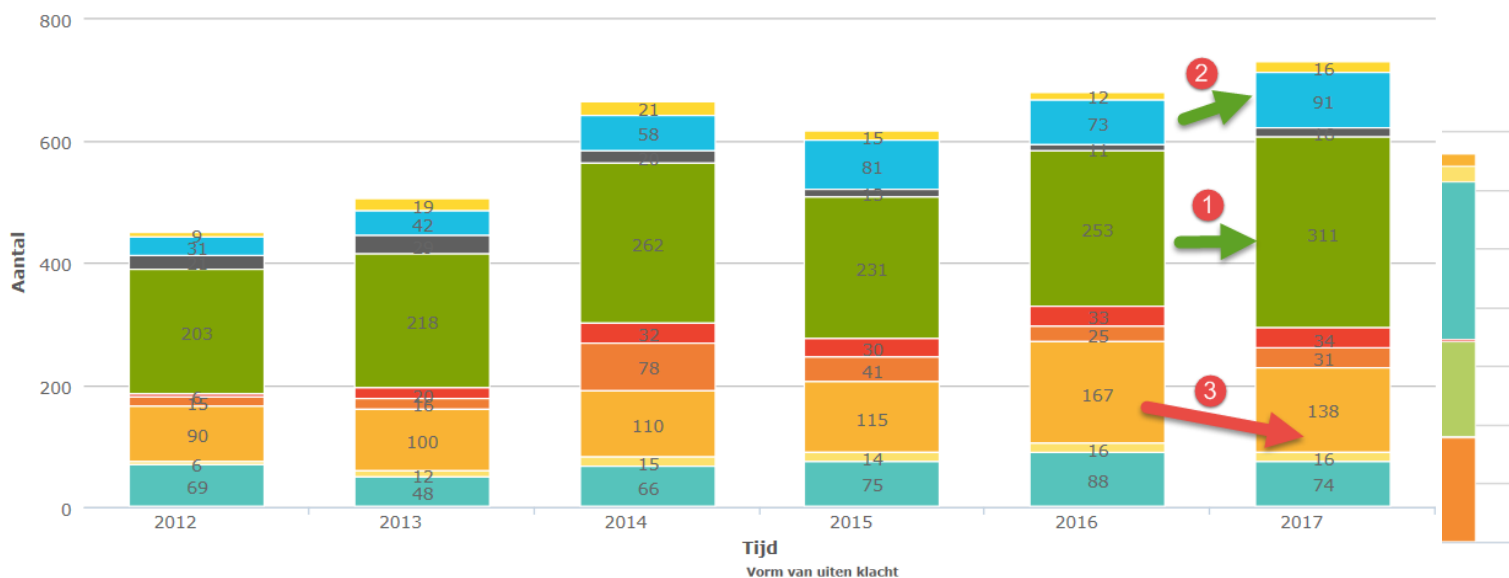
- Onderstaande grafiek toont aan dat het aantal dossiers sinds 2012 fors is toegenomen. In 2016 tikten we af op 658, in 2017 op 712 dossiers, wat neerkomt



op een stijging van 8%. Vorig jaar kenden we al een gelijkaardige stijging van 9%.

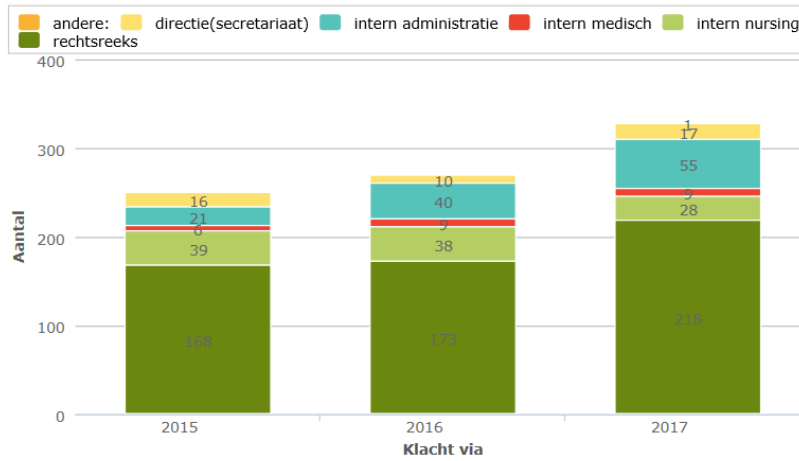
- In 2017 merken we vooral een stijging op binnen de formele klachten. 311 klachten in vergelijking met 253 klachten in 2016. Dit komt neer op een stijging van 23%. Juist deze dossiers zijn het meest arbeidsintensief.
- Een tendens, die reeds merkbaar was in 2016, zien we opnieuw in 2017. De ombudsdienst kent opnieuw een stijging van 25% voor de aanvraag van afschriften /inzage in het patiëntendossier.
- Wat de proactieve meldingen betreft merken we dit jaar een daling op van 17%, terwijl er evenveel (16 dossiers) proactieve meldingen werden omgevormd naar formele klacht.



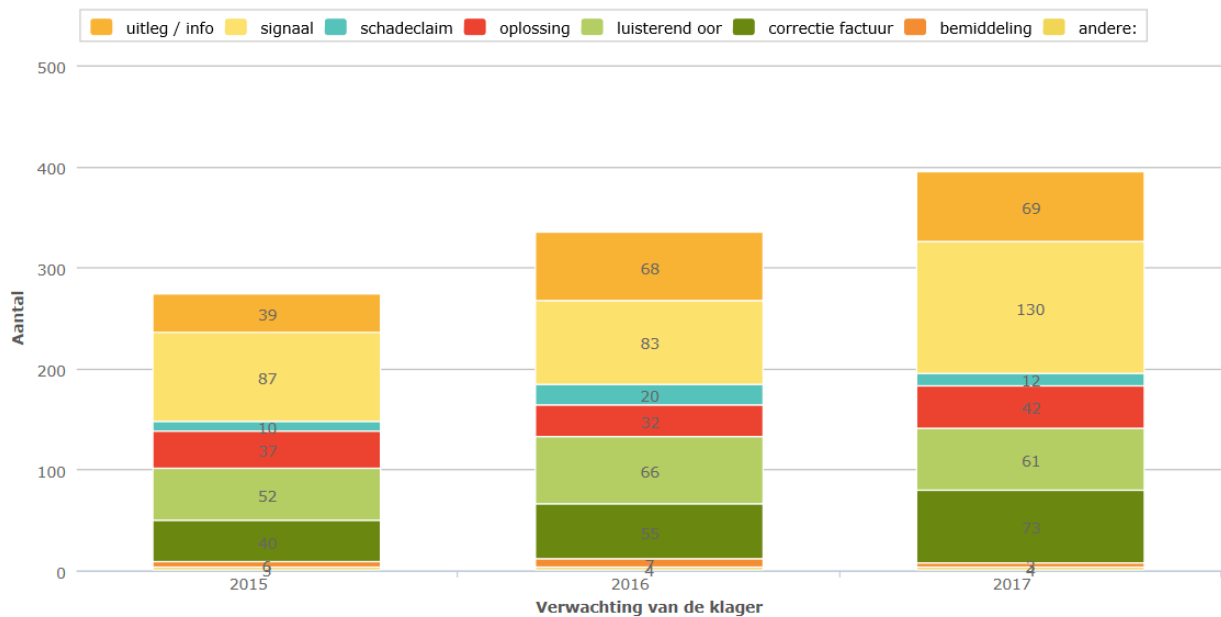


3.2. Cijfergegevens rond klachten (en omgezette pro-actieve meldingen)

- In 2017 merken we een verschuiving in de manier waarop de klacht wordt geuit. In tegenstelling tot voorgaande jaren, wordt meer gebruik gemaakt van e-mail voor het melden van een klacht. Dit maakt dat de schriftelijk geuite klachten van 38% op het totaal naar 47.8% stijgen. In 2017 introduceerden we ook een nieuwe manier “sociale media”, die echter nog niet het hele werkjaar dekt.
- Terwijl in 2016 nog 36% van de contacten persoonlijk was (op afroep of na telefonische afspraak) en we daarmee in de benchmarking in Vlaanderen het hoogst scoorden, daalt dit in 2017 tot slechts 24.5%.
- Het telefonisch contact geniet sinds 2017 de voorkeur boven het persoonlijk contact tussen klager en ombudspersoon. 27% van de aanmeldingen zijn persoonlijk.
- Dit weerspiegelt zich in onze werking. Ontvangstmeldingen worden meer via mail verstuurd, briefwisseling per post neemt af. Mailverkeer vergemakkelijkt de administratie gezien de communicatie gemakkelijker kan worden opgenomen in het dossier. Jammer genoeg konden we tot nu toe nog niet het mailadres importeren in ons digitaal dossier.
- Ongeacht de wijze waarop een klacht de ombudsdienst bereikt, kunnen we stellen dat we met de stijging van het aantal dossiers, de klager gemakkelijk de weg vindt naar de ombudsdienst. Anderzijds zijn wij ons bewust van het feit dat de klager steeds mondiger wordt en zich een weg zoekt naar een orgaan die klachten ontvangt, hoe laagdrempelig we ons ook willen/kunnen opstellen. Volgende tabel toont dit aan want 66% van de klagers neemt rechtstreeks contact op met onze dienst (of meldt zich aan via het onthaal). Daarnaast is er een goede samenwerking met de dienst administratie die bij problemen gemakkelijk doorverwijst naar de ombudsdienst, wat duidt op het belang als tweedelijnsfunctie.

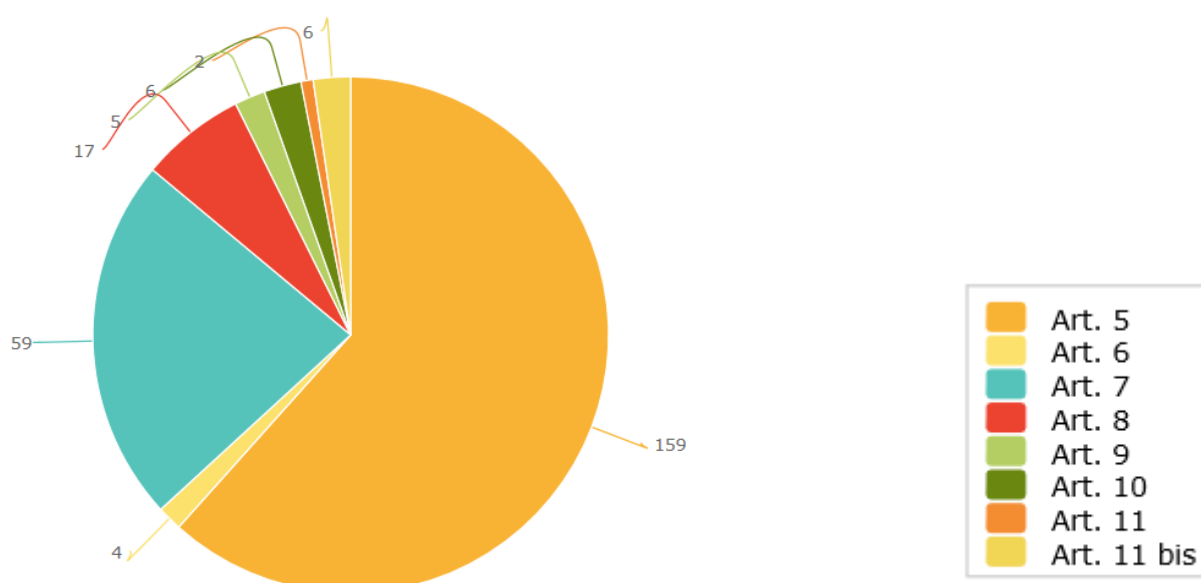
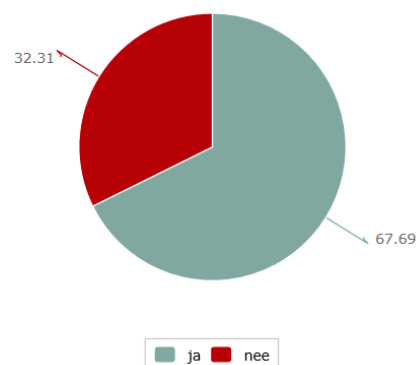


- Het is trouwens in 45% van de gevallen de patiënt zelf die zich richt tot de ombudsdienst. In 35% een eerstegraadsverwant (ouder, kind, partner), In 18% van de gevallen is het geen verwant, maar het rusthuis, de instelling, of een andere betrokkene.
- De klager wenst met zijn klacht vooral een signaal te geven aan het ziekenhuis of wenst dat we hem/haar een luisterend oor geven (48%). Een financiële eis, is er in 21% van de gevallen, wat een kleine daling is tov 2016 (-1%). In slechts 3 gevallen verwachtte de klager effectief bemiddeling.



3.3. Cijfergegevens ivm “wet patiëntenrechten”.

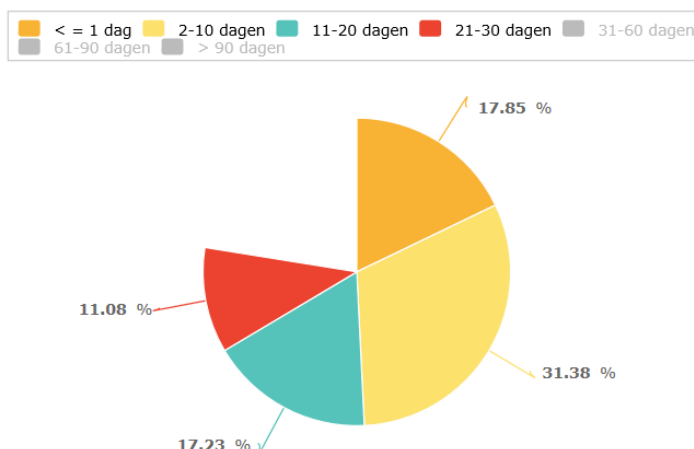
- 62 % van de klachten en pro-actieve meldingen hebben een klachtitem gerelateerd aan een recht van de wet patiëntenrechten.
- Voor de formele klachten zelf is dit iets meer, nl. 68% van het aantal dossiers, wel een daling tgo 2016 toen dit nog 73% was.
- Er werden 258 keer één of meerdere rechten aangevinkt bij 217 klachtendossiers. In 159 gevallen (61%) ging het over het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening. In 2016 was dit 50%.
- In 59 gevallen (23%) ging het om het recht op informatie, tgo 30% 2016. En in 17 gevallen (7%) ging het om het recht op geïnformeerde toestemming.



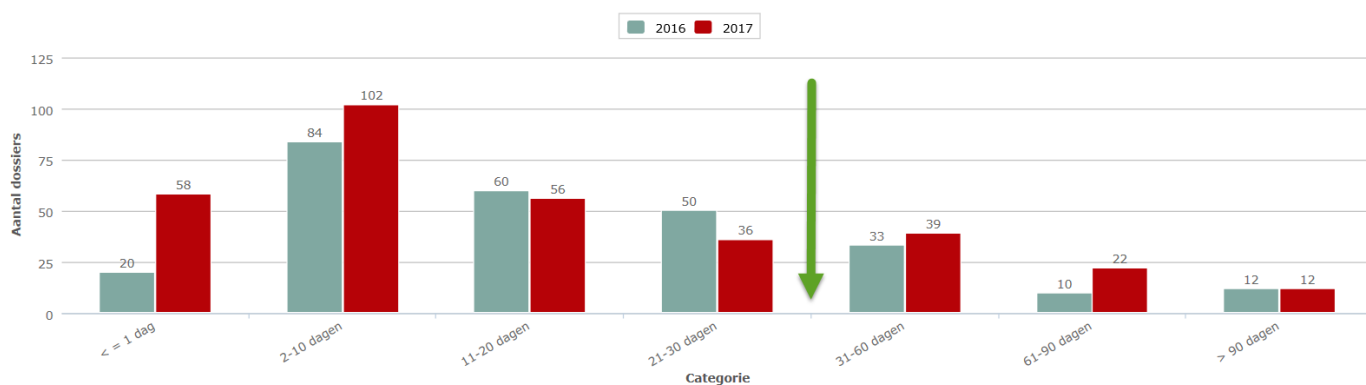
Patiëntenrechten (2017)

3.4. Doorlooptijd en resultaat van de dossiers

- De ombudsdienst streeft er naar om minimum 70% van de klachtendossiers binnen de 30 dagen af te ronden. Dit lukte in 2017 in 78% van de gevallen, terwijl ons dit in 2016 slechts in 72% van de gevallen lukte.



- 28 dossiers of minder dan 1% van de dossiers werd nog niet afgesloten en kent nu al een doorlooptijd langer dan 1 maand.
- Een groot deel van deze dossier konden op korte termijn worden afgesloten. Een stijging van 20 (2016) naar 43 dossiers in 2017. 30% van de dossiers kunnen binnen de 10 dagen worden afgesloten, wat neerkomt op een status quo in vergelijking met 2016.
- De doorlooptijd is bepaald door de versterkte tijd tussen de datum van de uiting van de klacht en het 'eerste' afsluiten, vaak bij het geven van een antwoord. Wanneer de klager (onverwachts) terugkomt op een dossier, werd er geen nieuwe afhandeldatum ingevuld, wat gelukkig slechts in 24 dossiers gebeurde.
- Van de 12 dossiers met een doorlooptijd van meer dan 90 dagen, waren er 6 waarbij de vraag van de klager was de factuur aan te passen en 5 waarbij er aangifte gebeurde bij de aansprakelijkheidsverzekering. Slechts in 1 van die dossiers was de lange doorlooptijd gelinkt aan het niet "onmiddellijk" krijgen van



een antwoord van de betrokkenen.

- 5 dossiers uit 2014, 1 uit 2015, 5 uit 2016 en 35 dossiers uit 2017 (waarvan 7 dossiers die heropend werden) zijn nog lopende (dd 5-2-2018)
- In 160 dossiers was er geen reactie van de klager. In 66 dossiers bedankte deze de ombudsdienst expliciet (20%). In 6 gevallen brak de klager het dossier voortijdig af.

3.5. Aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die tot een klacht aanleiding kunnen geven.

Bij de opvolging van de ombudsdossiers wordt rekening gehouden met het formuleren van adviezen. Deze worden indien mogelijk gekoppeld aan verbeteracties, op te volgen door de betrokken diensthoofden.

Qua opvolging stelden we echter vast dat we weinig vat hadden op hetgeen er effectief gebeurde met onze aanbevelingen. Voor 2018 werken we verder aan een nieuw systeem binnen ons registratiesysteem (zie doelstellingen). Deze toepassing zal het voortaan mogelijk maken om verbeteracties te koppelen aan een klacht of omgekeerd. Deze kunnen naar de verantwoordelijke gestuurd worden. Ter opvolging ontvangt de verantwoordelijke na verloop van tijd (1 maand – 3 maand – 6 maand) de vraag naar een stand van zaken. Op zijn beurt kan de verantwoordelijke opgeven welke moeilijkheidsgraad hij/zij koppelt aan het advies en welke duurtijd gekoppeld wordt in de implementatie ervan op de werkvloer/beleid.

Voor 2017 noteerden we volgende adviezen:

- Na ontvangst van meerdere klachten rond het niet geïnformeerd zijn of het onvoldoende geïnformeerd zijn rond de kostprijs van een eenpersoonskamer, werd geopteerd dit probleem aan te kaarten bij het diensthoofd onthaal en opname. Bijgevolg werd dit opgenomen binnen hun werkoverleg. De onthaalbedienden nemen voldoende tijd om de verschillende opties te verduidelijken.
- Uit verschillende klachten blijkt dat er wat onduidelijkheid heerst betreffende bijzaak/ bijverblijf/hotelverblijf. Vanuit de ombudsdienst werd meegewerkt aan het op punt stellen van de procedure voor bijzaak/bijverblijf/hotel. In 2016 werd hier reeds aan gesleuteld. In die 2017 ontvingen we meerdere klachten rond de opname van pasgeborenen bij hun gehospitaliseerde moeder. Een reden om de procedure opnieuw aan te passen en te verduidelijken in samenspraak met de facturatedienst.
- Enkele problemen met betrekking tot de terugbetaling van medicatie zorgde er voor dat wij ons samen met de apotheek gericht hebben op het uitwerken van een document “akkoord na info” voor OPATH patiënten en voor medicatie besteld in het buitenland. Dit om nadien discussie rond de facturatie van deze medicatie te vermijden. Deze documenten werden inmiddels besproken en goedgekeurd door met Medisch Farmaceutisch Comité (MFC).
- Via huisartsen werd ons gemeld dat vaak gebruik gemaakt wordt van afkortingen in verslagen die niet voor iedereen duidelijk zijn of soms meerdere invullingen kunnen hebben. Gezien dit tevens een doelstelling was voor de JCI-accreditatie werd binnen het ziekenhuis werk gemaakt van het opstellen van een afkortingslijst. Enkel deze opgenomen op de lijst mogen gehanteerd worden in verslagen / brieven aan externen.
- Helaas krijgen we ook vaak te maken met verloren voorwerpen. Soms in de vorm van rolwagens. We streven er op meerdere manieren naar om dit tegen te gaan. Enerzijds de externe diensten, bijvoorbeeld rusthuizen te motiveren persoonlijke rolwagens of rolwagens van de instelling te identificeren (bv. Klever met naam van de eigenaar / instelling). Dit wordt ter sprake gebracht in het overleg met de rusthuizen in de regio. Anderzijds pogen we rolwagens, die niet getekend zijn, bij opname een ID-bandje aan te brengen.

- Advies om de procedure rond ziekenvervoer up to date te houden en zo duidelijk mogelijk te omschrijven, dit om mogelijke interpretatie te vermijden en dus ook problemen met betrekking tot de facturatie. Link via intranet toont de meest recente weergave van de afspraken rond ziekenvervoer.
- Problemen rond de overdracht tussen thuis en ziekenhuismedicatie werden doorgestuurd naar de dienst kwaliteit voor verder opvolging. Er wordt gekeken hoe het elektronisch programma kan bijgestuurd worden om verwarring te vermijden.

4. Communicatie en opleidingen

4.1. Presentaties over jaarverslag en rechten van de patiënt.

1. Maandelijks uitleg aan nieuwe werknemers op de introductiedag 1M (telkens eerste maandag van de maand)
2. Voorstelling van het jaarverslag aan de medische diensthoofden (17-03-2017)
3. Voorstelling van het jaarverslag aan de raad van bestuur (23-05-2017)
4. Voorstelling van de wet patiëntrechten en de vertegenwoordiging van de patiënt aan KVG gewest Ieper-Poperinge (17-10-2017)
5. Medewerking aan een panel van experts in kader van de week van de armoede (19-10-2017).

4.2. Deelname aan overlegvergaderingen

16-02-2017 overleg met dienst boekhouding van JYZ en AZ Damiaan rond werking klachten rond facturatie

4.3. Gevolgde opleidingen

Dennis Jacques

18/01/2017	JCI Opleidings- en Trefdag voor geaccrediteerde ziekenhuizen
11/05/2017	Zorgsymposium rond patiëntenparticipatie
23/05/2017	The floor is yours, opleiding rond het maken van effectieve PPT's



5. Doelstellingen:

[SMART geformuleerd en volgens PDCA cyclus]


De doelstellingen dienen SMART geformuleerd te worden.

De letters van SMART staan voor:

- Specifiek: De doelstelling moet eenduidig zijn
- Meetbaar: Wanneer is de doelstelling bereikt (objectief meetcriteria)
- Acceptabel: Gaat het ganse team, directie deze doelstelling accepteren
- Realistisch: De doelstelling moet haalbaar zijn
- Tijdgebonden: Wanneer (in de tijd) moet het doel bereikt zijn

5.1. Realisatie doelstellingen 2017

5.1.1 Doelstelling 1 (2017)

Omschrijving doelstelling (SMART)
Integreren normen nieuwe editie JCI-handboek in beleid PFR
Verloop uitwerking (kort)
Gezien sommige normen gesplitst werden was het nodig om het beleid hier en daar wat extra te specificeren. Gelukkig was het beleid redelijk uitgesplitst en had de dienst kwaliteit een sjabloon gegeven om op te werken.
Eindresultaat
 <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.1.2 Doelstelling 2 (2017)


Omschrijving doelstelling (SMART)
Aanpassen huishoudelijk reglement
Verloop uitwerking (kort)
Het lukte het niet om dit te realiseren in 2017. Er werd wel gestart met een werkgroep die resulteerde een eerste ontwerptekst. (oa 10/11/2017). De belangrijkste doelstelling was om de tekst van 2009 te laten accorderen met de huidige werking en vooral om een soort reglement van de werking van de klachtencommissie te maken en te integreren. De bedoeling is om de tekst te laten goedkeuren in de klachtencommissie van februari en daarna op de raad van bestuur van mei (bij voorstelling jaarverslag).
Eindresultaat
 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.1.3 Doelstelling 3 (2017)




Omschrijving doelstelling (SMART)
Benutten functionaliteiten VMS
Verloop uitwerking (kort)
Het doel was vooral om de communicatie met het administratief departement te verbeteren adhv automatische mailing. Dit lukt ondertussen, zij worden verwittigd bij het afsluiten van een verzekeringsdossier (+ de verzekering zelf) en bij het afsluiten van een dossier met een vraag om de factuur te corrigeren. Daarnaast werd ook het sjabloon van de agenda van de klachtencommissie aangepast (oa met een herschikking van de dossiers adhv thema's).
Eindresultaat

<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.1.4 Doelstelling 4 (2017)

Omschrijving doelstelling (SMART)
Implementeren van beroepskledij
Verloop uitwerking (kort)
In de loop van 2017 was er slechts 1 klacht over het feit dat vrijwilligers en psychosociaal werkers nu in uniform zijn. De medewerkers zelf zijn zeer tevreden. We krijgen ook het gevoel dat mensen eerder beroep doen als je hun hulp aanbiedt in je uniform dan in burgerkledij.
Eindresultaat

<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.1.5 Doelstelling 5 (2017)

Omschrijving doelstelling (SMART)
Zorg voor beleving
Verloop uitwerking (kort)
Cliënten krijgen altijd een kopje koffie aangeboden (weliswaar niet in porselein). Medewerking aan één van de initiatieven die in het jaar plaatsvonden. (foto)
Eindresultaat
  
<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

5.2. Nieuwe doelstellingen 2018

5.2.1. Doelstelling 1:

	Omschrijving	Verantwoordelijk	Deadline
PLAN Doelstelling (SMART)	Aanpassen huishoudelijk reglement		
DO (voer het plan uit)	Hernemen van de doelstelling van 2017. <ul style="list-style-type: none"> · Tekst laten goedkeuren in KC · Tekst laten goedkeuren door raad van bestuur 		02-18 05-18
CHECK (evalueer, controleer)	Na de goedkeuring in het KC in april evalueren of het huishoudelijk reglement duidelijk genoeg is en toepasbaar op de werking van de ombudsdienst		04-18
ACT (pas aan waar nodig)	Eventuele aanpassingen voor de goedkeuring in de raad van bestuur.		05-18

5.2.2. Doelstelling met diensten waarmee samengewerkt wordt

	Omschrijving	Verantwoordelijk	Deadline
PLAN Doelstelling (SMART)	Uitbouw en gebruik van de module “verbeteracties” in TPSC met dienst kwaliteit	Eddy Dennis Lynn Klaas	1/7/18
DO (voer het plan uit)	In 2017 reeds begonnen met brainstorm en uitbouw van de app. Bedoeling is om deze in 2018 operationeel te maken. Voor de ombudsdienst is het ook belangrijk om op die manier terugkoppeling te voorzien in jaarverslag en aan de klachtencommissie.	kwaliteit Dennis	1/4/18
CHECK (evalueer, controleer)	Nagaan of iedere gebruiker tevreden is (opdrachtgever, persoon die opdracht krijgt en leden klachtencommissie die achteraf feed-back krijgen).	kwaliteit	1/6/18
ACT (pas aan waar nodig)	Aanpassen van gebruiksvriendelijkheid en flow mocht dit niet lukken.	Dennis/firma	1/7/18

5.2.3. Doelstelling dienst specifiek 1:

	Omschrijving	Verantwoordelijk	Deadline
PLAN Doelstelling (SMART)	Verder functionaliteiten van VMS integreren voor een vlottere werking, zoals email-adres, telefoonnummer en ook een dynamisch vak.	Dennis	1-7-18
DO (voer het plan uit)	<ul style="list-style-type: none"> · Met hulp van ICT en de firma via “patiëntgegevens” email-adres en telefoonnummer integreren. · Dynamisch vak creëren om in één oogopslag te zien waar we aan bezig 	Dennis Dennis	1-4-18 1-3-18

	<p>zijn. .</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ook het vak “huidige datum” zou na al die jaren ook eindelijk moeten kunnen lukken. • Ook kritisch alle sjablonen bekijken. • Kwartaalrapportage 	<p>Dennis</p> <p>Marjan/Annelies</p> <p>Dennis</p>	<p>1-3-18</p> <p>1-5-18</p> <p>15-4-18</p>
CHECK (evalueer, controleer)	Nagaan of al deze functionaliteiten werken	Annelies/Marjan	1-6-18
ACT (pas aan waar nodig)	Hulp van firma (of ICT) invoeren wanneer we niet lukt zelf de aanpassingen doen.	Dennis	1-7-18

5.2.4. Doelstelling dienst specifiek 2

	Omschrijving	Verantwoordelijk	Deadline
PLAN Doelstelling (SMART)	Integreren en verankeren van een administratief medewerker (Marjan Leroy) binnen de dienst.	Dennis Annelies	1-9-18
DO (voer het plan uit)	<ul style="list-style-type: none"> • Opstellen van een functieprofiel • Duidelijke taakafbakening opmaken • Procedures ontwikkelen (flow-charts) zodat werking voor Marjan en toekomstige studenten duidelijk is. 	<p>Annelies</p> <p>Annelies</p> <p>Annelies</p>	<p>1-4-18</p> <p>1-5-18</p> <p>1-7-18</p>
CHECK (evalueer, controleer)	Controleren of dit een invloed heeft op de doorlooptijd en afhandeling van de dossiers (daalt de doorlooptijd?) Evolutiesprekken met Marjan over haar functioneren.	<p>Dennis</p> <p>Annelies/Dennis</p>	1-9-18
ACT (pas aan waar nodig)	Is een stijging van het richtkader nodig om een administratief medewerker definitief te integreren?	Dennis + DC	1-9-18

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ Glorieux
Adres	Glorieuxlaan 55 9600 Ronse
Gewest	Vlaanderen
Erkenningsnummer	550
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	399 (346 acute en 53 daghospitalisatie)
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(o)n(en)	Jan Reynaert
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01/10/2003
Bestaffing	1 medewerker: 0,5 FTE voor ombudsfunctie overige 0,5 FTE voor kwaliteitsmanagement (cfr infra)
Lokalisatie dienst	Afzonderlijk bureau in het centrum van het ziekenhuis. Er is signalisatie voorzien. Bij aanmelding aan de onthaalbalie van het ziekenhuis wordt men afgehaald.
Registratiesysteem	Infoland i-Prova. Registratiesysteem destijds opgemaakt door VVOVAZ, met beperkte aanpassingen volgens eigen behoeften.

<p>Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i></p>	<p>Actualisatie: 18/07/2016. Het huishoudelijk reglement is beschikbaar op het intranet voor alle medewerkers, en kan door de patiënt of bezoeker opgevraagd worden via hen. De ombudsdienst wordt vermeld in de onthaalbrochure en op de website van het ziekenhuis. Er is een brochure (gedrukte versie en online op intranet beschikbaar) ivm de rechten (en plichten) van de patiënt.</p>
<p>Vormingen i.k.v. bemiddeling</p>	<p>Minimum jaarlijkse bijscholing via VVOVAZ.</p>
<p>Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar</p>	<p>Geen opleiding concreet i.f.v. klachtbemiddeling in 2017</p>
<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<p>de ombudspersoon werkt full/time en verdeelt zijn activiteit over 2 functie:</p> <p>A) ombudspersoon (0.5 FTE): 1) klachtenbemiddeling vanuit mandaat KB 2) behandelen van alle andere klachten die door bezoekers, familie of derden (mutualiteiten, huisarts, ...) geformuleerd worden. 3) alle afschriften en inzage van dossier worden door hem afgewerkt. Indien de patiënt inzage of afschrift rechtstreeks aan de arts vraagt kan een uitzondering worden gemaakt.</p> <p>B) kwaliteitsmanager (overige 0.5 FTE): 1) incidentenmanagement: analyse van incidenten, voorstellen en opvolgen van verbeteracties n.a.v. gemelde incidenten. (*) 2) begeleiden van een aantal verbeterprojecten</p> <p>(*) Het combineren van het behandelen van klachten én van incidenten door dezelfde persoon is een pluspunt in de organisatie. Vaak is er een link tussen "klacht/ongenoegen" en "incident". Een klacht kan voortkomen uit een incident/fout; een incident kan anderzijds leiden tot een schadeclaim en het bemiddelen bij het slachtoffer. De afhandeling van zowel klacht als incident gebeurt door één persoon, hetgeen niet kan leiden tot onduidelijkheid welk departement de zaak moet afhandelen.</p>

<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p style="text-align: center;">Uittreksel uit het huishoudelijk reglement:</p> <p><u>Ontvangst van een klacht:</u> Een klacht kan mondeling of schriftelijk geuit worden. Ook ongenoegen of mistevredenheid die (anoniem) geuit wordt in de tevredenheidsenquêtes wordt als klacht geregistreerd. Anonieme klachten worden geregistreerd en eventueel onderzocht. Ze worden niet teruggekoppeld aan de klager.</p> <p><u>Afhandeling van de klacht:</u> Afhankelijk van de situatie of de wijze van uiten van de klacht wordt de klager gehoord in een persoonlijk gesprek met de ombudspersoon. Dit gebeurt in een afzonderlijke ontvangstruimte.</p> <p>In deze fase wordt aan de patiënt alleen aangegeven dat de klacht ontvangen is, onderzocht zal worden, en dat hij daarna opnieuw zal gecontacteerd worden, behalve wanneer het een klacht betreft die een onmiddellijke oplossing vereist of onmiddellijk kan opgelost worden.</p> <p>Afhankelijk van de inhoud van de klacht wordt een rechtstreeks of onrechtstreekse bemiddeling gevoerd.</p> <p><u>Rechtstreekse bemiddeling:</u> Er wordt een gesprek georganiseerd met patiënt (eventueel vergezeld van familieleden of vertrouwenspersoon), betrokken beroepsbeoefenaar(s) en de ombudspersoon. De klacht wordt rechtstreeks afgehandeld.</p> <p><u>Onrechtstreekse bemiddeling:</u> De klacht wordt besproken met de betrokken beroepsbeoefenaar(s). Indien een voorstel tot oplossing kan worden geformuleerd, wordt dit doorgegeven aan de klager. Indien er geen oplossing kan worden geformuleerd, of de betrokken beroepsbeoefenaar heeft daartoe niet de bevoegdheid, wordt de klacht besproken in het Directiecomité. Het Directiecomité stelt een oplossing voor. Deze oplossing wordt doorgegeven aan beide partijen (klager en beroepsbeoefenaar/directie).</p> <p><u>opvolging na mededelen besluit:</u> Indien de klager akkoord gaat met het voorstel, wordt het dossier afgesloten. Indien hij niet akkoord gaat wordt gezocht naar een andere oplossing of wordt de klager voorgesteld welke andere mogelijkheden er zijn om zijn klacht te behandelen.</p> <p>Binnen een termijn van 3 maanden, tellend vanaf het moment van het uiten van de klacht, moet een oplossing gevonden zijn die voor beide partijen aanvaardbaar is.</p> <p><u>Verwerking, verslag, aanbevelingen:</u> Alle klachten worden geregistreerd in een bestand, dat uitsluitend door de ombudspersoon kan geraadpleegd worden.</p> <p>Wekelijks wordt door de ombudspersoon verslag uitgebracht in het Directiecomité over afgewerkte klachten of klachten waarbij er een nieuwe, belangrijke evolutie is.</p> <p>De klachten die in het Directiecomité werden besproken (ter besluitvorming of alleen als rapportage) worden geanonimiseerd opgenomen in het verslag van het Directiecomité.</p> <p>Uit de gegevens van de databank wordt het jaarverslag opgemaakt. Uit de resultaten worden aanbevelingen gedaan aan het directiecomité om te vermijden dat de klacht zich herhaalt. Aanbevelingen kunnen ook gebeuren op het periodiek overleg met het directiecomité, en hoeven niet te wachten tot het jaarverslag is opgemaakt.</p> <p>Het jaarverslag wordt aangeboden aan de bevoegde nationale commissie, de beheerders en directiecomité van het ziekenhuis en aan allen die erom vragen.</p>
---	---

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

Sinds het opstarten van de ombudsdienst in 2003 is er een belangrijke positieve evolutie in het omgaan met klachten merkbaar. Klachten vergen enerzijds actie naar de klager toe, maar worden anderzijds ook steeds meer gezien als kansen om te leren en bij te sturen (informatieverstrekking verbeteren, bejegening van de patiënt optimaliseren, processen aanpassen, opleiding geven, ...).

De manier van aanpak van klachten, vanuit een "rechtvaardige cultuur" stimuleert de medewerkers om mee te werken aan de analyse ervan en het zoeken naar oplossingen.

Het behouden en verstevigen van deze rechtvaardige cultuur is de verantwoordelijkheid van de ombudspersoon, de directie en alle directe leidinggevenden.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

De belangrijkste sleutelwoorden hier zijn:

- bemiddelen en zoeken naar een oplossing die voor beide partijen aanvaardbaar zijn. Die bemiddelende rol ook aan alle partijen duiden. Beide partijen (patiënt en zorgverstreker) zijn soms van mening dat je hun stelling moet verdedigen;
- in dat bemiddelen is onpartijdigheid en neutraliteit een essentiële (maar soms niet evidentie) houding;
- het overleg met alle betrokken partijen;
- het terugkoppelen van het resultaat;
- een rechtvaardige cultuur opbouwen en onderhouden;

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

- behandelen en afhandelen van klachten zonder de ombudsdienst daarin te betrekken of door hem zelfs te omzeilen is vaak geen goed idee. Het gestructureerd aanpakken door een ombudspersoon met enige ervaring en expertise leidt meestal tot betere (of minder ongelukkige) resultaten voor beide partijen.
- Een suggestie naar de wetgever toe: de term ombudsperson is opgenomen in de wet op de patiëntenrechten. Het is echter niet altijd duidelijk voor de patiënt (en ook voor zorgverleners) wat deze titel/term inhoudt. De Franse term is hier veel duidelijker (médiateur = bemiddelaar). In de wet staat dat de ombudspersoon de opdracht heeft te bemiddelen. Kan de term ombudspersoon dan niet beter vervangen worden door "klachtenbemiddelaar" ?

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	226
Aantal infodossiers	8
Aantal pro actieve dossiers	12
Aantal opvragingen patiëntendossier	157
Aantal 'andere'	/
Totaal behandelde dossiers ombudsdienst	(som) 403

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	84
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	0
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	5
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	14 (Vooral financiële info)
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	4
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	0
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	2
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	109
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	
Klachten niet in het kader van patiëntrechten zijn hoofdzakelijk financieel. Het aantal dossiers is in dit verband wellicht nog onderschat, omdat een aantal klachten die bij de debiteuren administratie terecht komen, soms door hen worden opgelost. De meer complexe dossiers worden wel doorgestuurd naar de ombudsdienst. De helft van deze financiële klachten zijn (aan)gestuurd door de dienst ledenverdediging van de mutualiteit.	

Aanbevelingen

In iedere wekelijkse bijeenkomst van het directiecomité is er tijd voorzien voor het bespreken van klachten (en incidenten) door de ombudspersoon.

De klachten die daar besproken worden zijn diegene waarvoor een advies van het voltallige directiecomité nodig is of waarvoor acties door het directiecomité moeten worden genomen. In het directiecomité werden 26 klachten op die manier besproken (verdeeld over 16 bijeenkomsten).

Aanbevelingen/verbeteracties die uit dit overleg gepland werden zijn, onder andere:

- communicatie door artsen i.v.m. een ongunstige diagnose;
- beschikbaarheid van rolstoelen aan de ingang van het ziekenhuis;
- informatie aan aanpassingen i.v.m. facturatie;
- aangepaste voeding bij oncologiepatiënten met smaakstoornissen;
- interventies van verpleegkundigen op spoedgevallen in afwachting van de komst van de spoedarts;
- geïnformeerde toestemming i.v.m. de kost van het ziekenvervoer in geval van urgent secundair transport;
- oppervlakte parking voor mindervaliden;
- omgaan met privacy van de patiënt door medewerkers van het logistiek departement;
- gestructureerde psychologische begeleiding van stervende patiënten en hun familie op de G-afdelingen;
- frequente, proactieve contactname van de hoofdverpleegkundige met de familie;
- zichtbare aanwezigheid van verpleegkundigen aan de balie van de verpleegpost zodat bezoekers gemakkelijker een aanspreekpunt vinden;
- geïnformeerde toestemming specifiek gericht op de financiële gevolgen voor de patiënt van de interventie of het onderzoek.

Daarnaast is er geregeld onafhankelijk overleg met de respectievelijke directieleden om dezelfde redenen. Soms gaat het hier om de attitude van een concrete medewerker die als ongepast ervaren wordt door de patiënt.

Er is ook ad hoc terugkoppeling van klachten (en adviezen hoe die in de toekomst te voorkomen) in de hoofdverpleegkundigenvergaderingen.

Verder is er terugkoppeling op afdelingsniveau of het niveau van individuele artsen.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Bij de bespreking van klachten op het directiecomité kort na de melding en analyse wordt al dan niet een gevolg gegeven aan de aanbevelingen en worden verbeteracties gepland.

De praktische uitwerking gebeurt door een concreet, aangeduid directielid.

De verbeteracties worden centraal gelogd en de evolutie ervan wordt opgevolgd.

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

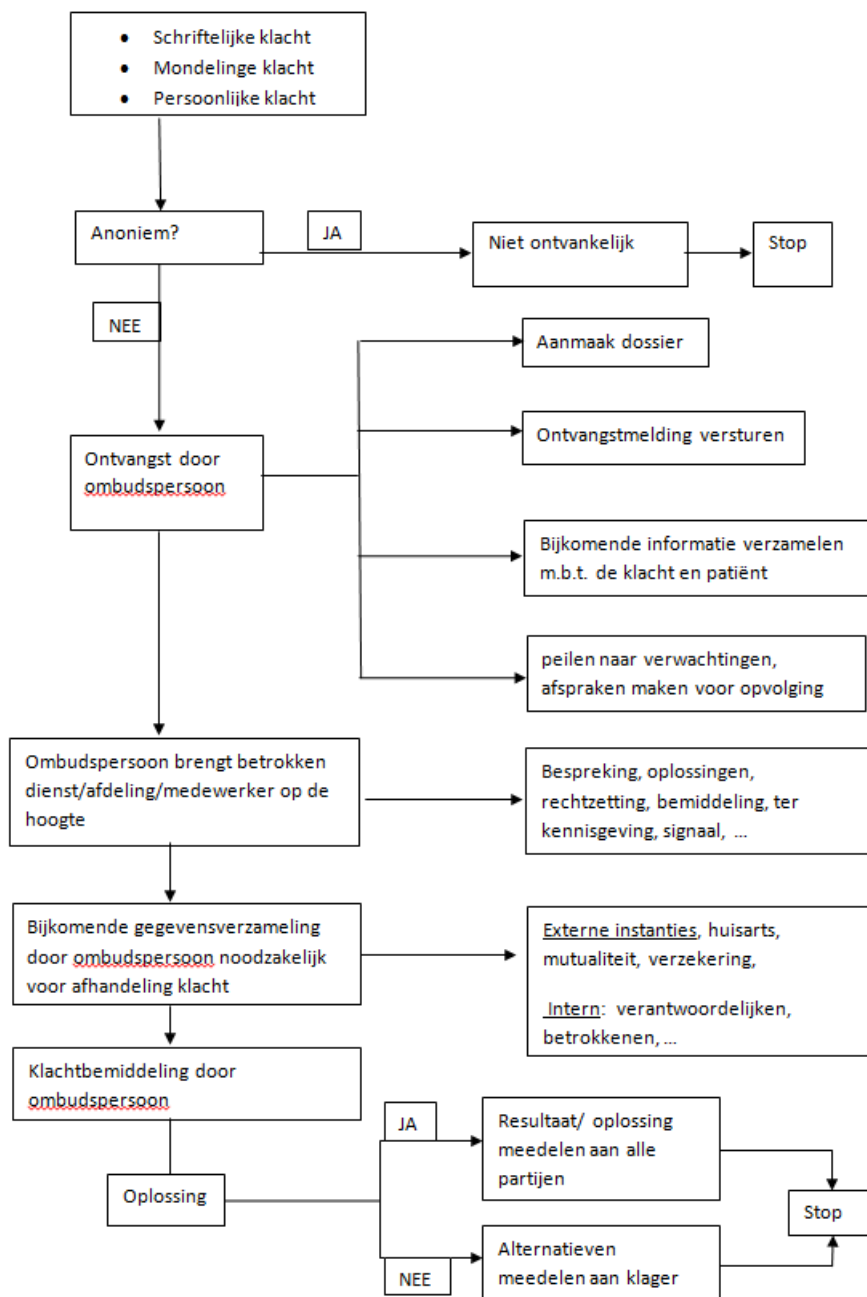
(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.12.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie	
Naam van de zorginstelling	AZ St. - Elisabeth
Adres	Nederrij 133 - 2200 HERENTALS
Gewest	Vlaams
Erkenningsnummer	308
Type (AZ, UZ, PZ,...)	AZ
Aantal bedden	243
Aantal campussen	1
Naam ombudsperso(n)en)	Linda Schueremans
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01-06-2008
Bestaffing	1 ombudspersoon 50% tewerkgesteld

Lokalisatie dienst	AZ St.- Elisabeth - Nederrij 133 - 2200 HERENTALS Inkomhal ziekenhuis
Registratiesysteem	Klachtenregistratie: inhoud aangeleverd door VVOVAZ Software: Infoland
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Het huishoudelijk reglement werd herzien in september 2017. Het huishoudelijk reglement ligt ter in het kantoor van de ombudsdienst, is te raadplegen op het documentbeheersysteem van het ziekenhuis en ligt ter inzage aan het onthaal.
Vormingen i.k.v. bemiddeling	-Basisopleiding bemiddeling - MEDIV
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	- Terugkomdag VVOVAZ : interventies in bemiddeling - Themadag: communicatie patiënt – beroepsbeoefenaar - Workshop conflicten - MEDIV - Toelichting nieuwe privacywetgeving - GDPR
Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i>	De ombudsdienst is bevoegd voor klachten die zich hebben voorgedaan t.a.v. medewerkers van het AZ Herentals: <ul style="list-style-type: none"> - Klachtenbemiddeling en klachtenafhandeling in het kader van de wet op de patiëntenrechten - Informatieve opdracht in het kader van de wet op de patiëntenrechten - Klachtenbehandeling; ruimer dan de wet patiëntenrechten (in kader van ontevredenheid)

Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?



Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

- Het ziekenhuis leeft, binnen de wettelijke mogelijkheden, de bepalingen na van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten in zijn rechtsverhoudingen t.a. v. de patiënt.

- Het ziekenhuis waakt erover dat alle klachten die verband houden met de wet op de patiëntenrechten, kunnen neergelegd worden bij de ombudsdienst om er te worden behandeld.

-Het ziekenhuis draagt er zorg voor dat:

- Er voldoende informatie omtrent de bereikbaarheid van de ombudsfunctie te garanderen. (Laagdrempeligheid).
- De ombudspersoon de mogelijkheid heeft om ongehinderd in contact te treden met alle bij een klacht betrokken personen.
- De ombudspersoon binnen een redelijke termijn overgaat tot de afhandeling van de klachtbemiddeling.
- De ombudspersoon over de de ombudspersoon over de nodige administratieve en technische middelen beschikt om zijn taken te kunnen uitvoeren met name ondermeer een secretariaat, communicatiemiddelen en verplaatsings-, documentatie- en archiveringsmiddelen.

- Indien de klager de klacht aan een directielid communiceert, dan kan dit directielid de klager op de hoogte brengen van de mogelijkheid van onafhankelijke klachtenbemiddeling en/of delegeert de afhandeling van de klacht aan de ombudspersoon.

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

- Bij elke klacht worden minstens volgende gegevens geregistreerd:

- De identiteit van de patiënt en eventueel van de vertrouwenspersoon
- Een uniek dossiernummer
- De datum van ontvangst van de klacht
- De aard en de inhoud van de klacht
- De verwachting van de klager
- De datum van de afhandeling van de klacht
- Het resultaat van de afhandeling van de klacht

- Op basis van de geregistreerde gegevens stelt de ombudspersoon jaarlijks een verslag op.

Dit jaarverslag bevat :

- 1° Een overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het resultaat van het optreden van de ombudspersoon tijdens het voorbije kalenderjaar.
- 2° Een overzicht van de moeilijkheden die de ombudspersoon ondervindt in de uitoefening van zijn opdracht en eventuele aanbevelingen om daaraan te verhelpen.
- 3° Aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten.

Het verslag bevat niet : elementen aan de hand waarvan de natuurlijke personen betrokken bij de afhandeling van de klacht, zouden kunnen worden geïdentificeerd.

- De geregistreerde persoonsgegevens die door de ombudsdienst worden verzameld in het kader van het onderzoek van de klacht, mogen slechts bewaard worden gedurende de tijd nodig voor de behandeling ervan en zo lang als nodig voor het opstellen van het jaarverslag.

- Het jaarverslag wordt uiterlijk in de loop van de vierde maand van het daarop volgend kalenderjaar, overgemaakt aan :

- 1° De beheerder, de hoofdgeneesheer, de directie en de medische raad van het ziekenhuis.
 2° De Federale Commissie 'Rechten van de patiënt' zoals beschreven in de WPR, art.16.

- Het jaarverslag is binnen het ziekenhuis beschikbaar en kan worden geraadpleegd door de bevoegde medisch directeur.

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	319
Aantal infodossiers	70
Aantal pro actieve dossiers	12
Aantal opvragingen patiëntendossier	21
Aantal 'andere'	6

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	148
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	1
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	15
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	27
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	3
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	1
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	9
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	11
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	0
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	6

Rechten van de patiënt:

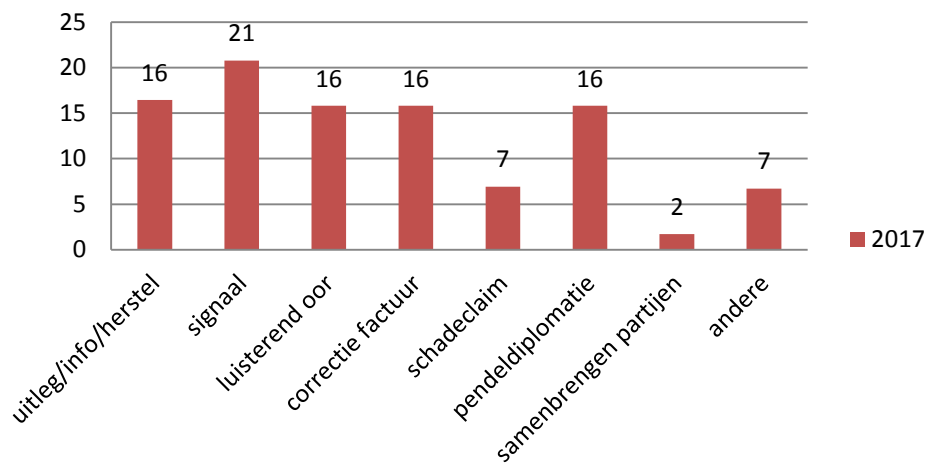
**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

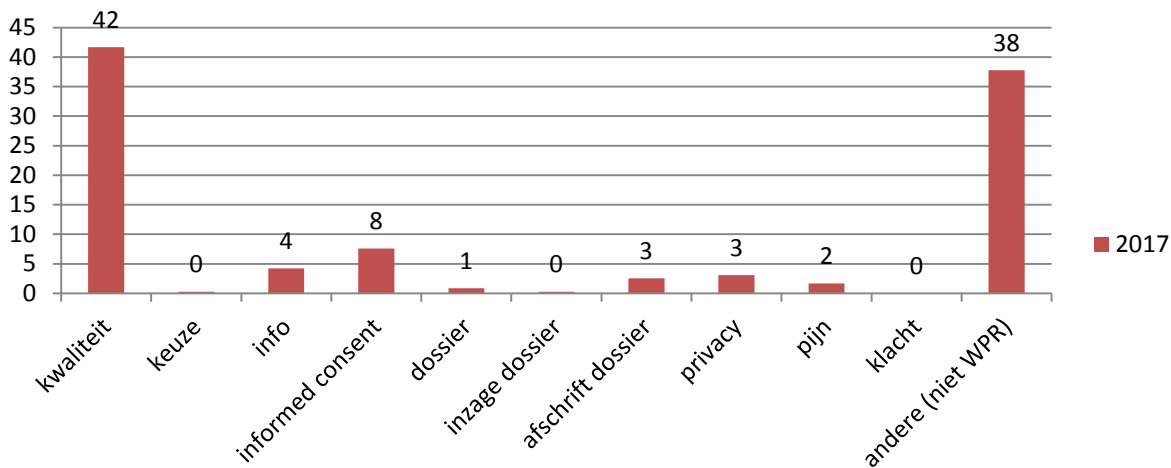
- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	134																						
Tabellen/grafieken; klachtenratio:																							
<table border="1"><thead><tr><th>Overzicht aantal dossiers AZ Herentals</th><th>2017</th></tr></thead><tbody><tr><td>Aantal klachten</td><td>319</td></tr><tr><td> Klachten –WPR</td><td>197</td></tr><tr><td> Klachten- overig</td><td>122</td></tr><tr><td>Aantal informatievragen</td><td>70</td></tr><tr><td> Info-WPR</td><td>51</td></tr><tr><td> Info- overig</td><td>19</td></tr><tr><td>Te behandelen dossiers</td><td>389</td></tr><tr><td>Anoniem</td><td>6</td></tr><tr><td>Proactief</td><td>12</td></tr><tr><td>Totaal aantal dossiers</td><td>407</td></tr></tbody></table>	Overzicht aantal dossiers AZ Herentals	2017	Aantal klachten	319	Klachten –WPR	197	Klachten- overig	122	Aantal informatievragen	70	Info-WPR	51	Info- overig	19	Te behandelen dossiers	389	Anoniem	6	Proactief	12	Totaal aantal dossiers	407	
Overzicht aantal dossiers AZ Herentals	2017																						
Aantal klachten	319																						
Klachten –WPR	197																						
Klachten- overig	122																						
Aantal informatievragen	70																						
Info-WPR	51																						
Info- overig	19																						
Te behandelen dossiers	389																						
Anoniem	6																						
Proactief	12																						
Totaal aantal dossiers	407																						

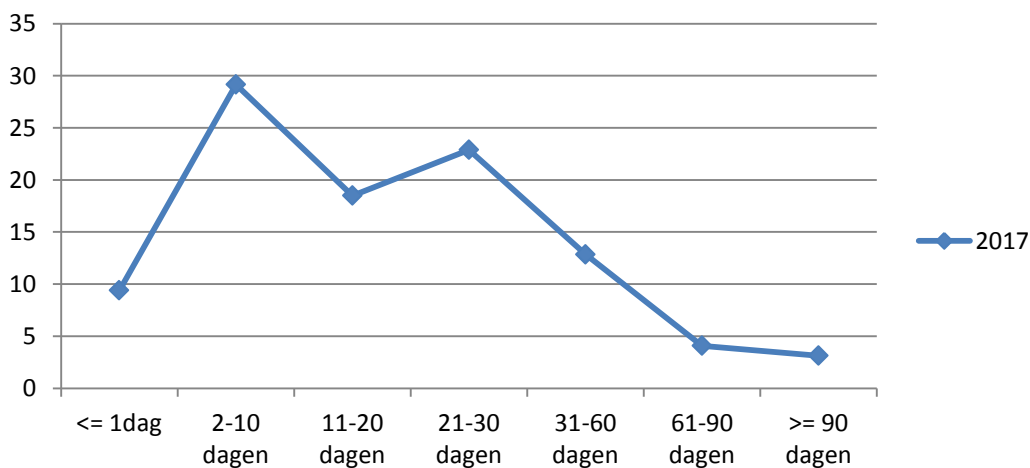
Verwachting patiënt (%)



Voorwerp wet patiëntenrechten (%)



Doorlooptijd (%)



Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)

/

Aanbevelingen

- ✓ Bejegening blijft een belangrijk item in het contact tussen medewerker, patiënt en/of familie. Dit jaar werd een vorming intern georganiseerd, waarbij een luik over verbindend communiceren werd aangehaald. Een aanbeveling is om ook vanuit overheidswege meer aandacht aan communicatie te besteden in de opleiding van zorgverleners.

- ✓ NMR supplementen: patiënten geven aan niet geïnformeerd te worden over de NMR supplementen. Ondanks de pogingen van het ziekenhuis om hieromtrent te communiceren door informatie op de website te zetten, informatie uit te hangen aan de balie, in de wachtzaal en in de kleedkamer, blijft de patiënt schrikken van de bedragen op de factuur. Patiënten vinden terecht dat ze laat in het zorgproces geïnformeerd worden en vinden dan ook dat ze niet meer terug kunnen. Het probleem is dat de verwijzende arts niet bekend is met de supplementen op de NMR en afhankelijk van ziekenhuis zijn. Een aanbeveling is om de informatie omtrent de supplementen op te nemen in de vragenlijst, die voorafgaat aan het onderzoek en die ondertekend wordt. Het trekt de informatie niet naar voren in het zorgproces,

maar het risico op onwetendheid wordt gereduceerd.

- ✓ Luisterbereidheid – informeren: Patiënten geven enerzijds aan dat er niet/te weinig naar hen geluisterd wordt en dat ze nuttige informatie aan te leveren hebben aan zorgverleners. Patiënten geven ook aan dat ze nieuwe zaken vernemen uit verslagen en dat de zorgverleners hen die informatie niet gegeven hebben. Anderzijds geven zorgverleners aan dat patiënten niet goed geluisterd hebben, dat de informatie gegeven werd en misschien onvoldoende gecapteerd werd. Het is aan te bevelen om de informatie die in de brieven aan artsen doorgegeven wordt, niet af te schermen van patiënten, maar hen deel te laten uitmaken – als partner – in het zorgproces en zo het ‘gemis’ aan informatie deels op te vangen. Zorgverleners kunnen informatie die patiënten meegeven, opnemen en erop inspelen, er in volgende gesprekken op terug komen, zodat ook duidelijk is dat deze informatie wel degelijk werd gehoord (en gebruikt).
- ✓ Patiënten vragen om duidelijk aan te geven dat er vanuit de ondergrondse parking geen liften zijn en dat er meer ruimte zou gemaakt worden voor mindervaliden of ouders met kinderwagens.

✓

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

Jaarverslag van een lokale ombudsdienst van een zorgvoorziening
t.a.v. de Vlaamse ombudsman
KALENDERJAAR 2017

(Voor 10.02.2018 op te sturen naar info@vlaamseombudsdienst.be)

Registratieperiode	1.1.2017 - 31.11.2017
--------------------	-----------------------

Instellingsgebonden informatie			
Naam van de zorginstelling	Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart vzw		
Adres	Kliniekstraat 45 3300 Tienen		
Gewest	Leuven		
Erkenningsnummer	Erkenningsnummer 109		
Type (AZ, UZ, PZ,...)	Algemeen ziekenhuis		
Aantal bedden	279 bedden opgesteld (303 erkende bedden)		
Aantal campussen	3 campussen		
	Campus Mariëndal Kliniekstraat 45 3300 Tienen 016 80 90 11	Campus St.-Jan Houtemstraat 115 3300 Tienen 016 80 30 11	Campus Medisch Centrum Aarschot Langdorpsesteenweg 119 3200 Aarschot 016 55 17 11
Naam ombudsperso(n)en(en)	Naam en contactgegevens ombudsvrouw Agnes Uyttebroeck Kliniekstraat, 45, 3300 Tienen ☎ 016 80 35 65		

	☎ 016 80 90 77 ombudsdienst@rztienen.be
Datum aanvang werkzaamheden als ombudspersoon	01 juni 2011
Bestaffing	½ tijds
Lokalisatie dienst	Het bureel van de ombudsdienst bevindt zich op campus Mariëndal, nabij de hoofdingang in de gang links van de inschrijvingsbalie. De ombudsdienst is beschikbaar op elke werkdag tussen 09 u en 15 u. Er kan eveneens contact gelegd worden via de website van het ziekenhuis. De ombudspersoon is persoonlijk elke werkdag aanwezig van 09 u tot 12u48
Registratiesysteem	Registratiesysteem type VVOVAZ geïntegreerd in Intranet Vanaf september 2017: registratiesysteem 'Infoland'
Huishoudelijk reglement <i>(actualisatiedatum; waar te raadplegen)</i>	Actualisatiedatum: 17/02/2017 Te raadplegen < Via website van het ziekenhuis: https://www.rztienen.be/ombudsdienst.html < aan inschrijvingen van het ziekenhuis < Directiesecretariaat < ombudsdienst
Vormingen i.k.v. bemiddeling	Deelname aan provinciaal overlegmomenten VVOVAZ
Bijkomende vormingen in betrokken kalenderjaar	Intern in ziekenhuis: Extern rampenplan patiëntveiligheid

<p>Werkingssterrein van de ombudsdienst <i>(klachtenbemiddeling louter vanuit het mandaat KB 8/7/2003 of ruimer?; ruimere taken toebedeeld aan de ombudsdienst (vb. begeleiding afschrift patiëntendossier); preventieve opdracht;...</i></p>	<p>➤ Klachtenbemiddeling:</p> <p>De ombudspersoon is bevoegd om kennis te nemen van alle klachten en vragen die betrekking hebben op het zorgproces. Deze klachten en vragen kunnen onder meer gaan over op:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Medisch-technische aspecten; ☐ Verpleegkundige aspecten; ☐ Hotelfunctie van het ziekenhuis (de keuken, het linnen, het onderhoud,...); ☐ Aspecten van de interacties met de beroepsbeoefenaars (dokter, kinesist, verpleegkundigen, administratie,...); ☐ Financiële aspecten; ☐ Administratieve aspecten; ☐ Organisatorische aspecten; ☐ De toepassing van de wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002. <p>➤ Begeleiding afschrift patiëntendossier</p>
<p>Welk traject volgen de klachten die worden geformuleerd aan de ombudsdienst?</p>	<p>→ Klachten worden besproken cfr. Huishoudelijk reglement</p> <ul style="list-style-type: none"> . Voor verpleegafdelingen met hoofdverpleegkundige . Voor andere afdelingen met verantwoordelijke leidinggevende of coördinator . Meldingen gericht aan artsen worden met behandelende arts besproken <p>→ op vraag van melder krijgt deze feedback van antwoord</p>

Behandeling van klachten en onvrede

Hoe gaat de organisatie om met klachten?

De klachtencommissie: is samengesteld uit: de algemene directeur de hoofdarts de directeur Zorg het diensthoofd patiëntenfacturatie de financiële directeur: facultatief de directeur HR & administratie: facultatief De klachtencommissie vergadert tweewekelijks en verschaft advies aan de ombudspersoon.

elke medewerker kan op het intranet van het ziekenhuis de procedure "Klachtenbeleid" raadplegen. Deze procedure omschrijft het stappenplan dat gevolgd wordt bij melding van een klacht waarbij een medewerker of arts verbonden aan het ziekenhuis betrokken is: hiermee wordt getracht om uniformiteit te creëren in het afhandelen een duidelijk stappenplan opstellen voor het proces van het afhandelen

→ stappenplan in geval van **informele klacht**: een informele klacht wordt gedefinieerd als iedere mondelinge klacht waarbij geen schade bij de patiënt wordt vastgesteld (of kan worden verwacht) en die de dienst of het eigen werkdomein van de medewerker of de arts niet overstijgt.

→stappenplan in geval van **formele klacht**: onder een formele klacht wordt verstaan ledere schriftelijke klacht ongeacht aan wie ze gericht is in het ziekenhuis Elke mondelinge klacht waarbij schade bij de patiënt wordt vastgesteld of kan worden verwacht

Elke mondelinge klacht die de eigen discipline overstijgt, elke mondelinge of schriftelijke klacht die wordt geuit bij de ombudsdienst

→stappenplan in geval van een formele klacht met **schadeclaim**

Op elke verpleegafdeling is er een afgesloten brievenbus + meldformulieren waar iedere patiënt, familielid, bezoeker, zijn reactie kan deponeren

Via de website van het ziekenhuis is een online klachtenformulier beschikbaar

Hoe gaat de ombudsdienst om met klachten?

De werking van de ombudsdienst steunt op een nauwe samenwerking en betrokkenheid van alle partijen.

Een open werkwijze leidt meestal tot de beste resultaten en vermijdt escalatie en/of opstarten van externe alternatieve procedures.

Hiervoor wordt er bemiddelingsgericht gewerkt, betrokken op de behoeften, noden, wensen en waarden van elke betrokkene.

De betrokkenen komen zelf en op vrijwillige basis in een vertrouwelijk gesprek en proberen tot een consensus te komen en dit door middel van dialoog.

De klachtenbehandeling door de ombudsdienst is een tweedelijnsactie: men tracht vooral eerst op afdelingsniveau tot een oplossing te komen.

In de klachtenbemiddeling wordt de departementale structuur van de instelling gerespecteerd. Dit houdt in dat bij een klacht het rechtstreekse diensthoofd op de hoogte gesteld wordt.

Bij een klachtmelding tegen een arts wordt dit rechtstreeks met de arts besproken..

De behandeling van een klachtmelding is opgenomen in het huishoudelijk reglement.

De klachten kunnen op verschillende manieren worden geuit:

Schriftelijk

Een voldoende gefrankeerde brief gericht aan de ombudsdienst van het R.Z. H.Hart Tienen
Kliniekstraat 45, 3300 Tienen.

Een fax via het nummer 016 80 30 77

Een e-mail gericht aan ombudsdienst@rztienen.be

Via meldingsformulier in de houder op de afdelingen of in de onthaalbrochure

Mondeling

Telefonisch via het nummer 016/80 35 65

Een persoonlijk onderhoud (eventueel na telefonische afspraak)

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Resultaten na afhandeling; eventuele moeilijkheden;...)

Overzicht van de meldingen t.a.v. de ombudsdienst

Opmerkingen:

- ✓ 1 melding kan meerdere klachten/bemerkingen bevatten
- ✓ Deze cijfers zijn een weergave uit de beleving en interpretatie van de patiënt. De (on)gegrondheid van de klacht is hier niet in weergegeven.

Aantal klachtendossiers	01/01/2017 tot 30/11/2017: 325
Aantal infodossiers	57
Aantal pro actieve dossiers	2
Aantal opvragingen patiëntendossier	in 2017: 188 de verzoeken tot afschrift patiëntendossier worden niet opgenomen in de registratie van de ombudsdienst
Aantal 'andere'	

Aantal klachten t.a.v. RECHTEN VAN DE PATIËNT (beroepsbeoefenaars KB nr. 78)

Opmerkingen:

- ✓ De jaarverslagen van de lokale ombudsdiensten van zorgvoorzieningen geven geen betrouwbare indicatoren op het niveau van de inschatting van de “zorgkwaliteit” in deze zorgvoorzieningen. Bovendien geven de jaarverslagen niet de gehele werklast van de ombudsdienst weer, die ook andere opdrachten uitvoert (informatievragen beantwoorden, preventieve opdracht, ...)
- ✓ Voor eenzelfde klachtendossier kunnen meerdere patiëntenrechten aangeduid zijn.

Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (Art. 5)*	125
Recht op de vrije keuze van een beroepsbeoefenaar (Art. 6)	5
Recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (Art. 7)	6
Recht op geïnformeerde toestemming (Art. 8)**	2
Recht op informatie over de beroepsaansprakelijkheid (Art.8/1)	0
Recht op een zorgvuldig bijgehouden patiëntendossier (Art. 9 §1)	0
Recht op inzage van het patiëntendossier (Art. 9 §2)	4
Recht op afschrift van het patiëntendossier (Art. 9 §3)	0
Recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Art. 10)	0
Recht op het neerleggen van een klacht (Art. 11)	156
Recht op pijnbestrijding (Art. 11bis)	0

Rechten van de patiënt:

**Art. 5 Recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening → klachten aangaande de kwaliteit van de dienstverlening in het kader van de relatie tussen de beroepsbeoefenaar en de patiënt (klachten over het gedrag en de communicatiestijl van de beroepsbeoefenaar(s) en/of klachten over een technische handeling van de beroepsbeoefenaar(s)).*

***Art. 8 Recht om geïnformeerd, voorafgaandelijk en vrij toe te stemmen in iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar → dit omvat:*

- *Het recht op informatie over de karakteristieken van de tussenkomst zelf (met inbegrip van de financiële gevolgen ervan) zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op de uitdrukkelijke toestemming voor iedere tussenkomst van de beroepsbeoefenaar zoals bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*
- *Het recht op weigering van de tussenkomst van de beroepsbeoefenaar, zoals nader bepaald in de wet betreffende de rechten van de patiënt.*

Aantal klachtendossiers niet gerelateerd aan de rechten van de patiënt	
Tabellen/grafieken; klachtenratio:	
Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. meest voorkomende aspecten; doorlooptijd; verwachtingen van de klager;...)	

Aanbevelingen

✓

✓

✓

✓

✓

Bijkomende informatie/opmerkingen: (vb. Hoe wordt er op de aanbevelingen gereageerd en welk gevolg wordt er aan gegeven?):

☞ Medewerker wordt door leidinggevende persoonlijk aangesproken om houding of gedrag aan te passen

☞ Meldingen + verbeterpunten worden in teamvergaderingen besproken ('kwaliteitsmuur')

☞ actie en opvolging via verantwoordelijke directie: bv. aandachtspunten via dienstmededelingen